



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea  
Magistrale  
in Storia delle arti e  
conservazione dei  
beni artistici

Tesi di Laurea

**L'Arte a servizio della Salute:  
umanizzare gli spazi di cura  
attraverso l'esperienza artistica**

**Relatore**

Prof. Michele Marzulli

**Laureanda**

Irene Zanotto

Matricola 879840

**Anno Accademico**

2023/2024







## INDICE

ABSTRACT.....	4
CAPITOLO I.....	6
<b>L’umanizzazione degli spazi ospedalieri.....</b>	<b>6</b>
1.1 L’approccio della sociologia della salute e della medicina.....	6
1.2 Medicina, malattia e salute: uno sguardo generale .....	12
1.3 Il significato di “umanizzare” .....	18
CAPITOLO II .....	24
<b>L’arte all’interno degli spazi ospedalieri .....</b>	<b>24</b>
2.1 L’evoluzione del rapporto arte-ospedale.....	24
2.2 Il ruolo di architettura, design e visual art negli spazi ospedalieri.....	36
2.2.1 Architettura e design .....	43
2.2.2 Visual art .....	54
2.3 Collaborazione tra ospedale ed artisti: il caso di Padova.....	60
2.3.1 Alessio B. e Tony Gallo .....	61
2.4 Collaborazione tra ospedale e museo: i casi di Rozzano e Bergamo. ....	80
CAPITOLO III .....	104
<b>L’arteterapia.....</b>	<b>104</b>
3.1 Il potenziale terapeutico dell’arte e il suo sviluppo in ambito ospedaliero .....	104
3.2 La figura dell’arteterapeuta .....	112
3.3 I settori dell’arteterapia e i loro effetti .....	116
3.3.1 Arteterapia plastico-pittorica e foto-arteterapia .....	119
3.3.2 Musicoterapia.....	123
3.3.3 Danzamovimentoterapia .....	126
CONCLUSIONI.....	142
BIBLIOGRAFIA .....	144
SITOGRAFIA.....	154



## ABSTRACT

Negli ultimi tempi, si è iniziato a capire l'importanza di volgere l'attenzione verso la multidisciplinarietà che il concetto di salute può racchiudere, in modo da poter sviluppare un approccio nei suoi confronti non più basato solo su un modello biomedico classico ed evidenze scientifiche. Nell'occuparsi di un paziente, nel trattare una patologia, infatti, entrano in gioco anche fattori che ruotano intorno alla dimensione sociologica, psicologica e sensoriale. Si cerca, in questo modo, di porre al centro delle cure il malato nella sua globalità, quindi, comprendendone la sua sensibilità e i suoi bisogni, ma anche di facilitare il rapporto relazionale tra personale sanitario, pazienti e familiari.

Questo lavoro di tesi vuole essere un approfondimento dei metodi che possono portare ad avere un ambiente ospedaliero in linea con le necessità delle persone che lo vivono.

Il primo ragionamento, dunque, mira al tema dell'umanizzazione degli spazi di cura, cioè al voler limitare la presenza di fattori di stress e giungere a un benessere psichico, fisico e lavorativo attraverso un buon utilizzo di architettura, design e visual art. L'ospedale, infatti, non deve porre l'attenzione solo sull'efficienza tecnologica e logistica, ma deve far sì che il suo ambiente, nel modo di essere progettato, pensato e vissuto, possa aiutare la guarigione e rendere più gradevole la permanenza dei pazienti e dei visitatori oltre che le ore di lavoro del personale.

Il secondo percorso che viene analizzato è quello relativo all'arteterapia perché l'arte, in tutte le sue forme, accanto alle imprescindibili cure mediche, può essere un modo per accelerare il recupero della salute o, almeno, può avere un ruolo di sollievo e distrazione per il malato.

Nell'ospedale, però, non sono solo i pazienti ad avere un ruolo centrale, ma anche tutto il personale. Questo comporta il doversi occupare anche del loro benessere psicofisico, benessere a cui si può arrivare attraverso l'arte. Inoltre, questa disciplina può essere utile nel percorso di formazione della figura sanitaria visto che può portare a una riduzione del divario percepito tra la parte scientifica e la parte più umana ed emotiva di questa professione e può aiutare ad affinare la capacità di osservazione clinica.

Questa tesi, perciò, vuole essere uno studio del ruolo che l'arte può avere per mantenere al centro dell'ambiente ospedaliero la persona - intesa come paziente, familiare, lavoratore - con le sue emozioni, richieste ed esigenze.



## CAPITOLO I

### **L'umanizzazione degli spazi ospedalieri**

#### 1.1 L'approccio della sociologia della salute e della medicina

Il binomio sociologia e medicina racchiude in sé una lunga storia, a partire dall'origine stessa della sociologia che viene vista come metafora della medicina del corpo sociale malato nel complesso percorso di transizione verso la modernità. Per discernere l'essenza di questo binomio, però, bisogna partire dalla definizione del termine sociologia, intesa come la scienza sociale che studia i fenomeni della società umana, indagando le loro cause, manifestazioni ed effetti, in relazione ad altri fenomeni, compresi l'individuo e il gruppo sociale (Treccani). L'oggetto di studio, dunque, è la società, la quale non sussisteva fino a poco prima della nascita delle scienze sociali o, meglio, esisteva, ma non nella maniera in cui viene percepita e tematizzata oggi. Sono state la Rivoluzione francese e la Rivoluzione industriale, infatti, ad aver portato alla moderna concezione di società e alla nascita di discipline che la studiano. Questo è avvenuto perché tali eventi storici avevano prodotto una forte rottura nell'ordine sociale precedente e, per ritrovare l'equilibrio e riprendere il controllo, si era deciso di adottare un metodo scientifico. Da lì, quindi, è iniziata a circolare l'idea di una possibile scienza delle società e la consapevolezza che i problemi sociali stessero iniziando a dare forma alla società stessa in termini moderni (Bucchi e Neresini, 2003).

Sin dalla loro nascita, le scienze sociali oscillavano tra l'imitazione delle scienze naturali, per guadagnarsi il titolo di discipline scientifiche, e il cercare di comprendere la storicità dell'esistenza umana, intesa come la particolarità dei fenomeni umani in quanto unici, individuali, irripetibili. È proprio questa seconda caratteristica, cioè il fatto che si cercasse la comprensione dei fenomeni umani in base alle motivazioni e affetti che li avevano determinati dall'interno e non si tentasse di cogliere i rapporti di causa-effetto per spiegare manifestazioni esterne, che pose una distinzione tra scienza della natura e scienza umana e sociale.

Per il superamento dell'apprezzamento del sapere scientifico innalzato dal positivismo bisogna rifarsi al sociologo tedesco Max Weber, il quale poneva l'accento sul fatto che, essendo la conoscenza umana un'attività selettiva del reale, non fosse possibile guardare al sapere scientifico come rispecchiamento neutrale e scoperta di un ordine oggettivo. Egli, inoltre, proponeva che nell'unicità e irripetibilità dei comportamenti umani si potevano trovare regolarità e connessioni causali basate non su nessi deterministici, ma su nessi probabilistici dell'agire sociale.

Nelle scienze sociali come la sociologia, il problema principale che si deve fronteggiare, infatti, è quello dell'unicità degli individui umani che comporta, di conseguenza, un'imprevedibilità dei loro comportamenti.

Non si può negare, però, una possibile regolarità e uniformità di comportamento, in particolare se si pensa alla sostanziale conformità e prevedibilità della maggior parte delle persone e, soprattutto, degli aggregati. Questo rende possibile, anche in sociologia, effettuare le quattro operazioni fondamentali con conseguenti requisiti tipici del discorso scientifico: descrivere, classificare, spiegare e prevedere i fenomeni sociali. Con la descrizione si delinea l'oggetto di studio, la classificazione permette di introdurre tassonomie e tipologie coerenti, la spiegazione consiste nell'individuare le possibili cause del fenomeno descritto e classificato e la previsione è l'operazione più complessa e che può sottolineare la validità della spiegazione. Queste sono operazioni logiche tra loro connesse che caratterizzano il discorso scientifico, ma anche l'ambito delle scienze sociali. Il metodo scientifico, quindi, utilizzato in entrambi i campi, nel rispetto della loro peculiarità e dell'oggetto in questione, mette in discussione quella tipica divisione fra scienze naturali e scienze umane e sociali che il mondo occidentale moderno tendeva a compiere.

Tale divisione si può dire essere stata sorpassata anche quando, conclusasi la stagione positivista, le scienze naturali cominciarono ad imitare il modello sviluppato per le scienze storico-sociali: iniziò a circolare l'idea di fenomeni naturali irreversibili, caotici, discontinui e il concetto di legge probabilistica che si distingue da quella deterministica perché in quest'ultima è richiesta una connessione tra fenomeni secondo il principio di causalità, mentre nella spiegazione probabilistica tale connessione è possibile solo in presenza di determinate condizioni.

Premesse queste nozioni e ribadendo il concetto di sociologia come scienza del sociale, si può affermare che il "sociale" è inseparabile dai suoi componenti, cioè gli esseri umani, ma allo stesso tempo non è riducibile solo a quest'ultimi perché prodotto delle relazioni tra essi. La sociologia, dunque, studia le relazioni che si creano tra i singoli individui quando condividono la stessa vita comunitaria. L'ambivalenza del suo essere si esprime tra soggettività sociale, cioè la libera espressione della volontà di ciascun attore in campo individuale e collettivo, e la struttura sociale, intesa come rapporti stabili che definiscono un sociale consolidato.

Di conseguenza l'osservazione sociologica si divide in tre diversi livelli di analisi:

- 1) il livello microsociale che si occupa dei processi di interazione sociale che implica la presenza di individui;
- 2) il livello mesosociale che riguarda i contesti sociali;
- 3) il livello macrosociale che studia la società intesa come l'insieme di contesti e interazioni sociali.

Tra le varie tematiche di cui la sociologia si occupa è presente anche quella riguardante la salute, diventata un problema sociale con la formazione delle società postindustriali e di cui si aveva la volontà di capire il concetto e la sua evoluzione (Giarelli e Venneri, 2012).

Nel Manifesto costitutivo della sezione Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS) viene spiegato che «la sociologia della salute analizza - nei termini propri dell'epistemologia, della teoria e della metodologia sociologica - i modi attraverso cui, in un determinato tempo e ambiente sociale, si definisce la salute, si promuove il benessere sociale, si fronteggiano le malattie, le disabilità e il malessere. Essa include l'analisi della medicina, del sistema sanitario, delle pratiche terapeutiche, delle situazioni di malattia, disagio e malessere, dei comportamenti sociali, delle credenze e rappresentazioni sociali, delle pratiche di cura, dei fattori incidenti sul benessere sociale individuale e collettivo, dei modi in cui viene promossa la qualità della vita, delle politiche sanitarie e del benessere».

La definizione sopracitata sottolinea come la sociologia della salute possa essere messa in un piano di opposizione rispetto al modello biomedico: indagare il nesso tra malattia e fattori sociali ha consolidato l'idea che la malattia non sia solo un fattore biologico, ma un fatto sociale e che i fatti sociali siano degni di attenzione in quanto tali. La sfera della salute e quella della società, dunque, hanno avuto tra loro un'intersezione sempre più crescente: ci si trova di fronte non più solo a oggetti sociali e oggetti sanitari, ma a ibridi sociosanitari in cui le due componenti sono unite. Il compito della sociologia della salute, perciò, è quello di capire come vive la salute dentro la società e viceversa (Bucchi e Neresini, 2003).

Inizialmente, all'interno di questa disciplina, veniva compiuta una distinzione tra sociologia della medicina, dove le ricerche guardavano la medicina dall'esterno per studiarne le forme organizzative, le diverse professioni, i valori dominanti e le funzioni svolte, e sociologia nella medicina in cui le ricerche venivano svolte all'interno dei sistemi sanitari. Questa divisione, proposta da Robert Strauss nel 1957, è poi stata rivalutata dall'autore stesso ammettendo che i sociologi sanitari potevano insegnare e compiere ricerca all'interno della medicina e, allo stesso tempo, studiarne alcuni aspetti. Inoltre, Margot Jefferys, studiando la sociologia della salute nell'Europa tra gli anni Cinquanta e Novanta, spiegò come esistesse una collaborazione stretta tra sociologi che operavano internamente a istituzioni in cui primeggiava la biomedicina (sociologia nella medicina) e sociologi che studiavano la medicina come un'istituzione fra le altre (sociologia della medicina).

Negli anni Ottanta, tale discussione aprì la strada a un nuovo congiungimento tra medicina e sociologia, andando a parlare, così, di sociologia con la medicina, intesa come sociologia avente come focus il paziente e la qualità della sua vita. In Europa, ad oggi, si preferisce utilizzare il termine sociologia della salute e della medicina per coniugare in un'unica denominazione lo studio di servizi, professioni, organizzazioni, sistemi sanitari e le problematiche sociali di salute-malattia in una prospettiva più ampia. In Italia, questa disciplina, chiamata inizialmente sociologia sanitaria, arrivò

alla fine degli anni Settanta a Milano per poi svilupparsi soprattutto a Bologna e ad Ancona. L'attecchimento di questa tipologia di sociologia può essere suddiviso in tre fasi. Con la prima, nominata pionieristica, vennero definiti i fondamenti teorici e i concetti che caratterizzano l'applicazione del sapere sociologico ai temi della salute, malattia e medicina in Italia. Si cercarono alternative al modello biomedico per poter affrontare in maniera più generale il rapporto salute-società. La seconda fase fu di latenza: negli anni Novanta, in un periodo di complessità sociale e nuove sfide, il sapere sociologico ebbe un posto più arretrato rispetto ad altri studi, come quello economico-aziendale, ingegneristico e organizzativo che, invece, iniziarono a farsi strada. Le conoscenze di tali settori suggerivano soluzioni semplicistiche rispetto alla complessità della sanità e dei fenomeni salute-malattia, ma sembravano più applicabili sul piano tecnico nonostante fossero lontane dalla concretezza dell'esperienza di sofferenza del malato. Dagli anni 2000 iniziò la fase del rilancio in cui venne rifondato l'impianto teorico-concettuale della sociologia della salute e della medicina per superare la bipartizione tra approcci micro e macro e per un ampliamento degli orizzonti su scala internazionale.

Queste differenti fasi confermano un'evoluzione continua di questo settore della sociologia, il cui approccio, nel corso del tempo, è stato di diversa tipologia.

Uno di questi approcci è definito paradigma strutturalfunzionalista ed è il paradigma fondativo della sociologia medica negli Stati Uniti. In esso risulta essere ancora importante il modello biomedico, ma viene introdotta la realtà sociale come dimensione contestuale della salute-malattia da analizzare per le sue connessioni con la realtà clinica. In questo caso, l'impostazione sociologica è tutta interna al sistema sanitario e alla stretta relazione fra medico e paziente. Il rapporto che si instaura tra questi due soggetti è di forte squilibrio di potere: il paziente è subordinato all'azione di un preciso sapere medico e non si presuppone alcuna relazione con l'ambiente, mentre il medico, con la sua diagnosi e certificazione sanitaria, esercita un ruolo di controllo sociale. In questo approccio la salute risulta essere una condizione di normalità e la malattia diventa una forma di emarginazione sociale, della quale le classi meno privilegiate ne fanno le spese.

Un secondo approccio è di tipo ermeneutico fenomenologico. Esso si fonda sull'idea che la malattia è un'esperienza umana che va collocata e considerata in relazione al significato che assume nel discorso e nell'azione sociale intersoggettiva della vita quotidiana. La salute e la malattia, perciò, sono strettamente legate ai modelli culturali di vita che condizionano questo avvenimento e ai relativi comportamenti del malato.

Nell'approccio marxista o conflittualista, invece, la salute e la malattia vengono collocate all'interno del normale conflitto di classe e del capitalismo, elemento base del pensiero elaborato da Karl Marx. L'insorgenza di alcune malattie come il cancro, le malattie derivate dal lavoro o l'alienazione mentale sono il risultato, secondo questo approccio, del dominio di alcuni individui su

altri e dello sfruttamento economico. La stessa organizzazione dei servizi sanitari riproduce il modello degli sfruttati (pazienti) e degli sfruttatori (corpo medico). La medicina, quindi, risulta essere generatrice di una forma di controllo che mantiene le disuguaglianze sociali.

Alcuni punti in comune con la visione marxista sono visibili nell'approccio radicale in cui viene indicato nel modello culturale dell'industrializzazione la causa del carattere alienante della medicina. Il sistema sanitario, di conseguenza, crea non solo disumanizzazione, ma vere e proprie patologie, danni fisici e dipendenza. Da qui la mancanza di rispetto della persona, l'esercizio di potere nei confronti del paziente e interventi sanitari e chirurgici non necessari.

L'approccio connessionista-correlazionale, invece, segue una logica interdisciplinare ed evidenzia come le diverse variabili in gioco si interconnettano e allo stesso tempo generino nuove dimensioni, nuove relazioni, ma anche organizzazioni e sistemi di tipo micro (relazione medico-paziente), meso (le organizzazioni e i sistemi di cura) e macro (le politiche sanitarie). Tale approccio è illustrato dal quadrilatero di Ardigò, con il quale si può analizzare in maniera empirica la struttura delle relazioni sociali che sono all'origine del fenomeno della salute. Il quadrilatero, perciò, è una matrice di concetti tra loro interconnessi costruiti in base a un approccio analitico. I quattro poli concettuali del quadrilatero sono rappresentati da:

- natura esterna, cioè l'ambiente fisico in genere;
- sistema sociale, cioè le relazioni sociali e istituzionali, inclusa l'organizzazione dei servizi socio-sanitari;
- persona intesa come soggetto capace di relazionarsi e nella forma sia di attore con proprie intenzioni che di immagine riflessa di altri individui ritenuti rilevanti per il soggetto;
- natura interna, cioè la base bio-psichica in cui il corpo umano è prodotto filogenetico ed entità psico-somatica.

Da questi quattro poli, Achille Ardigò identificò sei connessioni bidirezionali fondamentali. La prima connessione fra natura esterna e interna consente di dare alla natura esterna sia un ruolo patogenetico che di risorsa terapeutica per il corpo umano; la seconda, fra sistema sociale e natura esterna, è relativa all'organizzazione con cui la società fa fronte alle sfide patogene derivanti dall'ambiente e al modo in cui utilizza, allo stesso tempo, le risorse per la realizzazione di farmaci e di terapie; la terza fra sistema sociale e natura interna consente di individuare la fonte patogena delle malattie della natura interna dei soggetti; la quarta connessione fra la persona e la sua natura interna esprime la consapevolezza del soggetto nel rapporto tra corpo-cervello-mente; la quinta connessione fra soggetto e sistema sociale riguarda il percorso che il malato compie dalla percezione del malessere fino alla ricerca di terapie; la sesta connessione fra persona e natura esterna esprime l'impatto simbolico che l'ambiente fisico, anche in base alla relazione con la natura in genere, ha sulla cultura personale.

Queste interconnessioni, che sottolineano la multidimensionalità del sapere risultante, mettono in evidenza le relazioni rispetto alle singole parti, quindi il complesso delle relazioni socialmente significative per l'analisi del binomio salute-malattia. Con quest'ultimo modello la salute viene considerata come un processo risultante dall'interazione dinamica tra le polarità del quadrilatero.

Nonostante l'esistenza di questi approcci diversi, la sociologia della salute non poté che iniziare il suo percorso dalla parte più concreta della specie vivente umana: il corpo. Senza affrontare questo argomento, infatti, risulta impossibile trattare di salute, malattia e medicina.

Il corpo è iniziato a divenire una realtà problematica a partire dagli anni Ottanta quando una serie di mutamenti della società contemporanea avevano dato ad esso una concezione meno ovvia rispetto al passato. Inoltre, le innovazioni tecnologiche quali chirurgia plastica, trapianti, riproduzione medica assistita, rianimazione, terapia genetica hanno causato un'alterazione dei confini del nostro corpo portando a dibattiti etici e a evidenziare come i confini tra vita, morte e corpo non siano naturali, ma possano variare sollevando molte incertezze. All'interno di questi fattori scatenanti novità di pensiero è necessario inserire anche l'invecchiamento della popolazione, che ha sviluppato nuovi interrogativi sul corpo, e ciò che viene chiamato il "culto del corpo", il quale porta a chiedersi quali siano i confini tra salute vera e propria e salutismo inteso come fenomeno consumistico e edonistico.

Le molte domande che oggi affliggono questo tema non sono in grado di essere risolte dal discorso scientifico a causa della sua riduzione, già a partire da Cartesio, del corpo a semplice organismo biologico privo di coscienza. Le questioni, infatti, derivano dalla complessità del rapporto tra corpo e mente e nemmeno la prospettiva naturalistica, successiva alla scienza cartesiana occidentale, ha potuto offrire delle risposte a questo quesito. Finché la scienza continuerà a considerare il corpo come un oggetto o un aggregato di parti non si riuscirà a comprendere qualcosa di esso e della sua vita. Solo iniziando a pensarlo come un'entità intenzionale e cosciente, la scienza e la medicina potranno riscoprire il legame che unisce il corpo al mondo e farlo diventare una riflessione scientifica.

Entrando nel mondo della malattia e della salute, entrambe legate all'elemento corporeo, tre sono i soggetti che vengono interpellati: la persona malata, l'istituzione medica e la società nel suo complesso. Secondo la sociologia della salute ognuno di questi tre soggetti sviluppa una differente prospettiva riguardante la malattia. *Illness*, che riguarda le modalità con cui un individuo percepisce e interpreta la malattia, è intesa come l'esperienza di disagio di una persona, quindi una condizione soggettivamente percepita, mentre *disease*, appartenente alla sfera della medicina e considerata come patologia definita medicalmente da professionisti, implica una nosologia, un'eziologia e una diagnosi espresse con un linguaggio altamente specialistico. Sia *illness* che *disease* sono costruzioni sociali, la prima dal

punto di vista della persona, la seconda dal punto di vista della medicina. La loro differenza, comunque, non consiste tanto in una contrapposizione tra soggettività e oggettività, ma in una differente dimensione di rilevanza visto che *illness* poggia su una dimensione psicologico-culturale, mentre *disease* è basata su un piano di natura fisico-chimica e su paradigmi medici.

La terza prospettiva, che rappresenta il punto di vista della società, è quella di *sickness*. Essa da una parte riguarda le diverse modalità con cui il sistema societario riconosce l'esperienza di *illness* come malattia e come la interpreta, modella e stigmatizza, dall'altra riguarda il modo in cui le pratiche mediche vengono plasmate sulla base delle relazioni di potere e di status proprie di una determinata società, definendone prerogative e confini giurisdizionali.

La malattia diventa così un fenomeno multidimensionale che comporta un'interazione triadica tra malato, medicina e società. Queste tre entità racchiudono in sé un ruolo specifico, ma tra loro sono strettamente interagenti o, almeno, dovrebbero esserlo (Giarelli e Venneri, 2012).

## 1.2 Medicina, malattia e salute: uno sguardo generale

La rivoluzione industriale e i grandi cambiamenti avvenuti tra XVIII e XIX secolo hanno generato delle trasformazioni a livello economico, sociale e culturale che hanno portato una transizione dalla società tradizionale a quella moderna. Tale transizione viene descritta dalla sociologia come un processo di crescente differenziazione. Questo significa che, all'interno della società, sono andate a costituirsi parti specificamente orientate ad assolvere determinati compiti affinché il sistema sociale funzionasse. È così, dunque, che iniziarono a crearsi un complesso di organizzazioni distinte, tra cui quella della medicina.

Dal punto di vista sociologico, infatti, una professione in senso moderno nasce quando avviene la specializzazione e istituzionalizzazione di tale attività come conseguenza della divisione del lavoro necessaria per il funzionamento del sistema sociale, quando presenta uno specifico percorso di formazione proposto da strutture competenti e adeguate e quando si istituisce un controllo dell'accesso e dell'esercizio di tale professione.

In medicina, dunque, si sono presentati tutti questi fattori determinanti: i medici vinsero la lotta che li contrapponeva a maghi e guaritori e assorbito le funzioni che precedentemente erano assolte dalla famiglia e da istituzioni religiose, le pratiche furono formalizzate in modo tale che fosse più agevole la loro trasmissione ai nuovi allievi e il lavoro di routine del medico e dei suoi collaboratori iniziò ad essere svolto in organizzazioni specificatamente istituite (ospedali, ambulatori, laboratori, ecc.) seguendo una logica di razionalizzazione burocratica che, secondo Max Weber, contraddistingueva la linea evolutiva delle società moderne. Questo portò dei vantaggi, per esempio sollevare il singolo individuo dalla responsabilità morale e pratica di assolvere i compiti necessari per raggiungere un determinato obiettivo, ma

anche degli svantaggi che Weber indicò con il fatto che gli individui venivano ingabbiati in un sistema di vincoli che riducevano loro la libertà d'azione e che rendevano rigida l'organizzazione burocratica che diventava così incapace di adeguarsi ai bisogni individuali. Di conseguenza, i principi che portarono al successo l'organizzazione razionale del lavoro furono anche quelli che portarono alla sua inefficienza causata dalla spersonalizzazione delle funzioni e una risultante deresponsabilizzazione.

Oltre al suo progressivo organizzarsi come professione, la medicina moderna si formò e consolidò anche per la sua crescente dipendenza nei confronti del sapere scientifico, gestito da professionisti che contrastano la malattia sia nel momento in cui si presenta, sia con piani d'azione affinché si prevenga. La modernità della medicina, dunque, è derivata anche dal fatto che essa si accostò ai metodi e agli scopi della scienza. Tale avvicinamento cominciò a rafforzare la convinzione che fosse possibile associare una malattia a una causa precisa e univoca di tipo biologico, cioè si iniziò a cercare la causa di una malattia andando a guardare verso l'interno dell'organismo del malato, interessandosi meno delle sue relazioni con l'esterno, sia di tipo ambientale che sociale. Nonostante questa predilezione per una relazione esclusiva di causa-effetto del microbo sull'organismo, non mancava una consapevolezza minima dell'importanza di fattori ambientali e sociali.

Parallelamente alla medicina scientifica e di laboratorio, infatti, si consolidò la medicina sociale. Molti medici, in seguito alla Rivoluzione industriale e alla conseguente miseria e povertà, indagarono la possibilità che condizioni di denutrizione, povertà e ignoranza potessero essere concause sociali di contrazione di malattie. Il medico Rudolf Virchow, per esempio, cercò di convincere il governo prussiano che l'epidemia di tifo in Alta Slesia fosse connessa allo stato di povertà e marginalità della popolazione in quell'area e che migliori salari, istruzione e trasporti avrebbero aiutato la salute.

Nonostante questa nuova direzione di pensiero, l'orientamento predominante della medicina moderna rimase l'affrontare la malattia come un'alterazione funzionale che corrispondeva a un'alterazione organica, la quale derivava sempre da una sola causa precisa. Questo portò a preferire un metodo scientifico per curare la malattia, osservando il corpo del paziente e investigando a livello microbiologico. Si aggiunse, inoltre, la convinzione che l'agente patogeno agisse in modo tale da rompere l'equilibrio fisiologico del corpo umano. Iniziarono, dunque, a esserci nuove riflessioni teoriche, come quella di Claude Bernard, fondatore della moderna fisiologia, che spostò la medicina scientifica dal versante qualitativo a quello quantitativo: esisteva una continuità tra salute e malattia, le quali non furono più viste come due qualità in lotta tra loro, ma come modificazioni fisiologiche. La medicina risultò capace di ricostruire i meccanismi e gli effetti che portavano alla rottura dell'equilibrio funzionale con conseguente malattia. Il medico diventava colui che certificava in maniera oggettiva la causa della malattia e che poteva restituire la normalità all'individuo ripristinando il suo equilibrio

(Neresini, 2003).

La sociologia della salute ha cercato fin dall'inizio di offrire risposte al problema della malattia e uno dei primi a elaborare una teoria riguardante il ruolo del malato fu il sociologo statunitense Talcott Parsons. Secondo lui, la società aveva elaborato uno specifico ruolo per il malato (*sick role*), di conseguenza non era l'esperienza personale della malattia dal punto di vista dell'infermo a essere presa in considerazione. Il malato aveva un ruolo che portava con sé dei doveri: riconoscendo che il suo essere malato era socialmente indesiderabile, doveva sentirsi in obbligo di stare meglio il prima possibile e doveva cercare un aiuto tecnicamente competente e cooperare con esso per accelerare la guarigione. Rispettando questi doveri, il malato acquisiva dei diritti, per esempio veniva sollevato dagli obblighi sociali, cioè esentato dalle normali responsabilità di ruolo, e veniva assistito e curato fino alla guarigione. Il malato non era considerato responsabile del suo stato, ma meritevole di aiuto perché non in grado di guarire solo con la forza delle proprie decisioni o della propria volontà. Dunque, per Parsons, essendo la malattia un ruolo temporaneo previsto dalla società, la medicina rappresentava un'istituzione di controllo sociale, finalizzata a sostenere il senso del dovere e di responsabilità dei singoli nei confronti delle altre persone. All'interno del suo impianto teorico, però, ci sono delle debolezze. Per esempio, il concetto, pensato per un tipo di malattia acuta, non è applicabile alle malattie cronico-degenerative né a quelle autolimitanti. Inoltre, l'accesso al *sick role* non è consentito equamente a tutti i gruppi sociali e ci può essere una riluttanza ad assumere tale ruolo da parte dello stesso malato in caso di malattie stigmatizzanti (epilessia, malattie mentali, malattie a trasmissione sessuale, ecc.) che possono portare più discriminazione che benefici. Parsons non considerava nemmeno la variabilità culturale che il *sick role* comportava, cioè non teneva conto del diverso modo di considerare la malattia in base al gruppo etnico.

Parlando sempre di malattia, un concetto fondamentale in sociologia della salute è quello di *illness behaviour*, cioè la modalità con la quale vengono percepiti e valutati i sintomi e il conseguente modo in cui agisce una persona che prova dolore, disagio o che è affetto da una disfunzione organica. Tale concetto presenta due componenti: uno di tipo cognitivo, relativo alla modalità culturale con cui una persona presta attenzione al dolore e ai sintomi e cerca di definirli e spiegarli, e uno di tipo comportamentale, relativo alle azioni intraprese in risposta ai propri bisogni di salute e in base al tipo di aiuto ricercato. Queste due componenti si influenzano in maniera reciproca e vanno a delineare l'identità della persona malata.

Tale identità si costruisce sulla base di tre rappresentazioni della malattia, portate a definizione da Claudine Herzlich, e dai conseguenti comportamenti indotti. La prima rappresentazione è quella della malattia-distruttrice che porta il malato ad abbandonare il proprio ruolo sociale, la seconda è la malattia-liberatrice che è vissuta come un'esenzione dagli obblighi sociali e

la terza è la malattia-mestiere che prevede un'accettazione dell'inattività sociale per lottare contro il male. Ogni tipologia conduce a conseguenze identitarie diverse: la malattia-distruttrice porta a escludere la malattia dal proprio orizzonte del possibile e, quindi, a cercare un'identità nel "non essere ammalato", nella seconda tipologia l'identità consiste nell'"essere malato" che porta ad un arricchimento personale, mentre la malattia-mestiere è l'unico caso in cui il malato assume il *sick role* e la sua identità diventa "essere un buon malato" che accetta la malattia per combatterla e collabora con le istituzioni per guarire.

Nell'*illness behaviour* entrano in gioco fattori di natura organica, psicologica, culturale, sociale ed economica. Di conseguenza, il comportamento del malato diventa il risultato di qualcosa di socialmente modellato e culturalmente appreso e, allo stesso tempo, è soggetto a variazioni interculturali, cioè legate a fattori soggettivi come età, genere e personalità individuale. È questo il motivo per cui, per esempio, per stessi sintomi corrispondono risposte diverse: non è il sintomo in sé a determinare il comportamento del malato, ma il modo in cui esso viene percepito e interpretato.

La malattia, perciò, diventa un fatto ambiguo visto che è contemporaneamente un evento individuale, ma anche sociale. Essa si sperimenta sul proprio corpo, ma viene presa in carico da diverse istituzioni e sono sociali gli schemi che permettono di individuare, nominare e curare tale male (Giarelli e Venneri, 2012).

Ciò che la medicina moderna vuole ottenere, comunque, è dominare vita, morte e infermità attraverso una scienza rigorosa e una disponibilità finanziaria. Tale ambizione, però, rimane impraticabile visto che gli investimenti nella sanità non significano automaticamente elevazione della qualità della salute (le risorse non sono illimitate e possono essere sottratte da altri settori ugualmente importanti) e raggiungere il controllo totale della malattia e della morte non è possibile a causa della corruttibilità del corpo umano.

Si arriva così a un paradosso della medicina: una volta raggiunti livelli elevati nella cura e prevenzione si mette in discussione la medicina scientifica dimostrando un'insoddisfazione nei suoi confronti. Per esempio, l'iperspecializzazione del sapere e della pratica medica hanno portato a una grande profondità conoscitiva e capacità di intervento, ma allo stesso tempo una perdita di visione d'insieme, una sottovalutazione degli effetti derivanti da più fattori e una spersonalizzazione del rapporto medico-paziente. Si arriva così a ridurre il malato alla sua malattia senza che nessuno, nonostante esistano delle specialità di orientamento generale, come medicina interna, geriatria o medicina di base, si occupi del paziente in quanto tale.

Anche dall'uso della tecnologia sono derivati fattori positivi e negativi: a un'inegabile positività dal punto di vista diagnostico si contrappone una povertà del contatto tra medico e paziente, visto che la tecnologia diventa il

mezzo di mediazione. Questa mancanza di contatto tra professionista e malato può venire interpretato anche come disinteresse da parte della figura sanitaria. La tecnologia terapeutica, inoltre, ha permesso di effettuare interventi avanzati che prima non si riuscivano a sostenere, ma tale nuova strumentazione ha portato ad alimentare attese non sempre sostenibili sia dal punto di vista economico che da quello di risultati sperati dal paziente (Neresini, 2003).

I bisogni dei pazienti e la modificazione della pratica medica possono essere interpretati non solo mediante il concetto di malattia, ma anche attraverso la nozione di salute (Melucci, 2003). Parlando del termine salute, inizialmente esso veniva dato per scontato: salute era semplicemente assenza di malattia, tanto è vero che i primi studi sociologici in questo ambito venivano definiti sociologia della medicina proprio perché gli aspetti sociali entravano in gioco solo quando il soggetto usciva dalla norma della salute per entrare nella sfera della malattia (Bucchi e Neresini, 2003).

Questa concezione negativa di salute, considerata come semplice assenza di malattia, era il risultato di un periodo storico in cui i tassi di mortalità erano molto alti, la speranza di vita bassa e la sopravvivenza era considerata già un successo. Era la malattia, perciò, ad essere ritenuta il vero problema sociale, mentre la salute non era oggetto di riflessione perché non rappresentava un problema socialmente riconosciuto e perché non era qualcosa di visibile, visto che era la malattia ciò che si manifestava.

Successivamente, invece, con la transizione demografica ed epidemiologica e una speranza di vita maggiore, lo scenario cambiò: una crescente fetta di popolazione dovette iniziare a convivere con malattie cronico-degenerative e iniziarono ad essere imposti principi salutisti per ottenere una società più performativa ed efficiente (Giarelli e Venneri, 2012). Il concetto di salute, quindi, iniziò a svilupparsi sotto il profilo culturale, semantico e generazionale (Bucchi e Neresini, 2003). Il suo significato è diventato variabile in base ai contesti sociali e culturali: la salute e la malattia sono ciò che la nostra cultura, le nostre rappresentazioni, il nostro linguaggio ci suggeriscono di sperimentare. Ne porta un esempio Herzlich che, durante gli anni Sessanta, studiando la società francese, riportò, in seguito a un'intervista che aveva coinvolto ottanta persone, che la salute veniva concepita 1) come vuoto, assenza di malattia, 2) come capacità di contrastare la malattia, mantenersi sano grazie alla forza fisica, al temperamento e all'ereditarietà o 3) come equilibrio nel rapporto con se stessi e con gli altri. La malattia, invece, veniva interpretata come 1) un evento distruttivo per l'identità personale, 2) forza liberatrice che consente di sfuggire da una determinata condizione sociale o 3) come una sorta di mestiere visto che il combattere la malattia diventa una parte centrale della vita come lo è una professione (Neresini, 2003). Dal lavoro di questa sociologa si capisce come le concezioni di salute siano indipendenti dal sapere medico e che con esse gli individui danno un senso alle esperienze del proprio corpo che poi condividono

socialmente con altri (Giarelli e Venneri, 2012).

Secondo Parsons, lo stato di salute degli attori sociali incide sulla capacità del sistema sociale di assolvere con successo i compiti necessari alla sua sopravvivenza. La malattia, quindi, diventa un fenomeno disfunzionale all'equilibrio della società perché rende i soggetti incapaci di svolgere in maniera efficace i propri incarichi. Dal punto di vista del malato, perciò, la sua condizione è una sofferenza fisica e un disagio sociale, mentre dal punto di vista collettivo è una mancata conformità ai ruoli necessari al funzionamento del sistema sociale (Neresini, 2003).

I significati che ruotano intorno a salute e malattia sono stati al centro di numerosi studi che hanno esplorato i risultati in termini di variazione di classe sociale, età, genere e gruppi etnici. Per esempio, Williams, in uno studio scozzese che coinvolgeva anziani oltre i sessant'anni d'età, ha individuato tre rappresentazioni di salute: una negativa come assenza di malattia, una positiva in termini di forza e una funzionale in termini di capacità di adattamento. Uno studio francese, invece, ha rilevato che tra i lavoratori manuali prevaleva una concezione negativa e strumentale della salute, mentre i professionisti e manager ne avevano una concezione più positiva e personalizzata. Un'indagine sulla salute e sugli stili di vita condotta in Gran Bretagna, invece, non ha riscontrato differenze di interpretazione in base alla classe sociale. Erano più l'età e il genere a sviluppare divergenze visto che le donne davano una concezione più positiva e multidimensionale, i maschi giovani consideravano la salute come forza fisica e fitness, nelle ragazze veniva enfatizzata la vitalità e la capacità di affrontare le situazioni, gli uomini di mezza età coniugavano il benessere fisico e quello psichico e gli anziani propendevano per una concezione funzionale. Una concezione più funzionale veniva anche sottolineata dagli asiatici, mentre gli afro-caraibici puntavano su energia e forza fisica.

In Italia, due indagini, una eseguita nel 1987 e una nel 1998, da parte del CENSIS, Centro Studi Investimenti Sociali, hanno evidenziato come sempre di più le persone pensavano alla salute come il sentirsi in forma, essere efficienti e in grado di svolgere normali attività, mentre crollava l'idea di salute come stabilità ed equilibrio psico-fisico. Tali indagini hanno anche mostrato che il pensiero predominante era che la salute derivava da abitudini e stili di vita piuttosto che da fattori sociali o ambientali. È chiaro come si sia proceduto sempre di più verso un'ottica individualista, basata anche su una crescente cultura consumistica e salutista (Giarelli e Venneri, 2012).

Si può dire, quindi, che i concetti di salute e malattia, a volte univoci, altre volte incerti e conflittuali, sono indicatori del livello di complessità e del grado di integrazione che caratterizza un dato sistema sociale nelle varie fasi della sua evoluzione. Essi sono la conferma dell'esistenza di culture della salute (credenze, valori, norme, comportamenti) indipendenti dalle culture dei professionisti sanitari.

Nel 1946, comunque, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha

affermato una nuova concezione normativa della salute: essa è uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia o infermità» (WHO, 2006). Questa nuova proposta intendeva costituire un modello di riferimento per un nuovo intervento nei servizi sanitari. Nella definizione dell'OMS, la salute come “stato” sembra indicare non tanto una condizione statica, ma una condizione ideale verso cui tendere. Inoltre, essa viene equiparata al concetto di “completo benessere” andando così ad ampliare la nozione tradizionale di salute e confermare il carattere ideale e normativo della nuova definizione. L'OMS, dunque, ha proposto una multidimensionalità del concetto di salute: non pone il limite alla sfera fisico-biologica, ma include la sfera psichica e sociale. Questo porta ad andare oltre l'attenzione al solo corpo-macchina e a guardare alle relazioni sociali che ogni individuo ha con l'esterno.

Ad Ottawa, alla prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute del 1986, si ribadì anche che la salute non deve essere un semplice obiettivo, ma una fonte di ricchezza della vita quotidiana, e che essa, intesa come benessere, non può fermarsi all'idea di una forma di vita sana così come la sua promozione non può fermarsi al solo settore sanitario (Roselli, 2012).

### 1.3 Il significato di “umanizzare”

La medicina di oggi, dunque, è un sistema sempre più complesso che, attraverso l'uso di sofisticate tecnologie unite a conoscenze fisiche, chimiche e biologiche, cerca di ampliare il proprio campo di azione ed efficacia per cercare di trovare risposte che portino ad alimentare una speranza nei confronti del dolore e della malattia. Dare una risposta alla presenza di una malattia è ciò che tutte le culture umane, da sempre, hanno tentato di fare: si cerca di affidarsi alla scienza per controllare l'incertezza. Un'incertezza che può portare, come descritto da Émile Durkheim, a uno stato di anomia, cioè una condizione esistenziale segnata da un senso di angoscia e disorientamento derivato da veloci trasformazioni sociali ed economiche.

Ora, però, qualcosa è cambiato: gli individui, coscienti dell'involuzione della libertà decisionale, dell'omologazione culturale e dell'assimilazione del paziente a un numero o unità statistica a causa di un approccio strumentale, sono sempre più consapevoli di sé e dei propri bisogni e stanno cercando un benessere che va al di là del semplice superamento della malattia.

Vedere la medicina come una nuova religione tecnologica è certamente forte come si è visto, soprattutto ora che la robotica sta prendendo il sopravvento, ma la spinta verso la riappropriazione dello star bene emerge continuamente nelle pratiche sociali: la medicina invade il sociale e la società si affida alla medicina (Melucci, 2003). Questo perché il paziente postmoderno è sempre più attento e preoccupato dei suoi sintomi e ricorre, più che in passato, all'assistenza medica per liberarsene, anche se non sono rari i casi di autodiagnosi e autocura giunti a causa della spersonalizzazione del rapporto

medico-paziente, dell'iper-tecnicismo, della specializzazione e dell'organizzazione burocratica.

La medicina, nonostante le sue aspirazioni, non può dare risposte a tutti i problemi, ma ciò che le pratiche sanitarie possono fare è quello di accrescere la capacità nei pazienti e nei familiari di affrontare il dolore e di misurarsi con il limite attraverso l'informazione e la responsabilità personale e sociale (Neresini, 2003). Si è iniziato a ridefinire in maniera più comprensiva anche il concetto di cura che, quindi, non rimane più esclusivamente *cure* intesa come terapia medica specialistica, ma diventa *care*. Questo fa sì che si dia più attenzione alle attività di prevenzione, promozione, riabilitazione, assistenza e alle cure di tipo palliativo (Giarelli e Venneri, 2012). Il malato, inoltre, non viene posto solo al centro dei processi di guarigione e cura, ma anche, in casi estremi, di accompagnamento verso la morte e si tiene conto di tutte le sue componenti, da quelle fisiche a quelle spirituali (Regione del Veneto, 2005). Questo nuovo modo di considerare la salute e gli strumenti per garantirla hanno fondato le basi per il concetto di umanizzazione in sanità.

La sfida che ci si pone, dunque, è quella di superare il modello bio-medico, che cura solo la parte del corpo malata, per adottarne uno bio-psico-sociale, accogliendo tutte le soluzioni legate ai saperi e alle strategie tecniche e politiche per una riqualificazione della formazione e della modalità di lavoro dei professionisti sanitari, adeguando al nuovo modello le competenze e le procedure delle strutture ospedaliere. Questa sfida porta a voler far emergere la soggettività del paziente nelle sue molteplici espressioni: i pazienti intervengono nel processo di costruzione della malattia, partecipano all'attività di ricerca ed entrano in gioco quando c'è bisogno di definirla. Inoltre, guardare la medicina dal punto di vista del paziente porta a valorizzare diversità di genere, età, stato sociale, provenienza culturale che, invece, non sono presenti nel modello biomedico, il quale appiattisce nell'indifferenza tutto ciò (Neresini, 2003).

Risulta necessario, quindi, un rinnovamento e una riflessione sulle implicazioni etiche dell'assistenza e sulla possibilità di portare al centro della sanità il malato come persona, come individuo nella sua totalità, non solo in quanto malato, ma come detentore di un certo grado di complessità (Giarelli e Venneri, 2012). Far sì che i luoghi di cura e le pratiche mediche e di assistenza siano aperte, sicure e senza dolore è anche una presa di coscienza del fatto che la degenza in ospedale per i pazienti non è semplice: vengono inseriti in un ambiente istituzionale con connotati altamente tecnologizzati e vengono estrapolati dalla loro quotidianità, dal loro mondo domestico e inseriti in una routine destabilizzante e spersonalizzata.

Proprio per cercare di risolvere questi problemi di distacco dalla vita normale da parte dei pazienti, negli ultimi anni si è iniziato a parlare di umanizzazione dell'ospedale, cioè, cercare di diminuire i disagi dovuti ai cambiamenti della routine, alla cattiva qualità di arredo, stanze, pasti e alla mancanza di empatia nei rapporti (Simoni, 2003). La percezione di un ambiente più accogliente e

confortevole, infatti, ha una ricaduta importante sulle condizioni di salute e sugli esiti delle cure del paziente.

All'interno dell'ospedale, però, non ci sono solo i pazienti: il personale che cura gioca un ruolo fondamentale. Esso è sottoposto a un esaurimento non solo fisico, ma anche psico-emotivo, definito *burnout*, che può essere aggravato da situazioni di malessere ambientale (Del Nord e Peretti, 2012).

Umanizzare, quindi, significa andare incontro alle esigenze dei pazienti, dei familiari e del personale sanitario non dal punto di vista medico, ma da quello emotivo, ambientale, lavorativo, occupazionale, di fruibilità e di sicurezza (Lissi et al. 2021).

L'obiettivo, dunque, è quello di minimizzare i fattori di stress, derivato dallo squilibrio tra ciò che viene chiesto a una persona e le risorse che quella persona ha a disposizione per fronteggiare tali richieste, angoscia, disorientamento e proporre condizioni fisiche, ambientali e sociali che promuovano uno stato di salute psico-socio-fisico di tutti gli utenti. Per farlo non bisogna sottovalutare gli aspetti di natura organizzativo-gestionale e di comunicazione legati alle attività di cura del paziente.

Umanizzare vuol dire anche ridurre l'abuso di farmaci, evitare ospedalizzazioni non necessarie, usare in maniera appropriata test diagnostici, contenere gli interventi chirurgici e limitare il dolore (Regione del Veneto, 2005).

In Italia, l'inizio di una nuova strada da percorrere riguardante questi temi è stato intrapreso con il Decreto Legislativo 502/92 che, all'art. 14, promuoveva la necessità di definire degli indicatori riguardanti la qualità dei servizi e delle prestazioni in relazione alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza. Tali indicatori, poi, sarebbero stati necessari alle Regioni per verificare, anche sotto il profilo sociologico, lo stato di attuazione dei diritti dei cittadini in modo tale da definire, di conseguenza, gli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Coerente con il decreto citato è la Carta dei servizi pubblici sanitari del 1995, un documento che è stato redatto per incidere sui rapporti tra i cittadini e coloro che offrono i servizi sanitari. La Carta cercava di tutelare i diritti degli utenti e incrementare la qualità delle prestazioni mediante valutazioni della personalizzazione, umanizzazione, diritto all'informazione, prestazioni alberghiere e attività di prevenzione (Simoni, 2003).

Nel 2000, il Ministro della Sanità del Governo Amato, Umberto Veronesi, affidò a una commissione ministeriale l'incarico di riformulare gli ospedali italiani. Il risultato fu un decalogo che orientò la costruzione di svariati ospedali e, tra questi punti, uno riguardava proprio l'umanizzazione. Essa veniva associata a un ambiente confortevole, a misura d'uomo, dove la privacy è garantita e il malato è posto al centro, così come il suo diritto di essere informato, guidato e di ricevere visite (Bodo, 2018). Si parlò di umanizzazione anche nel *New Deal* della salute prospettato nel 2006 dal Ministro della Salute Livia Turco in cui l'umanizzazione venne definita come

capacità di far sì che i luoghi di cura e le stesse pratiche cliniche siano aperti, sicuri e in assenza di dolore. L'obiettivo era quello di riuscire a conciliare un percorso assistenziale in cui l'utente è un partecipante attivo con piani mirati ad accogliere, informare e favorire il comfort del paziente (Del Nord et al., 2015). Anche nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, riguardante il regolamento per definire standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, viene riportato che «Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona» (D.Lgs 70/2015, allegato 1).

L'umanizzazione fu anche il tema dello studio *L'umanizzazione delle strutture socio sanitarie: la nuova dimensione dell'architettura ospedaliera* voluto dal Ministero della Salute e condotto dal Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS dell'Università degli Studi di Firenze e dal Dipartimento DINSE del Politecnico di Torino sotto la guida di Romano Del Nord e Gabriella Peretti. La ricerca ha portato, tra i tanti elementi che verranno affrontati successivamente in questo elaborato, a definire il significato e le diverse accezioni che si possono attribuire al concetto di umanizzazione, il quale parte dal considerare l'individuo nella sua totalità e, soprattutto, collocandolo nello spazio fisico e relazionale in cui viene curato. Il paziente, perciò, diventa il centro, non solo con le sue patologie, ma con tutte le sue esigenze fisiche, emotive, relazionali e psichiche.

A livello internazionale, infatti, il concetto di umanizzazione è espresso dalla locuzione *patient-centered care* per la quale l'International Alliance of Patients Organization (IAPO) dichiara che le cure dovrebbero essere centrate sull'utente, rispettando ciò che predilige, i suoi principi e le sue necessità.

Numerosi studi hanno dimostrato che per il malato e i familiari non sono importanti solo gli elementi clinici, tecnici, professionali, biologici, ma anche le connessioni che si creano tra operatori sanitari e pazienti, la possibilità di essere informati in maniera adeguata, le caratteristiche fisiche dell'ambiente in cui si trovano e il sostegno dato alla persona nella sua complessità. Questo insieme ha ricadute sul modo di vivere la malattia e sugli esiti clinici. Di conseguenza, è possibile intendere "umanizzazione" come una risposta di tipo psichico e sensoriale alle necessità degli utenti in vari ambiti, tra cui le scienze mediche e la comunicazione tra paziente e operatori sanitari e tra paziente e organizzazione della struttura sanitaria.

Nell'atto di umanizzare, dunque, si deve tenere conto della prospettiva del paziente, dando peso ai valori, alle preferenze e ai bisogni che necessita nell'ambito dell'informazione, della comunicazione, del comfort fisico, del supporto emotivo e del coinvolgimento con i familiari e con gli spazi che lo circondano.

Tale convinzione, per esempio, è il principio guida di *Planetree* che, fondato negli anni Settanta, è promotore di metodi per personalizzare e umanizzare

l'esperienza di ospedalizzazione. Il *Planetree model* segue un approccio *patient-centered* e cerca esiti terapeutici per quanto riguarda la psiche, l'emotività, la spiritualità, la socialità e il fisico. Per questo motivo cerca di promuovere l'interazione sociale (tra pazienti, famiglie e personale), un maggiore accesso all'informazione e formazione, un'attenzione agli aspetti nutritivi e nutrizionali che possono aggiungere piacere, comfort e familiarità, un design architettonico e degli interni progettati per il benessere di chi li vive, un coinvolgimento emotivo attraverso arte e intrattenimento, l'importanza della spiritualità a servizio della guarigione e l'aspetto umano che riduce ansia, paura e stress (Del Nord e Peretti, 2012).

Tutto questo può influenzare in maniera positiva il processo di guarigione, la salute e il benessere, non solo dei malati, ma anche di tutti coloro che vivono l'ambiente ospedaliero. Il processo di guarigione deve diventare, quindi, un percorso in cui personale sanitario e pazienti giocano un ruolo nel proprio ambito di competenze senza dimenticare e sottovalutare l'umanità reciproca (Giarelli e Venneri, 2012).

Tale esigenza si è notata ancora di più con la pandemia iniziata nel 2020: il bisogno di umanità si è accentuato e può essere un nuovo punto di partenza per implementare il processo di umanizzazione.

In questo senso non è importante adottare solo un approccio *patient-centered*, ma anche *family-centered* in modo tale che la famiglia biologica, legale o affettiva possa essere un punto d'appoggio per il malato e per il personale sanitario che deve prestare le cure e prendere decisioni terapeutiche. La famiglia ha una certa influenza sulla salute e sul benessere del paziente e può essere un aiuto anche nel migliorare la sicurezza e la qualità in ambito sanitario. Ai fini dell'umanizzazione, tutto ciò che ruota intorno ai servizi e dotazioni per i familiari risulta, quindi, fondamentale.

Constatata l'importanza del ruolo della famiglia, si può, dunque, parlare di *patient-and-family-centered care* in quanto sia i pazienti che i familiari rappresentano interlocutori essenziali nel processo di cura.

Nello sviluppo dell'umanizzazione anche la comunicazione tra pazienti, familiari e personale sanitario risulta avere un peso determinante. Migliorare le relazioni interpersonali all'interno dell'ambiente ospedaliero porta a una maggiore equità, accessibilità, appropriatezza ed efficacia dell'assistenza sanitaria. Dare accesso alle informazioni riguardanti i servizi in maniera semplice è una delle condizioni necessarie per far sì che si attui il diritto alla salute e il diritto a essere informati. Nel processo di comunicazione è fondamentale che i flussi di informazione interna si integrino con le azioni. La comunicazione non coinvolge solo le persone in sé, ma anche l'architettura, le norme comportamentali, le strategie gestionali e i modi con cui la struttura si rapporta con l'ambiente comunicando e veicolando un messaggio. Il ruolo di una buona comunicazione non è da sottovalutare, tanto che alla sua riflessione hanno contribuito la psicologia sociale, la filosofia del linguaggio e la pragmatica del linguaggio. Lo stile comunicativo non riguarda

solo le parole, ma anche le azioni paraverbali e la capacità dell'operatore di sostenere emotivamente il paziente, mostrare calore e coinvolgimento emotivo, prestare attenzione e interesse alle sue domande o proposte e, quindi, non cercando solo di effettuare un trasferimento corretto di contenuti (Del Nord e Peretti, 2012).

Umanizzare è fondamentale perché dietro alla malattia, sia da parte del paziente sia da quella del professionista, c'è sempre un essere umano che ha bisogno di essere ascoltato, confortato, capito (Lissi et al. 2021).

È per questo motivo che si cerca di contrastare il modello della Evidence Based Medicine (EBM), il quale ha portato a uno sviluppo importante delle scelte terapeutiche, ma, al tempo stesso, a una riduzione del malato alla sua malattia e della persona a un semplice corpo, attraverso quelle che vengono definite Medical humanities. Esse, nate negli anni Settanta negli Stati Uniti, hanno cercato di recuperare una visione più autentica e sensibile dell'ambiente medico andando oltre la mera tecnologizzazione. Hanno cercato, quindi, di far comprendere l'esperienza della malattia nella sua complessità e non nella sua scientificità.

Basandosi su ciò che è stato detto finora, risulta impossibile non pensare e non riprogrammare ciò che circonda gli utenti dell'ospedale, a partire dall'ambiente, che è parte integrante dell'esperienza che la persona vive all'interno della struttura. Con ambiente si intende l'insieme delle scelte architettoniche, di arredamento, cromatiche e quelle per disimpegnare la mente, come l'arte, che vengono prese durante la progettazione o la ristrutturazione di un ospedale. Anche gli odori fanno parte dell'ambiente: quelli sgradevoli, come quelli delle medicine o dei disinfettanti, aumentano la sensazione di angoscia, mentre essenze floreali o fruttate hanno un potere calmante (Del Nord e Peretti, 2012).

Il bisogno di umanità, dunque, risulta evidente. Di conseguenza, per raggiungere l'obiettivo, si deve cercare di equilibrare le risorse disponibili tra la diagnostica tecnologicamente avanzata, la terapia secondo i protocolli più avanzati, la ricerca sperimentale ed epidemiologica e le iniziative di umanizzazione frutto e sintomo di una sensibilità verso la persona in quanto essere umano (Truccolo, 2002). Il tutto deve andare incontro a una ricerca del benessere inteso come un complesso e soggettivo stato di consapevolezza che si concretizza come equilibrio tra la componente fisica, la componente mentale, la componente emotiva e la componente spirituale, cioè le diverse componenti della persona umana (Regione del Veneto, 2005).

Ancora oggi vale la dichiarazione dell'OMS che afferma il bisogno di mutare gli atteggiamenti e l'organizzazione dei servizi sanitari in modo che si sviluppino concentrandosi sui bisogni dell'individuo nella sua totalità: serve un nuovo approccio in cui non si punti alla mera efficienza tecnologica trascurando il fattore umano (Roselli, 2012). La visione olistica che tenga conto della dimensione spirituale, fisico-ergonomica, psico-cognitiva e sociale della persona è la via da perseguire (Ferrante e Cellucci, 2021).

## CAPITOLO II

### L'arte all'interno degli spazi ospedalieri

#### 2.1 L'evoluzione del rapporto arte-ospedale

Le arti hanno da sempre giocato un ruolo importante nella cultura e nella società, da tempi meno recenti fino alla vita moderna. Al giorno d'oggi, il potenziale terapeutico delle arti ha un ruolo di rilevanza sempre maggiore, ma, di certo, non è un'invenzione dei nostri tempi: già nell'antichità era stata individuata la positività del fenomeno artistico in campo medico e la convinzione che la pietà e la cura nei confronti dei malati non dovevano essere disgiunti dall'attenzione verso le belle arti.

Gli ospedali-musei odierni vedono un loro anticipatore negli asclepiei del VI secolo a.C., prosperati in Grecia, così come nelle sue colonie in Italia e in Asia, per circa dodici secoli. Una testimonianza della loro presenza è arrivata a noi grazie allo scrittore Pausania che, nella sua *Periegesi della Grecia*, riferendosi solo agli edifici del II secolo d.C., tempo in cui viveva, ci ha lasciato una mappa dei luoghi in cui questi edifici si trovavano, per esempio Epidauro, Tricca, Atene, Pergamo e Kos. Questi templi della salute erano dedicati al dio della medicina Asclepio e fondavano le loro radici in una tradizione di gran lunga precedente. Lo scrittore Clemente Alessandrino, infatti, tramanda che il culto nei confronti di questo dio era iniziato ben cinquantatré anni prima della distruzione di Troia e che, quindi, la medicina dei templi aveva preceduto, e poi affiancato, una medicina più tecnica, in cui l'arte della cura con l'intelletto si univa alla manualità del fare (Cosmacini, 1997).

Gli asclepiei avevano la funzione di ospedali sacri con finalità di cura, di religiosità e di educazione scientifico-professionale. Queste attività venivano svolte all'interno di strutture architettoniche fastose e imponenti (era richiesto un lavoro corale di architetti, scultori e pittori) e spesso si trovavano in luoghi ameni e vicino a fonti d'acqua, come il mare o il fiume, in modo che i pazienti potessero trovare anche in essi un sollievo (Bodo, 2018). Il ruolo della natura era considerato importante e, per questo motivo, l'ospedale veniva integrato con la foresta sacra ed era presente un magnifico atrio aperto verso sud in cui poter riposare e trarre beneficio dalla luce solare, aspetto ripreso secoli dopo anche nello Spedale degli Innocenti di Brunelleschi.

Nei processi di guarigione veniva considerata fondamentale l'interazione sociale e per questo gli asclepiei erano fondati in un contesto civico piuttosto che segregato. All'interno di queste strutture erano presenti delle zone adibite ad aree chirurgiche chiamate *tolos*, dei reparti per invalidi (*stoa cotis*) e gli *xenon*, cioè alloggi per pazienti e parenti (Del Nord, 2012).

Uno degli esempi più importanti di questi templi è quello di Epidauro nell'Argolide, secondo Pausania luogo natio di Asclepio e luogo in cui il culto

del dio ebbe ampio consenso. Sorgeva fuori dalla città, ma era collegato ad essa attraverso una strada ornata da statue. L'architetto Teodoto impiegò come materiale di costruzione la pietra calcarea e la cella sostenuta da colonne doriche fu decorata con marmi policromi e con una statua crisoelefantina del dio della medicina scolpita da Trasimede. Nei portici antistanti al tempio si trovava il luogo di degenza e di dormiveglia chiamato *àbaton* ed era presente anche un'edicola circolare (*thòlos*) con all'interno un pozzo sacro in cui i malati lasciavano delle tavolette con le loro storie, i sintomi e i trattamenti ricevuti. Attraverso queste tavolette venne a formarsi una casistica di sintomi che aiutarono in seguito ad arrivare a cure più "scientifiche": non più sacrifici e bagni come in precedenza, ma manipolazioni, diete ed esercizi fisici. Per questo motivo vicino al tempio era presente un ginnasio per l'attività fisica, ma sorgeva anche un *odeon* per le audizioni musicali con finalità terapeutiche (Cosmacini, 1997). Erano presenti, perciò, strutture per l'arte e per la rigenerazione del corpo, ma anche molte pitture e sculture che dovevano richiamare, in qualche modo, il potere terapeutico del divino Asclepio.

Queste strutture nate in Grecia furono poi adottate anche dai Romani che latinizzarono il nome Asclepio in Esculapio (Bodo, 2018). Uno di questi esempi è presente nell'Isola Tiberina dove, nel 289 a.C., fu edificato un tempio che la leggenda narra fosse stato costruito quando, in seguito a una pestilenza, i cittadini decisero di erigere un luogo di culto con al suo interno una statua del dio Asclepio prelevata da Epidauro. Al ritorno del viaggio da quella città per recuperare la scultura, un serpente, simbolo del dio, scese dall'imbarcazione e si nascose nell'Isola Tiberina. Questo evento fu interpretato come una manifestazione del volere divino e, quindi, fu stabilito che in quel luogo sarebbe sorto il tempio (Cosmacini, 1997).

Nel mondo romano antico, comunque, si provvedeva a organizzare strutture o terapie solo per quelle persone che avevano un valore all'interno della società: funzionari di Stato, soldati e schiavi. Quest'ultimi venivano curati nei Valetudinaria, rinvenibili nei vasti possedimenti rurali, mentre i soldati avevano a disposizione un ospedale militare nell'accampamento. Generalmente, essi erano lontani dal centro del campo, o addirittura fuori da esso, per avere una sede più tranquilla possibile. Le dimensioni di questi edifici potevano variare ed erano costituiti da un ampio fabbricato a pianta quadrata o rettangolare, da un cortile centrale, un ambiente di tipo basilicale probabilmente come luogo di visite o riunioni, un secondo ambiente ben illuminato, forse utilizzato come sala operatoria, bagni e locali igienici, una cucina e una farmacia. Gli edifici erano costruiti secondo una rigorosa razionalità, ma si teneva conto di particolari accorgimenti da mettere in pratica nelle sale per i degenti in modo da renderle più confortevoli, si faceva sì che ci fosse una buona aereazione degli spazi e che la costruzione avesse delle linee armoniose.

Per i romani, però, l'elemento che più si legava al concetto di salute pubblica era quello delle terme, centri di cura del corpo che oggi potremmo definire

quasi di cura preventiva. Esse riuscivano allo stesso tempo ad essere un elemento di costume sociale e un elemento fondamentale della struttura urbana grazie alle loro dimensioni e alla ricchezza compositiva ed architettonica. Le facciate delle terme erano animate da un gioco di volte o cupole, ma le pareti esterne rimanevano spoglie per stabilire un contrasto con il prezioso ornamento dell'interno. Gli spazi interni presentavano nicchie che accoglievano gruppi di statue e rivestimenti con materiali preziosi come granito, marmo e porfido. I cornicioni erano scavati in profondità per accentuare l'effetto plastico, i capitelli erano spesso figurati con la rappresentazione di eroi e dèi mitologici e le volte delle sale erano decorate in oro e con mosaici in pasta di vetro. Le decorazioni si riflettevano nelle acque delle piscine andando ad accentuare l'effetto ornamentale.

Ciò che riguardava la cura del corpo, in seguito, si spostò a carico del cristianesimo (Bellini et al., 2007).

Nel Medioevo, infatti, con la presenza forte della fede, si iniziò a concepire il malato come un tutt'uno di anima e corpo e iniziò ad affermarsi il concetto di ospitalità, accoglienza e assistenza (Cosmacini, 1997). Gli ospedali medievali, che inizialmente si trovavano all'interno di monasteri, erano, infatti, luoghi in cui veniva prestata assistenza gratuitamente ai pellegrini, che erano individui d'ogni classe e categoria, ai poveri e ai bisognosi, compresi diseredati, orfani, trovatelli e lebbrosi (Bodo, 2018). Venivano offerte loro preghiere, dieta nutriente, acqua fresca e riposo. Tutto ciò era destinato a chiunque, differente per sesso, età, abitudini, condizioni sociali, mansioni e responsabilità, si trovasse nel bisogno, sia per esigenza sanitaria che per indigenza economica. Ci si basava, infatti, sull'etica cristiana della carità, del mutuo soccorso e del principio di non nuocere al prossimo (Zanardi, 2014).

Gli ospedali con elementi artistici presenti nel Medioevo, nel tempo subirono modifiche. Nel 727, per esempio, fu fatto edificare da un re sassone l'ospedale di Santo Spirito in Sassia. Nel 1198 fu ampliato da papa Innocenzo III e nel 1473 papa Sisto IV, su progetto di Baccio Pontelli, lo fece ricostruire rendendolo il miglior esempio di architettura quattrocentesca a Roma, tanto che Botticelli ne immortalò la facciata nell'affresco de *La purificazione del lebbroso* nella Cappella Sistina. L'interno di questo ospedale, nel corso dei secoli, vide l'accumularsi di opere d'arte di artisti come Verrocchio, Palladio, Bernini, Canova e le corsie presentavano affreschi con tematiche religiose. In questo caso non era l'arte in sé che dava sollievo ai pazienti, ma il messaggio che essa veicolava, cioè che lo Spirito Santo avrebbe elevato loro l'anima (Bodo, 2018). Le corsie rendevano concrete la bellezza e l'utilità dell'ospedale e la Corsia della Sistina di Santo Spirito in Sassia combinava la cura del corpo e quella dell'anima. Nelle sue pareti erano allineati i letti, ognuno racchiuso da un baldacchino con cortine per mantenere il calore e tutelare la riservatezza.

Generalmente le corsie colpivano per la loro lunga prospettiva e la cappella che ne costituiva la fine era il punto focale della vita devozionale dei pazienti,

grazie anche alla pala d'altare che poteva essere incorniciata da affreschi. La centralità della cappella all'interno dell'ospedale fece sì che tutte le maggiori strutture commissionassero le loro cappelle e tabernacoli, oltre che le relative pale d'altare, ai più importanti artisti dell'epoca, per esempio dei tabernacoli di marmo per l'ospedale sopracitato furono eseguiti da Luca della Robbia nel 1441 e nel 1442 e dal Verrocchio nel 1447.

Un'idea della decorazione di una cappella ce la fornisce un disegno di Giovanni Ortolani, paziente epilettico ricoverato nel 1849 presso l'ospedale di Santa Maria Nuova, fondato nel 1288 a Firenze. Egli ci mostra la corsia maschile vista dalla crociera, guardando verso la cappella di Bernardo Buontalenti del 1575. Tale cappella aveva una struttura architettonica semplice, ma incisiva, ed era costituita da un ampio arco trionfale in pietra serena sostenuto da colonne doriche e sormontato da una cupola. I timpani erano stati decorati da Alessandro Allori con i quattro evangelisti e le finestre della cupola illuminavano l'altare con il tabernacolo realizzato dal Giambologna. Il tutto costituiva una visione scenografica imponente sia per i pazienti che per i loro visitatori. A un certo Andreuzzo dipintore della compagnia dei pittori di San Luca fu commissionata una pala per l'altare maggiore della cappella. Essa raffigurava San Luca intento a dipingere la Vergine, andando così a sottolineare la principale attività dei membri dell'Arte e il ruolo del santo come medico. La compagnia era molto legata a tale cappella, tanto che al suo interno venivano svolte diverse riunioni e compiute messe poi seguite da processioni lungo tutto l'ospedale.

La corsia femminile di Santa Maria Nuova, invece, possedeva un'atmosfera più sobria ed era decorata con degli affreschi della bottega del noto artista Niccolò di Pietro Gerini, poi ridipinti da Alessandro Allori con caratteristiche finto-architettoniche ottenute tramite la tecnica del trompe-l'œil. I temi dipinti da Gerini, oltre alle figure di molti santi legati alla guarigione e ai poveri, per esempio santa Lucia, conosciuta per aver distribuito le proprie sostanze ai poveri, sant'Elisabetta d'Ungheria, che aveva fondato un ospedale, o Santa Barbara, patrona di coloro che erano minacciati da morte improvvisa, erano la vita di Cristo e la vita della Vergine. In particolare, la Madre di Cristo era un'immagine a cui le pazienti potevano sentirsi vicino se, come Maria, avevano sostenuto l'esperienza del parto, ma, la sua figura amorevole e sostenitrice era anche un promemoria della transitorietà dell'infermità (Henderson, 2016). Nel 1424 fu commissionata, per la facciata dello spedale, una scultura del *Vir Dolorum* (Uomo dei dolori), cioè un Cristo rappresentato con le dita nel costato. Il visitatore era attratto dall'ampia ferita aperta e veniva così a partecipare alla sofferenza e alla morte di Cristo, ma, allo stesso tempo, il messaggio veicolato era quello di una redenzione, giustificando in questo modo il ruolo dell'ospedale nella cura. Un'altra statua in terracotta presente nella facciata era l'*Incoronazione della Vergine*, che assumeva, agli occhi di chi la guardava, la speranza di una felicità eterna (Henderson, 2004). L'Ospedale di Santa Maria Nuova, dunque, fu un collettore di opere d'arte e

terra fiorentina per la committenza artistica visto che coinvolse importanti pittori e scultori come Niccolò di Pietro Gerini, Beato Angelico, Andrea Veneziano, Andrea del Castagno e il fiammingo Ugo Van Der Goes (Ghidetti, 2004). Tra i reparti di questo ospedale, inoltre, Leonardo da Vinci fece delle ricerche per soddisfare la sua curiosità in ambito anatomico. In particolare, prese come riferimento un uomo anziano che morì tra quelle mura senza alcuna causa evidente. Leonardo dissezionò il corpo dell'anziano e trovò come motivo di morte, che scrisse in delle note che accompagnavano il disegno del braccio del cadavere con evidenziazione delle vene, la debolezza causata da una mancanza di sangue nell'arteria. Le ricerche anatomiche del pittore, accompagnate da disegni scientifici, continuarono nel tempo e voleva che esse venissero inserite in un libro sull'anatomia, progetto mai realizzato (Cork, 2012).

Un altro ospedale rilevante per il suo ruolo artistico fu quello di Santa Maria della Scala che Leon Battista Alberti, nel suo *De Re Aedificatoria*, incorporò, insieme all'ospedale degli Innocenti e di San Matteo a Firenze e all'ospedale del Ceppo a Pistoia, tra gli ospedali che definiva «splendide case di cura» (Alberti, 1966, p. 368) vista l'architettura prestigiosa. Fondato verso l'anno Mille a Siena sulla via Francigena - via che partiva dal Gran San Bernardo e che si snodava attraverso Aosta, Ivrea, Vercelli, Piacenza, Monte Bardone, Luni, Siena, Sutri fino a Roma - divenne un polo artistico molto importante per la città, preceduto in questo campo solamente dal Duomo e dal Palazzo Pubblico. Nella sua realizzazione furono coinvolti artisti rilevanti come Ambrogio e Pietro Lorenzetti, Baccio Pontelli, Lorenzo Vecchietta e Simone Martini. Quest'ultimo, considerato il più importante pittore senese dell'epoca, insieme ai fratelli Lorenzetti, dipinse la facciata dell'ospedale con delle scene riguardanti la Vergine, una delle principali sante patronne della città di Siena. Gli importanti affreschi che sono stati svolti all'interno furono commissionati dal rettore Giovanni di Francesco Buzzichelli che voleva che i dipinti fossero dedicati alla celebrazione della storia dell'ospedale e delle sue iniziative benefiche. Il principale luogo in cui il ciclo di affreschi fu realizzato fu la corsia del Pellegrinaio, uno spazio voltato usato inizialmente, come suggerisce il nome, per i pellegrini e poi come area di accoglienza per gli infermi maschi. Lorenzo Vecchietta fu uno degli artisti coinvolti, ma dei tre affreschi realizzati, ad oggi, solo uno è sopravvissuto: *La leggenda della fondazione dell'ospedale*. In seguito al completamento di questi affreschi, la commissione decorativa fu assegnata a Domenico di Bartolo e al suo allievo Priamo della Quercia, i quali dovettero rappresentare le funzioni del luogo come curare i trovatelli, seppellire i morti, accudire gli orfani, distribuire pane durante le carestie e molto altro: le persone che entravano nel Pellegrinaio dovevano essere circondate da un'autentica testimonianza delle attività dello spedale. Per far questo, lo stile naturalista con influenza fiorentina di Domenico era stato considerato la scelta più adatta (Cork, 2012). Di questa corsia è soprattutto il cielo ad essere importante, non tanto perché esempio

artistico straordinario, ma perché esso era ciò che i malati vedevano quando erano sdraiati nei loro letti e questo aveva un forte impatto sul modo di vivere la malattia (Pastorino, 2012). Nel 1444, a Domenico fu commissionato anche l'affresco della *Madonna della Misericordia* per la cappella, opera che presentava la Vergine che copriva con il suo mantello una folla di supplicanti ai suoi piedi. Questa pala, anche attraverso l'iscrizione «Questa è l'immagine della Beata Vergine Maria. Sotto il suo mantello il popolo cristiano è protetto», era una fonte di consolazione e rassicurazione per i pazienti (Cork, 2012).

Nel Quattrocento, l'ospedale, da luogo in cui venivano assolate opere di misericordia e luogo di ricovero generico, si trasformò in uno spazio in cui curare i casi acuti che si risolvevano o con la guarigione o con la morte.

Le strutture divennero più ampie, razionali, suddivise in sezioni e organizzate in modo da offrire agli infermi una collocazione adatta alle loro esigenze. Queste strutture di cura si trovavano nel cuore dell'esperienza urbana, spesso di fronte a edifici ecclesiastici, così da costituire un parallelo tra la cura delle anime e la cura dei corpi (Geddes da Filicaia, 2004). Allo stesso tempo, questi edifici, come i castelli, i palazzi, i municipi, esprimevano la beneficenza e la magnificenza del Comune, dei nobili e delle famiglie aristocratiche. Per questo motivo, presentavano molta decorazione ornamentale - porticati, coronamenti dei contrafforti, tiburi ottagonali, fregi e terrecotte decorative - che noi oggi troviamo particolarmente ricercata, ma che all'epoca era qualcosa di spontaneo, probabilmente le uniche forme architettoniche conosciute e possibili. Nonostante questa naturalezza nell'ornamento, gli interventi artistici all'interno degli ospedali erano il risultato di scelte consapevoli e intenzionali. Di questa intenzionalità ne abbiamo delle prove, per esempio un cronista riguardo la città di Mantova scrisse «De l'ano 1450 fo principiato uno hospedalo [...], el qual fo dito ch'el sarà uno di belij hospedalij d'etalia» (citato da Galimberti, 2012, p. 15). Il concetto di bellezza venne riportato anche in alcune dichiarazioni del giugno 1464 da parte della Signoria fiorentina che sostenevano come la città fosse «copiosa di spedali begli» (citato da Corsini, 1911, p. 34). La bellezza a cui ci si riferisce è relativa alla struttura esterna, in particolare alle logge, di questi edifici che diventavano parte dell'estetica della città rinascimentale e che riuscivano ad assumere un certo ruolo e dignità (Bellini et al., 2007).

Alla loro bellezza concorrevano anche le decorazioni costituite da sculture e opere pittoriche e tutto l'insieme faceva risaltare gli ospedali come centri di patronato artistico. Bisogna ricordare, però, che l'arte all'interno dei luoghi di cura, nel Medioevo e nel Rinascimento, periodi segnati da una profonda religiosità, doveva dare enfasi alla figura di Cristo e alle sue sofferenze in modo tale che indicasse ai pazienti la via della salvezza (Henderson, 2004).

Nel Rinascimento, il "bello" venne affiancato anche da funzionalità, aria, luce e acqua: il loro insieme concorrevano alla salute, condizione che divenne sempre

più importante attraverso l'accentuazione dell'assistenza terapeutica (Pinto, 2004).

In questo periodo nacquero e si diffusero gli Ospedali Maggiori, cioè l'aggregazione di più ospedali in un'unica istituzione con ampi spazi e numerosi posti letto. Ospedali Maggiori nacquero a Brescia, Firenze, Siena, Mantova, Genova, Reggio Emilia, ma anche in centri urbani di dimensioni modeste come Bergamo, Cremona, Como, Crema, Savigliano. Un esempio importante è l'Ospedale Maggiore di Milano, detto Ca' Granda, che, per volontà di Francesco Sforza, avrebbe dovuto essere «bellissimo, acconcio et più ornato che sia possibile» (citato da Pecchiai, 1926, p. 10). La bellezza di questo edificio, richiamata anche dal suo progettista Antonio Averlino, detto il Filarete, nel suo *Trattato di Architettura*, è data dall'armonia delle proporzioni dell'impianto a crociera, impianto che giunse a definizione nel 1574 e che poi fu frequentemente adottato per gli ospedali fino al XVIII secolo. Esso rappresentava la più grande capacità di sintesi tra necessità funzionali, significati simbolici ed espressione tipologica compiuta (Bellini et al., 2007). Inoltre, l'utilizzo della pianta a croce greca era un modo per richiamare la sacralità del luogo (Garbellotti, 2004).

Il progetto filaretiano era basato su regole di simmetria e proporzione, i cortili erano disposti con chiarezza geometrica e la composizione, che risentiva del clima culturale fiorentino che aveva formato l'architetto, era regolata sulla figura del quadrato. L'edificio era diviso in tre sezioni da quattro avancorpi quadrati e gli elementi sui quali la struttura si basava erano derivati dalle regole dell'Alberti, cioè l'arco a tutto sesto e la colonna. Il tutto era organizzato in maniera proporzionale, modalità che richiamava il mondo antico e che andava a sostituire la progettazione in stile gotico (Bellini et al., 2007).

Oltre alla struttura riccamente adornata, furono richiesti dei quadri ad importanti artisti come Francesco Solari e Cristoforo Luvoni. Nel Seicento, l'edificio, che aveva visto un'interruzione dei lavori a causa di una mancanza di disponibilità economica, riprese ad essere progettato dai più importanti architetti in circolazione: Francesco Maria Richini, Giovan Battista Pessina e Fabio Mangone. A Camillo Procaccini fu richiesta la progettazione delle finestre, mentre Pietro Antonio Daverio, Giovan Pietro Lasagna e Giovan Battista Bianchi si occuparono delle sculture. Sempre in ambito ornamentale, alcune decorazioni in terracotta furono inserite nella facciata, mentre fregi in pietra d'Angera andarono ad abbellire la corte maggiore.

Inoltre, all'interno di questo ospedale, dal 1602, si potevano trovare anche i ritratti dei sostenitori più generosi. Si arrivò a decidere gli importi che si avrebbero dovuto donare per ricevere un dipinto a figura intera o a mezza figura e questi, adeguatamente aggiornati, sono ancora rispettati, per esempio per un ritratto a figura intera, nel 2012, era richiesta la donazione di un milione di euro. Questa tradizione ha portato alla collezione di novecento opere, tra le quali spiccano quelle realizzate dalle mani di Hayez, Segantini e Sironi, solo

per citarne alcuni. I ritratti, inizialmente, erano stati collocati nella Sala di rappresentanza e poi spostati negli uffici e nelle corsie degli ambienti di degenza.

La Ca' Granda, grazie alla sua arte, divenne oggetto di ammirazione per tutti coloro che compivano il Grand Tour in Italia: venne definito l'ospedale più grande e più splendido in Europa, tanto che un turista inglese affermò che, se la malattia non fosse un male, a una persona potrebbe quasi venir voglia di ammalarsi per poter stare in quel luogo dove anche un re in salute avrebbe potuto risiedere in modo confortevole.

Oltre ai già citati artisti, prestarono la loro manodopera anche Paolo Antonio de' Maestri, detto il Volpino, che affrescò la cripta della chiesa e la sala del Capitolo, e Francesco Barbieri, detto il Guercino, che dipinse la pala per l'altare. Quest'ultima opera fa capire come la chiesa avesse un ruolo fisico importante all'interno di un ospedale: un sostegno di tipo religioso, ancor prima di uno fisico, doveva essere una priorità per gli ospedali, tanto che i pazienti potevano partecipare alla liturgia officiata al centro della crociera direttamente dalle loro postazioni di degenza (Galimberti, 2012).

La prioritaria importanza del ruolo della religione nel processo di cura era concettualizzata nell'idea del *Christus Medicus*, cioè di Cristo come medico fisico celeste che cura le malattie spirituali degli uomini. La malattia veniva, quindi, equiparata al peccato e la salute alla virtù. Il Signore, che aveva dato vita al creato e, di conseguenza, al corpo e all'anima, era il solo considerato in grado di guarire le persone. Questo pensiero comune dell'epoca, elaborato anche da Sant'Agostino, aiuta a capire il motivo per cui l'immagine di Cristo era onnipresente negli ospedali rinascimentali e, prima ancora, in quelli medievali, e il perché la chiesa si trovava sul lato frontale della struttura ospedaliera (Henderson, 2016).

Il binomio arte-ospedale, comunque, non esisteva solo in Italia. A Bruges, in Belgio, dei frati agostiniani fecero costruire una struttura ospedaliera in mattoni rossi per ospitare malati e pellegrini e commissionarono a Hans Memling dei quadri per la Sala dei malati poveri. Oltre ai dipinti erano presenti anche reliquiari, sculture e preziosi oggetti che oggi costituiscono la collezione del museo che ha come sede l'ospedale stesso (Bodo, 2018).

Un altro ospedale-museo è quello dell'Hotel Dieu di Beaune in Francia, finanziato dal cancelliere del Duca di Borgogna Nicolas Rolin nel 1443. Dall'esterno doveva sembrare austero e difensivo per dare il senso di una struttura capace di resistere ad eventuali attacchi, ma intagli scenografici correvano lungo il tetto del portico, la porta di ingresso presentava un elaborato battente con una lucertola che inseguiva una mosca e gargoyles alati accoglievano i visitatori. Era il tetto, però, ad avere il maggior impatto visivo. Esso, progettato da Denis Goet, presentava piastrelle smaltate e multicolori che creavano motivi geometrici di grande effetto. Questo tetto, insieme alle incisioni e alle decorazioni delle finestre timpanate, preparava le persone alle emozioni ancora più forti di ciò che avveniva all'interno dell'ospedale con il

*Giudizio Universale* commissionato al pittore tedesco Rogier van der Weyden e collocato nella cappella posta alla fine della Sala dei malati poveri. In questo caso non si è certi del messaggio che tale opera volesse veicolare, infatti, può essere interpretata sia come messaggio di speranza per i malati, ma anche come minaccia di cosa avrebbe potuto attenderli nel caso in cui non avessero seguito le regole. Di certo non sarebbe il tema che i pazienti di oggi vorrebbero trovarsi di fronte durante la loro malattia, ma i cittadini del XV secolo erano abituati ad avere davanti agli occhi immagini relative all'inferno (Cork, 2012).

Un altro ospedale estero con un alto valore artistico e culturale è l'Ospedale Tavera di Toledo che, all'interno, accoglieva numerose sculture oltre che opere di pittori del calibro di Tintoretto, Tiziano, Jusepe de Ribera ed El Greco. Quest'ultimo, che alla sua morte lasciò in eredità a quest'istituzione tre delle sue opere a tema religioso, fu chiamato dal Cardinale Juan de Tavera, fondatore dell'ospedale, a dipingere una pala d'altare per la chiesa annessa (Bodo, 2018).

La presenza dell'arte nei luoghi di cura era, come si è visto fino a questo momento, una pratica diffusa. Gli ospedali, in questo modo, arrivarono a diventare dei veri e propri luoghi di innovazione artistica grazie all'impegno di pittori, scultori e architetti in un contesto di coniugazione tra i valori medici, civili e artistici. Il prestigio delle committenze, la ricchezza e la cura con cui si costruivano e decoravano gli ospedali testimoniano la certezza che la pietà e la cura nei confronti dei malati non dovesse essere disgiunta dall'attenzione per le belle arti (De Luca, 2017).

Nel XVIII secolo, la rinascita di una scienza medica influenzò l'architettura ospedaliera, nonostante inizialmente si continuasse con una tipologia a corte chiusa con le infermerie o sale dei degenti accorpate ortogonalmente. Solo a metà secolo si iniziarono a realizzare edifici ispirati a complessi a padiglioni, tipologia che ebbe una spinta decisiva mediante il concorso per la costruzione dell'Hotel Dieu di Parigi che si risolse con un edificio con una distribuzione tipologica a padiglioni paralleli. Tale scelta progettuale derivava da una trasposizione logica tra impianto architettonico e impianto tecnologico operata sulla base del quadrato quattrocentesco (Bellini et al., 2007).

È nell'Ottocento, comunque, che l'evoluzione della scienza e della pratica medica stessa aveva portato i medici a viaggiare da un Paese all'altro per studiare l'ospedale come struttura e a organizzare incontri scientifici in cui confrontare idee, esprimere delusioni e speranze. In questo secolo gli ospedali iniziarono a rispondere a mutate esigenze igieniche e funzionali, già iniziate con il Rinascimento e incrementate nel Settecento. Nuovi ospedali iniziarono ad essere costruiti in aree non urbanizzate, secondo progetti a padiglioni con una suddivisione per categorie di ammalati, cercando di favorire l'aerazione e promuovendo il beneficio proveniente dalla natura, scegliendo bene il luogo e l'orientamento spaziale (Geddes da Filicaia, 2004).

Questa nuova filosofia basata sulla massima igiene possibile, aerazione, illuminazione, separazione dei corpi di fabbrica e allontanamento dai centri urbani iniziò a ispirare le nuove costruzioni ospedaliere. L'architettura funzionale, perciò, cominciò a sostituire quella rappresentativa tanto che, qualche volta, vennero imbiancati gli affreschi e le decorazioni per espellere dall'ospedale tutto ciò che era estraneo alla funzione pratica e alla scienza. Il rapporto tra ospedale e malato venne in questo modo indirizzato esclusivamente nei confronti della malattia: essa veniva indagata come se fosse un elemento separato dal paziente (Bellini et al., 2007).

Allo stesso tempo, però, gli aspetti artistici non furono sempre trascurati. Ancora una volta la città di Milano viene in soccorso con un esempio. Alla fine del secolo preso in considerazione, infatti, nacque il Policlinico che, venne dichiarato, non doveva essere un istituto tetro di malinconia e di triste presagio, ma luogo che poteva essere anche simpatico e ridente, con una dichiarata ricerca del pittoresco. È per questo motivo che nei padiglioni vennero inserite decorazioni di ferro battuto e le facciate avevano l'aspetto di piccole ville affacciate sul verde o erano decorate con ceramiche.

Dopo un periodo di leggera opposizione, dunque, l'idea che anche l'architettura di un ospedale potesse aiutare a guarire attraverso la sua ispirazione di un senso di benessere si diffuse sempre di più. Inoltre, con lo stesso scopo, si aggiunse anche un'attenzione particolare per la cura dei giardini e per la scelta delle piante (palme, pini, rose e oleandri). Si cercava di ricreare il più possibile l'effetto di una città nel verde: tutte idee che verranno riprese anche molti anni più avanti e che tutt'ora si cercano di seguire (Galimberti, 2012). Questa presenza del verde la possiamo vedere anche nel dipinto *Il cortile dell'ospedale di Arles* di Van Gogh dove l'artista, ricoverato tra il dicembre 1888 e il maggio 1889, ha raffigurato un giardino con aiuole con fiori e piante diverse e, al centro, una fontana tonda con erbe acquatiche e pesci rossi. A destra ha dipinto alcuni piccoli alberi, mentre altri, molto più lunghi, presentano dei rami contorti e privi di foglie che rivelano che il dipinto fu realizzato in primavera (Cork, 2012).

L'attenzione per architettura e design nel Novecento, secolo in cui prevaleva la purezza delle linee e un'attenzione per l'arredo, si consolidò, anche se il linguaggio architettonico si semplificò, andando ad adeguarsi ad altri elementi urbani come le residenze o edifici rappresentativi del potere borghese (Bellini et al., 2007). Il modello a padiglione continuò ad essere usato, per esempio nell'Ospedale della Santa Croce a Barcellona, progettato nel 1902 dall'architetto Lluís Domènech i Montaner. Questo architetto aveva sviluppato, insieme ad altri, l'idea di un'architettura ottimistica attraverso le sue forme di decorazione e di una concezione positiva della totalità dell'opera d'arte. Ciò che voleva Domènech per questo ospedale era, prima di tutto, superare il carattere depresso e labirintico che in generale i grandi ospedali condividevano con le prigioni. Secondo lui, le condizioni essenziali nella progettazione degli ospedali erano spazi gradevoli, colori, alberi e aria fresca.

La decorazione invase così la struttura: statue araldiche ed ecclesiastiche si trovavano nella facciata, mosaici con la storia della precedente struttura ospedaliera, andata distrutta in un incendio, furono situati nel blocco adibito alla reception, statue di persone in preghiera furono posizionate sotto archi interni. La scultura era per l'architetto un modo per liberare la sua fiducia nel potenziale curativo dell'arte e dell'architettura. Tutti gli elementi decorativi, fiori, insetti, elementi vegetali, angeli, furono posizionati con una grande capacità di unire delicatezza e verve. Il tutto doveva risultare una celebrazione della fecondità e della resilienza contro anche il più atroce dei mali.

La statuaria veniva utilizzata anche in ospedali britannici durante i primi decenni del Novecento, come nella nuova infermeria eretta a Glasgow tra il 1905 e il 1915, ma molto spesso gli interni non mostravano immagini. Ne è un esempio la hall del Great Northern Central Hospital nel 1912. Nessuna opera era stata appesa alle pareti per alleviare la tristezza dei pazienti, tanto che, prima dello scoppio della Grande guerra, Wyndham Lewis lamentava il fatto che poche opportunità si erano presentate agli artisti desiderosi di uscire dai limiti della galleria, non solo negli ospedali, ma anche in scuole e altri spazi comuni. A questo proposito nacque una commissione sotto la direzione di Dugald Sutherland MacColl per promuovere murales in scuole, chiese, ospedali e altre pubbliche istituzioni. Fu così che Roger Fry, con altri pittori post-impressionisti, decise di progettare un murale decorativo per il Middlesex Hospital di Londra, ma senza successo. Questo ospedale, però, ricevette successivamente un finanziamento da parte del banchiere e collezionista Edmund Davis per un lavoro all'ingresso dell'edificio. Il promotore voleva creare uno schema decorativo memorabile, commissionando a Frederick Cayley Robinson quattro pannelli intitolati *Act of Mercy*. Le prime due opere mostrano il refettorio di un orfanotrofio e una delle due, quella in cui alcune ragazze siedono a un tavolo, ricorda l'*Ultima Cena* di Leonardo; l'atmosfera è tenera, ma malinconica. Le altre due rappresentano gli effetti traumatici del conflitto sui pazienti rimpatriati dalla Prima guerra mondiale. In una sono rappresentati dei soldati feriti di fronte all'ospedale con un'aria stordita e affaticata, le fasce e le stampelle indicano che sono stati trattati bene, ma l'aria di smarrimento è dolorosamente chiara. Nell'altra, una madre inginocchiata con accanto la figlia medicata ringrazia un dottore che, nonostante sembri esausto, risponde quasi con religiosa devozione. Questi pannelli costituivano le più elaborate decorazioni dipinte in un ospedale britannico del primo ventesimo secolo e il loro futuro incerto, anche a causa della demolizione dell'edificio, fu assicurato da Wellcome Trust che li acquistò nel 2009.

Un destino meno fortunato fu inflitto alle decorazioni di Ernst Ludwig Kirchner in un sanatorio a nord di Francoforte. Nel 1916 gli era stato chiesto di decorare i muri della scala della torre-fontana di tale luogo di cura con cinque pannelli che dipinse con il metodo della pittura a secco. Il tema era quello del bagno a Fehmarn e, nonostante Kirchner avesse cercato di

rappresentarne gli aspetti più gioiosi e liberatori, visto che l'obiettivo era quello di far in modo che i pazienti fuggissero dai loro traumi di guerra, non riuscì nell'intento. Per esempio, nel terzo pannello creato, un'onda alta minaccia di inghiottire le bagnanti e le due persone a riva hanno dei corpi distorti, oppure in un altro, i gabbiani che volano basso sembrano voler attaccare i bagnanti. Questi dipinti furono distrutti nel 1938, anno in cui lo stesso artista si suicidò a causa della depressione (Cork, 2012).

Dopo la Prima guerra mondiale negli ospedali fu commissionata poca arte: l'architettura obbediva ai diktat di Perrier, che diceva che la decorazione nascondeva sempre un errore di costruzione, e del suo allievo Le Corbusier, per il quale la casa era una macchina per abitare. Questi principi furono rafforzati anche dall'idea errata secondo cui le cattedrali, i templi e le loro sculture fossero sempre state bianche e che, quindi, anche gli edifici del ventesimo secolo dovessero essere simili (Baron, 1996).

In Inghilterra la piaga dell'austerità ebbe fine nel 1947 quando Sheridan Russell prese in prestito dei dipinti da esporre nel National Hospital, in Queen Square, a Londra, ma anche precedentemente, nel 1938 quando, sempre a Londra, fu completato il Finsbury Health Centre, il più importante risultato dell'architettura moderna in Inghilterra nella prima metà del XX secolo. Questo edificio racchiudeva tutti gli ideali progressisti del modernismo e una preoccupazione particolare fu quella di creare un ambiente accogliente che superasse l'apprensione e l'intimidazione tipicamente associate agli ambienti ospedalieri tradizionali. Per l'architetto Berthold Lubetkin la facciata curva e le braccia tese dell'edificio avevano lo scopo di introdurre un sorriso in quella che di fatto era una macchina. La chiarezza e l'audacia annunciati all'esterno furono portati anche nella reception hall, nella quale un murale di Gordon Cullen, con ottimismo, mostrava le varie forme di assistenza offerte nell'edificio. In questo caso, l'opera sembrava quasi un cartellone pubblicitario: in caratteri evidenti la scritta «Fresh air night & day» accompagnava l'immagine di una donna che, seduta nella sua camera da letto, guardava il cielo stellato e l'immagine di una terrazza alla Courbusier illuminata dal sole. Una scritta proclamava «Chest disease are preventable and curable», mentre «Live out of doors as much as you can» erano le parole usate per cercare di spronare positivamente i pazienti.

Anche gli Stati Uniti andarono controcorrente, per esempio la Clinica Mayo commissionò molte opere d'arte negli anni Venti e nel decennio successivo il presidente Roosevelt autorizzò la pittura di murali in strutture pubbliche come gli ospedali per dare lavoro ad artisti indigenti e fece sì che l'1% del costo degli edifici venisse accantonato per le opere d'arte (Baron, 1996). Il ruolo di pittura e scultura negli spazi pubblici, quindi, si fece sentire negli Stati Uniti anche se, inizialmente, le decorazioni erano legate a una tradizione religiosa, per esempio, nell'ospedale di Baltimora, il benefattore Johns Hopkins, credendo nell'influenza positiva della religione, voleva inserirvi una copia della statua del *Cristo consolatore* di Bertel Thorvaldsen.

Successivamente, questa priorità di tema subì dei cambiamenti. L'artista Waltere Quirt, nel 1937, al Bellevue Hospital di New York, dipinse a tempera due pannelli che interpretavano *The Growth of Medicine from Primitive Times* con un'unione tra Surrealismo, pittura storica e tradizione indigena americana. Il suo obiettivo era quello di trasmettere un senso di liberazione terapeutico, quindi, aveva uno scopo funzionale, al contrario dei dipinti di Lou Block che, nello stesso edificio, avevano solo il compito di accompagnare l'architettura. A New York, per il Lincoln Hospital, Albert Sumtr Kelley dipinse un ciclo di dipinti per il reparto dedicato ai bambini. Le vivaci tele erano un intento di deliziare i piccoli pazienti; giocose e innocenti, le sue immagini avevano ricevuto una risposta favorevole da parte dei bambini.

Quest'arte figurativa a volte lasciava spazio anche a quella di tipo astratto, ne è un esempio il lavoro di Ilya Bolotwsky che, nel 1940, per una stanza comune del Chronic Diseases Hospital di Welfare Island, progettò delle pitture a olio su tela da inserire in quindici metri di muro curvo. Chiamò il murale *Abstraction* e il suo intento era quello di creare un sentimento di libertà, di spazio aperto. Le porte e le finestre diventarono parte integrante del design e usò figure geometriche e linee dritte perché considerate le più riposanti da contemplare (Cork, 2012).

In Italia, una legge del 1942, poi riscritta nel 1949, prevedeva che il 2% del costo di costruzione degli edifici pubblici fosse destinato alla realizzazione di opere d'arte e di decorazione.

Il periodo del secondo dopo guerra, però, non facilitò la questione: anche i lavori più reverenziali erano capaci di incorrere nella disapprovazione e condanna a causa di uno spreco di soldi pubblici. Inoltre, le opere plastiche e pittoriche tornarono ad essere elementi decorativi. Jeremy Hugh Baron, infatti, nel 1996, scrisse che gli spazi di cura e le arti erano stati associati insieme per migliaia di anni, dapprima con l'obiettivo di curare e, più recentemente, per abbellire gli ospedali (Baron, 1996).

Negli ultimi anni, invece, i progetti che hanno coinvolto artisti nei luoghi di cura non hanno avuto tanto l'obiettivo di decorare tali spazi, ma piuttosto di contribuire concretamente alla diminuzione delle sofferenze di chi l'ospedale lo vive da ammalato o da lavoratore. Per questo motivo l'arte è entrata negli ospedali anche sottoforma di attività laboratoriale: la creatività artistica diventa una possibile terapia (Bodo, 2018).

## 2.2 Il ruolo di architettura, design e visual art negli spazi ospedalieri

L'ospedale è il luogo in cui malati e medicina si incontrano e questo ambiente ha un rapporto di interdipendenza con la salute. Tale rapporto è antico: già nel 460 a.C. Ippocrate affermava nel suo *Trattato su acqua, aria e luoghi* che l'ambiente, nella sua composizione fisica, psichica e nella sua interazione con l'individuo, è importante per la salute (Del Nord, 2012).

La struttura ospedaliera si deve confrontare con alti livelli di complessità e anche di incertezza ed è un ambiente estraneo che può aumentare la fragilità dei pazienti. Al suo interno i professionisti sono inseriti in un sistema generale di regole, ma, allo stesso tempo, viene lasciata loro una certa discrezionalità riguardo decisioni e compiti.

Nell'ospedale è presente una cultura organizzativa che sancisce un accordo implicito tra professionisti e paziente: il malato viene diagnosticato, circoscritto e adattato al lavoro che si svolge all'interno di questo luogo. Di conseguenza, la persona dovrà accettare di essere identificata come malato, dovrà rinunciare alla propria soggettività, dovrà vivere in una routine spersonalizzata e dovrà limitare la presenza di figure a lui care. Nell'ospedale, quindi, avviene una cesura dolorosa delle proprie abitudini, si viene distinti in base all'abbigliamento indossato e si impongono certi orari per le attività quotidiane e per i pasti (Simoni, 2003). Non c'è da sorprendersi, per esempio, che da uno studio condotto per valutare le condizioni di spirito al momento dell'accesso e durante la permanenza in ospedale svolta a Milano dall'Osservatorio Pastorale della Salute è risultato che, dall'entrata fino alle dimissioni, il 31% dei pazienti ha avvertito una sensazione di solitudine, il 21% angoscia e il 20% la percezione di essere imprigionato. È stato osservato anche che lo stress, derivato, per esempio, da una difficoltà di orientarsi e di individuare le direzioni e funzioni o da una mancanza di privacy, può comportare l'insorgenza, quando si usufruisce della struttura ospedaliera, di stati d'ansia, depressione, frustrazione.

Al giorno d'oggi, però, si è più consapevoli che gli spazi di cura non possono essere predisposti solo per il corpo, ma anche per l'anima del paziente e del lavoratore: la persona non ha solo esigenze fisiche e funzionali, ma anche psicoemotive e relazionali. Questi fattori che non ruotano attorno al mondo clinico-medico influenzano notevolmente il modo di vedere e percepire la malattia, oltre che avere delle ricadute sullo stesso quadro clinico del malato (Del Nord et al., 2015). Senza dover effettuare studi approfonditi, tutti possono riconoscere che un ambiente piacevole, armonioso e in contatto con la natura possa favorire il rilassamento e il benessere (Bonaldi, 2007).

Di conseguenza, gli ambienti sanitari non dovrebbero più venire progettati al solo scopo di curare malattie, ma creati tenendo conto della possibilità di collegare le conoscenze scientifiche con le richieste di umanizzazione, grazie anche al sapere di discipline che si occupano del benessere delle persone come l'ergonomia o l'Environmental Psychology.

Accoglienza e accessibilità, segnaletica di direzione comprensibile, stanze confortevoli e familiari, soluzioni di design che stimolino la percezione sensoriale e che abbattano le barriere: sono queste le caratteristiche che renderebbero un ospedale più umano. Pensare ai fattori psico-sociali degli spazi è importante perché essi hanno un impatto sulle persone con conseguente miglioramento degli esiti clinici del paziente, migliori performance da parte del personale e cure più efficaci. Innalzare la qualità

ambientale per ridurre condizioni e situazioni di stress non può che essere una priorità nella committenza pubblica in ambito sanitario, visto le prove di una riduzione dello stress psicofisiologico e un aumento degli effetti positivi. Per far questo, gli spazi devono avere caratteristiche che stimolino in maniera positiva le persone, ottima è la possibilità di una fruizione diretta di luoghi esterni o di opere d'arte (Del Nord e Peretti, 2012).

Nel 1859, l'infermiera Florence Nightingale diceva che «L'effetto sulla malattia dell'estetica degli oggetti, della loro varietà, e in particolare della bellezza dei colori [...] si manifesta invece anche sul corpo. [...] Sappiamo poco su quanto siamo influenzati dalla forma, dal colore e dalla luce: ma sappiamo che essi producono un reale effetto fisico» (Nightingale, 2014, pp. 57-58). Già all'epoca, dunque, si esprimeva ciò di cui oggi si è sempre più convinti, cioè il potenziale terapeutico che l'elemento artistico può avere. Al di là dell'arteterapia, è l'arte intesa come design, architettura, decorazione pittorica e illuminazione che può contribuire a migliorare la salute dei pazienti, ma anche quella di visitatori e lavoratori.

La qualità estetica degli ospedali, perciò, gioca un ruolo relativamente importante all'interno del mondo della salute. Citando nuovamente Florence Nightingale, «Varietà di forme e brillantezza di colori negli oggetti che circondano i pazienti hanno [...] in sé un reale potenziale di guarigione» (Nightingale, 2014, p. 58), guarigione che deriva dal fatto che l'arte può ridurre lo stress e alleviare le sofferenze. Non è da sottovalutare, dunque, la personalizzazione dell'ambiente ospedaliero per dare sollievo agli ammalati (Bodo, 2018). Il tipo di ambiente influenza anche il modo di comunicare tra degenti e sanitari e la presenza di spazi e attrezzature dedicati alla partecipazione e alla permanenza dei familiari all'interno dell'ospedale sono un segnale inequivocabile dell'apprezzamento che si ha del loro ruolo nel processo di cura del paziente.

Le cure mediche non possono essere separate dagli edifici dove esse avvengono e la qualità di tali spazi sono importanti nel processo medico. Di conseguenza, si deve essere in grado di creare un *healing environment* che faciliti la guarigione dei pazienti e, allo stesso tempo, un *healthy workplace* (Del Nord e Peretti, 2012).

Secondo Ugo Pastorino, Direttore del dipartimento di Chirurgia Toracica dell'Istituto Nazionale dei Tumori, il processo di umanizzazione deve partire dalla terapia intensiva, il luogo in cui la gente soffre molto e dove deve rimanere per settimane o mesi. Tale reparto, infatti, troppo frequentemente è indice di disumanizzazione: siccome in esso vi sono presenti pazienti che spesso sono addormentati, ci si sente autorizzati ad eliminare la luce e le aperture. In questa maniera viene inflitta, a chi già soffre, la privazione della percezione del tempo, il quale viene ad essere segnalato da un orologio che diventa l'unico indicatore del passare delle ore. Il dottore, come buon esempio di terapia intensiva, sia per adulti che per bambini, riporta l'esperienza dell'ospedale Marie Lannelongue che, con la riprogettazione della sede nel

1977 fuori dalla città di Parigi, ha proposto una terapia intensiva in cui tutto è vetro e, da qualsiasi letto, è possibile vedere il parco, la luce, il giorno (Pastorino, 2012).

Il legame che si crea tra salute e struttura ospedaliera è un tema che deve essere molto presente all'interno dei programmi sanitari. A livello internazionale, per esempio, si possono citare il *Better Health Buildings*, iniziativa dell'*Health Service Estate*, l'*Enhancing the Healing Environment*, programma approvato dal *King's Fund* in Gran Bretagna o le attività svolte dal *Netherlands Board fo Healthcare Institutions* riguardo i livelli qualitativi degli edifici sanitari.

In Italia, nel 2000, il Ministro della Sanità Umberto Veronesi incaricò dieci esperti di ripensare e ridisegnare gli ospedali italiani. L'incontro di questi professionisti, guidati da Renzo Piano, portò ad un decalogo in cui si parlava di umanizzazione, quindi ambiente confortevole e attento alla centralità del malato; urbanità, cioè integrazione dell'ospedale con il territorio e la città; socialità, ovvero garanzia di accoglienza e di rapporti più solidali all'interno dell'ospedale; organizzazione intesa come diagnosi efficaci, ma anche senso del benessere diffuso; interattività, per indicare un percorso assistenziale continuum che parte dal medico di base e arriva a una possibile ospedalizzazione; appropriatezza delle cure; affidabilità della terapia e della sicurezza della struttura; innovazione dal punto di vista terapeutico, tecnologico, organizzativo e formale; ricerca e formazione per un continuo aggiornamento e adeguamento delle conoscenze (Bodo, 2018).

Sempre in Italia, il Ministero ha richiesto al Centro Interuniversitario di Ricerca TESIS (Sistemi e Tecnologie per le Strutture Sanitarie), al Dipartimento di Tecnologie dell'Architettura e Disegno Industriale "Pierluigi Spadolini" (TAED) e al Dipartimento di Scienze e Tecniche per i processi di insediamento DINSE del Politecnico di Torino uno studio che portasse a delle indicazioni, in particolare sotto il profilo dell'umanizzazione, da fornire alle Regioni nel caso di interventi sia in strutture sanitarie già esistenti, sia in caso di nuove costruzioni (Del Nord et al., 2015). Tale ricerca ha visto la partecipazione di professori ed esperti di vari ambiti e discipline (per esempio psicologia ambientale, sociologia, statistica sanitaria e medicina) e l'obiettivo era quello di contribuire alla diffusione di conoscenze e informazioni riguardanti il settore delle strutture socio-sanitarie, in particolare occupandosi di quegli spazi di cura che spesso si vedono privati di comfort, accoglienza e benessere, ma che invece ne risultano essere avidi richiedenti. L'umanizzazione delle strutture sanitarie, infatti, è un fattore centrale nell'innovazione, sia dal punto di vista medico e dell'assistenza che da quello delle strutture edilizie stesse.

La ricerca, inoltre, ha tenuto in considerazione i riferimenti scientifici culturali internazionali e di tutte le tipologie di utenti possibili, pazienti, familiari e personale. Di questi utenti ne sono state studiate le esigenze, come la necessità di privacy, ma allo stesso tempo di condivisione, la ricerca di una

continuità con l'ambiente domestico per ridurre il senso di estraneità che un ambiente istituzionale può dare, la richiesta di un disimpegno mentale per alleviare situazioni di stress con elementi rigenerativi tipo forme d'arte, il bisogno di un supporto familiare, psicologico e religioso. L'individuo ha una reazione in base a condizioni legate alla propria unicità e specificità, ma anche in base a caratteristiche dell'ambiente e aspetti di natura percettivo-sensoriale. È così che mancanza di luce, troppo rumore, odori poco piacevoli o temperature troppo alte possono essere un fattore di stress che, in persone già compromesse, portano ad influenzare la pressione del sangue, le pulsazioni, gli stati di angoscia o malessere. Il benessere psico-sensoriale si può concretizzare, dunque, mediante un insieme di benessere che hanno a che vedere con l'ambiente inteso come spazio dinamico e carico di stimoli: benessere acustico (non si devono percepire rumori e vibrazioni da una certa soglia di disturbo), benessere termoisometrico (relativo a una giusta temperatura e umidità), benessere visivo (con assenza di fattori che possono provocare disagio e con presenza di superfici trasparenti in cui guardare attraverso), benessere olfattivo (assenza di odori) e benessere tattile (riguardante sia la consistenza che la temperatura di materiali e superfici).

Le linee guida sono il risultato di una ricerca qualitativa, basata su interviste semi-strutturate e focus-group, e una ricerca quantitativa composta da un questionario per indagare le esigenze dei partecipanti con valutazione quantitativa e comparativa. Il campione preso in considerazione coinvolgeva tre macroaree dell'Italia: Piemonte per il nord, Toscana per il centro e la Sardegna per la zona sud-insulare. Sono stati coinvolti reparti di varia natura e utenti interni ed esterni tra i 19 e gli 87 anni. Il concetto di umanizzazione è stato sviluppato a partire dall'intera struttura e poi rispetto i singoli spazi che la costituiscono: camera di degenza, soggiorno, ambulatorio, spazio colloquio, accettazione, sala d'attesa, spazi esterni, corridoio-connettivo, postazione lavoro medici e infermieri e spazio riunioni.

Dallo studio è emersa una richiesta di una gestione più autonoma della climatizzazione (anche se gli operatori sostengono che questo non sia sostenibile a causa del numero di utenti e di esigenze specifiche) e dell'illuminazione, in particolare si vorrebbe limitare l'uso della luce artificiale che rende freddi gli ambienti. Si vorrebbe poter esercitare un controllo sul rumore e si vorrebbero dei parcheggi al di fuori della struttura per avere un ingresso più agevolato. Viene molto apprezzata la possibilità di una vista verso l'esterno che porta i pazienti, ma anche i lavoratori, a poter distrarsi dall'ambiente chiuso e far vagare il pensiero godendosi un panorama. In assenza di questa possibilità, opere e stampe rappresentanti spazi aperti e panoramici sono valutate come un'ottima modalità sostitutiva. Un'altra caratteristica emersa è quella della privacy, soprattutto durante le visite mediche e dei familiari, e dell'esigenza di una sala colloqui in cui poter gestire la relazione medico-paziente in tranquillità.

Ciò che permette un'umanizzazione delle strutture ospedaliere è anche la fruibilità intesa sia come eliminazione di tutti quegli ostacoli che non permettono un uso diretto e intuitivo di spazi, arredi e strumenti, sia come possibilità di avere elementi che per forma, dimensione, colore e localizzazione permettano all'utenza di gestire la situazione in maniera autonoma, confortevole e in sicurezza. Per quanto riguarda gli ostacoli, non si intendono solo quelli di tipo fisico, ma anche quelli di tipo cognitivo e, per risolvere quest'ultimi, vi è bisogno di predisporre una facilità di orientamento e *wayfinding*, quindi far sì che si riconosca in maniera semplice la propria posizione, permettere una buona accessibilità e praticabilità dello spazio e favorire un uso agevole, semplice e intuitivo degli oggetti. Riuscire ad individuare in maniera immediata la destinazione e le funzioni delle zone porta sicuramente una riduzione dell'ansia e un aumento della soddisfazione dell'efficienza del servizio. Gli intervistati della ricerca, infatti, hanno espresso questo bisogno di avere accesso a informazioni semplici, leggibili e chiare.

Da parte degli operatori sanitari è emersa la volontà di avere percorsi di spostamento più brevi e ottimizzati tra le varie aree di lavoro in modo da ridurre i tempi di percorrenza e percorsi distinti tra lavoratori e visitatori. Sempre i professionisti, in particolare quelli dei reparti di Medicina, in cui si presentano più criticità, affollamenti ed emergenze, ritengono utile una sala specifica per le riunioni, ma anche aule dedicate alla formazione, una cucina e spazi a loro dedicati per momenti di rilassamento.

Offrire una visione distraente dalla condizione di malato è importante all'interno dell'ospedale ed è così che la presenza di foto, dipinti, murali e opere scultoree situati nella porzione di spazio visibile dal paziente aiuta a diminuire lo stress, la sensazione di solitudine e la percezione del dolore. Questo aiuto al benessere del paziente può essere dato anche dalla diffusione di suoni, di aromi e di fragranze che favoriscono la respirazione, abbassano la pressione sanguigna e regolarizzano il battito cardiaco. Tutti questi disimpegni mentali favoriscono il recupero fisico, mentale ed emozionale degli utenti (Del Nord e Peretti, 2012).

Quando si interviene con installazioni artistiche bisogna tener conto della diversità degli ambienti della struttura ospedaliera in cui esse vengono impostate perché ogni spazio ha la sua giusta forma d'arte. Gli esterni, per esempio, sono la presentazione dell'edificio e, quindi, per essi sono adatte sculture, installazioni e segnali luminosi. Per le zone di attraversamento - atri, corridoi e scale - e quelle di attesa sono opportuni grandi murali o pitture, installazioni a parete, spot luminosi o fotografie. Nei reparti di degenza e nelle sale operatorie, cioè luoghi di sosta più prolungata, sono indicati soprattutto murali alle pareti e ai soffitti e video.

Il colore ha un forte potenziale per il benessere degli utenti di un ospedale: può creare ambienti confortevoli ed emotivamente positivi, sostenere i processi cognitivo-fruitivi, aiutare a comprendere la modalità di fruizione e

di composizione delle varie zone funzionali. Negli spazi pediatrici, i colori permettono ai bambini di relazionarsi positivamente con l'ambiente e con gli operatori, oltre che a generare stati d'animo rilassati. È stato riportato, per esempio, in un articolo di Kettwich et al. sul *Journal of Pediatric Oncology Nursing* che le immagini colorate hanno ridotto, nel 96% dei bambini e nel 76% degli adulti, il timore dell'ago per il prelievo. Sempre in ambito oncologico, alcuni casi in letteratura riportano come le arti visive riducano il senso di disagio nelle donne con il cancro al seno e la sensazione di fatica e di depressione che può avere chi è sottoposto a chemioterapia. Determinate scelte cromatiche, dunque, aiutano a limitare stati psicologici negativi connessi alla patologia, come tristezza e paura, e a moderare una possibile fragilità psichica e fisica (Del Nord e Peretti, 2012).

Quando si pensa ai programmi artistici all'interno degli ospedali, però, bisogna considerare che la ragione principale per cui una persona si trova lì non è di certo quella di vedere arte. Bisogna, perciò, che l'arte sia un elemento presente, ma in qualche modo silenzioso, che aiuti le persone che si vogliono immergere in essa senza alcuna costrizione.

Ciò che rende umana una struttura sanitaria è la sua capacità di essere accogliente, cioè si devono creare i presupposti affinché sia ospitale. Questa accoglienza può derivare dalla struttura in sé - in particolare se si riesce ad evitare la monotonia attraverso volumi, colori e materiali e se si pone l'attenzione sulle diverse esigenze e abilità degli utenti - ma anche dagli operatori (Regione del Veneto, 2005).

Ad oggi, le principali raccomandazioni, che derivano da molti studi possono essere così riassunte:

- garantire stanze di degenza ad un letto, ovunque sia possibile, e abbastanza ampie per ospitare un familiare;
- progettare aree di degenza e di servizio che riducano i metri e i tempi di percorrenza per il personale e nel momento di trasferimento dei pazienti;
- eliminare o ridurre le potenziali fonti di rumore;
- curare la qualità dell'aria, installando anche sistemi di ventilazione forzata o naturale;
- curare le fonti luminose (intensità e disposizione dei corpi illuminanti) e favorire l'utilizzo di luce naturale dove è possibile;
- favorire la vista di giardini ed elementi naturali interni ed esterni;
- assicurare percorsi semplici e intuitivi per un'ottimale leggibilità dell'ospedale;
- introdurre elementi artistici;
- favorire lo sviluppo di relazioni e rapporti sociali (Bonaldi, 2007).

Avviare una gestione sanitaria attraverso un approccio multidisciplinare significherebbe, dunque, considerare simultaneamente differenti fattori quali: luce, design, atmosfera percepita, presenza di elementi naturali e arte. In tal modo, l'attuazione di una progettazione architettonica oculata potrebbe

contribuire a un miglioramento della qualità della cura e dell'assistenza. Gli spazi ospedalieri, infatti, devono diventare una risorsa nel processo di ristabilimento delle condizioni di salute e creare situazioni in cui siano le percezioni e gli stimoli dati dal linguaggio artistico ad accompagnare l'utente nel suo percorso.

Inoltre, è facile intuire come questo approccio, in cui l'ambiente ha la possibilità di accelerare il processo di guarigione, possa anche far nascere una riflessione economica volta all'ottimizzazione e al risparmio di risorse, questione che potrebbe rivestire non poca importanza in una società in cui la speranza di vita e le spese sanitarie registrano un costante aumento (Bocchi e Chiereghin, 2013).

Le arti e la cultura racchiudono in sé la potenzialità di promuovere la salute e di essere un punto di riferimento per lo sviluppo di uguaglianza e di qualità sociale. Dunque, bisogna tener conto della dimensione culturale e artistica quando si vanno a definire le politiche sanitarie e si vanno a costruire politiche intersettoriali. Bisogna considerare questo fattore anche perché, una ricerca OMS, che ha esaminato più di 900 articoli, pubblicati dal 2000 a maggio 2019, ha constatato come effettivamente le arti hanno un impatto per quanto riguarda la prevenzione e la promozione della salute e anche per quanto riguarda la gestione e il trattamento della malattia. Nel primo caso, i risultati hanno evidenziato che le arti possono sviluppare la coesione sociale e ridurre disuguaglianze e ingiustizie, sostenere lo sviluppo del bambino, incoraggiare comportamenti che promuovono la salute, aiutare a prevenire le malattie incrementando il benessere fisico e psichico e sostenere l'assistenza e la cura. Nel secondo caso, supportano i pazienti che soffrono di disturbi psichici, anche quelli perinatali o derivati da traumi e abusi, sono un sostegno per le persone con patologie acute e per le persone con problematiche neuroevolutive e neurologiche (come disturbi dello spettro autistico o derivati da paralisi cerebrale e ictus), contribuiscono al trattare malattie croniche degenerative (cancro, malattie respiratorie, diabete, malattie cardiovascolari) e possono essere d'aiuto nel momento in cui l'utente si trova a dover affrontare la parte finale della sua vita (Fancourt e Finn, 2019).

### 2.2.1 Architettura e design

Le attività e i rapporti umani sono intrinsecamente legati ai luoghi e al modo in cui gli individui ne fanno esperienza, quindi, una variabile importante che condiziona il benessere dei frequentatori di una struttura sanitaria è il design spaziale-funzionale e psico-sensoriale dell'ambiente. Lo spazio, infatti, veicola informazioni non verbali che possono essere accolte in maniera positiva o negativa dagli utenti. Un buon comfort fisico, dunque, può influenzare favorevolmente la guarigione e la salute del paziente e può influire sugli altri utilizzatori delle strutture socio-sanitarie sia a livello fisico che a livello psichico e sociale. Tale comfort fisico è da riferirsi alla scala

dell'intero edificio e a quello del singolo ambiente (Del Nord e Peretti, 2012). Già nell'Ottocento, il dottor Sarazin, professore alla Facoltà di Medicina di Strasburgo e ripetitore di Chirurgia alla Scuola Imperiale militare di medicina, ammirava, negli ospedali di Londra, la disposizione di ogni cosa atta a facilitare il funzionamento dei reparti: le sale spaziose e con una buona ventilazione, la pulizia esemplare, l'arredamento semplice con letti in ferro forniti di materassi e di coperte di piume, i montacarichi per portare ai piani il cibo per i degenti e il combustibile da riscaldamento. Il tutto faceva sì che si evitasse un via vai continuo, il ritardo e il disordine. Questa sua esperienza degli ospedali londinesi lo aveva portato a elaborare una sorta di ospedale modello. Per lo studioso, esso doveva sorgere in uno spazio collinare, in prossimità di strade ferrate, né troppo vicino, né troppo lontano dal centro abitato e distante da terreni umidi e vicini a zone d'acqua stagnante. Non doveva avere grandi dimensioni, perché negli edifici medio-piccoli i malati erano meglio assistiti. Al suo interno gli spazi dovevano essere suddivisi con scientificità e razionalità: vi dovevano essere sale d'operazione, sale parto, camere d'isolamento e quelle per malattie comuni. L'altezza dei soffitti, la grandezza delle finestre, il sistema d'impianto d'aerazione, di riscaldamento e di ventilazione dovevano essere minuziosamente calcolate per rispondere alle esigenze della medicina (Nonnis Vigilante, 2004). Il risultato del pensiero del dottor Sarazin è figlio della sua epoca e oggi, i suggerimenti che ha dato nel costruire un ospedale, non sarebbero utilizzati per scopi esclusivamente medici, ma per il beneficio degli utenti stessi della struttura.

A partire dal Novecento, infatti, nuove funzioni e tecnologie imposero delle trasformazioni riguardanti lo spazio, trasformazioni dovute anche alla diversa tipologia di utenti che frequentavano gli ospedali e ai diritti - diritto alla salute, alla privacy, alla consapevolezza dei trattamenti - a cui essi erano soggetti (Geddes da Filicaia, 2004).

La relazione tra lo spazio ospedaliero e la guarigione ha assunto un ruolo di primaria importanza nel corso degli anni e questo ha favorito la diffusione dell'Evidence-Based Design (EBD) che studia gli effetti di una determinata progettazione ambientale per un miglioramento della salute dei pazienti. Sembra, infatti, che l'approccio tradizionale nella progettazione comporti determinate condizioni che, oltre a provocare danni psico-fisici, possono portare a una spesa economica maggiore a causa delle elevate quantità di prodotti farmaceutici che vengono prescritti ai malati, alla possibile crescita di sbagli clinici e a un'estensione della durata delle degenze (Del Nord e Peretti, 2012). L'EBD non riuscirà da solo a rendere gli ospedali più belli, più ospitali e più sicuri anzi, alcuni pensano che tale approccio possa ostacolare la creatività e limitare la sperimentazione di idee innovative, trasformando l'architettura in una specie di raccolta statica di soluzioni ripetitive e senza anima. Tuttavia, nonostante bisogna certamente incoraggiare l'elaborazione di progetti innovativi dove l'arte, l'ingegno e la creatività siano componenti fondamentali, si deve tenere in giusta considerazione ciò che è stato

dimostrato favorire il benessere e la guarigione e sostenere le ricerche scientifiche che si propongono di verificare l'impatto delle diverse scelte progettuali sulla salute dei pazienti, entrambi elementi riferibili all'Evidence-Based Design (Bonaldi, 2007).

Già nel 1973, i ricercatori Falk e Woods avevano stabilito scientificamente la connessione tra ambiente ospedaliero ed esiti clinici per quanto riguarda i pazienti, ma anche per il personale. A questo proposito, la ricerca *The role of hospital design in the recruitment, retention and performance of NHS nurses in England*, pubblicata in Inghilterra, ha riportato che più della metà delle caposala che avevano partecipato allo studio erano convinte che una migliore performance e un morale più alto sarebbero potuti scaturire dal design di un edificio.

Nel 2004, una rassegna portata avanti dalla Texas A&M University e della Georgia Tech ha riscontrato, con più di 600 pubblicazioni, l'effettiva influenza del design dello spazio ospedaliero sugli esiti clinici verificabili in malati, familiari e personale. A tale rassegna, poi, è stata aggiunta un'analisi ulteriore, condotta nel 2008, che ha portato a scoprire altri articoli che indagavano il rapporto tra le qualità della struttura sanitaria e le fasi di guarigione dei pazienti. I risultati prodotti da questa ricerca hanno decretato il fatto che un certo design architettonico può portare a ospedali più sicuri e meno stressanti per i pazienti e più gradevoli per lo staff.

Anche piccoli accorgimenti possono essere utili, per esempio, nel 2003, il St. Alphonsus Regional Medical Center con stanze per i pazienti più spaziose, l'utilizzo di moquette e di materiali fonoassorbenti e lo spostamento dei macchinari rumorosi in luoghi lontani da quelli di degenza è riuscito ad apportare una diminuzione del rumore e una conseguente ottimizzazione della qualità del riposo dei malati e del loro livello di soddisfazione.

Per appagare gli utenti di un ospedale attraverso i suoi spazi bisogna innanzitutto capire le loro esigenze. Per questo motivo bisogna delineare un loro profilo basato sugli aspetti che li rendono persone (aspetti individuali, culturali, sociali, spirituali) e sugli aspetti che li rendono utilizzatori di un servizio (aspetti patologici e relativi all'ospedalizzazione). Dal punto di vista dei familiari bisogna tener conto anche del tipo di supporto richiesto dalla patologia e della policy del reparto riguardo orari di visita, possibilità di fermarsi durante la notte, ecc. (Del Nord e Peretti, 2012).

Non esiste un'unica teoria riguardante le forme architettoniche che gli ospedali, detti "ospedali del futuro", devono assumere. Sicuramente, però, gli architetti devono essere consapevoli di dover andare a ricorrere ad altre discipline che li aiuteranno nella progettazione di uno spazio più umano: l'ergonomia, la psicologia ambientale, la sociologia, la prossemica. L'ospedale non deve essere più una macchina per guarire, deve guardare agli aspetti psicoemotivi e a tutte quelle caratteristiche che lo rendono ottimale a livello di umanizzazione come facilità d'accesso, integrazione urbana e impatto visivo. Si deve considerare l'ospedale come uno spazio articolato al

cui interno esiste una complessità di rapporti (Del Nord, 2012).

Una delle possibili soluzioni per gli spazi di cura è stata costituita da Maggie Keswick Jencks, una signora che, malatasi di cancro nel 1993 e rimasta delusa dallo squallore dell'ambiente in cui affrontava i trattamenti chemioterapici, decise, grazie anche l'aiuto del marito Charles Jencks, di aprire dei centri per malati con l'obiettivo di creare uno spazio non clinico, ma confortevole e umano per i pazienti oncologici. Doveva essere un luogo in cui le persone si dovevano sentire tranquillizzate e dove potevano incontrare e supportare altre persone con il cancro. Fu così che la signora Keswick Jencks fondò un ente di beneficenza e iniziò a trasformare un edificio vicino al suo ospedale in un rifugio sicuro per i malati di cancro, lavorando con l'architetto Richard Murphy per garantire che il suo design non assomigliasse al freddo ambiente istituzionale in cui lei stessa si era trovata. Alla sua morte, l'edificio non era ancora stato completato, ma il marito e i loro amici continuarono il suo obiettivo e, nel novembre 1996, aprì il primo centro a Edimburgo. Il riscontro fu positivo, tanto che presto molti altri ospedali chiesero di avere il loro Maggie's centre. Dopo la morte dell'ideatrice, i Maggie's Centres, luoghi spaziosi, aperti verso l'esterno, con molta luce, dove i malati possono interagire tra loro e affrontare la loro malattia in un ambiente protetto e confortevole, si sono diffusi, a partire dalla Scozia, in tutto il territorio del Regno Unito e poi in tutto il mondo e ad oggi se ne contano duecento. Questa iniziativa coinvolse anche l'architetto Frank Gehry, amico di famiglia dei due fondatori di questo tipo di casa di cura, che progettò uno di questi centri in Scozia. Oltre a lui, sono stati chiamati anche altri architetti famosi come Norman Foster, Richard Rogers, Rem Koolhaas e Zaha Hadid. Ogni centro è unico e alcuni sono incredibilmente distintivi, ma tutti aderiscono agli ideali del progetto architettonico iniziale, concentrandosi sulla creazione di ambienti domestici in cui le persone possano sentire calore, possano sentirsi sicure e supportate e sul rendere la vita con il cancro un po' più sopportabile (BBC Art, 2016).

Anche l'Italia ha introdotto il tema dell'umanizzazione degli spazi di cura attraverso l'architettura e tra i teorici possiamo citare Renzo Piano. Il suo ospedale ideale, adatto al paziente, è un edificio di due, massimo tre piani, immerso nella vegetazione, con alberi alti almeno quanto le finestre, piante anche all'interno, il sole come maggiore fonte di luce, attenzione all'uso dei colori e dei materiali che devono essere il più naturali possibili e una predisposizione degli spazi per lo svago e l'incontro. Tutto ciò si è tradotto in un esempio concreto nell'Hospice pediatrico Seràgnoli a Bologna (Bodo, 2018). Questo progetto è stato commissionato dalla Fondazione Hospice Onlus Maria Teresa Chiantore Seràgnoli, per coniugare funzionalità e bellezza, per migliorare la qualità della vita dei ragazzi e delle loro famiglie, assistendoli con efficienza, ma anche con umanità. L'idea progettuale è quella di un edificio sollevato da terra, di uno spazio dove lo sguardo dei giovani pazienti sia all'altezza del fogliame esterno. Con questo edificio si è cercato

di dare concretezza visiva alla mission di voler sollevare il peso del dolore dai pazienti. Inoltre, vivere tra gli alberi, autoctoni e in prevalenza a foglia caduca per lasciare filtrare il sole nei mesi invernali, e permettere la crescita anche di prato e cespugli, è strettamente legato al mondo del gioco e del sogno, alle casette costruite sugli alberi e alla forte libertà creativa che appartiene ai bambini e che può derivare dalla natura, la quale può avere un potere curativo e calmante.

L'edificio si sviluppa in più padiglioni uniti da collegamenti leggeri e ariosi al blocco principale. Tutti i volumi sono sollevati da terra tramite esili colonne a sezione circolare. I fronti degli edifici sono scanditi ritmicamente da trasparenze e sezioni opache rivestite in legno. La pendenza del sito consente ai volumi di inserirsi armonicamente nel contesto paesaggistico, utilizzando il piano terra dell'edificio principale come elemento di transizione e collegamento tra i livelli esterni esistenti. Il piano a livello terra, al quale si accede attraverso un'ampia entrata a doppia altezza, è costituito da zone adibite a varie attività, per esempio è presente un'area d'accoglienza e di servizi di segreteria, sale per riunioni e ambulatori del Day Hospice. Il primo piano si snoda intorno a un ampio cortile con giardino centrale e in esso si possono trovare gli spazi dedicati alle funzioni relative all'Hospice, quali una cucina con refettorio e mensa per il personale, una palestra e una piscina per praticare fisioterapia, stanze riunioni per gli operatori e ambienti adatti alle attività scolastiche e di ricreazione dei piccoli pazienti.

La presenza del bosco costituisce un importante vantaggio anche per mitigare le temperature e l'Hospice ed i satelliti ad esso collegati sono completati da una copertura realizzata completamente con pannelli fotovoltaici che, insieme ad altri sistemi innovativi, come l'energia geotermica, rendono l'edificio altamente sostenibile (<https://www.rpbw.com/project/childrens-hospice>).

Anche in contesti internazionali troviamo tali caratteristiche, per esempio l'AtlantiCare Cancer Care Institute nel New Jersey è inserito in un paesaggio di sempreverdi e latifoglie, viene usato in maniera abbondante il vetro per le chiusure in modo tale da avere più punti di vista verso l'esterno e una maggiore luce solare; all'interno è stata inserita altra vegetazione e materiali come mattoni, pietra locale, legno; le tinte e le lavorazioni delle superfici vengono differenziate in base alle attività. Inoltre, è stato destinato l'1% dei costi di costruzione all'inserimento, all'interno degli spazi di cura, di molte opere d'arte, dipinti, fotografie, sculture, di artisti del New Jersey. Interessante è anche la disposizione di ingressi e flussi direzionali: il percorso è unidirezionale con uscite direttamente all'esterno in modo tale da tutelare la dignità del paziente in seguito a trattamenti subiti o risultati di esami (Del Nord e Peretti, 2012).

Alcuni studi condotti nella prima decade del secolo corrente suggeriscono proprio come il contatto visivo con la natura, anche interna alla struttura stessa, permetta risposte fisiologiche positive nei pazienti, valutazioni più basse di dolore, ansia e affaticamento (Park e Mattson, 2009), il favorire

l'accesso ai luoghi deputati al supporto sociale migliori il recupero fisico e mentale e la presenza di un numero consistente di stanze singole aumenti il tasso di soddisfazione delle cure, riduca la percezione del rumore e potenzi gli aspetti collegati alla privacy, oltre che il rapporto medico-paziente (Van de Glind et al., 2007). È normale, dunque, presupporre che l'organizzazione di uno spazio accettabile dal punto di vista estetico, energetico e ambientale possa trasferire il concetto di salute dalla struttura ospedaliera al paziente.

Nella ricerca svolta per il Ministero della salute dall'Università di Firenze e dal Politecnico di Torino<sup>1</sup> è stato adottato un approccio multidimensionale e orientato verso la centralità dell'utente. Le linee guida risultanti per la progettazione di strutture ospedaliere sono state organizzate per tipologie di spazio. Per ciascuna di esse vengono menzionati i riferimenti scientifico-culturali (derivati da uno studio della letteratura internazionale e da ricerche svolte sul campo), le raccomandazioni progettuali che coinvolgono le caratteristiche morfologiche dello spazio, le proprietà dell'edificio, le attrezzature e gli arredi e la funzionalità.

Lo studio, fondato su una suddivisione in base al tipo di spazio di cui si tratta, ha ripartito la guida per camera di degenza/day hospital, ambulatorio/consultorio, postazione lavoro medici e infermieri, accettazione/consegna referti, sala d'attesa, soggiorno, sala riunioni, atrio e spazi esterni.

Nella camera di degenza, che accoglie il paziente dal momento del ricovero alle sue dimissioni, la letteratura internazionale sottolinea la rilevanza, per l'utente, di poter avvalersi di uno spazio almeno parzialmente privato durante gli incontri con i familiari, con altri pazienti e con il personale sanitario.

Se a livello internazionale viene adottata principalmente la camera singola, in Italia la situazione vede una prevalenza delle camere doppie sulle camere singole. Vista la maggior presenza di camere con più utenti, nella progettazione di una stanza, bisognerebbe prevedere una separazione tra i posti letto/poltrona, un'area filtro tra i posti letto/poltrona e l'ingresso della camera e impedire una visione diretta del servizio igienico interno alla camera dal corridoio (Del Nord e Peretti, 2012). Per esempio, nell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze è stata ideata la possibilità di dividere i letti mediante una sorta di sipario/tenda che separa visivamente e acusticamente le zone di ciascun paziente (Del Nord, 2012).

La possibilità di avere un contatto visivo con gli spazi vicini alla camera può essere, per il paziente, motivo di distrazione che risulta ottimale allo stesso modo di una visuale esterna.

La carenza di privacy può diventare una ragione per cui il paziente è restio o si rifiuta di sottoporsi a determinati esami e trattamenti o può causare una diminuzione dell'efficacia comunicativa tra operatore sanitario e malato. Per il familiare, invece, l'assenza di privacy e di arredi confortevoli per una

---

<sup>1</sup> Vedi sopra, par. 2.2

permanenza anche lunga, dovuta al fatto di dover aver a che fare con una camera con più letti, porta a una minor volontà di andare a trovare il paziente e, quindi, a una conseguente riduzione di supporto sociale per il malato. È essenziale, all'interno della camera, trovare uno spazio in cui collocare una family zone con arredi e attrezzature basate sul tipo di ricovero e di assistenza necessaria, quindi, da una dotazione minima per assistenza diurna a una dotazione più complessa, con attrezzature per il riposo notturno, nel caso di una permanenza continuativa. Viene ritenuta sufficiente la presenza di una poltroncina o una poltrona letto ergonomicamente confortevole, ma sarebbe apprezzato avere anche attrezzature per contenere gli oggetti personali del familiare e un'illuminazione artificiale dedicata. In questo arredamento bisogna considerare che esso deve essere posizionato a una giusta distanza affinché ci sia un'interazione con il parente malato, ma anche una distanza che permetta al personale di lavorare.

Viene molto gradita dal ricoverato la possibilità di avere una continuità visiva tra il suo posto letto e la postazione del personale perché essa trasmette un maggior senso di sicurezza (Del Nord e Peretti, 2012).

Già nella seconda metà degli anni Novanta, alcuni studi avevano confermato l'importanza di una vista su scenari naturali o urbani. Per esempio, secondo Roger Ulrich, in seguito a un'analisi dei dati ottenuti da una ricerca condotta su alcuni pazienti in stanza di degenza con o senza finestra, una visuale esterna può portare a un miglioramento degli esiti clinici con una conseguente riduzione della permanenza in ospedale e un minor uso di analgesici (Ulrich, 1984). Essa, inoltre, può comportare una diminuzione dei disturbi del sonno e di allucinazioni, un miglioramento generale dello stato emotivo e una sensazione di normalità (Keep et al., 1980). Per i sanitari, la vista verso l'esterno è un modo per ridurre stress e fatica fisica.

Per queste ragioni, al momento della progettazione della struttura, bisogna prestare attenzione a dove posizionare le finestre e cercare di collocarle tenendo conto della qualità delle vedute. Si deve considerare anche la tipologia (dimensioni e davanzale) e le caratteristiche (tipo di vetro e schermatura) del serramento perché anche queste influiscono sulla relazione visiva verso l'esterno. L'importante è che il cielo si veda anche dalla massima profondità della camera e, affinché questo possa avvenire, all'esterno non ci devono essere elementi che ostruiscano la visione (Del Nord e Peretti, 2012). Le finestre, però, sono apprezzate per la vista, ma anche per la possibile fonte di luce, fino a quando non diventano un impedimento alla privacy o causa di disagio termico (Boyse et al., 2003).

Nella stanza di degenza non è da sottovalutare nemmeno la palette cromatica: i giusti colori influiscono positivamente su pazienti e familiari. Le cromie scelte possono aiutare il benessere sensoriale, ma non devono risultare interferenti nel processo operativo dei sanitari, come quando devono valutare l'incarnato del paziente. La scelta cromatica deve tener conto di variabili quali età dei pazienti e patologie, per esempio per malati oncologici sono da evitare

colori troppo accesi (possono causare ansia), troppo cupi (possono causare depressione) o colori che ricordano nausea e vomito. Bisogna evitare contrasti di tinte troppo violenti e preferire accostamenti più armonici che possono prevedere toni e intensità diverse di una stessa colorazione oppure toni e intensità uguali di colori differenti. La parete di fronte al letto, se diversa dalle altre, può spezzare la monotonia, il pavimento di vari colori può stimolare il recupero di attività motorie (le scelte cromatiche devono essere in grado di far vedere eventuali fluidi per terra per prevenire incidenti da scivolamento) e il soffitto pitturato può distrarre il paziente costretto a letto. I colori possono essere un modo anche per aumentare la comprensione delle aree e dell'organizzazione della stanza: tinte diverse per lo sfondo rispetto a corrimani, maniglie e cornici delle porte aiutano a una loro migliore individuazione.

Nelle linee guida indicate da Del Nord e Peretti si consiglia di tenere in considerazione anche i materiali: bisognerebbe evitare materiali lucidi che, con la luce, diventerebbero troppo riflettenti.

All'interno della camera vi è una presenza massiccia di macchinari, quindi oggetti estranei dalla realtà quotidiana di una persona. Se questi ambienti fossero più confortevoli, personalizzabili ed esteticamente gradevoli porterebbero a una maggiore soddisfazione nei confronti della struttura e a una riduzione del possibile stress derivato dalla mancanza di continuità con l'ambiente domestico.

All'interno di quello che viene definito "benessere ambientale" gioca un ruolo importante la percezione della temperatura. Per questo motivo, risulta fondamentale il sistema di climatizzazione meccanica con la ventilazione naturale, il quale permette di eliminare eventuali odori sgradevoli che possono disturbare i pazienti. Bisogna stare attenti, però, a sbalzi di temperatura e a non sbagliare la direzione di apertura di porte e finestre che può provocare correnti d'aria indirizzate verso il degente (Del Nord e Peretti, 2012).

Le stanze di ospedale richiedono la presenza di luce naturale che rende più caldi e accoglienti gli spazi, oltre che più indicati per il benessere di chi li vive. Non solo, studi scientifici hanno dimostrato come stanze di degenza illuminate naturalmente possono portare a una riduzione dell'incidenza dei problemi di salute causati dalle rapide fluttuazioni di luminosità tipiche dell'illuminazione elettrica (Boyse et al., 2003), a una diminuzione della durata della degenza e a somministrare quantità di analgesici minori rispetto a quelle date a pazienti ricoverati in stanze illuminate artificialmente per effetto di una percezione del dolore ridotta (Walch et al., 2005). La luce naturale migliora l'umore e diminuisce lo stress e fa sì che i cicli circadiani dei pazienti non si alterino (Anjali et al., 2006).

Per avere questi effetti positivi, nel momento in cui si progetta la stanza, si deve garantire una distribuzione equilibrata della luce in tutto l'ambiente, il rapporto tra superficie finestrata e superficie del pavimento deve essere

possibilmente maggiore di 1/5 e bisogna considerare che la profondità delle camere deve essere rapportata all'altezza della superficie trasparente stessa. Le aperture devono essere attrezzate in modo tale che si possa controllare l'illuminazione, in particolare attraverso una schermatura della luce che eviti fenomeni di abbagliamento o surriscaldamento o che consenta di non vedere l'esterno quando non lo si desidera (Del Nord e Peretti, 2012).

La luce naturale incide anche sul personale: migliora l'efficienza lavorativa, riduce gli errori come quelli di registrazione o preparazione/somministrazione dei farmaci e agisce positivamente sull'umore (Anjaly et al., 2006).

La luce diurna permette di massimizzare le prestazioni visive, perché tende a essere fornita in grandi quantità con uno spettro che garantisce un'eccellente resa cromatica, ma oltre alla luce naturale deve essere presente anche quella artificiale e, la soluzione ottimale, sarebbe quella di avere una luce diffusa, omogenea e non abbagliante, una luce specifica per ogni zona funzionale (patient zone, family zone, staff zone) che supporti i vari compiti per cui viene accesa (Boyes et al., 2003).

All'interno della stanza risulta sufficiente la possibilità di avere dispositivi multimediali per svago e comunicazione, ma sarebbe ottimo averli individuali e gestibili dalla propria postazione.

Una caratteristica importante nella camera di degenza è la continuità con l'ambiente domestico con una conseguente riduzione della percezione di essere in un luogo istituzionale. A questo scopo è utile la differenziazione in zone della stanza, la mimetizzazione delle apparecchiature sanitarie, la scelta di arredi che ricordino ambienti domestico-alberghieri e la disposizione di contenitori e mensole nei quali il paziente può riporre gli oggetti personali.

Per gli operatori sarebbe importante avere a disposizione, vicino a ogni posto letto/poltrona, uno spazio di lavoro da cui poter accedere alle informazioni del paziente in modo tale da ridurre il rischio di errori clinici. A questo scopo è utile avere dei piani di lavoro spostabili su ruote in cui poter scrivere sia su documenti cartacei che sul computer.

Per i pazienti e i familiari ha un ruolo fondamentale non solo la camera di degenza, ma anche lo spazio dedicato al soggiorno, il quale è un luogo in cui potersi svagare, recuperare energie psico-emotive, parlare con altri, andando così ad alleggerire il carico di stress e sentirsi più indipendenti. Per le dimensioni di tale spazio si devono tenere, per i primi venti posti letto, circa 3 metri quadrati per ogni posto letto e 0,75 metri quadrati per ogni letto aggiuntivo; lo spazio può essere suddiviso in modo tale che ci siano delle aree dedicate ad attività come lettura, conversazione, consumo di piccoli pasti. Nello scegliere le soluzioni cromatiche per il soggiorno è necessario tenere conto delle attività che vengono svolte al suo interno, l'età e le patologie dei pazienti che usufruiscono di questo spazio. Per esempio, i colori freddi sono indicati per l'area dedicata alla lettura dove è richiesta calma e tranquillità, mentre i colori caldi possono essere selezionati per la zona pasti perché essi sono in grado di aumentare la sensazione di appetito e la socialità.

Per quanto riguarda la zona dell'ambulatorio e del consultorio, spazi che devono essere identificati in maniera immediata attraverso segnali espliciti e impliciti, è necessario che essi siano accessibili con attrezzature e dispositivi medici. In questi spazi, così come nella camera di degenza, bisogna rispettare la privacy del paziente attraverso una separazione visiva tra il lettino, le altre aree funzionali della sala e gli spazi esterni. Oltre alla privacy visiva deve essere rispettata anche quella uditiva usando sistemi schermati e/o materiali fonoassorbenti in modo tale che ci sia un isolamento tra spazi adiacenti. La morfologia della stanza deve permettere il posizionamento di arredi e attrezzature per i familiari che partecipano ai colloqui/visite, bisogna pensare a nascondere e mimetizzare gli strumenti sanitari, gli oggetti di arredo devono essere flessibili e personalizzabili, per esempio in altezza, l'illuminazione deve garantire un comfort visivo tenendo conto delle fonti luminose, soprattutto quelle naturali, e della capacità di riflessione delle superfici. Come nella camera di degenza, anche in questi spazi bisogna prevedere degli elementi ristorativi che vadano a coinvolgere la vista attraverso immagini statiche o dinamiche, l'udito con suoni gradevoli e l'olfatto con profumi naturali o fragranze artificiali. Tutti questi elementi devono essere progettati in modo che possano essere percepiti sia dal personale durante le loro attività più autonome che dai pazienti durante le visite e colloqui. Per il benessere di chi vive questi ambienti, le sfumature e gli accostamenti dei colori devono essere armoniosi, evitando eccessivi contrasti causa di disagi fisici e psicologici, ma allo stesso tempo devono permettere una distinzione tra pareti, pavimenti e arredi.

Le postazioni di lavoro di medici e infermieri, in cui vengono svolte attività clinico-amministrative, hanno anch'esse un ruolo importante all'interno dell'ospedale. Una determinata disposizione e organizzazione di questi spazi, infatti, può incidere sulla propensione dello staff a collaborare e relazionarsi sia professionalmente che umanamente.

La postazione infermieristica può essere centralizzata, quando tutte le attività convergono in un solo spazio, oppure decentrata, nel caso in cui ci siano più postazioni di lavoro. Indipendentemente dalla configurazione, la postazione deve presentare un bancone che deve essere dotato di piano di appoggio, sedute per i lavoratori, postazioni computer, armadietti per documenti e sistemi di comunicazione. Anche in questo ambiente, come visto in quelli precedenti, sono importanti i colori, il controllo sulla temperatura, la vista verso l'esterno e l'illuminazione. Quest'ultima incide sulla produttività e soddisfazione degli operatori ed è per questo che ci deve essere una quantità sufficiente di luce (in particolare naturale), condizioni che eliminino l'affaticamento della vista e determinati apparecchi illuminanti. La luce naturale, oltre ad incidere positivamente sull'umore, favorisce la percezione dello scorrere del tempo andando così a migliorare i processi fisiologici, anche durante il turno di lavoro di notte. Lavorare in uno spazio adeguato, anche dal punto di vista della distribuzione di esso nei confronti di altri

ambienti e del giusto spazio in rapporto al numero di lavoratori/pazienti, è importante visto che influisce sul rendimento del personale, ma anche sul loro livello di fatica e di disagio. Le postazioni ottimali degli operatori devono avere un rapporto visivo con gli ingressi, le uscite, le aree di attesa e le camere di degenza.

Lo spazio in cui avviene l'accettazione, lo scambio di informazioni o la consegna di referti deve avere caratteristiche simili a quelle delle altre aree. È, perciò, richiesta privacy, la cui mancanza può generare ansia, stress e negatività, e sono richiesti elementi (visione di esterni, immagini, suoni gradevoli) che producano uno stato emotivo positivo, visto che l'accettazione è uno dei primi spazi con cui l'utente viene a contatto. Questa è anche una delle ragioni per cui bisogna far sì che questa zona abbia una continuità con l'ambiente domestico e che sia ben illuminata.

Il luogo di attesa, che prevede una permanenza più o meno lunga, risulta essere fondamentale tanto quanto gli altri luoghi. Le sue dimensioni influenzano il senso di benessere che viene percepito: spazi grandi possono apparire caotici, mentre spazi più ridotti, che danno l'idea di essere intimi, agevolano il rapporto tra pazienti e parenti. La soluzione sarebbe quella di avere la possibilità di suddividere aree di grandi dimensioni in zone d'attesa di grandezza contenuta in modo tale da facilitare la privacy e le interazioni. Le relazioni sociali vengono favorite da sedute distribuite in piccoli gruppi flessibili, ma vengono scoraggiate da sedute disposte lungo la parete. Le sedute devono essere ergonomiche e regolabili in relazione alla tipologia di utenti. Avere piccole zone di attesa differenziate in base all'età può rendere il tutto più accogliente, soprattutto se lo spazio viene accompagnato da complementi d'arredo ed elementi decorativi, ma bisogna far sì che esse siano flessibili anche in termini di fruibilità, cioè si deve lasciare decidere al paziente il grado di interazione sociale che preferisce (Del Noerd e Peretti, 2012). Un buon esempio di sala d'attesa si trova all'ospedale Meyer che, pensata per i piccoli pazienti, prevede un atrio inondato di luce con sedute adatte ai bambini e giochi (le sedie stesse diventano oggetti con cui giocare e in cui nascondersi) in modo tale che l'ambiente li faccia relazionare tra loro e sentire a casa.

All'interno degli ospedali giocano un ruolo non indifferente anche gli spazi di connessione, in cui non transitano solo cose e persone, ma sono luoghi in cui, molto spesso, pazienti e familiari si sentono più a loro agio a parlare. Sempre al Meyer, per esempio, nei corridoi, che non sono dritti, ma sinuosi, sono presenti delle nicchie che permettono conversazioni in cui privacy e dignità sono garantite (Del Nord, 2012). Negli spazi di connessione, la vista verso l'esterno risulta essere utile per diminuire il senso di isolamento ed essa diventa anche una modalità di orientamento visto i punti di riferimento che si possono prendere dall'ambiente esterno. Linee guida possono essere date anche da colore (un colore differente per ogni area come ingresso, degenza, ambulatori; colori chiari per amplificare la percezione degli spazi; evitare

soluzioni monocromatiche), texture e mappe tattili per ipovedenti. Tutto deve essere progettato in modo che venga facilitato l'orientamento. I corridoi non devono essere molto lunghi e lineari perché queste caratteristiche possono creare stati d'ansia, perciò, è preferibile avere percorsi orizzontali di lunghezze ridotte e con interruzioni create anche mediante arredi. Corridoi più corti possono essere di aiuto anche per i sanitari che, vedendosi ridotta la distanza tra postazioni di controllo e camere di degenza, diminuiscono lo stato di affaticamento fisico.

Gli spazi esterni, che devono avere una chiara gerarchia dei percorsi, sono adatti per socializzare, ma anche luogo in cui raccogliersi o distrarsi. Pazienti, familiari e operatori vedono in essi una modalità di riduzione di stress, sia esso dovuto a una patologia che a un carico di lavoro non indifferente. Gli elementi naturali hanno potenzialità ricostituenti e la possibilità di attivare contemporaneamente più sensi; specie vegetali diverse favoriscono l'intuizione dello scorrere delle stagioni attraverso l'alternarsi di foliazione e fioriture, l'ascolto del movimento delle foglie o del suono dell'acqua comporta la produzione di endorfine, allo stesso modo del profumo di fiori e frutta. Negli spazi esterni, perciò, viene coinvolta vista, udito e olfatto.

Nello scegliere il mobilio è necessario tenere in considerazione la tipologia di utenti per cui è pensato (per esempio pensare ad un'area gioco per i bimbi) e la possibilità di spostamento di sedute e tavoli, in modo da rendere il tutto flessibile e personalizzabile.

L'ambiente naturale può stimolare attività legate al movimento (bisognerebbe pensare dei percorsi anche per correre), le quali vengono correlate a benefici di tipo psicologico e fisico: l'esterno diventa una sorta di estensione della terapia che viene fatta all'interno. La vegetazione può evidenziare vedute particolari, privilegiare con i visuali verso elementi di interesse specifici; elementi artificiali, come le opere d'arte, possono essere utilizzate per creare dei landmark (Del Nord e Peretti, 2012).

Le varie zone delle strutture ospedaliere che sono state analizzate hanno sicuramente in comune degli aspetti come l'esigenza di privacy, la continuità con l'ambiente domestico, la presenza di elementi rigenerativi e distraenti e di dimensioni, colori e arredi adeguati, la richiesta di presenza di luce naturale. Vi è di conseguenza una caratterizzazione architettonica estremamente variegata e articolata che non si basa solo sugli aspetti funzionalistici, ma che deve dare rilevanza agli aspetti che vanno a colpire le percezioni psicosensoriali degli utenti della struttura. Questo perché lo spazio non sarà mai neutro, ma sarà sempre investito delle reazioni che gli elementi che lo compongono suscitano nelle persone.

### 2.2.2 Visual art

Gli ospedali possono essere spesso descritti come ambienti privi di qualità estetica. Studi recenti indicano una trascuratezza dell'ambiente estetico da

parte dei responsabili delle politiche ospedaliere e una mancanza di accesso e di controllo degli interessi estetici per i pazienti in ospedale. L'importanza, o meno, attribuita al ruolo delle arti nell'assistenza sanitaria può essere vista come una spaccatura tra la visione dei politici e dei responsabili delle politiche che apprezzano il valore strumentale di tali pratiche, e i professionisti della cultura che si dedicano al valore intrinseco delle arti stesse. Gli Hospital Curators, professionisti coinvolti nei programmi d'arte e nelle decisioni artistiche riguardanti le forme d'arte da esporre all'interno degli ospedali, sono coloro che devono cercare di bilanciare questi due aspetti. Devono destreggiarsi tra il valore racchiuso dall'arte esposta in spazi pubblici e la possibilità di promozione e aiuto clinico che essa può fornire. Il loro compito non è semplice: subiscono la pressione di finanziare le attività sanitarie e, allo stesso tempo, di rimanere all'interno di un budget molto ristretto; il loro contributo dovrebbe essere specialistico e, contemporaneamente, dovrebbe promuovere il benessere di tutti all'interno dell'ospedale. Inoltre, devono capire come le persone interpreteranno una certa tipologia di arte e come essa verrà percepita all'interno degli ospedali. Essere curatore all'interno di una struttura ospedaliera è una sfida non tanto per le attività che normalmente svolge un curatore, come azioni relazionali, di marketing o business, ma proprio per il luogo in cui si trova ad operare e per il tipo di audience che si ritrova a fronteggiare. Questo lo porta a dover avere un'alta specializzazione e consapevolezza, anche perché, come tutte le decisioni che vengono prese in questo settore, anche le decisioni curatoriali in ambito ospedaliero sono sottoposte a un certo grado di soggettività, cioè non sono neutrali. Il curatore, infatti, propone una propria interpretazione dell'arte, deve selezionare quale arte portare all'attenzione del pubblico e, per far questo, deve essere preparato non solo sulla materia artistica stessa, ma anche sul contesto sociale in cui si trova ad operare (Moss e O'Neill, 2016). Da un punto di vista sociologico, però, il fatto che la scelta della tipologia di arte da inserire venga eseguita dallo staff clinico, dagli artisti e dai committenti e non dai pazienti potrebbe essere considerato un fallimento. Questo perché c'è il rischio di non rivolgersi ai bisogni reali degli utenti e, soprattutto, di inserire un'arte che, per i pazienti con un background differente rispetto a quello di chi decide di inserire l'arte negli ospedali, potrebbe essere difficile da comprendere.

Per questo motivo, un ramo dell'Evidenced-Based Design chiamato Evidenced-Based Art (EBA) si occupa di misurare, basandosi su riscontri medici, gli effetti dell'arte sulle persone e sulle loro patologie. In questo modo l'EBA può fornire, su base empirica, delle raccomandazioni riguardo all'uso dell'arte a beneficio dei malati, anche se alcuni autori sostengono che l'opera d'arte non possa essere oggetto di ricerca scientifica a causa della sua possibile complessità. Uno studio condotto nel 2021, i cui dati di partenza sono stati recuperati da una ricerca di scoping su PubMed, ha cercato di riassumere le evidenze relative alle preferenze dei pazienti per stili artistici e gli effetti

dell'arte in ospedali e ambulatori non psichiatrici in modo da produrre raccomandazioni pratiche che considerino gli aspetti teorici e le esperienze di progettazione ospedaliera. Per quanto riguarda lo stile di arte, i risultati hanno evidenziato una preferenza per immagini naturalistiche piuttosto che vedute urbane, ritratti, nature morte, arte astratta o poster con testo. In uno studio preso in considerazione, sono state mostrate alcune fotografie a 80 pazienti oncologici e i motivi preferiti sono stati un tramonto sul lago (76%), un fiume roccioso (66%) e una cascata autunnale (66%). La preferenza per la natura è stata confermata anche in uno studio su 64 bambini: tutti, anche se di età differente, preferivano scene naturali luminose e colorate. L'apprezzamento per il naturale è spiegabile secondo la teoria dell'evoluzione psicologica che dice che gli esseri umani sperimentano la visione della natura come calmante e rinfrescante grazie al loro adattamento alla sopravvivenza in natura; la tendenza a frequentare zone feconde e acquatiche (biofilia) può aver radicato nel cervello umano una preferenza per le immagini e i colori corrispondenti. Inoltre, l'esperienza estetica della natura è più facile anche per i pazienti con compromissione cognitiva a causa di eventi stressanti visto che le vedute della natura sono facilmente comprensibili grazie alla loro familiarità.

Allo stesso tempo, però, uno studio condotto presso il Chelsea and Westminster Hospital in Inghilterra non ha portato alla luce alcuna preferenza per un certo stile artistico quando scene di natura e opere astratte erano state inserite nei reparti e, in maniera concorde, anche la sociologa danese Anette Stenslund ha potuto constatare che la preferenza per una certa tipologia d'arte risultava essere molto variabile e dipendente dalla situazione. Nonostante questi due riscontri, gli effetti positivi dell'arte, in particolare, ma non esclusivamente figurativa e di tema naturalistico, sono stati osservati in vari contesti. La vista della natura sul soffitto ha ridotto il dolore durante la broncoscopia flessibile e ridotto la pressione sanguigna in 72 pazienti che aspettavano per un intervento, durante la chemioterapia l'ansia e la stanchezza sono state diminuite da scene subacquee, terapie intensive con scene naturalistiche hanno portato a un minor consumo di analgesici e una riduzione di ansia in pazienti operati al cuore e uno studio cinese ha dimostrato che video naturalistici possono aumentare la soglia di tolleranza al dolore. In una ricerca rivolta a 210 pazienti o visitatori riguardo al benessere derivato dall'arte esposta in una clinica, l'84% ha affermato che le opere lo facevano sentire meglio o molto meglio. Questo effetto positivo è stato confermato anche da uno studio condotto su pazienti oncologici riguardante i livelli di ansia e depressione.

Come l'arte figurativa, anche l'arte astratta, ha la possibilità di migliorare l'ambiente, favorire l'interazione sociale, aumentare l'autostima e produrre una possibile connessione con l'esterno, soprattutto perché il suo vantaggio è quello di poter essere interpretata in vario modo in base al bisogno dei pazienti. Nonostante ciò, viene preferita in maniera minore. Questo perché, secondo la teoria della congruenza emotiva, gli esseri umani scansionano

l'ambiente alla ricerca di modelli corrispondenti al proprio stato emotivo. Pertanto, le immagini astratte con contenuti negativi o indefiniti potrebbero scatenare o aumentare le emozioni negative negli spettatori in condizioni di vita difficili. Di conseguenza, immagini figurative piacevoli come paesaggi aperti, paesaggi simili a savane con acque calme e alberi a forma di ombrello, bei palazzi antichi, giardini con fiori o volti amichevoli sono raccomandati perché forniscono una distrazione mediante stimoli innocui.

Bisogna tener conto anche delle esigenze specifiche dei pazienti in base alla malattia, della durata della degenza, della prognosi, dell'età e del contesto culturale.

Per le aree sociali e le sale pubbliche, una miscela di arte astratta e figurativa sembra essere adeguata a soddisfare vari interessi, promuovere l'interazione sociale ed evitare la deprivazione mentale fornendo molteplici stimoli sensoriali (Fudickar et al., 2021).

Per parlare di visual art bisogna approfondire brevemente anche ciò che ruota attorno al colore visto che particolari condizioni cromatiche possono limitare sensazioni negative, come lo sconforto e la paura, e contribuire favorevolmente a livello terapeutico.

Il colore percepito, infatti, coincide con un'esatta frequenza ondulatoria e la sensazione delle note cromatiche viene avvertita con grande precisione, in modo simile alla percezione delle note musicali. I colori, dunque, nonostante possano essere spiegati scientificamente, riescono ad essere una rappresentazione ricca di sentimenti e sensazioni, sono atmosfera, ricordo e consapevolezza. È importante, quindi, saper distinguere tra la sensazione percettiva oggettiva e il sentimento soggettivo nei confronti della sensazione percettiva. Il sentimento soggettivo viene definito emozione ed è il risultato di una valutazione personale (Lüscher, 2001). Il colore, infatti, che è un veicolo di comunicazione sensoriale, stimola aree differenti del cervello da cui scaturiscono diverse emozioni e sensazioni, influenzate anche da una conoscenza della memoria e una conoscenza culturale.

Secondo la visione del colore di Goethe, ogni colore racchiude in sé una qualità intrinseca, una determinata funzione, una possibilità di influenzare lo stato dell'anima di colui che vi si accosta. È così che il giallo è la tinta che più si avvicina alla luce e che viene associata all'energia calda del sole; il rosso produce calore e porta agitazione emotiva; il blu si lega al tema della notte, del sonno, del sogno e, quindi, può far percepire timore, oppressione e insicurezza o grande e piacevole rilassamento in base alla capacità di ciascun individuo di allontanarsi dalla realtà diurna. La presenza del blu crea uno spazio profondo e spirituale, mentre il verde è il colore del riposo e della rigenerazione (Calabrese, 2001).

Max Lüscher, invece, ritenendo i colori espressione di strutture psichiche generali, inconse e astratte, propone altre categorie relazionali tra colore ed emozione. Il nero significa negazione, ostinazione, morte, difesa; il bianco dissolvimento, fuga, purezza, resa; il grigio è assenza di eccitazione; il

marrone indica sensualità corporea, comodità, esaurimento; il rosso è colore di eccitazione, esortazione, rivoluzione, rabbia, amore e passione; l'arancione significa agitazione e un'eccitazione ancora maggiore del rosso; il giallo è cambiamento, svolgimento, scioglimento; il verde fermezza ed egocentrismo; il blu calma, fedeltà, amore materno e appartenenza; il viola rappresenta l'unificazione (Sausgruber, 2001).

Alla base della psicologia del colore, perciò, c'è il bisogno di capire le associazioni mentali che facciamo in base alle nostre esperienze rispetto al colore. Esso è l'artefice del modo in cui noi percepiamo un ambiente.

Nell'uso del colore bisogna tenere a mente alcuni accorgimenti, anche perché i loro significati cambiano a seconda che siano soli o combinati insieme. Per esempio, i colori complementari si supportano a vicenda esaltandosi; nei colori complementari divergenti vi è un'esaltazione armoniosa del colore dominante attraverso le due tinte che affiancano il suo complementare; i colori analoghi, usati in tris, garantiscono equilibrio e armonia grazie alla loro tendenza a fondersi, ma hanno bisogno del contrasto di un complementare per far risaltare il loro potenziale. Gli accostamenti triadici danno vita ad accordi cromatici non usuali, gli accostamenti tetradici attirano l'attenzione e lo sguardo grazie alla loro vivacità e dinamismo, l'accostamento quadrato crea accordi forti e vari, ma tra i quattro colori scelti, uno deve essere dominante per far sì che ci sia un'esaltazione di tutte le tinte. I colori contrastanti tra loro vengono facilmente percepiti da tutti, mentre le sfumature sono più difficoltose da individuare, in particolar modo per gli anziani. I colori, se usati correttamente, aumentano il benessere sensoriale dei pazienti visto che riescono a creare spazi più confortevoli ed emotivamente positivi, ma bisogna tenere conto dei significati differenti che hanno: i colori freddi, se usati in spazi in cui si svolgono attività monotone, sembrano far passare più velocemente il tempo, mentre i colori caldi vengono associati ad aspetti di socializzazione.

I colori, dunque, sono in grado di comunicare. Il blu evoca sensazioni di serenità, produce un effetto di calma a livello cerebrale, predispone l'individuo al rilassamento, all'ascolto e alla concentrazione, è legato al cielo e al mare, quindi, alla spazialità infinta, ma richiama anche freschezza e pulizia, è un colore associato alla staticità e alla meditazione. Il rosso, colore potente e vigoroso, eccita e stimola, influisce sull'innalzamento del battito cardiaco e della pressione sanguigna, può suscitare sentimenti contrastanti perché, se il nostro animo è inquieto, esso intensificherà il nostro malessere, se, invece, ci accostiamo in maniera serena la sua carica energetica può trasformarsi in tenacia e impeto produttivo. Il giallo, associato alla luce e al sole, è simbolo di energia vitale, calore, allegria e dinamismo. In sé ha una forza ristoratrice per il corpo e l'anima, influenza positivamente l'umore se associato a colori tenui, energizzante se associato ad altri primari. Secondo molte ricerche sociologiche, questo colore che evoca energia, gioia e allegria, è un colore apprezzato in generale da tutte le persone, ma prediletto più dai

bambini che dagli adulti. In contesti lavorativi, se associato a toni tranquilli o neutri stimola la produttività e la creazione di nuove idee. L'arancione è un colore con proprietà vitalizzanti e stimolanti a livello fisico, ma anche mentale. Nonostante sia una tinta vibrante, è un colore che porta alla distensione e alla calma, placa lo stress e ha benefici sulla pressione sanguigna; favorisce l'attenzione e stimola il dialogo e l'ascolto. Il verde, essendo associato alla natura, dona sensazioni di energia, calma, sicurezza e stabilità; aiuta a trovare ottimismo, equilibrio e moderazione. Il viola è un colore che spinge all'autoanalisi, al concentrarsi su se stessi, ma anche a pensare alla penitenza e alla morte. È un colore che richiama alla spiritualità e riesce ad unire la sfera logica con quella emozionale. Si dice che abbia effetti benefici sull'apparato scheletrico, sulla produzione di globuli bianchi, sui problemi dermatologici e che rallenti l'attività cardiaca. Il marrone ha molti effetti positivi: stimola all'equilibrio interiore ed esteriore e dà sensazioni di stabilità. Il bianco, colore acromatico, richiama l'idea di purezza e di candore; la sua nitidezza e il rimando alla pulizia lo hanno fatto divenire il colore della sanità, dell'igiene e della sterilità. In cromoterapia, il bianco viene usato per migliorare le condizioni di chi ha un umore spento perché con esso si riesce a liberare la mente e alleggerire la stanchezza psicofisica (Fusco, 2023). Nel decidere di inserire un determinato colore all'interno di un ambiente ospedaliero, perciò, si deve essere consapevoli dei possibili effetti che esso ha nella psiche umana.

I colori, uniti alle opere d'arte, caratterizzano lo spazio anche da un punto di vista funzionale, possono dare un messaggio informativo. Per esempio, nel polo pediatrico Meyer di Firenze, dei tronchi di cono colorati fungono da landmarks in modo da rendere riconoscibile lo spazio e ci fanno capire che al cono arancione si trovano gli ambulatori, mentre a quello violetto la radiologia (Del Nord, 2012). Il colore, in questo ospedale, arricchisce sale, pareti e arredi, ma non solo, anche le divise del personale sono colorate e decorate con patterns diversi e realizzati dai bambini stessi.

L'inserimento di forme d'arte in strutture sanitarie, però, non deve consistere in una semplice apposizione di oggetti, il tutto deve essere studiato affinché sia specifico per una determinata situazione. Come sostiene l'esperta in amministrazione dell'arte Mary Grehan, infatti, i progetti di maggior successo sono quelli in cui l'artista stesso ha passato del tempo in ospedale assorbendo la cultura del luogo (Roselli, 2012). È fondamentale, oltre alla tematica delle immagini, inserire le opere d'arte considerando che molti pazienti mantengono per la maggior parte del tempo una posizione supina e che la loro visuale è limitata per lo più al soffitto e alla parete frontale al letto.

Negli ospedali, uno spazio che permette agli utenti, grazie alla presenza di immagini come foto, dipinti, murali, opere scultoree, ecc., di essere stimolati e di distrarsi dal malessere, favorisce una diminuzione dei livelli di stress (Del Nord e Peretti, 2012).

Tutte le forme di arti visive devono entrare negli ambienti ospedalieri in

maniera rispettosa, con calore umano e con trasparenza degli intenti. Devono essere portatrici di concetti di leggerezza, armonia, immaginazione e devono coinvolgere tutte le parti della struttura, fino alle corsie di degenza. L'arte deve rappresentare un ancoraggio visivo per l'utente, deve poter essere un possibile scarico della sua tensione e una via per riportarlo in una situazione di equilibrio precedentemente spezzato. L'arte fa sì che si evitino quelle situazioni in cui colore bianco e ripetitività degli arredi generino ambienti freddi e situazioni di passività. Gli oggetti artistici permettono il contrasto con sensazioni quali estraneità e isolamento e possono far superare situazioni di disagio (Roselli, 2012). Ormai esiste una solida base di conoscenze ed evidenze che sottolineano come il contributo delle arti possa essere positivo nell'ambito della prevenzione della malattia, nella gestione della cura e nel trattamento delle malattie. Le arti, infatti, hanno un potenziale impatto sia sulla salute mentale che su quella fisica (Fancourt e Finn, 2019).

### 2.3 Collaborazione tra ospedale ed artisti: il caso di Padova

Legare alcune zone degli ospedali a lavori di artisti contemporanei è una delle prime cose che possono venire in mente quando si pensa all'esperienza di visual art in strutture sanitarie e anche, probabilmente, una delle soluzioni più veloci da attuare. Sono numerosi gli ospedali, infatti, che vedono al loro interno esposizioni di opere artistiche mobili come quadri e sculture. L'arte, però, si può trovare anche come parte intrinseca della struttura ospedaliera stessa, e ne è un esempio la città di Padova.

Tale città presenta un polo ospedaliero di eccellenza, il quale può vantare non solo una particolare attenzione per la ricerca, ma anche uno sguardo verso l'umanizzazione dei suoi spazi. L'arte, infatti, è entrata a far parte dell'Azienda Ospedale-Università, dell'Ospedale S. Antonio e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV).

In questi luoghi, gli artisti, in collaborazione con i professionisti sanitari e varie associazioni e fondazioni, sono riusciti a creare spazi e scorci adatti alle esigenze dei pazienti, dei familiari e dei lavoratori. È così che murales di grandi dimensioni, come quelli di Alessio-B o Tony Gallo, richiamano temi come speranza e rinascita, e decorazioni interne ai reparti, come quelle di Silvio Irilli, cercano di continuare a far sognare i pazienti e aiutarli nel corso delle terapie.

Coinvolgere artisti nella decorazione dei luoghi di cura non è una novità dei nostri tempi, come si è visto precedentemente, e si può dire che gli artisti sono consapevoli della possibilità delle immagini di comunicare sentimenti che non si riescono a esprimere seguendo le razionali categorie di pensiero. La psicologia, inoltre, è concorde nel riconoscere il potere delle immagini visive, forme pre-verbali profondamente connesse alle emozioni e al nostro inconscio (De Luca, 2017).

### 2.3.1 Alessio B. e Tony Gallo

Alessio-B. e Tony Gallo sono due artisti padovani che con la loro arte hanno lasciato un segno nella loro città natale e non solo. Il loro stile molto diverso si è incontrato, seppure in spazi non comunicanti, tra i muri esterni dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Alessio-B, nato a Padova nel 1971, è il nome che lo street artist ha scelto per farsi conoscere, ma allo stesso tempo per rimanere nell'anonimato.

La passione per il disegno lo ha accompagnato fin dall'infanzia per poi sfociare in un interesse verso la Pop Art e gli artisti Blek le Rat, la sua prima fonte di ispirazione, e Keith Haring, conosciuto in un viaggio a New York con i suoi genitori.

Utilizza varie tecniche e materiali, tra cui colori spray e stencil per creare immagini in negativo su tela, tavole intonacate per riproporre la texture dei muri sulle quali è solito dipingere, dipinti su carta e sculture ricoperte da ritagli di giornali o volantini pubblicitari e poi protette da un materiale che solidifica la superficie (<https://cdstudiodarte.it/collections/alessio-b>).

La creazione (fig. 1) di Alessio-B., rilevante per il tema affrontato in questo elaborato, è stata realizzata nel 2020, durante il periodo della pandemia. È stato proprio il Covid-19 ad aver dato vita l'ispirazione per l'opera che è un murale di circa sette metri realizzato nelle pareti interne dell'ospedale e visibile dalle scale del Pronto Soccorso.



Fig. 1. Alessio-B., Wonder Woman infermiera, 2020, Azienda Ospedale-Università Padova, fonte: <<https://www.culturaveneto.it/it/percorsi/tappe/clbp3n3o0000w56zbfav25mx4>>

Il soggetto raffigurato, realizzato in pochi giorni mediante l'uso di stencil e

vernici speciali che permettono la purificazione dell'aria, è un'infermiera e allo stesso tempo Wonder Woman. L'identificazione con il ruolo di infermiera è semplice: indossa la divisa, lo stetoscopio e la mascherina che, in questo caso, è tricolore, come a sottolineare lo spirito patriottico che ha unito le persone durante il difficile periodo pandemico. La donna raffigurata in una posa decisa, data dalle braccia incrociate davanti a sé, indossa la famosa tiara dell'eroina, incorniciata dai capelli tipici del personaggio dei fumetti. Si è di fronte, dunque, a una donna che è sia lavoratrice che eroina, due ruoli che si intrecciano insieme per dare l'immagine risultante e che allo stesso tempo sono interscambiabili.

Il fatto che sia rappresentata una donna piuttosto che un uomo non è rilevante secondo l'artista, il quale afferma che l'importanza è racchiusa nel fatto che la persona raffigurata «è un supereroe, una persona normale che, quando indossa il suo camice da lavoro, diventa una sorta, appunto, di supereroe a disposizione degli altri».

L'idea della Wonder Woman-infermiera è nata «durante un viaggio di ritorno da Milano. Mi sono fermato a Codogno lì dove è partito tutto<sup>2</sup> e mi sono detto 'devo fare un tributo a questa categoria: operatori sanitari, infermieri e medici'». Così Alessio-B. ha raccontato la nascita di quest'opera, per la quale si è proposto direttamente lui all'ospedale per la realizzazione: «Non sono stato contattato da nessuno, io mi sono proposto all'Ospedale di Padova. Ci tengo a sottolineare che il progetto è stato totalmente finanziato e sponsorizzato da persone estranee all'azienda ospedaliera. Quest'ultima non ha contribuito in nessun modo economicamente, dalla progettazione di questa operazione ai colori e al noleggio della piattaforma».

La volontà dell'artista era quella di creare un tributo ai professionisti sanitari che hanno donato il loro tempo e le loro risorse personali alla causa Covid e si dice «a favore della realizzazione di queste opere all'interno di spazi ospedalieri, specialmente in quei luoghi dove la sofferenza deve essere accompagnata in qualche modo da un attimo di serenità che un "disegno sul muro" può regalarti. Tutto questo se non strumentalizzato ovviamente».

Questa assenza di strumentalizzazione, in quest'opera, probabilmente, non è stata del tutto assente. Se per Alessio-B. concretizzava «uno stato d'animo», qualcun'altro ha visto in essa un elogio superficiale ai professionisti sanitari che, dopo il Covid, sono ritornati ad essere figure lavorative dimenticate. Questa critica viene dagli stessi sanitari, in particolare, la testata giornalistica *Nurse Times* riporta, in un articolo di Massimo Randolfi, il pensiero dell'infermiere Erasmo Buonaugurio, il quale ha posto l'accento sull'ipocrisia nata dall'aver osannato delle figure professionali che poi, finita l'emergenza sanitaria, hanno visto calare le attenzioni sui loro problemi e negare le promesse che erano state fatte nel momento in cui il loro lavoro è

---

<sup>2</sup> L'artista si riferisce alla pandemia di Covid-19: Codogno (LO) è stato il comune in cui è stato rilevato il primo caso in Italia della malattia.

stato essenziale. Buonaugurio, parlando dell'operatore sanitario, si riferisce ad esso come «una figura quasi mitologica, metà operatore sanitario e metà super-eroe, rappresentata magari da un murale di 10 metri sbattuto su un muro ben in vista all'ingresso dell'ospedale, a cui volgere lo sguardo manco fosse il segnale di Batman» (<https://nursetimes.org/murale-appena-disegnato/94351>). Parole forti che, prendendo come riferimento proprio il lavoro di Alessio-B., denunciano una situazione di disagio di una categoria di lavoratori. Dunque, la possibilità di strumentalizzazione di un'opera, anche se inserita in un contesto come l'ospedale, ci può essere, così come per ogni opera possono nascere interpretazioni varie. Nel caso della Wonder Woman infermiera, però, l'intenzione dell'artista padovano non era assolutamente quello di creare alcun tipo di polemica: consapevole del sacrificio di medici e infermieri, si era semplicemente sentito in dovere, come artista, di ringraziare a suo modo questa categoria di lavoratori.

Tony Gallo è nato nel 1975 a Padova, dove vive e lavora. Le sue esperienze di street artist, legate a una visione puramente emotiva, colorano i muri delle città. I suoi lavori sono caratterizzati da soggetti antropomorfi, da animali e uomini che si uniscono insieme fino a confondersi, dalla natura che diventa poesia. Dice lo stesso artista: «Nelle mie opere l'essere umano, come in una seconda pelle, ha la possibilità di mimetizzarsi nella natura prendendo le sembianze di un animale o di un albero, mantenendo intatti però i sentimenti, le emozioni, i valori dell'uomo. [...]. I miei soggetti si travestono di colori accesi per essere meglio accettati, ma al contempo non temono il giudizio perché sfoggiano una segreta personalità atta a scavare nelle emozioni delle persone con cui interagiscono» (<http://www.tonygallo.it/>).

Di seguito si propone una breve intervista all'artista in questione che può aiutare a capire meglio la professione dello street artist e il ruolo che le sue opere hanno avuto all'interno dell'Azienda Ospedale-Università di Padova.

### **Qual è stato il tuo percorso di formazione? Come ti sei avvicinato alla pittura?**

Dipingere è sempre stata una mia passione. Dopo un percorso da musicista, dove io ero compositore di una band, siamo arrivati a un punto in cui abbiamo dovuto scioglierci e a me è mancata un po' quella parte creativa. Ho deciso, quindi, di mettermi a dipingere, che è stata una delle mie prime passioni da piccolo, ma che poi non ero riuscito a sviluppare suonando e lavorando. Da là è partito tutto, ho iniziato a innamorarmi di quello che è la street art perché da ragazzino andavo in skateboard, ero vicino a tutto quel mondo breakdance, quindi, quel mondo hip hop dove c'era anche la disciplina dei writers. Da là, poi, ho iniziato a sperimentare, prima sulle tele perché volevo un attimo capire sulle tele disegnando, capire quello che stavo per fare, e poi sui muri con i primi lavori. Poi, ci sono state le prime commissioni e man mano i festival che mi hanno chiamato a portare le mie opere.

**Come sei arrivato ad avere un tuo stile, visto che si tratta di uno stile molto riconoscibile?**

Io, anche quando suonavo, ho sempre cercato di non guardarmi troppo intorno o non ascoltare troppa musica per non essere influenzato e andare di getto. Uno dei primi bozzetti è stato proprio il volto molto stilizzato di questi miei soggetti e là ho capito che volevo raccontare un mondo nuovo. Quindi, giocando di fantasia, ha iniziato a concretizzarsi questo soggetto, ad avvicinarsi al mondo animale, alla natura e a crearsi una propria favola dove ci sono parecchie sfaccettature. Però, è stato tutto quanto molto istintivo, di getto, quindi senza prepararmi o decidere di fare qualcosa di mio.

**Quindi, l'idea di far incontrare l'uomo con la natura e gli animali è stata un'azione istintiva.**

È istintiva anche perché io, a un certo punto della mia vita, non potendo aver figli, ho adottato un gatto, che poi sono diventati due, ma che adesso ne è rimasto uno, e ho capito quanto si può amare un animale e quanto gli animali ci possano far capire che siamo inferiori a loro anche quando, invece, l'uomo tende a voler essere superiore per forza.

**C'è un messaggio particolare che vuoi comunicare con i tuoi lavori oppure ognuno è libero di dare la propria interpretazione?**

Allora, a me piace molto l'idea della libera interpretazione. Io do sempre un messaggio, io racconto sempre una storia. Adesso ancora di più quando faccio un murales e anche sulle tele. All'inizio facevo il mio soggetto, bello, con il suo cappuccetto, con questo e con quello, però senza raccontare una storia. Nel mio percorso, poi, ho capito che dovevo lanciare un messaggio, raccontare una storia, far provare delle emozioni. Proprio perché voglio far provare, lascio una libera interpretazione delle mie opere e ho visto che funziona, la gente mi dice 'tu hai voluto dire questo, ma a me dice quello'. Questa cosa qui mi piace molto.

**Per quanto riguarda i murales, il lavoro come viene organizzato?**

Io, adesso come adesso, lavoro quasi solo su commissione o su festival di street art. Quindi cosa succede, c'è il privato, il comune, l'azienda che mi chiama per, a me fortunatamente, portare le mie opere. Non ho un tema fisso, sono io che mi faccio raccontare un po', per esempio, se è un comune mi faccio raccontare la storia del comune, se è un'azienda chi sono, cosa fanno, la storia della famiglia se è a conduzione familiare. Questo perché voglio entrare più che a livello promozionale, voglio entrare sulle emozioni delle persone e raccontare queste emozioni. Se no, ci sono i festival di street art che, o ti danno un tema, o ti lasciano portare un tuo lavoro e, quindi, se ho un bozzetto già pronto che mi piace lo porto, se no un po' voglio sposare quello che è il territorio.

### **Nel concreto, come si procede a realizzare l'opera sulla parete?**

Preparo un disegno, adesso come adesso lavoro quasi solo con l'IPad, quindi con la tavoletta grafica. Preparo un disegno, mi faccio mandare il muro in cui devo andare a lavorare con le misure, così riesco a fare anche un rendering per capire tutte quante le misure e le proporzioni. Poi faccio una griglia, come si usava una volta, quindi vado a squadrettare la parete. Quando mi trovo in loco, riporto, come prima cosa, tutta questa griglia sul muro e so che su quel quadrato va una parte del viso, sull'altro quadrato va una parte del braccio, quindi, inizio a buttare giù le linee guida. Buttate giù le linee guida, inizio a sviluppare il colore.

### **Dunque, si tratta di un procedimento totalmente manuale senza l'aiuto di stencil?**

No, io non sono uno stencil artist. Io sono più vicino a quello che è il pittore, uso i pennelli, i rulli e i colori acrilici, non uso gli spray. La street art si è evoluta, ci sono tantissimi artisti che lavorano con lo spray e che sono bravissimi e ci sono ancora artisti che utilizzano gli stencil.

Io ho avuto la fortuna di collaborare con artisti mondiali su festival grossissimi dove sono riuscito con gli occhi a "rubare" quello che facevano e ho capito che anch'io avevo bisogno di un'evoluzione e, quindi, dallo spray sono passato al pennello, a un'arte più pittorica, con risultati per me più soddisfacenti.

### **Per quanto riguarda il lavoro svolto nell'Azienda Ospedale-Università di Padova, chi ti ha chiamato?**

Come primo lavoro ho fatto quello dell'oncologia pediatrica. Là mi hanno contattato quelli del Team for Children<sup>3</sup>, mi ha contattato la presidentessa e mi ha detto 'stiamo creando questa nuova zona dove i ragazzi fanno le terapie, la chemio e vorremmo dare un colore diverso, delle emozioni diverse'. A primo impatto ci ho pensato molto perché è una cosa molto sensibile e non facile e rischi di cascare su quello che fa l'opera tanto per entrare in questo circuito. Poi, però, ho deciso di farlo, di portare quest'opera che si chiama

---

<sup>3</sup> Team for Children O.D.V. è un'associazione di tipo privato fondata a Padova nel 2009 da Chiara Girello Azzena, Tomas Dalla Torre e Jgor Barbazza. In collaborazione con i medici del reparto di Oncoematologia Pediatrica dell'Ospedale di Padova, fornisce materiale per la didattica, sostiene la spesa di materiale elettromedicale, finanzia contratti di lavoro di medici oncologici e sostiene da un punto di vista psicologico ed economico le famiglie dei piccoli pazienti. Il reparto citato è diretto dalla Prof.ssa Alessandra Biffi e ha in cura molti bambini dei quali, circa il 30%, sono adolescenti. Team for Children O.D.V., attraverso i suoi volontari, ha avvertito il disagio da parte dei ragazzi più grandi nel dover dividere gli spazi con i bambini più piccoli. Questa situazione ha portato alla decisione di realizzare la TEEN ZONE: uno spazio accogliente, attrezzato con ogni comodità e strutturato in varie zone, ognuna delle quali con destinazioni diverse (scuola, relax, cinema, gioco). Sono le pareti esterne di questa area che sono state dipinte dall'artista Tony Gallo (<https://www.teamforchildren.it/archive-projects/teen-zone/>).

*Fragile*<sup>4</sup> (fig. 2). Il nome dice un po' tutto ed è stata vincente a livello emozionale perché tanti genitori mi scrivono 'stiamo andando a fare terapia con mio figlio e ci piace quest'idea di vedere i tuoi colori prima di entrare in un posto "buio", triste'. Ho visto che sono riuscito a sensibilizzare abbastanza persone. Poi, io do poco, do niente perché è un dipinto, però magari così c'è qualche emozione in più prima di entrare in un posto così.



Fig. 2. Tony Gallo, *Fragile*, 2018, Teen Zone dell'Oncoematologia pediatrica di Padova, fonte: <<https://www.culturaveneto.it/it/percorsi/tappe/clbp3n3o00000w56zbfav25mx4>>

### **Cosa ti ha spinto ad accettare la proposta?**

Il mio mondo parla, nonostante come ti ho detto prima non sono riuscito ad aver figli, parla tanto dei bambini e parla tanto dell'adulto che vuole essere

---

<sup>4</sup> *Fragile* presenta una figura che indossa pantaloni violacei con decorazioni floreali in ocre e una maglia a righe rossa e azzurra che si trova in piedi a sostenere uno scatolone con la scritta "fragile". All'interno della scatola, ci sono tre piccoli personaggi, identificabili come bambini, che, vestiti con quelli che potrebbero essere pigiama, sostengono delle figure simili a loro, ma che danno l'idea di essere dei pupazzi. Una possibile interpretazione potrebbe portare a identificare il personaggio più grande come la persona in salute che sostiene le persone più piccole e malate. La scritta "fragile", quindi, andrebbe a indicare, non solo la fragilità del materiale di cui la scatola è costituita, ma la fragilità di coloro che si trovano all'interno. A loro volta, però, i bambini malati, uniti da un abbraccio, sembrano indicare la loro capacità di riuscire a sostenersi a vicenda.

bambino, che vuole ricordare tutte quelle emozioni che ha provato da bambino e, quindi, sai, un po' questo mondo fantastico che alle creature più piccole può piacere. Quindi ho detto 'provo a regalare qualcosa del mio mondo', ecco. Mi ha spinto un po' quello.

Poi ti dico, anche un po' la sfida di avvicinarmi a questo mondo che non è mio, è quello dei bambini, quello di essere a contatto proprio con i bambini. Cosa che prima non volevo essere a contatto perché ho chiesto alla presidentessa di non farmi entrare nel reparto a vedere quello che succede, lei mi ha preso subito e mi ha portato dentro per farmi toccare con mano. Una di queste creature si è anche affezionata a me e adesso non c'è più. Emotivamente ne avevo bisogno anche io, sicuramente.

**La scelta dei colori avviene in maniera particolare, cioè sono il risultato di un processo che guarda alla psicologia del colore, o si basano solo su una scelta stilistica?**

Devo ancora psicoanalizzarmi io perché utilizzo questo colore. Io metto giù i colori senza pensarci due volte e poi sono entrato in questa gamma di colori che si ripetono o sono riconoscibili che mi viene molto naturale usarli, fa parte del mio processo creativo. Quindi, non sto là a pensarci e metto giù questi colori. Sai, tante volte, finita un'opera riesco a capire veramente quello che sto trasmettendo perché capisco tante cose che ho io dentro. Durante la realizzazione sono dentro uno stato un po' "ipnotico", vado via a getto senza voler dire quella cosa, lo capisco solo una volta finito e la stessa cosa succede con i colori.

**Il murales di cui abbiamo parlato è quello che presenta un personaggio che tiene in mano uno scatolone di cartone con scritto fragile?**

Sì, è quello. Poi a fianco c'è un origami<sup>5</sup> (fig. 3) che fa "volare", porta a volare. Poi c'è quello della pediatria<sup>6</sup> (fig. 4), dove nascono i bambini, là ci ho fatto un messaggio, non dico veloce, però è un po' il padre che disegna questo cuore su questo pancione in cui ci sarà questa nuova vita.

---

<sup>5</sup> Steso su un origami molto grande, c'è un ragazzo che, vestito in maniera colorata, tiene in mano un origami di dimensioni minori. L'origami grande, che sembra essere dello stesso materiale dello scatolone di *Fragile*, nasconde parzialmente delle nuvole azzurre, lilla e rosa e dà l'idea di essere il mezzo grazie al quale al personaggio disegnato è permesso di volare.

<sup>6</sup> *Tutto quello che ho sempre voluto* è il titolo dell'opera che si trova nella parete della clinica pediatrica che si affaccia su via Giustiniani. L'opera presenta due figure, una maschile e una femminile, che si tengono stretti tra loro. L'uomo disegna sulla pancia della donna un cuore che simboleggia la nuova vita che nascerà. Il messaggio, rispetto alle due opere citate precedentemente, sembra essere più semplice e immediato. Da notare i colori che vengono istintivamente, ma sapientemente richiamati in entrambe le figure: la maglia rosa a righe richiama il colore della gonna, il verde acqua dei pantaloni è ripreso nei capelli lunghi, l'arancione del becco è simile alla tinta dell'altro copricapo, il cuore rosso richiama il colletto della camicetta della figura femminile.



Fig. 3. Tony Gallo, Figura con origami, 2018, Teen Zone dell'Oncoematologia pediatrica di Padova, fonte: <<https://www.teamforchildren.it/archive-projects/teen-zone/>>



Fig. 4. Tony Gallo, Tutto quello che ho sempre voluto, 2018, Pediatria Azienda Ospedale - Università di Padova, fonte: <<https://www.fondazionealuspieri.it/wp-content/uploads/2018/08/Report-Attivit%C3%A0-2017-2018-web.compressed.pdf>>

**In questo caso chi ti ha chiamato?**

Mi ha chiamato proprio l'ospedale di Padova. Dopo che ho fatto quello in oncologia pediatrica si vede che hanno visto che era bella l'idea di dare del colore e, quindi, mi hanno chiamato.

**Il lavoro è stato gratuito?**

Sì, per l'oncologia pediatrica è stato totalmente gratuito. Ho fatto collaborare anche un'azienda di elevatori, nel senso che gli ho detto 'volete collaborare con me devolvendo la spesa dell'elevatore che mi porta su' e la stessa cosa con l'azienda di colori che ho usato. Quindi, ho regalato la mia opera e mi sono stati regalati i colori e la piattaforma, quindi è stato completamente gratuito. Invece, per la pediatria, loro si sono addebitati le spese dell'elevatore e del colore e io con la mia opera non ci ho guadagnato niente.

**Davanti ai volti dei tuoi personaggi, molto spesso troviamo dei becchi, lo si vede anche nel murales di pediatria. Personalmente, questa scelta trasmette una sensazione di silenzio, quasi di mutismo, ma, volevo chiedere, qual è l'intenzione per la quale li inserisci?**

Ok, vedi mi piace, questa è la libera interpretazione che mi piace. Allora, il becco, che ormai non faccio più, è subentrato in una delle mie opere all'inizio e poi l'ho riportato più volte. È un po' quel 'perché non posso mettermi un becco e pensare di poter volare'. È un sogno che io ho sempre fatto da bambino che era quello di volare intorno a casa, mi ricordo che io volavo intorno, ma non andavo distante, non volavo chissà dove. Questo qua per me è l'idea di come metto il becco e volo, ma con la fantasia, capito? Non è che devo volare per forza, però con la fantasia posso volare. Comunque, lo dico sempre, non è una loro parte fisionomica, non fa parte del loro corpo, ma è un loro travestimento. E questo qua è un po' il mio mondo, quello che posso vestirmi come voglio e posso andare. Sai, quando ero molto giovane ho iniziato a farmi i tatuaggi ed era un periodo che i tatuaggi non esistevano ancora ed eri visto come chi sa chi e, invece, ero sempre quello. Mi sono sempre nascosto finché a un certo punto mi sono spogliato dei miei vestiti e ho detto 'ecco questo qua sono quello là che ero io anche venti anni fa, però, voi non vi siete mai accorti'. Comunque, il becco è questo qua, è un loro sogno di poter volare con la fantasia.

**Nell'altra opera, quella dell'origami, è presente un origami più grande che sostiene il personaggio e uno più piccolo tenuto in mano. Mi chiedo quale fosse il motivo di questa scelta.**

Io penso che sia un po' il significato della madre, dei genitori e del figlio. Dove il genitore porta a volare e il figlio, a un certo punto, deve volare da solo. Volare, poi, è da vedere in che modo.

**L'espressione dei personaggi che rappresenti è sempre molto**

### **malinconica. Mi sbaglio?**

Allora, in passato mi veniva fatta spesso questa domanda, poi hanno capito la mia vena poetica. Io sono dell'idea che, se leggi una poesia, una poesia non ti fa ridere, ti fa riflettere, ti emoziona, ti fa pensare, ti muove dentro. La stessa cosa una canzone, la canzone più bella che vuoi vivere te nella tua cameretta è una canzone che parla di un argomento che ti smuove dentro e non deve essere per forza un effetto "clown", non deve essere una cosa allegra. Poi, ci stanno i momenti allegri. A me, le mie opere creano un'allegria pazzesca quando riesco a provare l'emozione che mi trasmettono. Però, è qualcosa che provo dentro. Spesso i miei soggetti hanno questa espressione statica perché è giusto non fermarsi all'estetica di una cosa, ma guardare dentro a quello che c'è. Sono di quest'idea qua. Un viso sorridente ti farebbe fermare al sorriso e ti farebbe diventare tutto quanto frivolo. Ti dico, nonostante all'inizio ho avuto parecchi dissensi per questo sguardo, ho continuato a far questo perché è quello che a me smuove queste emozioni. Preferisco qualcosa che mi dia dei ricordi bellissimi, non deve essere per forza una cosa allegra fine a se stessa.

### **Ci sono stati riscontri negativi?**

Di negativo ce n'è sempre, una volta molto più. Quel murales là è stato tra i primi che ho fatto. Qualcosa sì, qualche hater ce l'ho anch'io. A non tutti piace l'arte, a non tutti piace emozionarsi. Non possiamo piacere a tutti. A me piacciono le opere dove ci sono dei soggetti, non mi piace l'astratto, però capisco benissimo che a certi piace l'astratto e non l'arte figurativa.

### **Le opere di cui abbiamo parlato si trovano all'esterno. Le piacerebbe lavorare anche all'interno?**

Ho fatto anche dei lavori su delle scuole all'interno, anche in Svizzera, e mi piace l'idea di lavorare all'interno, anche se io sono più un amante dell'esterno perché dico sempre che per l'interno ci sono i quadri che vanno ad abbellire senza dover per forza fare un murales. Quindi un murales è l'idea di fare un regalo a tutti, così chiunque passa di là se lo guarda, non è per forza fine a se stesso o di chi me lo ha commissionato.

### **Se ti chiamassero di nuovo, rifaresti un progetto per l'ospedale?**

Sì, senza nessun problema. Sono stato chiamato anche a Pisa per fare un lavoro sull'ospedale di Pisa e adesso vediamo quando andrà in porto sul reparto di cardiocirurgia dove c'è anche l'associazione Bocelli che collabora per questa cosa. Adesso vediamo, stiamo portando avanti questo progetto.

#### **2.3.2 Silvio Irilli**

Tra coloro che hanno avuto un ruolo concreto nel portare il potere dell'arte all'interno degli ospedali è presente anche Silvio Irilli, artista piemontese che

dedica il suo tempo nella realizzazione di opere per gli ospedali di tutta Italia, tra cui l'Azienda Ospedale-Università di Padova.

Ha iniziato come illustratore e disegnatore per la trasmissione televisiva *Solletico* di Rai Uno e per vari giornali sportivi e dello spettacolo.

Nel 2012 ha fondato il progetto artistico *Ospedali Dipinti*, iniziativa nata per trasformare i reparti ospedalieri in ambienti emozionali attraverso colori e sorrisi perché, come specifica Irilli, il paziente non è solo un paziente, ma soprattutto una persona. Il progetto, infatti, con delle vere e proprie installazioni artistiche, supera la mera dimensione estetica, creando le condizioni per una diversa fruizione dell'ambiente ospedaliero che diventa accogliente e sereno grazie al coinvolgimento dell'arte e dell'intera comunità sottoforma di associazioni, Onlus, aziende o privati cittadini.

Le opere, create con materiali certificati per la Sanità, hanno coinvolto oltre 25 ospedali in tutta Italia, da nord a sud, per 7400 metri quadrati decorati. Gli spazi in cui il lavoro viene svolto sono diversi, dal reparto alla sala d'attesa, dall'area giochi alle stanze di degenza, fino ad arrivare ai bunker di radioterapia. In quest'ultimo luogo i risultati sono stati importanti: grazie ai dipinti, il 70% dei bambini non ha più avuto bisogno di sottoporsi ad anestesia per affrontare la radioterapia che richiede l'immobilità affinché la procedura avvenga in maniera efficiente.

Tutte le opere servono per fare entrare i pazienti in un'altra dimensione e vincere le loro paure (<https://www.ospedalidipinti.it/>).

Questa introduzione vede, di seguito, un approfondimento sull'artista e sul suo progetto grazie a una breve intervista. Irilli ha accolto la richiesta di essere intervistato con grande disponibilità, esprimendo il suo piacere nei confronti della volontà delle persone di raccontare il progetto. Già dalle prime battute è stato subito toccato uno degli argomenti di interesse: il suo lavoro svolto a Padova, per il cui ospedale sono stati eseguiti due grandissimi lavori, la terapia intensiva pediatrica e, a dicembre 2023, il bunker di radioterapia. Entrambi con il tema del mare.

Partendo da questo punto si è poi svolta l'intervista vera e propria.

**Ho visto che il tema del mare ricorre particolarmente nelle pareti decorate, anche se non è l'unico. Da dove viene questa scelta? Qual è l'ispirazione? C'è un motivo per cui viene dipinto il mare o è semplicemente un soggetto che preferisci?**

Allora, diciamo che tutto è iniziato a partire dagli Stati Uniti quando ho dipinto l'acquario di Atlanta nel 2008. Mi chiamarono per dipingere il soffitto dell'ingresso dell'acquario di Atlanta e io lo raffigurai con i delfini, con il fondale marino. Ribaltai il concetto dell'acquario sul soffitto, quindi, con i pesci che dall'alto guardavano in basso. Da lì è diventato un po' un marchio di fabbrica, chiamiamolo così, è un po' il tema che preferisco rappresentare. Nel 2011-2012 i medici del Policlinico Gemelli di Roma videro questa mia opera realizzata ad Atlanta e mi chiamarono per provare a rappresentare il

tema del mare nel reparto di Oncologia, nell'ingresso del bunker di Radioterapia per i bambini, per vedere che approccio potesse dare, che sostegno potesse dare, per vedere le loro reazioni. Le loro reazioni sono state molto positive perché i bambini venivano un po' distratti dalla terapia che dovevano fare. Quindi, loro, vedendo i delfini e le tartarughe in queste grandi dimensioni prima di entrare a fare la terapia, si rasserenavano, cioè trovavano in quegli elementi dei nuovi amici che erano lì a incoraggiarli, per affrontare qualcosa di veramente molto complicato. Dobbiamo pensare che è l'approccio molto complicato, l'approccio tra il medico e il bambino. Il bambino vede sempre una figura nuova, una figura che non conosce, soprattutto una persona che deve toccarlo, deve fargli la puntura, deve visitarlo. Quindi, è qualcosa che lo intimorisce molto. Se intorno al medico viene creato un ambiente, quindi un contesto, che lo aiuta, che distrae il bambino, in cui, comunque, il bambino si ritrova un po' in quello che può essere il suo ambiente che lo fa sognare, incomincia a pensare che quel medico, magari, è uscito da quell'ambiente, cioè, è diventato anche lui un cartoon che è uscito ed è andato da lui per curarlo. Il tema del mare, devo dire, è sempre il tema più richiesto, forse perché è il tema che consente maggiore interazione. Io quello che cerco di fare con queste rappresentazioni è proprio l'interazione tra l'ambiente e il bambino, non deve essere solo un abbellimento, ma deve cercare di far continuare nella mente del bambino quello che è un po' il gioco. È impressionante come i bambini, già di due o tre anni, sanno già chi è il delfino e, quando se lo vedono lì, per loro è come se fosse lì veramente. Per noi adulti è un'immagine ferma, è un'immagine statica, ma per il bambino invece no, è in movimento, come se fosse veramente lì e, quindi, lo incomincia ad accarezzare, lo saluta, gli dà un nome e incomincia un po' a cercare tutti gli elementi, quindi il pesce pagliaccio, tutti i pesciolini, le tartarughe, e questo diventa veramente un elemento di grande supporto, soprattutto ai medici.

**A proposito di queste interazioni, ho letto che nel 2019 c'era l'idea di creare delle figure interattive. In che senso figure interattive? Un'interazione come quella di cui mi ha raccontato adesso oppure un altro tipo di rapporto?**

È chiara l'importanza della tecnologia, che già i bambini di tre anni, io dico purtroppo da una parte, usano tantissimo (vedere i bambini sullo smartphone già che iniziano a fare quei movimenti che facciamo noi da grandi è impressionante), quindi, questa è un po' sicuramente una strada che voglio abbinare all'opera. Cioè, parlo di realtà aumentata, dell'interazione con la tecnologia nel momento in cui il bambino può inquadrare con lo smartphone il personaggio. Quello che io ho realizzato e che magari si trova nella stanza di degenza, ecco, quell'immagine, nel telefono o sul portatile, prende vita e magari crea un percorso, magari spiega al bambino in forma giocosa come affrontare la terapia. Questo è qualcosa sulla quale stiamo lavorando e stiamo

cercando di portarlo poi nei reparti e, quindi, è un qualcosa al vaglio, lo stiamo studiando, ci stiamo ragionando. Dunque, oltre l'interazione che è quella fisica, quella del bambino che si avvicina all'opera, quando magari il bambino sarà coricato nel letto che non potrà avvicinarsi alle pareti, basterà che le possa inquadrare per poterci giocare sullo smartphone. Non è ancora pronta questa situazione, ma ce l'ho qui nel cassetto, sicuramente prima o poi verrà fuori.

**Fino ad adesso abbiamo sempre parlato di bambini, per gli adulti viene pensato qualcosa? Perché, secondo te, si pensa molto più ai bambini piuttosto che agli adulti quando, invece, nell'ospedale c'è lo stesso livello di bisogno di assicurazione?**

Noi, per gli adulti, abbiamo fatto dei grandi progetti, li abbiamo fatti soprattutto al Policlinico Gemelli di Roma. Il reparto di Oncologia è un reparto con 5-6 bunker dove 4 sono stati dedicati appunto agli adulti dove, lo scenario che è stato rappresentato all'interno di tutto il bunker, è uno scenario collegato al territorio, quindi alla storia di Roma. Per esempio, un bunker è stato raffigurato con Villa Adriana dove sembra di entrare nella storia, di fare un percorso nella storia di Villa Adriana. Oppure un altro è stato raffigurato con la vista dall'Aventino di Roma dove si intravedono il corridoio, i fori imperiali, il Colosseo. Quindi tematiche che sono per adulti. Nello stesso contesto, invece, abbiamo un bunker che abbiamo dedicato ai bambini con il tema dell'acquario e del sottomarino.

Il progetto *Ospedali Dipinti* è un progetto che vuole arrivare sia agli adulti che ai più piccoli, è chiaro che io ho visto in questi anni che il 95-97% delle richieste che arrivano, arrivano prevalentemente per dare un supporto ai bambini perché, come spiegavo prima, il bambino è costretto a lasciare da parte un po' quello che è il suo sogno fuori dall'ospedale ed entrare in un contesto complicato, che non conosce, deve affrontare terapie, deve vedere persone nuove che non conosce. Sicuramente questa è la parte di persone dove la gente, anche le associazioni, vuole stare più vicino.

Perché, comunque, questo progetto è un progetto che noi realizziamo grazie al sostegno e finanziamento di associazioni e di fondazioni, oppure di aziende private, la sanità pubblica non spende un centesimo. Quindi le associazioni, le Onlus, la maggior parte, fanno attività per i bambini e questa è una cosa molto bella. Io ho conosciuto questa bellissima realtà in tutti gli ospedali dove vado a lavorare a fare queste opere e dove, nei reparti di pediatria, veramente in ogni reparto, c'è un'associazione con volontari che dedicano il loro tempo e la loro passione per passare delle ore per star vicino ai bambini e fare delle attività anche laboratoriali. Questo è un aspetto molto bello al quale io con un pizzico di orgoglio sono felice di dare maggiore visibilità.

**Hai mai avuto reazioni negative all'interno dei reparti in cui è stato realizzato il progetto?**

Allora, questo per fortuna no. Devo dire, poi, che l'opera nasconde un po' una piccola magia, anzi una grande magia. L'opera non viene dipinta direttamente nell'ospedale perché ci vorrebbero settimane di lavoro e, quindi, sporcheremmo i reparti, chiuderemmo i reparti, cosa che non bisogna assolutamente fare.

Quindi, noi lavoriamo con una tecnica innovativa dove l'opera viene realizzata qui in studio, viene impaginata e poi stampata su prodotti certificati e sanificabili per gli ospedali. Quando noi arriviamo in reparto, abbiamo già tutta l'opera stampata, pronta che applichiamo sulle pareti e anche in un giorno siamo in grado di trasformare totalmente un reparto. Quindi, questo ci consente velocità e, soprattutto, di non disturbare e non sporcare il reparto perché, comunque, lavoriamo nella massima pulizia.

### **In che modo viene elaborata l'immagine in studio?**

Dietro di me puoi vedere appese alcune delle opere originali dipinte direttamente su tele che poi vengono impaginate a computer e digitalizzate. Parliamo di centinaia di metri quadri che vengono allestiti, quindi il supporto del computer è importante perché ci consente, appunto, di impaginare tantissimi metri quadri e creare degli scenari. Se no, in alternativa, dovrei avere decine di capannoni per realizzare tutte le opere.

### **Quindi, si può dire che, a un certo punto, esiste una certa serialità? Magari la stessa immagine viene usata sia nell'ospedale a Padova che a Roma?**

Sì, viene rimpaginata, magari rinnovata, ma comunque sì sì, sono delle rimpaginazioni.

### **Questo suo percorso artistico che l'ha portato fino a qui, è iniziato da giovane? Qual è stata la sua formazione?**

Allora, tutto è iniziato quando avevo sei anni. Quando ero bambino disegnavo sempre e quando i grandi mi chiedevano 'Cosa vuoi fare da grande' io dicevo 'Il pittore' e loro mi dicevano 'No, il lavoro, che lavoro vuoi fare. Non è un lavoro il pittore'. Io, però, volevo fare il pittore, quindi, terminata la scuola, ho fatto una scuola specializzata, non ho fatto un istituto d'arte, ma proprio una scuola specializzata per apprendere delle tecniche di colore. Poi la mia voglia di far conoscere quello che sapevo fare era così tanta che già a 21 anni ho preso subito la partita Iva, libero professionista e mi sono imbarcato in questa avventura. La fortuna ha voluto che a 21 anni io avessi già delle importanti pubblicazioni perché il giornale sportivo *Tuttosport* di Torino mi diede tutta la prima pagina per un evento importante che pubblicò. Da lì è stata una grande iniezione di fiducia, è iniziato il percorso lavorando poi molto con i giornali e l'editoria e ogni tanto facendo qualche murales qua e là. Poi, allora, non c'era ovviamente Internet, parliamo del 1991. Internet per me è stato un supporto fondamentale, proprio perché ha fatto conoscere la

mia arte in tutto il mondo e, quindi, quando nel 1999 arrivò il primo modem per Internet, che era quello che, quando ci si collegava faceva un rumore incredibile e quando navigavi le pagine ci mettevano tantissimo prima di apparire perché la navigazione era molto lenta, io ebbi subito la visione e capii subito che poteva essere una vetrina gratuita per la mia arte in tutto il mondo. Cioè, sapere che un mio disegno che era su una pagina poteva essere visto a New York piuttosto che Singapore, piuttosto che in qualsiasi parte del mondo, mi aveva aperto veramente il mondo. Aprii immediatamente nel 2000 un sito internet e all'epoca ce l'avevano in pochi, veramente pochissimi, solo le grandissime aziende, l'America era più avanti rispetto a noi. Però, io già trovavo incredibile che ai giornali, come *Tuttosport* con il quale collaboravo, senza muovermi da casa, potevo inviare tramite mail il mio disegno, scannerizzarlo e inviarlo senza andare fino a Torino o fino a Roma a portarlo o spedirlo. Questo era veramente un passo che ha cambiato totalmente il modo di lavorare, la velocità. Io non vedevo l'ora che Internet prendesse più piede perché più Internet arrivava a più persone, più la mia arte, la visibilità arrivava a più persone. Questo poi, è successo nel 2004-2005, quando arrivò la DSL, la banda larga e, quindi, nelle famiglie arrivò Internet e io, allora, aggiornai il sito con i murales che facevo, quindi, le camerette dei bambini, queste opere che io andavo a realizzare manualmente. E lì esplose veramente il mio sito perché io ricevevo centinaia di richieste di preventivi al mese. Considera che il primo anno, nel 2006, quando internet cominciò veramente ad esplodere, ricevetti 1500 richieste di preventivi in un anno. Lì, avrei dovuto realizzare 1500 murales. Era ovviamente impossibile, però, questo mi diede la possibilità di farmi conoscere su larga scala e in pochissimo tempo. Come per gli Stati Uniti: la chiamata di Atlanta arrivò perché videro i miei lavori sul sito e, quindi, questo è sicuramente quello che ha cambiato e ha portato al successo del progetto. Tu pensa che su Google, quando in quegli anni scrivevi la parola murales sul motore di ricerca, il primo ad apparire nel mondo ero sempre io. Internet è stato un grandissimo aiuto.

**Visto che abbiamo parlato di America, all'estero hai progettato degli ospedali dipinti?**

Ci avevano chiamato nel 2020, qualche mese prima della pandemia, a Barcellona per un istituto oncologico. Poi, arrivata la pandemia, la cosa si è fermata, è saltata, però c'è l'obiettivo di portare il progetto all'estero prima o poi. Anche se c'è così tanto da fare in Italia, però vedremo. Voglio dire, la disponibilità c'è.

**Nelle immagini che realizzi c'è uno studio della percezione del colore, come il colore influisce nelle persone oppure il colore viene applicato solo in base a una scelta estetica?**

La scelta è consequenziale allo stile che io ho. Nel senso che io creo le opere, la tematica, quello che io propongo è il tema che dia un percorso continuo,

quindi, se si affronta il tema del mare o quello naturalistico, per esempio, del bosco, i colori che utilizzo sono sempre caldi che vanno poi in sinergia con la rappresentazione che faccio. Devo dire che finora, una cosa che faccio molto, è quella di confrontarmi con i medici, perché poi ogni reparto ha una tipologia diversa di paziente, quindi è successo, ad esempio, che, per i pazienti di neuropsichiatria infantile, il medico aveva suggerito di non inserire troppi contenuti, soggetti. Chiaramente io ho ascoltato e poi, comunque, l'opera ha avuto immediatamente un riscontro positivo sui bambini.

Sicuramente un colore che io non utilizzo mai è il nero, ecco, non ci sono scenari in cui ci sono zone scure, questo è importante. Quindi tonalità sempre molto calde. È chiaro che il tema del mare è un tema che trasmette molta serenità, a partire dal colore e anche a partire dai soggetti che sono sempre soggetti molto sorridenti e che devono trasmettere un po' di gioia.

### **Come la fa sentire essere chiamato l'artista degli ospedali? Le fa piacere?**

Sì, questo succede con i bambini. Mi è successo con un paio di bambini che, mentre vedevano che stavo realizzando l'opera, allestendo l'opera, chiamando la mamma dissero 'Guarda mamma, c'è l'artista degli ospedali'. Questa cosa è stata emozionante, carina, molto bella. Mi piace tanto perché viene dai bambini.

### **Dell'esperienza a Padova cosa ricorda?**

A Padova abbiamo realizzato il reparto di terapia intensiva. Sai, quando porti un progetto nuovo in un ospedale dove non era ancora stato affrontato in questo modo, all'inizio c'è un po' di diffidenza e di timore. Devo dire che lì, grazie al primario e un'altra dottoressa che volevano a tutti i costi quest'opera, perché loro chiaramente si erano informati prima bene e l'avevano vista al Policlinico Gemelli di Roma e sentito i riscontri, l'esperienza è stata positiva. Quindi, una volta realizzata l'opera, ovviamente c'è stata grande gioia. Devo dire che lì a Padova c'è stata una grande attenzione ed entusiasmo ed è stato poi portato il secondo progetto che abbiamo realizzato a dicembre con un'altra fondazione.

L'inaugurazione ha visto la presenza dei media, delle tv locali, e anche dell'Assessore della sanità regionale, quindi è stato molto apprezzato. Ho saputo dopo dei riscontri positivi dei pazienti che mi sono stati poi riportati dai medici.

Dal sito del progetto *Ospedali Dipinti* si possono reperire ulteriori informazioni e testimonianze di questa esperienza a Padova.

La Terapia Intensiva Pediatrica dell'Ospedale di Padova (figg. 5-6), grazie alla Fondazione Salus Pueri, ha visto realizzate, tra le sue pareti, tutti i soggetti presenti in un fondale marino. L'ambiente, avvolto nell'acqua, secondo il Dott. Andrea Pettenazzo, Direttore del Reparto di Terapia Intensiva Pediatrica, dona una sensazione di pace che mitiga tensione e

dolore.

L'intenzione del progetto, infatti, riportato anche dalla Dott.ssa Cristina Zaggia, coordinatore infermieristico Terapia Intensiva Pediatrica, è proprio quello di offrire sollievo ai piccoli pazienti e ai loro familiari, di alleviare la sensazione di solitudine che si verifica nel momento in cui si è chiamati a fronteggiare situazioni complicate, ma anche di prendersi cura di chi cura.



Fig. 5. Una delle aree di Terapia Intensiva Pediatrica prima dell'intervento di Silvio Irilli, fonte: <<https://www.ospedalidipinti.it/>>



Fig. 6. Una delle aree di Terapia Intensiva Pediatrica dopo l'intervento di Silvio Irilli, fonte: <<https://www.ospedalidipinti.it/>>

Irilli è stato presente a Padova anche nell'Istituto Oncologico Veneto dove con *Il bosco in una stanza*, grazie al sostegno della Fondazione Castorina-Ceolin, ha trasformato la sala giochi della Radioterapia IOV in un bosco per permettere ai bambini di viaggiare con la fantasia. L'esperienza è completamente immersiva: le pareti, il soffitto, ma anche porte e finestre sono parte dell'opera, affinché, durante i momenti di attesa per la terapia, i bambini possano sentirsi parte di una favola.

Il bunker di Radioterapia dello IOV, invece, con *La luce dei coralli* è stato trasformato in un grande acquario dove coralli, pesci, cavallucci, stelle marine, conchiglie, raggi di luce che filtrano dalla superficie distraggono e

nello stesso tempo infondono fiducia nei bambini.

Le parole della Dott.ssa Patrizia Benini, Direttore Generale IOV di Padova, riassumono bene il progetto svolto a Padova visto che afferma che la capacità di donare delle Fondazioni e la capacità delle immagini di destare forza ed energia permettono di dare vita a un viaggio di cromie e suggestioni con effetti positivi per i pazienti, soprattutto i bambini, le loro famiglie e gli operatori, perché lo sguardo che si posa sulla bellezza fa bene a tutti, a qualsiasi età (<https://www.ospedalidipinti.it/>).

### **Parlando di riscontri, le fanno sapere se il progetto è stato un successo?**

Sì, questo è molto importante. Questa è una cosa che chiedo anche io dopo un po' di tempo perché questo ci aiuta a continuare. Questo progetto è comunque una continua ricerca per cercare di fare sempre meglio, di fare ambienti sempre più leggeri e armoniosi, con più armonia possibile.

### **Crei solo spazi interni o anche esterni?**

No, sono solo interni, per l'esterno abbiamo una soluzione che finora non è stata mai affrontata ed è praticamente una realizzazione su mosaico che si può raffigurare anche sulle pareti esterne. Anche lì l'opera viene stampata su grandissime dimensioni, su un materiale particolare. Per il momento, però, le opere sono state realizzate per l'interno.

### **Conosci altri artisti che portano avanti questo genere di lavori? C'è mai stato uno scambio di idee?**

Per il momento ho visto negli Stati Uniti aziende che fanno addirittura opere stile Gardaland, tridimensionali. Lì in America sono sempre molto esagerati. Comunque, no, so che ci sono dei pittori che ogni tanto fanno qualcosa, a volte so che dei reparti fanno fare dei progetti a delle scuole locali con delle iniziative, anche lì è molto carino.

Poi, devo dire che io non ho molto tempo di andare a cercare altri artisti. È molto complicato, l'artista ha un suo stile, quindi anche lì io credo che i reparti e gli ospedali facciano le loro scelte in base anche allo stile e ai riscontri.

### **Di questi riscontri sono stati eseguiti degli studi più scientifici?**

Al Gemelli di Roma è stato fatto proprio uno studio scientifico con dei dati dichiarati dove i riscontri sono stati molto sorprendenti. Da quando io ho realizzato il bunker in tutto il reparto di oncologia che si chiama *Gemelli Art* ci sono stati dati dove addirittura, avendo le opere stimolato maggiormente le emozioni e creato un ambiente più positivo, pazienti terminali, quindi, parliamo di pazienti con previsioni di vita di sei mesi, hanno visto le loro aspettative di vita raddoppiate, quindi, dai sei mesi si è passati a mesi ulteriori. Questo lo facevano già nel Quattrocento, gli artisti dipingevano le pareti degli ospedali perché già allora avevano capito quanto potesse essere importante l'emozione, anche su un paziente con malattie importanti.

**‘Quando ero bambino avevo un sogno, oggi quel sogno lo dipingo per i piccoli pazienti’. Questa è una tua frase. Questo sogno di cui parli è un sogno in generale o un sogno specifico?**

Sicuramente è un sogno che è diventato più grande. Un conto è quando tu fai un’opera o una serie di opere e devi fare una mostra, sai che a quella esposizione verranno delle persone e le vedranno, ma parliamo di persone che stanno bene. Qui, invece, parliamo di stare dalla parte del più debole, di chi ha necessità, di stimolare le emozioni e, soprattutto, la necessità, in un momento così difficile, di distrarre anche per pochi secondi il paziente. Quando io dico che il bambino ha un sogno vuol dire che quel sogno, che io ho realizzato per me, oggi lo sto mettendo a disposizione degli altri, soprattutto di chi ne ha bisogno.

**In questo periodo storico, si è fatto abbastanza per arrivare a un’umanizzazione degli spazi ospedalieri oppure si potrebbe fare molto di più?**

Io vedo che adesso, anche dal punto di vista ministeriale, nei bandi di ristrutturazione di reparti di ospedali stanno aggiungendo queste voci quasi obbligatorie, cioè il fatto di umanizzare i reparti. Secondo me, una cosa che bisogna fare, alcuni lo stanno facendo anche grazie al PNRR, è quella di ristrutturare o costruire strutture nuove, più moderne. Bisogna modernizzare i reparti degli ospedali. Devo dire che da quel punto di vista lì lo si sta facendo con la tecnologia perché la tecnologia sta facendo passi da gigante soprattutto con i macchinari, per esempio gli acceleratori delle radioterapie che intervengono in modo più preciso.

Sicuramente è importante modernizzare le strutture, curare la parte strutturale, in modo che la parte strutturale e quella decorativa, di allestimento possa mettere nelle migliori condizioni possibili i medici per poter dare maggior sostegno e intervenire nel miglior modo possibile nei pazienti

**Se ci fosse la possibilità, la tempistica, ti piacerebbe che le tue opere fossero dipinte? Riuscirebbero in questo modo a suscitare più emozioni o a livello emotivo non ci sarebbe alcuna differenza?**

Non cambierebbe nulla perché la stampa digitale è fedelissima all’opera che io realizzo. La differenza è quando io realizzavo le opere nelle case: quando dipingevo l’opera sulla parete era l’esigenza del cliente che richiedeva di fare in questo modo.

Qui, parliamo di strutture che variano, cambiano, cambiano i reparti, li spostano e noi molto spesso realizziamo anche su pannelli che possono essere spostati in altri reparti. Quello che conta, alla fine, è l’emozione che trasmette l’opera, che sia dipinta o stampata non cambia nulla, cambia il vantaggio che, se io devo dipingerla ci vuole un mese, se la devo applicare stampata ci vuole un giorno. Quindi, il mio obiettivo è quello di portare questo progetto, il progetto degli ospedali dipinti, in più ospedali possibili, alla maggior velocità

possibile, perché mentre noi stiamo parlando ci sono bambini in alcuni reparti che non hanno nulla sulle pareti da poter vedere, da poter giocare e poi interagire. Quindi, il mio obiettivo è di portare a loro nel modo più veloce possibile questi scenari e queste ambientazioni.

**Vorrebbe aggiungere qualcosa rispetto a quanto è stato detto fino ad ora?**

Abbiamo detto quasi tutto, abbiamo fatto un a buona panoramica.

Io spero, prima poi, ne parlo sempre con i miei collaboratori, di fare un tour nelle scuole per raccontare e portare questo progetto, raccontare, direttamente a loro con le proiezioni, quanto è bello fare volontariato con le associazioni, questi rapporti speciali che si instaurano e che ti fanno vedere e capire quali sono i problemi, far vedere come i bambini affrontano le malattie, che esiste una sensibilizzazione che si può fare e che può fare riflettere. Il progetto scuole spero veramente prima o poi di portarlo, di attraversare l'Italia anche in quel modo lì.

Adesso faremo un grande progetto per la pediatria di Messina, lo abbiamo già fatto per un altro reparto qualche anno fa a cui avevano contribuito anche le scuole. Le scuole elementari avevano fatto una raccolta fondi per contribuire e sostenere la realizzazione dell'opera, tre scuole avevano contribuito in modo significativo. Adesso, per il prossimo progetto che faremo, coinvolgeremo le scuole in maniera ulteriore, cioè faremo far loro dei disegni e alcuni di loro saranno selezionati e inseriti nell'opera che io andrò a realizzare. Quindi i bambini per i bambini. Il momento più bello diventa il momento in cui il bambino realizza il disegno perché nella sua testa sta pensando come in quel momento è già vicino, vuole sostenere il bambino che è in difficoltà che è in ospedale.

Altro concetto importante da sottolineare è come il progetto *Ospedali Dipinti* abbia la capacità ogni volta di formare una grande squadra: da me che lo propongo, a chi lo sostiene e lo finanzia come le Onlus, Fondazioni e le tante persone singole che vogliono contribuire con una piccola donazione che sta a testimoniare come sia bello tendere la mano verso il prossimo in difficoltà e stare insieme. Ecco perché la firma più importante non è la mia, ma di tutti coloro che ogni volta rendono questo progetto unico ed emozionante.

#### 2.4 Collaborazione tra ospedale e museo: i casi di Rozzano e Bergamo

La maggior parte dei professionisti e dei ricercatori della sanità pubblica, probabilmente, non considera il settore del patrimonio culturale, e in particolare i musei e le gallerie d'arte, come possibilità per interventi incentrati sulla salute e sul benessere.

In gran parte del mondo, infatti, le attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie si svolgono principalmente nelle scuole, nelle organizzazioni comunitarie e sul posto di lavoro. Sebbene questi siano luoghi

che raggiungono un gran numero di persone, ci sono altre organizzazioni e settori che potrebbero essere avvicinati come partner nella ricerca sulla salute pubblica e nello sviluppo della pratica sanitaria. Uno di questi potenziali partner è il già citato settore della cultura.

I musei e le gallerie d'arte sono ovviamente strutturati in modo diverso dalle organizzazioni sanitarie ed entrambi sono stati tradizionalmente focalizzati su scopi nettamente separati e divergenti. Tuttavia, queste differenze di scopo, ambito e struttura possono anche essere utilizzate per contribuire ad affrontare alcuni dei problemi legati alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie, al benessere e alla qualità della vita per persone di diverse fasce di età, con diversi fattori di rischio e facenti parte di diversi gruppi socio-economici ed etnici.

Anche se a volte i musei possono essere luoghi intimidatori, sono quasi sempre ambienti non stigmatizzanti in quanto non sono istituzioni in cui si verificano la diagnosi e il trattamento di problemi medici e di salute mentale, né sono ambienti in cui si prova imbarazzo, vergogna o critica per aver frequentato. I musei possono essere luoghi che incoraggiano le persone a conoscere se stesse, la propria cultura e società e il mondo più ampio che le circonda.

Gli oggetti conservati nei musei contengono storie di civiltà, ma possono anche stimolare le persone a creare le proprie storie o a intrecciare la storia di un oggetto, reale o immaginario, nella propria vita quotidiana; i prodotti museali aiutano a richiamare ricordi e innescano una varietà di risposte emotive e sensoriali e associazioni cognitive (Camic et al., 2013).

Gli effetti positivi del patrimonio culturale, però, non devono essere limitati ai luoghi di cultura vera e propria: le opere dei musei possono entrare anche negli spazi di cura stessi. Portare le collezioni negli ospedali è un modo per farle conoscere ai pazienti che hanno meno accesso alle istituzioni museali a causa di malattie fisiche o mentali di lunga durata e per aumentare la partecipazione aprendo i musei a un nuovo pubblico. Inoltre, la manipolazione di oggetti museali da parte dei pazienti può migliorare significativamente la loro percezione della salute e del benessere e fornire un'esperienza positiva durante la degenza.

I musei, quindi, all'assistenza sanitaria, possono offrire interazione sociale, culturale, intellettuale, stimolazione dei sensi meno utilizzati, miglioramento della coordinazione motoria attraverso la manipolazione di oggetti, della comunicazione tra pazienti, assistenti e personale, dei livelli di salute e benessere percepiti e della qualità della vita, dell'alleviamento della noia e dell'isolamento (Ander et al., 2011).

I musei, però, possono entrare negli ospedali non solo con possibili attività, ma anche attraverso l'esposizione o riproduzione di opere d'arte.

In quest'ultimo caso, in Italia sono presenti alcuni progetti che, al contrario della più tradizionale chiamata ad artisti affinché umanizzino gli spazi ospedalieri, come visto precedentemente, hanno coinvolto istituzioni museali,

e le iniziative sono state sicuramente vincenti per il benessere dei pazienti, dei visitatori e dei lavoratori.

L'istituto ospedaliero coinvolto in tutti i casi ad oggi presenti nel nostro Paese è l'IRCCS Istituto Clinico Humanitas, mentre il luogo di cultura, arte e storia interessato è l'Accademia Carrara e la Pinacoteca di Brera. In Lombardia, dunque, l'arte fuoriesce dal museo e diventa parte della cura in ospedale.

Questo progetto, denominato *La cura e la bellezza*, ha preso avvio nel 2018 in Humanitas Gavazzeni e Humanitas Castelli di Bergamo. L'iniziativa prevedeva l'esposizione di 400 metri quadri di ingrandimenti di alcune opere d'arte fornite dall'Accademia Carrara di Bergamo, custode di un ricchissimo patrimonio di quadri e sculture. Sono stati così scelti venticinque dettagli tratti da dipinti dal Rinascimento all'Ottocento per accompagnare ingressi e sale d'attesa e per creare una prospettiva inedita sui dipinti, differente da quella a cui si è abituati in museo.

La sfida di Humanitas è stata quella di dare una nuova voce e visione all'esperienza umana di fronte alla malattia attraverso le emozioni generate dalla bellezza, da qui il titolo del progetto *La cura e la bellezza*. Si è cercato di far entrare in contatto, in maniera inaspettata, l'umanità e la passione che caratterizzano sia l'ospedale che l'Accademia Carrara. Le pareti dell'ospedale sono diventate luogo di unione di colori e sguardi che generano emozioni e aiutano l'immaginazione e l'immedesimazione, ma sono diventate anche un sostegno per chi entra in ospedale ricordando che l'esperienza di cura è soprattutto un incontro tra persone e che la cultura può essere una cura. *La Carrara in Humanitas*, dunque, ha fatto nascere una collaborazione tra chi si interessa della salute fisica delle persone e chi si interessa della loro dimensione più spirituale e intellettuale.

Il 2020 ha segnato un nuovo capitolo per questo progetto con *Opere in Parole* che mira tutt'oggi a coinvolgere in maniera attiva i pazienti e gli operatori sanitari mediante la parola, l'ascolto e la lettura. Oltre ai 400 metri quadrati di dipinti già presenti in ospedale, sono stati aggiunti altri 852 metri quadrati di opere all'interno di ogni reparto, tra cui Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, Dialisi e Day Hospital Oncologico. Questi ingrandimenti che ricoprono le pareti nei reparti sono stati incrementati con l'aggiunta di undici racconti inediti firmati da alcuni protagonisti della cultura italiana: Dora Albanese, Marco Baliani, Oliviero Bergamini, Marco Bianchi, Bruno Bozzetto, Lella Costa, Paolo Fresu, Enrico Ianniello, Tony Laudadio, Michela Murgia e Andrea Renzi. Queste composizioni, ognuna con un determinato stile e sensibilità, sono suddivise in racconti, spartiti, menù e fumetti da leggere in libretti o da ascoltare in versione registrata dagli autori stessi. In questo modo, anche nel momento in cui erano state imposte alcune regole a causa del Covid, il progetto ha aiutato a vincere la solitudine dei pazienti che si trovavano in ospedale senza familiari. Inoltre, il progetto permette a chi frequenta l'ospedale di non parlare solo di malattia e cura, ma di instaurare un dialogo più umano sia con i pazienti che tra colleghi.

Dopo gli autori citati, anche medici, infermieri e personale dello staff, attraverso un concorso letterario, hanno potuto esprimere le proprie emozioni e la propria creatività. Dagli elaborati, valutati da una giuria, è stato selezionato il dodicesimo autore, Giovanna Mennillo, addetta all'accoglienza di Humanitas Gavazzeni, il cui racconto è stato trasformato anche in podcast. Questo progetto ha portato anche a consegnare ai pazienti un libretto bianco in cui essere loro gli autori di racconti che parlino delle loro esperienze, del loro vissuto, delle loro emozioni, magari lasciandosi ispirare dalla bellezza dei quadri che li circondano (<https://www.lacarrarainhumanitas.it/>).

Sia *La cura e la bellezza* che *Opere in Parole* sono due progetti, in continuazione uno con l'altro, che dimostrano come il connubio tra arte e salute possa dare risultati soddisfacenti per chi vive l'ospedale e come bisogna pensare alla parte più umana del gesto di cura e della medicina. La filosofia che ha portato alla concretezza dell'iniziativa è tutt'altro che scontata: ogni persona, che cura o che si deve curare, ha le proprie aspettative, competenze, idee, storie ed è giusto far emergere, attraverso l'emozione suscitata dall'arte, queste tante facce della vita che riempie gli spazi della struttura ospedaliera. Un aspetto interessante e collaterale al progetto, inoltre, è il fatto che i visitatori dell'ospedale, provando piacere dall'arte e stuzzicati da ciò che vedono, possono avere la curiosità di entrare anche nel museo vero e proprio, venendo accolti così da ancora più bellezza da condividere con altri.

Le informazioni generali sopracitate, insieme ad altri dati utili al fine di trattare questo tema, sono state specificate da Lucia Cecio, responsabile del settore Educazione dell'Accademia Carrara, e da Tatiana Debelli, responsabile Ufficio stampa di Humanitas, in un'intervista congiunta, di cui, di seguito, si propone un estratto.

### **Chi ha avuto l'idea di iniziare questo progetto de *La Carrara in Humanitas*?**

*Tatiana Debelli:*

Humanitas è un gruppo ospedaliero privato-accreditato, di fatto è un gruppo di nove ospedali in Italia che sono accreditati con il Servizio Sanitario, quindi, è come se fosse un ospedale pubblico con una parte sviluppata in privato. Esistono in varie regioni in Italia; a Bergamo esistono due ospedali che si chiamano Gavazzeni e Castelli. Nel 2018, l'allora amministratore delegato decise di sovvenzionare il museo Accademia Carrara con una donazione, anzi con un contratto di collaborazione della durata di tre anni per sostenere la Carrara, che è il più importante museo della città, ma direi uno dei più importanti d'Italia, e per dare un contributo alla cultura che fa bene all'anima. In quell'occasione, al di là di dare un sostegno economico per le attività del museo, si decise di cercare di fare qualcos'altro. Gli viene in mente 'ma perché non possiamo provare a portare l'arte e la bellezza, che hanno dei risvolti ovviamente positivi sulle persone, anche in ospedale?'. La Carrara dice 'perché no', poi ti dirà Lucia i motivi perché anche per loro è stata

importante questa cosa. Decidiamo, però, di farlo in un modo un po' particolare, cioè, non portando semplicemente dei dipinti, anche se la Carrara era disponibile perché la loro quadreria è immensa. Mettere dei dipinti, però, è impossibile all'interno di un luogo aperto come l'ospedale perché vorrebbe dire mettere sicurezza e tutti una serie di criteri, assicurazioni. Quindi, si decide, neanche di fare delle riproduzioni perché imiterebbero dei poster e non sarebbe stato certo un progetto originale, ma, con l'aiuto di un'agenzia che si occupa di grafica e di progetti artistici, è arrivata l'idea di proporre dei dettagli che seguivano un filone particolare, come avrai visto. Quindi, un filone legato alla serenità, all'empatia, ai gesti di cura, tutto quello che poteva distogliere lo sguardo dal momento di tensione dato dall'entrata in ospedale. I particolari dettagli scelti non erano necessariamente dei capolavori, ma di dipinti che potevano rispondere a questo tipo di criteri. In questo momento è entrata in scena la Carrara per consigliarci, facendoci una serie di proposte su cui poi abbiamo lavorato.

### **Dunque, quali sono state le motivazioni dell'Accademia Carrara che l'hanno spinto a partecipare al progetto?**

*Lucia Cecio:*

Innanzitutto, credo di poter dire l'interesse a costruire, come diceva Tatiana prima, una relazione con un socio fondatore che andasse al di là del puro discorso economico.

Accademia Carrara è una fondazione privata con partecipazione pubblica che gestisce un patrimonio pubblico, cioè quello del comune di Bergamo. Quindi, ha una governance particolare che è proprio quella della fondazione di diritto privato. Nel nostro caso la relazione [con Humanitas] nasce proprio perché, essendo una fondazione, prevede l'ingresso di soci cofondatori che, quindi, mettono dei fondi per promuovere e supportare le attività del museo. Questa relazione esiste con altri partner, ma con gli altri partner, per esempio, non abbiamo fatto quello che Humanitas ci ha proposto.

Fatta questa premessa, il museo chiaramente, davanti a una proposta di questo genere, non si tira indietro. Innanzitutto, perché, come avrai notato anche tu, si tratta di una novità, anche nell'intessere un rapporto tra istituzioni di ambiti diversi che non era stato mai affrontato, almeno non in Italia. Di sicuro, quindi, la spinta è stata questa, provare a mettersi in relazione con uno dei partner, dei soci cofondatori, ma in una maniera diversa, con un grande progetto che fin da subito ci è sembrato di forte impatto sia dal punto di vista di rilettura, di reinterpretazione dei contenuti del museo sia dal punto di vista comunicativo. Diciamo questi sono i due aspetti principali che poi non ne escludono altri che abbiamo conosciuto nel corso del tempo.

### **Le opere come sono state scelte? Come si è deciso di inserire un'opera piuttosto che un'altra?**

*Lucia Cecio:*

Allora, credo che la scelta sia nata, innanzitutto, proprio da questo dialogo. Cioè, Humanitas aveva in mente un tipo di progetto, quindi determinati obiettivi che possono essere racchiusi proprio sotto il cappello della cura. Il cuore era questo. Noi siamo andati a cercare nel nostro catalogo dei dipinti esposti, prevalentemente, le opere che potessero parlare di cura. Chiaramente, le opere non hanno didascalie che ti aiutano a dire ‘questo quadro lo puoi utilizzare per parlare di cura’, quindi, abbiamo provato a osservare i nostri dipinti, perché abbiamo scelto dipinti, con uno sguardo diverso, andando oltre la superficie e cercando quelle immagini che potessero raccontare in maniera trasversale o non immediatamente visibile all’occhio il gesto e il concetto di cura.

Considera che ho ancora qua il catalogo che avevamo allora dei dipinti sul quale pian piano sfogliando, guardando, ragionando e riragionando sono state scelte le opere attribuendogli un significato diverso, adeguato a quello che volevamo raccontare.

*Tatiana Debelli:*

Questo poi andava incrociato con i luoghi di allestimento. Nel senso che un ospedale ha diverse aree: i dettagli dei dipinti sono stati messi in una prima fase nelle sale comuni e, poi, nella seconda fase sono stati messi nei reparti e nelle aree un po’ critiche dell’ospedale. Questo, chiaramente, ha fatto sì che si dovesse capire se la scelta dell’opera potesse andar bene da una parte o dall’altra, per esempio uno sguardo intenso in radioterapia piuttosto che nell’area del day hospital oncologico poteva essere un po’ inquietante, troppo forte. Quindi, ogni volta bisognava prendere quel dettaglio e verificare se, inserito in quell’ambito, potesse funzionare per uno sguardo esterno.

È stato un lavoro da una parte di selezione del materiale e dall’altro basato sul capire dove collocare questo materiale in modo che si andassero a creare abbinamenti appropriati. Abbiamo fatto, quindi, milioni di simulazioni, questo per dire che non necessariamente abbiamo scelto i capolavori. Questo anche perché la Carrara, che va più o meno dal Trecento ai primi del Novecento, ha soprattutto un’arte religiosa, ha dei tipi di commissione a tema religioso e l’ospedale, invece, è un luogo laico, quindi, devi essere rispettoso di qualsiasi persona che entra. Per cui le madonne le abbiamo messe vicino alla cappella che c’è negli ospedali, però in altri bellissimi volti, tipo una Madonna del Bergognone, meravigliosa per i suoi capelli, abbiamo cercato di eliminare tutto ciò che era sacro, l’aureola piuttosto che alcuni gesti. Per esempio, anche il Raffaello che si trova nella copertina del catalogo<sup>7</sup> è stato tagliato in modo che potesse essere un qualsiasi giovane, anche se effettivamente in origine era così ed è diventato santo dopo. In molti dipinti ci sono dei richiami all’aldilà, piuttosto che dei simboli, che in un ambiente ospedaliero possono creare problemi. Dunque, è stato un lavoro impegnativo

---

<sup>7</sup> Il dipinto di Raffaello a cui si riferisce è un tempera e olio su tavola del 1501-1502 circa che raffigura *San Sebastiano* e che è stato inserito come immagine della copertina del catalogo *Raffaello e l’eco del mito*, edito da Marsilio nel 2018.

per Carrara andare alla ricerca e trovare dipinti che andassero bene.

**Sarebbe interessante conoscere per ogni opera o gruppi di opere la motivazione che si cela dietro la sua scelta.**

*Lucia Cecio:*

Questa è una risposta troppo difficile. Il cuore è proprio in quello che ti abbiamo detto, nel senso che siamo partiti da un nucleo di opere molto più ampio rispetto a quello delle opere poi selezionate. Questo proprio perché il lavoro curatoriale del museo doveva andare a braccetto con il lavoro curatoriale e allestitivo che ha fatto Humanitas insieme al partner grafico. Questo è il bello del progetto, anche procedere in tandem. Lo sottolineo perché è davvero un po' un unicum, di solito si chiama l'artista, si fa allestire lo spazio ed è l'artista che decide dove esporre o che dà un pacchetto di opere da esporre a un personale più o meno qualificato. Quindi, la motivazione alla base della scelta delle opere non è facilissima. Io ti invito, invece, a sfogliare l'elenco delle opere e farti una tua idea e trovare te, magari, dei nuclei tematici. Il lavoro curatoriale, in questo caso, l'ho fatto io, che non sono neanche solita fare perché sono abituata a fare un lavoro più di tipo educativo, però come lavoro educativo siamo abituati a selezionare delle opere, e anche a reinterpretarle, al di là di quello che effettivamente raccontavano in origine, senza andare lontano dal tema. Noi abbiamo cercato la varietà per rispondere a quelle che erano le esigenze di laicità della proposta, ma anche a esigenze di tipo allestitivo, cioè l'immagine doveva poter essere fotografata in altissima definizione per poi poter essere esplosa in dettagli che non perdessero la loro definizione e la loro leggibilità. Quindi, è stato proprio un lavoro in tandem. Per noi magari un'immagine inizialmente è stata scelta perché, faccio un esempio, la *Madonna del Latte* esprime cura, umanità, rapporto madre-figlio, però magari di quell'opera lì si è scelto un dettaglio che immediatamente non è riferibile ai motivi che ci avevano portato alla scelta.

*Tatiana Debelli:*

In quel caso, nel taglio che era stato scelto c'era dietro un paesaggio, quindi si è scelto questa montagna di capelli, che dava questa idea di bellezza, di morbidezza, con dietro un paesaggio, che tutti gli studi scientifici fatti sull'arte e il benessere danno come tipo di argomento che riesce maggiormente a portare benessere alla persona.

Ti faccio anche un altro esempio. Lo stesso lavoro, quello di *Brera in Humanitas*<sup>8</sup> per il Rozzano, è stato fatto con la Pinacoteca di Brera. Si pensa che Brera abbia molto più materiale di Carrara, ma assolutamente no. Su Bergamo abbiamo usato venticinque dipinti, su Brera, per trovarne quattordici, è stato difficilissimo. Questo perché Brera è un museo con dipinti anche molti grandi in cui, anche se trovi il gesto di cura, chiaramente non è

---

<sup>8</sup> Vedi oltre, par. 2.4

dettagliato, perché in una misura, per esempio, di cinque metri per tre, un dettaglio non vai a farlo, lo trovi piuttosto in Bruegel che è più piccolino. Quindi, spesso, nel dover fare questa selezione, anche opere che potrebbero essere immediatamente pensate sulla cura non sono utilizzabili perché l'importanza è la definizione dell'opera, per esempio, il Mantegna, sia a Bergamo che a Brera, non funziona. Ci sono alcuni autori che hanno una definizione massima nei dettagli e quelli sono quelli che tu devi andare a cercare. La fortuna della Lombardia è che c'è un livello altissimo di cura dei dipinti, cioè i musei hanno un livello alto per quanto riguarda il restauro e la conservazione che permette questo. Se così non fosse, questo progetto non si sarebbe potuto fare.

Il lavoro e lo sforzo, quindi, era trovare un dipinto con il tipo di messaggio richiesto, ma che tipicamente non ha quella connotazione.

*Lucia Cecio:*

Finché Tatiana ti rispondeva, sono andata a riprendermi il comunicato stampa che abbiamo utilizzato il giorno della presentazione [del progetto] e lì è immediatamente visibile la selezione del dettaglio che è stato scelto, la didascalia sintetica che noi abbiamo preparato dell'opera e anche una motivazione a due voci che ha portato alla scelta. In quest'ultima parte non c'è scritto 'questo dipinto l'abbiamo scelto perché', ma riporta il lavoro che c'è stato e come il dettaglio può interpretare il concetto di cura.

*Tatiana Debelli:*

Fatta la scelta, il museo ha curato le schede artistiche, che si possono trovare sul sito, cercando di lavorarle nell'ottica del progetto che c'eravamo detti. Quindi, parlano di quello che è stato tagliato e di come quel dettaglio può rientrare in questo percorso.

Il lavoro, dunque, non è scontato, non è 'trovo quello, lo ingrandisco e lo attacco'. Il lavoro dietro è molto più ampio ed è un unicum credo mondiale; in particolare per il periodo storico [epoca moderna] preso in considerazione, perché tutto quello che c'è in giro di arte e cura lavora moltissimo con il contemporaneo o con esposizione di alcune collezioni o sulle pediatriche con tanti animali. Sulla valorizzazione di un patrimonio che, invece, fa parte della connotazione della cultura italiana non ci lavora nessuno. A noi, è sembrato che fosse importante, invece, usare questo tipo di arte, senza nulla togliere all'arte contemporanea, perché questa è quella che più facilmente entra in dialogo con la persona che entra in un luogo di cura e che, comunque, non necessariamente ha degli strumenti per capirla. Tu non devi, secondo noi, comporre un qualcosa che la persona non è in grado di decifrare e leggere perché, se no, la poni in una situazione di inferiorità culturale, intellettuale. Invece, noi volevamo una cosa che, comunque, arrivasse a tutti e non poteva che essere nell'arte antica che tutti sono in grado di leggerla. Poi, uno ci può leggere moltissimi significati, però almeno l'immediato ce l'hai. Questo era il nostro obiettivo: arrivare a tutti.

*Lucia Cecio:*

Il museo si inserisce, come Humanitas, su un territorio fatto di relazioni e, dunque, di possibilità. È un museo conosciutissimo in città. La possibilità di attivare degli sguardi diversi è veramente potente.

*Tatiana Debelli:*

Questo fatto che diceva Lucia è altrettanto importante. L'importanza di valorizzarsi a vicenda e l'importanza di comunicare qualcosa di bello e di unico che esiste nella tua città in cui ti vieni a curare e che forse puoi avere l'occasione anche di andare a vedere in originale. Nei pannelli che noi abbiamo messo nella prima parte del progetto, in piccolo, c'è la riproduzione dell'opera intera, di cui molto spesso abbiamo preso dei dettagli che sono talmente piccoli che solitamente non riesci a notare e che, invece, così li vedi. Quindi, c'è anche questo gioco: per molte persone è stato divertente poi andare in museo e vedere l'originale e vedere, rispetto a quello che c'era in ospedale, il vero dipinto.

### **Quali sono stati i riscontri da parte dei frequentatori dell'ospedale e da parte del personale? Sono stati positivi?**

*Tatiana Debelli:*

Assolutamente sì. Chi lavora ormai si è affezionato a questi dipinti. Humanitas è, comunque, un ospedale molto bello, molto curato perché essendo privato, anche se a disposizione del SSN, può decider di fare un po' quello che vuole, quindi dal punto di vista dell'attenzione ai dettagli, all'arredo e ai colori. Anche senza opere è un bellissimo luogo, però, è sempre un ospedale.

Con questo progetto, chiaramente, hai un tipo di ambiente che è gradito a chi ci lavora, perché, comunque, la bellezza fa bene a tutti, soprattutto a chi ci sta dentro più di otto ore al giorno, e ai pazienti che, comunque, lo notano. Diventa anche motivo, spesso, per agganciare dei discorsi quando ci sono delle difficoltà di ingresso e diventa anche una segnaletica perché, per esempio, nei reparti, questo progetto poi si è sviluppato con *Opere in parole* per cui abbiamo chiamato degli autori a leggere con il loro punto di vista alcune opere e gli info point dove ci sono i libretti [con le storie] sono messi dove è il locale degli infermieri che è dove si va quando qualcuno deve entrare. Abbiamo cercato di usare l'opera anche come segnaletica, quindi rendere tutto il progetto funzionale all'ospedale. Negli allestimenti, altra nota importante, non abbiamo mai sottratto la funzionalità dell'ospedale all'opera. Nel senso che, se sul muro c'era la targa dell'emergenza piuttosto che lo schermo, li rimane perché prima di tutto l'ospedale deve funzionare, in più c'è questo regalo che viene fatto attraverso le opere. Quindi, nessuno ti dirà mai qui dentro che vogliono toglierli. L'altra cosa importante è che questo secondo progetto, quando poi è scoppiato il Covid, è stato di grande aiuto per chi ha lavorato qui dentro. Quelle opere sono state di grande aiuto e forza. Quello che ci aspettavamo che i pazienti vivessero in una sala d'attesa di una terapia intensiva piuttosto che in una sala di attesa di un ambulatorio, cioè che

percepissero forza, energia, uno sguardo sul futuro, è successo a tutti quelli che lavorano qui ed erano chiusi qui dentro. Quindi, la positività è stata sperimentata in prima persona da chi, invece, pensava che questo progetto servisse solo ai pazienti.

### ***Opere in parole* è stato utile durante il periodo del Covid, ma pensato nel periodo precedente?**

*Tatiana Debelli:*

È stato pensato prima. Presentato a fine 2018 il progetto de *La cura e la bellezza*, c'era la necessità di andare a portare tanta bellezza, che faceva bene, perché ce lo dicevano tutti, anche a chi era ricoverato, quindi, non solo a chi doveva venire in ospedale per fare delle visite. Si voleva portare la bellezza non solo nelle aree comuni, ma anche nei reparti dove la gente si ferma e nei reparti più critici come il day hospital oncologico, la terapia intensiva, la dialisi, aree più critiche e riservate. L'abbiamo costruito con una novità: riproporre opere in dettaglio ci sembrava povero perché lì c'erano persone che sostavano qualche giorno, quindi, non c'era solo l'idea di fargli vedere qualcosa di bello, ma anche di dargli qualcosa con cui magari potessero passare del tempo. E cosa poteva essere? Qualcosa che leggono, che ascoltano e lì abbiamo pensato di usare la scrittura, nel margine più ampio del termine perché poi sono stati inseriti fumetti, musica, poesia. Siamo andati a cercare degli autori della cultura italiana che volessero partecipare a questo progetto e che dovevano scegliere da uno a cinque dettagli e creare dei prodotti originali. Ogni reparto, dunque, ha il suo autore e la sua storia. Gli stessi, poi, hanno anche registrato i podcast, a parte Michela Murgia che è stata letta da un'attrice, in modo che, anche se uno non vuole leggere, può ascoltarlo su Spotify tramite Qr Code. Tutti gli autori che sono stati coinvolti hanno sposato il progetto in quanto era la prima volta che sperimentavano il dover scrivere un qualcosa di originale pensando a una persona in ospedale; quasi tutti si sono immaginati loro quando erano in ospedale e hanno creato basandosi su quello che anche loro avevano avuto bisogno per staccare la testa.

### **Il personale ha partecipato a *Opere in Parole*.**

*Tatiana Debelli:*

Sì. Abbiamo pensato, visto che questo esercizio di scrittura era stato fatto con gli autori, di proporlo anche al nostro personale interno facendo un concorso. Un concorso che chiedeva di scegliere dei dettagli e poi scrivere una storia originale. Sono state una ventina le persone che hanno scritto e una giuria poi ha decretato il vincitore. Questa persona, che è una nostra segretaria interna, è stata abbinata a un autore noto [Alessio Boni] in modo da avere, comunque, questo apporto di visibilità nazionale.

I Qr Code con le storie erano presenti anche in Accademia Carrara fino al 2022, prima del nuovo allestimento, quindi, c'era la possibilità non solo qui, ma anche in Carrara di ascoltare i racconti che erano stati realizzati da questi

autori.

**Vi aspettavate una partecipazione maggiore da parte del personale sanitario?**

*Tatiana Debelli:*

No, perché, comunque, impegnarsi nella scrittura di un racconto originale non è facile. Se tu chiedi un pensiero è più facile da fare. Scrivere un racconto, invece, è impegnativo e bisogna dire che sono stati tutti di ottimo livello. Addirittura, la persona che ha vinto, che non è assolutamente una storica dell'arte e neanche una storica, ha lavorato sul dipinto di *Paolo e Francesca* ed è andata a studiarci Dante, è andata a studiarci nella storia cosa c'era di vero e da lì ha costruito un racconto fantastico che prendeva spunto dalla storia vera, spunto dalla letteratura e spunto dalla sua creatività. Erano tutti su questo livello, quindi, visto il livello degli autori, si sono candidate persone che davvero avevano gli strumenti per scrivere.

*Lucia Cecio:*

Aggiungo un aspetto rispetto alla partecipazione del personale di Humanitas. È vero che in questa seconda fase del progetto sono stati venti gli autori, quindi, magari, possono sembrare pochi rispetto ad una struttura importante come quella che ha raccontato Tatiana, però, considera che nella prima fase del progetto, quella che abbiamo raccontato prima, tutta la struttura di Humanitas Gavazzeni e Castelli è stata coinvolta con una serie di azioni. Prima di conoscenza, quindi, ci sono state delle guide, degli educatori del museo che hanno raccontato i dipinti, hanno aiutato ad accogliere queste presenze così impattanti e originali che andavano ad abitare i luoghi. Poi, alcuni di loro sono anche diventati mediatori stessi delle opere, quindi, in occasione di presentazione alla stampa, per esempio, erano presenti proprio per raccontare le opere, ognuno andando anche a scegliere e ad interpretare le singole opere mettendoci del proprio, rileggendole alla luce dell'esperienza personale di medico, di infermiere, di persona a contatto con il pubblico in generale. Poi ci sono stati numerosi eventi, occasioni per venire in museo a guardare i dipinti da vicino. Quindi, Humanitas ha messo insieme una struttura che puntava al coinvolgimento di tutto il personale, e non solo degli utenti degli ospedali, veramente molto imponente e, anche dal punto di vista del museo, è stata un'operazione molto intelligente e molto sensibile perché, in fondo, noi siamo abituati a lavorare con l'interpretazione del patrimonio e la sua valorizzazione, mentre una struttura come Humanitas non è detto che sia abituata a farlo e, quindi, questo è molto apprezzabile in un dialogo con il territorio attivo e coinvolgente.

*Tatiana Debelli:*

C'è da dire, infatti, che per i dipendenti, alcune interpretazioni che noi pensavamo che i quadri potessero restituire, sono diventate tutt'altro, sono arrivati a delle interpretazioni mediate dalla propria professione e dal proprio sentire. Il campo dell'interpretazione è incredibile da questo punto di vista.

Questo percorso continua da due anni anche con un'altra iniziativa che si chiama *Incontrarsi nell'arte* che ha come suo motore l'Accademia Carrara e con il quale continuiamo a far leggere dipinti, non necessariamente quelli del progetto, su tematiche che sono di salute, ma anche di relazione, con delle persone particolari che sono i malati oncologici. Anche qui, la risposta è straordinaria. C'è una mediatrice che ha lavorato su questo progetto e su cui molti lavorano perché, ormai, le guide di Accademia Carrara hanno delle polifunzionalità, non solo leggere un dipinto, ma leggere la persona che lo guarda e capire che percorso intraprendere. È un'educazione generale che stiamo facendo insieme e che è costantemente potenziata e crea nuovi "seguaci".

*Lucia Cecio:*

Per noi, *Carrara in Humanitas*, con i suoi due progetti, ha dato avvio, per il museo, a visioni nuove perché quello che ti raccontiamo oggi è davvero al centro delle politiche culturali e sociali. Il museo esce da se stesso e cerca collaborazione con il territorio e con le istituzioni di altre ambiti. Il museo assume un ruolo nella società che va al di là della conoscenza e della valorizzazione del patrimonio. Questo è un aspetto che un progetto come questo ci ha aiutato ad indagare sempre di più, sia in solitaria, perché le due istituzioni hanno continuato a lavorare sui propri obiettivi e missioni, come è normale, ma anche insieme con questo progetto *Incontrarsi nell'arte* che, in un registro più piccolo, è stato una sperimentazione interessantissima. Per noi è un rapporto, una relazione che continua.

La scelta dei dipinti, dunque, non è stata affatto casuale, ma ha cercato di ricostruire un ambiente dalla forte carica emotiva seguendo il filo conduttore della bellezza, declinata in modo coerente con l'ospedale che li accoglie: dal gesto di affetto all'intensità di uno sguardo fino a paesaggi rasserenanti.

Alla luce di queste parole e di quanto detto nell'intervista soprariportata, è stato intrapreso un lavoro di reinterpretazione delle opere scelte. Partendo dall'osservazione di ogni dipinto nella sua totalità e, poi, dall'effettiva porzione inserita nelle pareti dell'ospedale e dalle schede descrittive presenti sia nel sito del progetto che nel catalogo online dell'Accademia Carrara, è stata ipotizzata la motivazione che ha spinto a scegliere un determinato dettaglio per poi fare un confronto, ove possibile, con le interpretazioni proposte dagli esecutori del progetto e indicate nei comunicati stampa relativi alla presentazione dell'iniziativa.

Questo processo di reinterpretazione ha portato anche a constatare che la maggior parte delle opere scelte risalgono al periodo tra la seconda metà del Quattrocento e l'inizio del Cinquecento e ai primi decenni del Settecento. Il XIX secolo vede una distribuzione equa di quadri durante tutto il suo corso, mentre non sono stati scelti lavori svolti durante il primo Rinascimento o durante il periodo in cui si sviluppa Manierismo, Barocco e Rococò.

Nello stabile di Gavazzeni, al secondo piano, in una zona di collegamento, si

trova *Caterina Cornaro riceve l'annuncio della sua deposizione dal Regno di Cipro* di Francesco Hayez. Questo olio su tela racconta l'episodio in cui Giorgio Cornaro, il fratello di Caterina, regnante dell'isola di Cipro, le annuncia di essere stata deposta dalla Serenissima dal suo ruolo. Lo sguardo del fruitore viene indirizzato verso la finestra con vetri piombati che è tenuta aperta da Giorgio per far vedere alla sorella il suo territorio su cui ormai è stato posizionato il vessillo di Venezia. I personaggi, comprese le ancelle sulla sinistra e la piccola serva nella parte destra, sono stati rappresentati con pose e gestualità molto precise, simili a quelle che assumerebbero degli attori teatrali. La scelta del dettaglio dovrebbe andare a mettere in mostra il legame tra gli sguardi dei protagonisti e la fonte di luce proveniente dalla finestra. Nella concretezza, è stata scelta tutta la fascia superiore del dipinto, quindi, dagli sguardi sorpresi delle ancelle fino allo sguardo severo di Giorgio. In questo ingrandimento, ancora di più che nell'opera intera, risalta la luce proveniente dalla finestra che contrasta le zone di ombra, in particolare quella in cui si trovano le ancelle. La prima interpretazione potrebbe essere più di senso estetico: essendo la riproduzione posizionata in un luogo di passaggio, l'apertura potrebbe richiamare una vera finestra e quindi, rendere più luminoso, anche se per finzione, lo spazio. Se si tiene conto anche del concetto di bellezza che pervade tutto il progetto, allora non si può non considerare una degna ragione di scelta anche i ricchi abiti e copricapi indossati dalle fanciulle. Da un punto di vista più metaforico, invece, l'apertura del battente potrebbe rappresentare per il paziente/visitatore uno sguardo verso la normalità dell'esterno, una promessa di serenità.

Al primo piano troviamo tre tematiche diverse con la *Storia di Virginia Romana* di Botticelli, *L'arco di Tito* di Bernardo Bellotto e la *Madonna del latte* del Maestro bramantesco.

Per il primo capolavoro dell'Accademia Carrara tra i tre citati, è difficile formulare un'ipotesi che motivi la scelta di posizionarlo, visto che la storia narrata non è certamente idilliaca. Il pittore, infatti, ha dato vita, con diverse scene riunite su un unico sfondo, alla vicenda raccontata da Tito Livio che ha come protagonista la giovane Virginia. Il decemviro Appio Claudio si era invaghito della fanciulla, tanto da chiedere a Marco Claudio di rapirla. Protetta dagli astanti, però, la giovane fu condotta in tribunale e fu dichiarata, dallo stesso Appio, schiava di Marco. Il padre di Virginia, per difendere il suo onore, la colpì a morte. Il motivo per il quale è stata inserita in un corridoio di passaggio che collega due edifici dell'ospedale Humanitas di Gavazzeni è semplicemente per accompagnare il visitatore, passo dopo passo, a immergersi nella storia narrata e nelle emozioni provate dai vari personaggi. *L'Arco di Tito*, invece, inserito quasi senza alcuna riduzione nel corridoio di emodinamica, può essere interpretato come un punto di ristoro per gli occhi, un modo per interrompere la monotonia insita nei corridoi ospedalieri; i colori caldi usati da Bellotto sembrano anche richiamare un'atmosfera sognante, un ricordo. Inoltre, le tre persone rappresentate nell'angolo a sinistra sembra che

indichino a chi passa nel corridoio di godere della vista paesaggistica che si apre attraverso l'arco.

La sala d'attesa di radiologia, invece, presenta la *Madonna del latte* di Bernardino Bergognone. In questo caso si tratta di un tema religioso, Maria con il figlio Gesù, anche se, dall'ingrandimento scelto, l'unico elemento che può indicare l'essere di fronte a una presenza sacra è l'aureola. La folta chioma ramata che le scende lungo le spalle e adornata con un nastrino nero è sicuramente degna di nota, ma sono soprattutto i tratti dolci del suo viso pallido che probabilmente hanno portato alla decisione di inserirla dove tutt'ora si trova.

Anche per il *San Sebastiano* di Raffaello, collocato al piano terra della struttura, se non fosse per il titolo, la porzione scelta non sembrerebbe rappresentare un santo, ma un semplice fanciullo che con il suo viso delicato fa respirare a chi lo guarda un'aria dolce e sognante.

Qualcosa di simile avviene anche per l'*Annunciazione* di Francesco di Simone da Santacroce. La tavola presenta l'angelo Gabriele che, con eleganza e grazia, fa irruzione nella stanza della Vergine, la quale con il capo chino in segno di umiltà, si affida completamente alla volontà divina. Nel corridoio, però, è stata inserita, in una porzione alta di muro, solo la finestra che si trova sullo sfondo e che si apre su un paesaggio veneziano. In *Humanitas* a Castelli, invece, l'opera è stata inserita vicino alla cappella anche con i suoi due protagonisti e, in questo caso, il segno di fiducia della Vergine nei confronti dell'angelo potrebbe essere un modo per far capire come anche i pazienti si devono affidare ai professionisti sanitari o, a seconda del grado di religiosità di ognuno, alle mani di Dio.

Al piano terra dello stabile di Gavazzeni si trovano altri dipinti di natura religiosa come, per esempio, la *Madonna con bambino* di Jacopo di Antonello da Messina, che accoglie le persone in cappella e che, quindi, per questo motivo, non viene nascosto il fatto che si tratti di una scena devozionale, e la *Sacra famiglia con Santa Caterina d'Alessandria* di Lorenzo Lotto. Di questo olio su tela sono state inserite, quasi inaspettatamente, tutte le figure dipinte. Così facendo, sono stati messi in evidenza quei gesti e quelle pose che trasmettono, a chi è in attesa nella sala, un senso di rassicurazione: la dolcezza del bambino che dorme, la mano protettrice di Maria, la delicatezza di Giuseppe che mostra Gesù a una Santa Caterina dallo sguardo devoto. Questi atti che portano a un intreccio di mani e gli sguardi amorevoli, infatti, sono ciò che hanno dato il potenziale all'opera di essere presa in considerazione per il progetto. Il dettaglio più sinistro che, forse, ai più appassionati ed esperti non sarebbe sfuggito, è stato eliminato, cioè non è stata inserita la fredda pietra simile al coperchio di un sarcofago su cui è adagiato Cristo dormiente e che allude simbolicamente alla Passione.

All'ingresso del piano terra è presente, in una superficie di 421x230 cm, il *San Girolamo che leva la spina al leone* di pittore ligure, probabilmente influenzato da Rogier (o Pierre) van der Weyden. Esso mostra il Santo che,

avvolto nel suo tipico mantello rosso, toglie la spina dalla zampa del leone lasciando da parte il volume che stava leggendo durante il suo ritiro nel deserto. Se in un primo momento non si capisce il perché di questa scelta, leggendo la scheda dell'opera la situazione si fa più limpida. In quest'opera ci sono due aspetti importanti: lo studio, che fa parte della vita del santo, e il gesto umano, delicato, accogliente e incondizionato che cura il leone, dando sollievo al dolore. Questi due elementi diventano fondamentali se letti nell'ottica del luogo in cui l'opera è stata esposta. Infatti, lo studio è indispensabile in un ospedale per portare avanti la ricerca, ma in esso è essenziale anche saper prestare la giusta attenzione ai pazienti. È così che si potrebbe interpretare il santo che studia e cura come la struttura ospedaliera, mentre il leone ferito come il paziente a cui viene prestato soccorso. Essendo la riproduzione posta all'ingresso sembra quasi voler indicare fin da subito il ruolo che l'ospedale ha nei confronti della comunità. Il gesto evidente di cura è stato, come previsto, la ragione per cui l'opera è stata scelta, ma anche la figura del leone è stato un dettaglio rilevante perché essa ricorda Bergamo e il leone che troneggia sulle mura venete che cingono Città Alta e che sono patrimonio UNESCO dal 2017.

All'ingresso C, il *Ritratto di Maria Gallavresi bambina con la madre* di Cesare Tallone, il quale fu docente all'Accademia Carrara di Belle Arti di Bergamo, sembra donare un senso di rassicurazione a chi varca la soglia grazie alla tenerezza con cui la ragazza stringe il braccio della madre e posa la testa sulla sua spalla e all'intensità degli sguardi.

All'ingresso D del piano terra è presente il *Ritratto di giovane pittore* di Fra' Galgario, per il quale, con il suo viso dallo sguardo furbo, è difficile proporre una possibile motivazione della sua collocazione. Solo leggendo una scheda di approfondimento proposta da Humanitas e Accademia Carrara si capisce che il dipinto è stato scelto perché realizzato da un celebre pittore bergamasco. Nella vicina accettazione si trova il *Ritratto di fanciulla con Ventaglio* di Giacomo Ceruti, detto il Pitocchetto. In questo caso, la ragazza ha uno sguardo serio, ipnotico, ma anche in questo caso è difficile capire la possibile motivazione che ha spinto a sceglierla tra le altre possibilità. Forse, la sua vicinanza con uno degli ingressi potrebbe richiamare l'aneddoto che coinvolge Giovanni Morelli che, essendo il dipinto di sua proprietà e avendolo collocato in anticamera, si riferiva alla giovinetta come "la sua portinaia". Dalle schede di approfondimento, la scelta sembra essere derivata da un motivo più estetico: le pennellate, rese ben evidenti dal maxi formato, diventano dettagli in cui perdersi.

Nella stessa area di questi due dipinti, è presente *La memoria del nonno* di Giovanni Pezzotta. Si nota subito il legame che unisce nonno e nipote e anche la critica ha messo in risalto l'abilità con cui il pittore è riuscito a creare un'armonia tra la giocosità della bambina e la gentilezza dell'anziano. Nella scena narrata, in cui prevale il sentimento della tenerezza, il nonno è stato rappresentato in maniera perfetta per il suo ruolo: accomodato su una poltrona

di legno con cuscino ocra, sostiene con un braccio la piccola nipote che, accostandosi con tenerezza, giocherella in modo scherzoso con la medaglietta che l'uomo tiene tra le sue mani. La dolcezza del loro rapporto è ciò che si percepisce guardando il quadro ed è ciò che percepiscono anche le persone che lo vedono all'ospedale. Una testimonianza di una frequentante di Humanitas, infatti, riporta l'importanza della figura dei nonni nella nostra società e si dice soddisfatta della scelta di affiggere questo dipinto in cui la bella relazione d'amore che passa tra nonno e nipote fa stare bene chi li guarda.

In un'altra accettazione è presente l'opera *Paolo e Francesca* di Giuseppe Luigi Poli, il quale ha dipinto Paolo che ruba un bacio a Francesca mentre il suo futuro sposo Gianciotto, fratello di Paolo, li sorprende ed è accecato dalla gelosia. Sicuramente la parte della scena del bacio, rispetto a quella del viso indignato di Gianciotto, è più accettabile in un ambiente che accoglie diverse persone. I promotori del progetto, però, hanno inserito anche il volto di quello che doveva essere il futuro sposo; le due scene si trovano in pareti separate, ma adiacenti, probabilmente per mantenere un legame visivo tra le varie figure e mantenere una sorta di filo narrativo.

Sempre nel piano terra, il bar è avvolto dalla *Veduta della piazza Grande di Bergamo* di Costantino Rosa. La Piazza Vecchia è rappresentata nella sua conformazione degli anni Trenta dell'Ottocento e può essere un buon spunto di partenza per avviare una conversazione e confrontare i tempi passati e le sue architetture con ciò che, invece, si trova nel presente. Inoltre, esteticamente, la veduta sulla piazza di Bergamo amplia prospetticamente la profondità dello spazio. Quest'ultima ipotesi è in linea con il pensiero di chi ha selezionato il dettaglio ed è da sottolineare anche il fatto che lo stesso personale dell'ospedale ha approvato la scelta di celebrare in questo modo Bergamo.

Altri paesaggi sono visibili al piano interrato: il *Paesaggio sul lido laziale* di Andrea Locatelli e *Il Canal Grande da Ca' Foscari verso il ponte di Rialto* di Canaletto. Il primo si trova all'ingresso della radioterapia, il secondo nella mensa. In entrambi i casi, sia che si tratti di pazienti che devono fare terapie che di personale in pausa, i dipinti riescono a infondere tranquillità e aprire una visuale verso l'esterno anche quando ci si trova a un piano inferiore rispetto al livello terra.

La *Madonna di Alzano* di Giovanni Bellini, invece, si trova in accettazione ricoveri e prericoveri al piano -1. Nonostante sia riconoscibile lo stile dell'artista veneziano, vedi le due figure in primo piano con dietro un drappo di velluto e lateralmente un paesaggio, e il tema religioso, ciò che può essere stato determinante nel volerlo inserire è la dolcezza del volto del bambino, ma anche della madre che, allo stesso tempo, ha uno sguardo intenso e meditativo. I curatori della mostra hanno trovato nel duo madre-figlio l'emblema universale del gesto d'amore e di cura. Inoltre, i colori luminosi usati dal pittore sono in grado di sorprendere chi attraversa lo spazio in cui è

collocato il dipinto

Nella struttura di Castelli, invece, al secondo piano si trovano *Le Cascade del Serio* di Andrea Marenzi, in cui si percepisce la forza, la grazia e la serenità del fiume che solleva una nuvola di vapore che dà la sensazione di avvolgerci. Quest'opera, vista dal piano inferiore, dà proprio l'idea dello svettare delle rocce e lo scrosciare dell'acqua. Tramite sondaggio, è stato il personale a decidere per il suo inserimento nel progetto e questo conferma quanto riportato al paragrafo 2.2.2: sono i paesaggi ad essere la tematica più apprezzata da chi si trova in ospedale.

Al primo piano, in una delle sale più raccolte della struttura, è presente il *Ritratto di Maria Gallavresi bambina con la madre* di Cesare Tallone, lo stesso che si trova a Gavazzeni, e il *Ritratto di gentiluomo ventinovenne* di Giovan Battista Moroni, il quale ha uno sguardo calmo, magnetico, con due occhi che sembrano interrogarci. In questo caso la scelta, come è avvenuto per l'opera di Fra' Galgario, si è basata sulla provenienza bergamasca del pittore, ma, in più, si è creato un ulteriore e intelligente gioco di collegamento tra museo e ospedale: solo andando alla Carrara si può scoprire l'età dell'uomo che è scritta nell'iscrizione nella porzione bassa del dipinto che è stata eliminata al momento dell'ingrandimento.

La sala di attesa dei prelievi e di radiologia, invece, è accompagnata dalla *Nascita di Maria* di Carpaccio in cui vengono rappresentati i primi momenti di vita della Vergine con Sant'Anna che riposa dopo il parto e Gioacchino che si tiene quasi a distanza, intimorito dall'affaccendarsi delle donne. L'opera, eseguita per la scuola degli Albanesi a Venezia, ha un'organizzazione scenografica che consente di riunire in maniera armonica per l'osservatore gli episodi secondari e l'infinità di particolari. Questo insieme di scene e attività differenti possono costituire un ottimo sistema di distrazione per chi si trova lì vicino ad aspettare. Per gli organizzatori la rappresentazione è portatrice di calore, grazie al suo essere una scena domestica, ma permette anche una continuità visiva tra ciò che è raffigurato e la realtà grazie a un gioco di prospettiva e alle donne sedute in primo piano che si trovano a filo con le sedute della sala d'attesa.

*Le Nozze mistiche di Santa Caterina d'Alessandria e Niccolò Bonghi* di Lotto presenta la scena in cui Gesù infila, con un gesto simbolico, l'anello al dito di Caterina. Ciò che attira subito, e che poi è anche la parte che ha subito l'ingrandimento, è l'intreccio delle mani dei tre personaggi centrali: potrebbe essere un richiamo all'intreccio e alla collaborazione che ci deve essere tra le figure che frequentano l'ospedale. *Tobiolo e l'arcangelo Raffaele* di Francesco Botticini figura al piano terra e, come l'arcangelo prende per mano un docile e fiducioso Tobiolo e lo guida durante il suo viaggio, anche il paziente che entra in ospedale si deve sentire preso per mano e accompagnato dal personale sanitario fin dal principio del suo percorso.

In generale, considerando sia lo stabile di Gavazzeni che di Castelli, le opere potrebbero essere suddivise in nuclei tematici basati sia su aspetti oggettivi,

che su aspetti più emotivi (alcune opere possono comparire in più categorie).

<b>VOLTI</b>	<b>SCENE RELIGIOSE</b>	<b>GESTI EFFETTIVI DI CURA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ritratto di gentiluomo ventinovenne</li> <li>-Ritratto di giovane pittore</li> <li>-Ritratto di fanciulla con Ventaglio</li> <li>-San Sebastiano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tobiolo e l'arcangelo Raffaele</li> <li>-Madonna di Alzano</li> <li>-Nascita di Maria</li> <li>-Madonna del latte</li> <li>-Annunciazione</li> <li>-Madonna con bambino</li> <li>-Sacra famiglia con Santa Caterina d'Alessandria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-San Girolamo che leva la spina al leone</li> </ul>
<b>GESTI DI CONTATTO TRA DUE PARENTI</b>	<b>PAESAGGI NATURALI E DI CITTÀ/PAESE</b>	<b>SCENE CON PIÙ DI DUE PERSONAGGI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-La memoria del nonno</li> <li>-Ritratto di Maria Gallavresi bambina con la madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'arco di Tito</li> <li>-Il Canal Grande da Ca' Foscari verso il ponte di Rialto</li> <li>-Veduta della piazza Grande di Bergamo</li> <li>-Paesaggio sul lido laziale</li> <li>-Le cascate del Serio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caterina Cornaro riceve l'annuncio della sua deposizione dal Regno di Cipro</li> <li>-Nozze mistiche di Santa Caterina d'Alessandria e Niccolò Bonghi</li> <li>-Nascita di Maria</li> <li>-Storia di Virginia Romana</li> <li>-Paolo e Francesca</li> </ul>

Tab. 1. Suddivisione oggettiva delle opere

<b>DOLCEZZA DEL VISO O DELLA POSA</b>	<b>INTENSITÀ DELLO SGUARDO</b>	<b>STATO DI TRANQUILLITÀ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-San Sebastiano</li> <li>-Madonna del latte</li> <li>-La memoria del nonno</li> <li>-Ritratto di Maria Gallavresi bambina con la madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ritratto di gentiluomo ventinovenne</li> <li>-Ritratto di giovane pittore</li> <li>-Ritratto di fanciulla con Ventaglio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'arco di Tito</li> <li>-Paesaggio sul lido laziale</li> <li>-Le cascate del Serio</li> </ul>
<b>INTRATTENIMENTO PER CHI GUARDA</b>	<b>AFFETTO E SOLIDITÀ DATI DAL CONTATTO</b>	<b>SENSAZIONE DI FIDUCIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Veduta della piazza Grande di Bergamo</li> <li>-Il Canal Grande da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nozze mistiche di Santa Caterina d'Alessandria e Niccolò Bonghi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-San Girolamo che leva la spina al leone</li> </ul>

<i>Ca' Foscari verso il ponte di Rialto</i> <i>-Nascita di Maria</i> <i>-Storia di Virginia Romana</i> <i>-Paolo e Francesca</i> <i>-Caterina Cornaro riceve l'annuncio della sua deposizione dal Regno di Cipro</i>	<i>-Madonna di Alzano</i> <i>-Madonna con bambino</i> <i>-La memoria del nonno</i> <i>-Ritratto di Maria Gallavresi bambina con la madre</i> <i>-Paolo e Francesca</i>	<i>-Annunciazione</i> <i>-Tobiolo e l'arcangelo Raffaele</i>
--	--	---

Tab. 2. Suddivisione emotiva delle opere

Questa ipotesi di suddivisione non è stata confermata da quella originale che è composta, invece, da sole tre categorie che, però, non racchiudono tutti i dettagli selezionati.

<b>LA CURA</b>	<b>BERGAMO E IL TERRITORIO</b>	<b>I CAPOLAVORI E GLI AUTORI PIÙ CELEBRI</b>
<i>-San Girolamo che leva la spina al leone</i> <i>-Madonna di Alzano</i> <i>-Madonna con bambino</i> <i>-Madonna del latte</i> <i>-Ritratto di Maria Gallavresi bambina con la madre</i> <i>-Nascita di Maria</i>	<i>-Ritratto di gentiluomo ventinovenne</i> <i>-Ritratto di giovane pittore</i> <i>-Veduta della piazza Grande di Bergamo</i> <i>-Le cascate del Serio</i>	<i>-Storia di Virginia Romana</i> <i>-Caterina Cornaro riceve l'annuncio della sua deposizione dal Regno di Cipro</i> <i>-San Sebastiano</i> <i>-Ritratto di fanciulla con Ventaglio</i> <i>-Sacra famiglia con santa Caterina d'Alessandria</i>

Tab. 3. Suddivisione tematica delle opere compiuta dagli organizzatori del progetto

Nel 2021, le riproduzioni delle opere dell'Accademia Carrara in Humanitas a Bergamo hanno portato Alessandra Quarto, vicedirettore della Pinacoteca di Brera al momento dell'avvio del progetto di seguito esposto, a voler portare l'iniziativa anche in Humanitas a Rozzano.

Il progetto *Brera in Humanitas*, dunque, ha visto portare in ospedale, che vede passare tra i suoi corridoi dodicimila persone al giorno, ventitré dettagli tratti da alcuni dei capolavori presenti in Pinacoteca.

Gli ingrandimenti effettuati in scala 1:36 sono stati posti in varie zone della struttura ospedaliera, senza, però, comprometterne la funzionalità, e occupano uno spazio di 360 metri quadrati. Le immagini di tredici artisti - Bernardo Bellotto, Paris Bordon, Vincenzo Campi, Carlo Crivelli, Piero della Francesca, Filippo De Pisis, Francesco Hayez, Il Francia, Silvestro Lega, Lorenzo Lotto, Giulio Cesare Procaccini, Raffaello e Simon Vouet - sono ad

altissima risoluzione e sono state stampate su una speciale pellicola che riesce a riprodurre pennellate e piccole crepe o difetti, proprio come se ci trovassimo davanti alla tela vera e propria. Attraverso l'ingrandimento e la riproduzione effettiva della tela viene data una prospettiva inedita sui dipinti, modificando l'esperienza estetica a cui si è soliti all'interno di un museo.

Ogni parete artistica è associata ad una didascalia con approfondimenti su ogni opera in italiano e inglese e ad un Qr Code che rimanda al sito del progetto ([brera.in.humanitas.it](http://brera.in.humanitas.it)).

Questa esperienza è il risultato di una collaborazione tra due grandi istituzioni mosse da un'uguale passione per l'eccellenza, la qualità e una visione internazionale del proprio ruolo. Questa collaborazione, avviata nel 2021, si è sviluppata, con il sostegno dell'*Associazione Amici di Brera*, attraverso incontri, riflessioni, analisi dei dettagli e sopralluoghi nei reparti, anche per capire il peso psicologico che essi hanno sulle persone.

Nel mondo della sanità, in cui sta avvenendo una grande rivoluzione tecnologica, ha riferito Gianfelice Rocca, presidente di Humanitas, nella giornata di presentazione del progetto, bisogna essere in grado di unire innovazione e tecnologia con compassione, empatia e senso della direzione; riflessione ritenuta molto importante soprattutto dopo aver vissuto l'esperienza del Covid-19. Questo progetto, per il presidente, è una di quelle iniziative che servono per cercare insieme di trovare una via migliore verso il futuro dell'assistenza sanitaria.

Con *Brera in Humanitas* si è fatto sì che l'arte e la bellezza diventassero un elemento di unione tra gli utenti dell'ospedale, un principio di benessere e di meditazione per i degenti e gli operatori. Le opere mostrano azioni, volti, paesaggi che accompagnano il tempo di permanenza e di attesa dei pazienti e il tempo delle azioni di cura dei professionisti sanitari. La bellezza, con la sua capacità comunicativa, e la condivisione di emozioni diventano motivo di distrazione e di sostegno per chi entra in ospedale e per chi è sottoposto a processi di cura. Questo lo si capisce bene attraverso un video promozionale presente nel sito del progetto: la protagonista, una persona bisognosa di cura, entra in ospedale e, accorgendosi delle opere, viene catturata da quest'ultime che la fanno entrare in uno spazio museale immaginario facendole dimenticare del luogo in cui si trovava realmente.

Inoltre, come ha affermato James M. Bradburne, l'allora direttore della Pinacoteca di Brera e della Biblioteca Braidense, l'ospedale e il museo sono uniti dal fatto che quest'ultimo deve essere come un ospedale, deve esserci quando la cittadinanza ha bisogno - per imparare, per avere ispirazione, per consolarsi - e deve affiancare le persone dall'inizio alla fine, dalla nascita alla morte. Il museo, però, deve poter avvicinarsi anche a coloro che non possono entrare nel museo stesso, deve dare la possibilità di curare le persone attraverso uno spazio di bellezza, tranquillità e riflessione: a questo risponde l'iniziativa.

Alla base della selezione dei dettagli scelti ci sono gesti di riguardo, di

sostegno e di relazione, visi che rasserenano e consolano e paesaggi naturali e lombardi che danno vita a scorci sorprendenti. Sono stati ripresi anche particolari che molto spesso, nella stessa visita al museo, vengono tralasciati perché sono piccoli o posti dietro la scena principale. Inoltre, alcuni dipinti scelti non sono attualmente esposti al museo, ma in deposito. Ogni opera selezionata, ha spiegato in una breve intervista Alessandra Quarto, è stata il risultato innanzitutto di un sopralluogo nei reparti per capire che tipo di reparto ci si trovava di fronte e chi lo frequentava e, solo successivamente, di una profonda riflessione per la selezione dei dipinti tra i tanti possibili presenti nel museo. Il tutto doveva essere calibrato e doveva avere lo scopo di trasmettere serenità, armonia e conforto.

Inoltre, come è avvenuto per il progetto che ha coinvolto Carrara, anche in questo, il personale di Humanitas di Rozzano, quindi medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici, biologi, personale d'ufficio, ha potuto partecipare a delle visite guidate in Pinacoteca e a degli incontri che gli hanno permesso di avvicinarsi all'arte e diventare loro stessi in primis un punto di raccordo tra i dipinti del museo e gli altri colleghi e pazienti.

Tra le opere selezionate è presente *Il Bacio* di Francesco Hayez. I due protagonisti dovevano rappresentare l'amore per la propria patria e la speranza di un'unificazione dell'Italia dopo gli scontri avvenuti in quel periodo nominato Risorgimento e le guerre d'indipendenza. In questo caso, la sua scelta di esporla è stata derivata dal fatto che la tela è il capolavoro più famoso e iconico della Pinacoteca di Brera, ma, probabilmente, anche per il dolce gesto, parte dell'opera soggetta a ingrandimento, che i due giovani condividono. La sensazione di connessione e relazione tra i protagonisti sono fattori positivi all'interno di un ospedale.

Questo senso di contatto si ha anche nella sala d'attesa del Fertility Center dove figura *Gli amanti veneziani* di Paris Bordon, il quale rappresenta due giovani dallo sguardo assorto all'interno di una tensione sentimentale. Dell'opera pensata da Alessandra Quarto, è stato evidenziato il tocco delle mani. La decisione di usare quest'opera non è stata semplice, infatti, erano state valutate inizialmente altre possibilità come il dipinto di una Madonna con bambino di Giovanni Bellini nel dettaglio dell'incontro della mano di Gesù con quella della Vergine. Alla fine, la scelta non è ricaduta su questo quadro perché, da un confronto con psicologi e con le coppie che affrontavano la fecondazione assistita, si era capito che la figura del bambino con la mamma non era condivisa da tutti. Le mani dei due amanti che sono state posizionate, invece, vogliono trasmettere, proprio come il significato della cintura chiamata *pater nostro* racchiusa tra le loro mani, un senso di solidità e conforto, l'amore della coppia che si sostiene a vicenda, che è ciò che conta per coloro che affrontano un'esperienza così importante.

Un ingrandimento della mano è stato eseguito anche per la sala di attesa del reparto di Cardiologia dell'opera *Vaso di fiori sulla finestra di un harem* del già citato Hayez che richiama la gestualità dell'infermiere nel momento in cui

deve somministrare la flebo ai pazienti. Lo stesso dipinto, anche se in una porzione diversa, quella dei fiori, è stato inserito in Senologia così che sia una fonte di colore, di emozione, di bellezza, un simbolo che rimanda alla donna e alla purezza dei fiori.

Nell'ospedale è possibile attendere il ricovero immersi nel giardino del *Un dopo pranzo (Il pergolato)* di Silvestro Lega, con il quale si rimanda a un momento piacevole di relax in una giornata estiva, o prepararsi alla chemioterapia circondati dalle zucche della *Fruttivendola* di Vincenzo Campi, una delle sue quattro tele che rappresentavano allegoricamente i quattro elementi.

Un'altra tavola scelta è stata lo *Sposalizio della Vergine* dipinto da Raffaello nel 1504, opera importante sia per l'utilizzo della prospettiva che per i personaggi rappresentati. Il dipinto è stato utilizzato in due reparti diversi. Nella zona Check-up è stato inserito un ingrandimento del tempio di Gerusalemme con evidenziazione della porta della struttura che lascia intravedere la linea di confine tra cielo e terra per rappresentare l'orizzonte oltre le mura dell'ospedale e una speranza per chi è in quell'area, mentre in radiologia sono stati posizionati i volti dei personaggi in primo piano, perché questi visi sono ricchi di grazia, delicatezza e pacatezza.

Normalmente, il personale interno cammina verso gli spogliatoi al piano -1 lungo un corridoio senza finestre di circa 20 metri. Per questo motivo, nelle pareti di questo spazio, è stato inserito il panorama lombardo creato da Bernardo Bellotto nella *Veduta di Villa Perabò poi Melzi a Gazzada* e nella *Veduta di Gazzada*, entrambe commissionate dai fratelli Gabrio e Giuseppe Parabò, esponenti di spicco del governo milanese. Del quadro con la villa è stato preso un ingrandimento dello sfondo con il lago di Varese e le montagne, dell'altro un ingrandimento della parte alta del borgo e paesaggio annesso. Il vedutista Bellotto, al contrario di Canaletto, fotografa i paesaggi in un momento chiaro del giorno, in una luce specifica, e questo lo si vede anche dagli ingrandimenti. La scelta di tali opere è stata eseguita in modo tale che i professionisti sanitari fossero proiettati in una nuova dimensione, in una nuova visione e si è scelto quel corridoio proprio per partire da coloro che assistono i pazienti ogni giorno.

I toni azzurri e verdi e le acque placide che nell'*Annunciazione* di Francesco Raibolini, detto il Francia, fanno da sfondo alla scena principale, in Humanitas diventano un'opera autonoma in un atrio che porta alla degenza oncologica. Un dettaglio minuscolo nell'opera a Brera è diventato, grazie agli scatti fotografici ad altissima risoluzione, un quadro a sé stante che quasi non si percepisce essere parte del dipinto del Francia.

Nella *Madonna col Bambino e santi, angeli e Federico da Montefeltro (Pala di San Bernardino)* di Piero della Francesca è stato evidenziato il dettaglio architettonico della conchiglia che, con il suo essere simbolo di vita e nascita, basti pensare alla nascita di Venere nel dipinto di Botticelli, era, per la signora Quarto, il giusto dettaglio da inserire nel desk in cui poi è stato collocato.

Lo *Sposalizio mistico di Santa Caterina* di Giulio Cesare Procaccini che si trova in una sala vicino alla cappella e il *Ritratto di Laura da Pola* di Lorenzo Lotto sono stati inseriti ingrandendo i visi per andare a evidenziare le emozioni negli sguardi, così come il *Ritratto di giovane donna* di Simon Vouet guarda lo spettatore con dolcezza e accennando un sorriso. Altre opere scelte sono *Incoronazione della Vergine con la Trinità e santi* di Carlo Crivelli, di cui è stata scelta la leggerezza degli angeli musicanti, e *Fiori alla finestra* di Filippo de Pisis, il cui soggetto dell'opera è la bellezza della Natura che ha una forza vitale che non conosce ostacoli (<https://brera.in.humanitas.it/>).

Entrambi i progetti, basandosi su una matrice comune, sono stati spinti dall'idea di diffondere la bellezza dell'arte anche in luogo in cui si pensa che la bellezza non possa esistere. La bellezza, e ciò che comporta, invece, è importante nella vita quotidiana dell'uomo, ma, soprattutto, è fondamentale per chi, l'aria di una struttura ospedaliera, la respira tutti i giorni o occasionalmente.

*La Carrara in Humanitas* e *Brera in Humanitas* sono il risultato di un ragionamento per nulla scontato atto a umanizzare gli spazi ospedalieri, a renderli vivibili per le persone. Sicuramente, il fatto di aver attuato una collaborazione tra musei e un'istituzione ospedaliera di stampo privato ha agevolato la riuscita del progetto, ma, visti i risultati positivi che si sono ottenuti, sarebbe opportuno ampliare il raggio di azione di quest'iniziativa arrivando anche nelle strutture del Servizio Sanitario pubblico.

In Italia, inoltre, rispetto ad altri Paesi europei e oltreoceano, questa esportazione della bellezza dall'interno dei musei verso l'esterno (di solito avviene il contrario, cioè sono i pazienti ad andare al museo e non ad essere raggiunti da esso), sarebbe agevolata dal fatto che ogni regione è uno scrigno di cultura e anche piccole cittadine posseggono collezioni artistiche.

Dunque, si spera che, anche grazia alla presentazione del progetto *Opere in Parole* in diversi festival scientifici e culturali d'Italia come il Trieste Next 2021, il BookCity Milano 2021, il Festival della Scienza di Genova 2021 e il Letteratura Festival di Salerno nel 2022, più ospedali facciano loro l'esperienza attuata in Humanitas in modo che l'arte, che non deve per forza essere vista come terapia, diventi ciò che può cambiare il modo di vivere l'ospedale e svelare la sua umanità.



## CAPITOLO III

### L'arteterapia

#### 3.1 Il potenziale terapeutico dell'arte e il suo sviluppo in ambito ospedaliero

Quella tra arti e salute-malattia è una relazione antica. L'arte, infatti, è da sempre stata un mezzo che permette di guardarsi dentro, un modo per curare ferite non visibili e per confrontarsi in maniera diretta con il dolore, la paura e la sofferenza. Per lungo tempo e molto spesso, la creazione artistica è stata associata a uno stato patologico, se non a una vera e propria forma di disagio mentale, fino a giungere al cliché dell'artista folle. Questo perché, così come l'atto creativo travolge e trasforma gli spazi della certezza e mette in discussione un determinato equilibrio, allo stesso modo si comporta la follia (De Luca, 2017). Quest'ultima e coloro che vengono definiti folli diventano, perciò, una tematica che non di rado gli artisti rappresentano nelle loro opere. Di esempi ce ne sono vari. Dalla raffigurazione della medicalizzazione della follia nel Medioevo e nel Rinascimento nordico in cui molti artisti dipingevano l'estrazione della pietra, considerata la causa della follia, dalla testa delle persone ritenute pazze alla *Nave dei Folli* di Sebastian Brant del 1494 e di Hieronymus Bosch del 1490-1500 che rappresentavano iconograficamente la consuetudine del nord dell'Europa di abbandonare i folli su navi che navigavano senza meta, dalla *Testa di uomo urlante* di Leonardo alla *Malle Babbe* di Frans Hals che dipinse una donna dal carattere animalesco con una civetta sulla spalla a simboleggiare un comportamento sbagliato. Il problema di tutte le varie immagini che volevano rappresentare il diverso, però, era quello di dar voce a degli stereotipi che rendevano, così, tutte uguali le opere che li raffiguravano. Questo, tuttavia, non successe con Théodore Géricault, il quale, nel suo *Ciclo degli Alienati*, aggiunse un certo grado di individualizzazione che porta a non dubitare di avere davanti agli occhi ritratti eseguiti dal vero, anche se, alcuni aspetti tipizzanti, a partire dai titoli stessi delle opere, persistono. Nonostante ciò, era presente un sostanziale sbilanciamento verso la soggettività derivata dall'osservazione diretta dei pazienti del manicomio. Géricault aveva rappresentato, anche per volere del medico e amico Étienne Georget, una serie di monomanie che dovevano essere la prova del fatto che la follia era a tutti gli effetti una malattia con particolari sintomi. Il folle, dunque, attraverso le sue opere, diventava una persona con una sua dignità, una persona a cui mostrare compassione e solidarietà (Ferraris, 2014).

La follia, però, è un concetto che non solo ha una ricaduta nel lavoro degli artisti stessi, ma viene affrontato in termini artistici anche in ambito scientifico. Per esempio, lo psichiatra tedesco Emil Kraepelin trattava i disegni e altre opere realizzate dai propri pazienti come chiave di accesso alla loro complicata interiorità e per dimostrare una connessione tra la creatività

artistica e la psicosi maniaco-depressiva.

La capacità delle immagini visive di essere legate alle emozioni e al nostro inconscio, dunque, è stata confermata anche dalla psicologia e dalla psicoanalisi che, fin da subito, hanno avuto un certo grado di familiarità con il mondo dell'arte (De Luca, 2017).

Fu proprio grazie al contributo di queste discipline e alle ricerche di Sigmund Freud che si superò il considerare l'attività artistica come mera manifestazione dell'interiorità e si iniziò a racchiudere in essa un effetto terapeutico. Secondo Freud, infatti, la vita interiore di una persona e il suo oggetto artistico erano relazionati in maniera diretta e, attraverso l'arte, il soggetto poteva esprimere desideri di natura erotica e/o aggressiva. Fu così che le attività espressive di chi manifestava disturbi psicotici vennero viste in modo diverso e sfruttate anche per la loro qualità terapeutica e per le loro possibilità comunicative.

Il legame tra arte e psicologia dell'essere fu analizzato anche dallo psichiatra e psicoterapeuta Hans Prinzhorn che, avendo intuito la connessione tra schizofrenia e creatività, propose approcci innovativi, tra cui il gioco e l'espressione artistica, come strumenti per accostarsi al disagio mentale.

Anche Ernst Kris, psicoanalista e storico dell'arte, considerava l'attività artistica come potenziale veicolo di emotività e di contenuti psicologici consapevoli e non consapevoli. Di conseguenza, diventava significativa una figura professionale che operasse con il paziente e avviasse con lui una relazione basata sull'empatia. Tra queste figure si può annoverare Friedl Dicker Brandeis che, trasferitasi a Praga nel 1934 in un'Europa sempre più sottomessa al nazifascismo e diventando educatrice artistica per i bambini che vivevano nel ghetto di quella città, capì come l'arte poteva diventare uno strumento per contrastare le discriminazioni e per processare i traumi, i lutti e le violenze che i suoi giovani allievi erano costretti a sopportare.

Altra figura centrale nell'affermazione della connessione tra arte e interiorità è quella di Margaret Naumburg la quale, negli anni Trenta, iniziò a diffondere programmi di arte per pazienti psichiatrici concretizzati sull'idea che l'arte reca in sé le potenzialità per sbloccare la parte inconscia di ciascun individuo. In Gran Bretagna, Susan Bach scoprì come i pazienti con determinate patologie mentali usavano nelle loro opere elementi ricorrenti e, da questo studio, formulò il concetto per cui l'attività creativa potesse diventare un supporto per diagnosticare, trattare o individuare in anticipo alcune malattie mentali.

Questo uso dell'arte da parte dei malati interessò anche diversi artisti. Per esempio, il pittore e scultore Jean Dubuffet fu sempre attratto dalle opere realizzate da chi si trovava a vivere nei manicomi fino a trovare in esse un'ispirazione per la sua stessa produzione. Tra gli anni Cinquanta e Sessanta Dubuffet tenne, quindi, molte retrospettive in Europa e in America per mostrare non solo la sua arte, ma anche quella di pazienti da lui ritenuti validi, promuovendo così l'Art Brut, cioè l'arte dei folli (Abbenante et al., 2020). Le

raccolte degli elaborati di chi era malato risultavano essere di rilevanza non indifferente perché erano la prova visiva degli esiti di un percorso, erano un modo per capire se il processo terapeutico stesse dando dei buoni esiti e, quindi, se era presente un principio di guarigione o recupero (Borgese, 2015). Oltre a questi artisti che si interessarono al prodotto artistico risultante da una particolare condizione, anche i pittori stessi fecero dell'espressione artistica una concreta possibilità comunicativa della loro esperienza di vita interiore. Secondo il loro giudizio, le immagini avevano la capacità di comunicare emozioni senza dover utilizzare un canale razionale e, proprio per questo, molto spesso, le opere diventavano l'esteriorizzazione di un malessere interno non verbalizzabile e, talvolta, un modo per superare momenti difficili. I lavori artistici, dunque, potevano arrivare ad essere non più solo un veicolo di comunicazione di qualcosa verso l'esterno, ma una creazione con la quale rapportarsi con l'Io stesso. La capacità artistica veniva sfruttata per andare a rappresentare una particolare condizione dell'artista ma, nel medesimo tempo, poteva essere essa stessa influenzata dalla malattia (Andreoli, 2020). Le patologie, in particolare psichiatriche come schizofrenia o bipolarità, infatti, non solo possono avere una ripercussione sull'immaginazione e sulla creatività, ma possono causare ricadute anche sullo stile, per esempio comportando la ripetizione di determinati soggetti o colori. Tra i vari casi possibili si può annoverare l'artista rinascimentale Michelangelo che, affetto da alcuni mali di natura psichica, trasformava i suoi disturbi in personaggi dipinti. Ne è una dimostrazione la pelle scorticata tenuta in mano da San Bartolomeo nel *Giudizio Universale* che rappresenta un suo autoritratto dolorante o il *Geremia*, sempre nella Cappella Sistina, il cui volto è estremamente malinconico, probabilmente segnale della sindrome maniaco-depressiva del pittore. Anche Francisco Goya, a causa di un'encefalopatia dovuta a un'intossicazione da piombo e con conseguente sordità, alterazione della personalità e depressione, inserì nelle sue opere le prove delle sue condizioni: popolò le sue scene con figure allucinate e mostri a simboleggiare anche uno stato di emarginazione e afflizione.

Altri due artisti dell'Ottocento ripresero nei propri lavori le loro condizioni di salute: James Ensor e Vincent Van Gogh. Il primo si riteneva soffrisse di una sindrome schizoide che lo portava a dipingere, come conseguenza di visioni, strane figure con volti alterati, angosciati, intimoriti e ossessivi. Il secondo era affetto da allucinazioni e attacchi epilettici che lo portavano a stati di depressione, ansia e confusione mentale. Il suo malessere si può vedere rappresentato nei dipinti: dalla profonda malinconia che caratterizza il *Ritratto del dottor Gachet* alla disperazione che si percepisce in *Sulla soglia dell'eternità*, dall'assenza di gioia e dalla presenza di solitudine in *Campo di grano con volo di corvi* alle effettive conseguenze del suo stato di salute nell'*Autoritratto con orecchio fasciato e pipa*, solo per citare alcune dei suoi lavori.

*L'urlo*, opera molto nota, è uno dei quadri simbolo della sofferenza di Edvard

Munch, in esso viene espresso tutto il disagio esistenziale che affliggeva il pittore. Egli era segnato dalla tubercolosi e da una malattia mentale, una psicosi: considerava entrambe terribili nemiche dell'umanità. I vari lutti che dovette affrontare nel corso della sua vita si rifletterono nei dipinti, nei quali è in evidenza un senso di emarginazione e incomunicabilità che trapelano anche attraverso un uso molto forte del colore (Pregolato, 2013). In tempi più recenti, l'artista giapponese Yayoi Kusama ha usato il mezzo artistico per esorcizzare i suoi tormenti. Fin da piccola ha sofferto di disturbi della personalità, di allucinazioni e di ansie ossessive, il tutto aggravato anche da una situazione familiare instabile. Inizialmente, come terapia, decise di dedicarsi alle arti visive disegnando ciò che vedeva, anche se fantastico. Successivamente, ha iniziato a trasportare le sue ossessioni su tele e pareti tramite un'infinità di puntini creati con gesti ripetitivi e convulsi (Bagliato, 2018).

I dipinti possono essere anche una forma visuale dell'evoluzione della malattia. Ne è un esempio Louis Wain che, nonostante il suo essere sempre più psicotico e colpito da depressione, continuò a dipingere e questo lo ha portato a creare una serie di dipinti con un unico tema, i gatti, che raccontano involontariamente il progresso del suo stato mentale. Infatti, da dipinti raffinati raffiguranti gatti passò a rappresentare felini dall'aspetto psichedelico e sempre più basati su figure geometriche astratte (Pregolato, 2013).

L'arte, dunque, può assumere un valore clinico e diagnostico perché in essa può essere letta una determinata condizione di salute o di malessere e un'evoluzione di uno stato clinico e perché con essa si possono osservare delle connessioni tra alcune modalità espressive e specifiche patologie.

Inoltre, l'arte o, meglio, la creatività, come si è visto fino ad ora, può essere affiancata a una dimensione più terapeutica capace di liberare, ma anche rielaborare le emozioni, sia attraverso l'esperienza creativa in quanto tale, sia mediante elementi simbolici (Ferrari, 2013).

La possibilità dell'arte di veicolare emozioni, anche inconsce, fu subito ritenuta importante in ambito sanitario, tanto che alcuni ospedali psichiatrici in Italia e in Europa aprirono al loro interno degli atelier artistici per iniziare una terapia occupazionale, ma anche con intenti diagnostici visto che le opere realizzate potevano essere un mezzo con cui indagare situazioni psicopatologiche (De Luca, 2017).

Tra gli esempi di arte come terapia occupazionale si può riportare il caso di Ernst Ludwig Kirchner che, durante la sua permanenza nel sanatorio Kohnstamm a Königstein, a nord di Francoforte, a causa di un esaurimento psichico e fisico a seguito del suo servizio in guerra, rispose positivamente al suggerimento del Dottor Kohnstamm di dipingere degli affreschi nel soffitto della sala da pranzo. Questo perché il medico pensò che, essendo la superficie da dipingere molto ampia, il paziente avrebbe potuto trovare terapeutico affrontare tale sfida (Cork, 2012).

Fu negli anni Quaranta, al St. Elizabeth's Hospital di Washington, che i primi casi di utilizzo della terapia artistica in strutture ospedaliere psichiatriche furono documentati; lì, l'arteterapia, durante e dopo il secondo conflitto mondiale, risultò avere un ruolo positivo nel trattamento dei traumi dei soldati causati dall'evento bellico. Tra le esperienze di questo tipo si può prendere in considerazione anche quella di Adrian Hill in Inghilterra, un artista che, durante la sua convalescenza in ospedale, rilasciava la sua nostalgia e inquietudine dipingendo. Cominciò a condividere con gli altri infermi i positivi effetti dell'attività creativa e risultò che alcuni pazienti riuscirono, anche loro, attraverso il disegno e la pittura, a comunicare la paura e la tribolazione che avevano vissuto nel campo di battaglia. Al termine della guerra, Hill lavorò nell'ospedale convertendosi nel primo terapeuta artistico (López Romero, 2004). Egli lavorò anche nel tubercolosario Edward VII dove cercava di ridurre l'ansia e tranquillizzare l'animo dei convalescenti attraverso le arti visive (Borgesi, 2015).

Il binomio ospedale e arte, perciò, diventò sempre di più un abbinamento naturale, non solo perché ammalati e artisti avevano entrambi l'ambizione di ricercare il meglio per confermarsi ancora, e di più, in società (gli artisti si isolavano per tornare alla società con il meglio di sé, così come gli ammalati volevano fare attraverso la guarigione), ma anche per scopi terapeutici.

Inoltre, in tempi più recenti, alcuni studi hanno fatto notare come la cultura e l'arte aiutino le persone nella loro vita di tutti i giorni e i risultati positivi non possono che incoraggiare l'utilizzo di forme artistiche in luoghi in cui è viva la presenza della malattia, del malessere e del disagio (Truccolo, 2002).

L'arte e la cultura, dunque, molto spesso considerate in Italia come semplice intrattenimento, possono assumere tutt'altro spessore, dimostrandosi un ristoro in grado di evitare l'insorgenza di malattie croniche, assicurare una maggiore durata della vita e affievolire le ricadute dello stress sulla salute generale (Grossi, 2017). Le pratiche artistiche possono diventare così il mezzo con cui pazienti e malati all'interno delle strutture ospedaliere possono esprimere le loro emozioni visibili o nascoste. L'arte aiuta a "sentire" e a "sentirsi", a dar voce al proprio vissuto, ma anche a raggiungere una certa consapevolezza e accettazione della malattia (Lissi et al. 2021).

Questo uso dell'arte con effetto terapeutico si è sviluppato in una disciplina autonoma, la già citata arteterapia, la quale ha visto acquisire, negli ultimi anni, sempre più forma e valenza, oltre che un legame con l'attività clinica in senso stretto, nonostante i difensori della medicina tradizionale basata su un metodo scientifico inizialmente non sempre l'abbiano accettata.

Come visto precedentemente, fin da subito l'arteterapia è stata indicata primariamente come mezzo di sostegno nelle cure di persone psichiatriche. Per i medici, infatti, fu evidente che questi pazienti riuscivano a comunicare meglio attraverso una attività creativa, piuttosto che mediante le parole. I risultati positivi ottenuti portarono a voler utilizzare queste tecniche anche in pazienti con altri disturbi, come ad esempio quelli dell'umore e dell'ansia, nei

quali si riscontrò un aumento dell'autostima, una maggiore consapevolezza di sé e un progresso sul lato dell'interazione sociale.

Con il tempo, l'utilizzo dell'arte come terapia andò ad affermarsi anche nel campo della riabilitazione di persone con danni neurologici e con handicap fisici. Il potersi esprimere in attività artistiche, infatti, aiuta a non negare la propria disabilità, a rafforzare la propria indipendenza e a dar vita a relazioni sociali più solide. Si usufruisce dell'arte anche nel momento in cui si va a trattare malattie molto gravi tra cui l'HIV e i tumori.

È evidente che dall'arteterapia possono arrivare notevoli benefici per i malati, tra cui la possibilità di esprimere le proprie emozioni, un incremento dell'autostima e una percezione migliore di se stessi (Abbenante et al., 2020). La positività di un percorso artistico è stata confermata anche da studi che, attraverso risonanze magnetiche, hanno dimostrato che l'irrorazione sanguigna del cervello aumenta durante lo svolgimento di attività creative, mentre, attraverso l'elettroencefalogramma, hanno riscontrato che tali attività portano a uno stato vigile e rilassato, tipico della meditazione, e a un aumento della serotonina (Borgese, 2015). Il vantaggio dell'arte, infatti, è proprio quello di avere la capacità di ridare vitalità e riempire di energie, oltre che predisporre le persone a un'apertura verso gli altri (Accursio e Giovino, 2017).

L'arteterapia può essere considerata come una forma di psicoterapia condotta da soggetti qualificati che utilizza l'arte, insieme al colloquio, come modalità di espressione per ridurre il disagio, arricchire la vita degli individui, migliorare la salute mentale ed emotiva, promuovere il senso di autostima e sviluppare empatia (<https://baat.org/art-therapy/what-is-art-therapy/>).

In maniera forse meno scientifica, ma più introspettiva, Coll Espinosa parla di arteterapia come qualcosa di simile a un sogno ad occhi aperti che fornisce la sicurezza del pensiero e il senso di permanenza dell'interiorità. Essa viene considerata dallo studioso come un viaggio svolto sul veicolo delle emozioni, un viaggio che porta, attraverso strade non sempre facili da percorrere, verso la conquista di nuovi spazi di vita che, pur essendo a volte sconosciuti, non sono altro che un'estensione della propria storia, del proprio modo di essere. È un viaggio che transita e trascende il tempo perché è un momento di creazione ed è un'esperienza che si compie a partire dalla parte più intima di se stessi, dal bisogno di vivere l'io in maniera diversa, dove ragione e intimità si intrecciano (Coll Espinosa, 2006).

L'arteterapia, in qualsiasi caso, può essere considerata come promotrice della salute e della guarigione e come un mezzo vantaggioso per trattare la sfera dell'emotività e dell'immaginazione, per esprimere l'interiorità di colui che crea. L'opera artistica, quindi, diventa la modalità con la quale poter far venire in superficie le proprie sensazioni e comprenderle. Essa, inoltre, grazie alla sua concretezza, risulta essere analizzabile sia per chi la realizza, ma anche per chi la osserva, permettendone in questo modo una riflessione ed eventualmente un'interpretazione. L'arteterapia, perciò, riesce a rendere

concreto e visibile qualcosa che, invece, non è accessibile a tutti, a volte nemmeno allo stesso paziente. Ciò che può risultare importante è anche il processo che porta alla creazione di un'opera e non solo il prodotto risultante in sé, il quale diventa il medium di collegamento tra paziente e arteterapeuta (Abbenante et al., 2020).

L'uso terapeutico dell'arte è una delle strade che permette l'umanizzazione delle cure mediche, ponendo l'attenzione sull'individuo in quanto tale, con i suoi bisogni, le sue emozioni, le sue paure e le sue richieste. L'arte riesce a creare un aiuto concreto per i pazienti che si sentono così accolti, ascoltati, compresi nella loro sofferenza.

Con l'arteterapia si può aiutare il paziente nel processo di guarigione o, quando questo non è fattibile, accompagnarlo attraverso la miglior qualità di vita possibile verso la parte finale della propria esistenza. Essa rappresenta un'esperienza che può mitigare l'impatto psicologico della malattia e alleviare il peso di un ricovero; non deve essere considerata come un insieme di semplici tecniche alternative o ludiche, ma come dei veri e propri interventi strutturati da professionisti. Queste tecniche non hanno sempre bisogno di parole: un gesto, un movimento, un suono può favorire la comunicazione, accendere un ricordo, alleviare un dolore.

L'arteterapia che si svolge all'interno di ospedali deve adattarsi a particolari condizioni e contesti, anche perché gli spazi ospedalieri non sono stati strutturati per queste attività. Deve tenere conto dell'esperienza ospedaliera che il paziente sta vivendo e questa si differenzia in base al reparto, alla durata del ricovero, all'età del malato. Tutto questo influisce sull'impatto emotivo dell'ospedalizzazione della persona che viene condizionato anche dalla storia personale e precedente al ricovero (Lissi et al. 2021).

Uno dei suoi punti di forza è che l'uso della parola non è una condizione fondamentale e questo è positivo soprattutto per chi possiede difficoltà espressive in ambito verbale. Il linguaggio verbale, comunque, può prendere parte alla pratica se la patologia dei pazienti lo consente, ma i commenti vocali, generalmente, possono indebolire la spontaneità del dialogo non parlato e, in molti casi, l'efficacia terapeutica. Allo stesso tempo, però, la verbalizzazione può diventare utile nel momento in cui la persona ha bisogno di interiorizzare i propri vissuti emotivi (Abbenante et al., 2020).

Con questa tipologia di terapia si cerca di arrivare a uno sviluppo dell'individuo in cui le aree sane vadano a bilanciare quelle colpite e in cui la resilienza, allenata e sviluppata attraverso l'arte, diventi una competenza per affrontare situazioni avverse. Per esempio, per i pazienti oncologici che subiscono con la loro malattia un forte dolore fisico ed emotivo, essa può essere una possibilità per vedersi affiancare a trattamenti farmacologici terapie complementari per alleviare la loro situazione emotiva e migliorare la loro qualità di vita. In ogni fase del cancro, infatti, è comune trovare pazienti ansiosi o depressi, ed è per questo motivo che è importante fornire loro strumenti di espressione non verbale che consentano di affrontare le paure e

le nuove emozioni (Méndez Suárez, 2022).

L'arteterapia è flessibile e poco invasiva e questo permette di trattare i problemi di un determinato soggetto, siano essi di natura fisica o psicologica, in maniera indiretta, sia in un contesto individuale sia in un contesto di gruppo.

Nella terapia individuale la relazione che si viene a creare tra terapeuta e paziente permette di far emergere conflitti, affetti e relazioni che si manifestano all'interno della mente di chi viene curato. Questa relazione, basata su fiducia ed empatia, rappresenta la chiave di cura dell'intero processo.

L'intervento arteterapico già singolarmente è potenzialmente portatore di cambiamenti e, nella dimensione di gruppo, risulta essere ancora più importante perché riesce ad alleviare una possibile solitudine e mancanza di sostegno sociale. Inoltre, può mettere in evidenza alcuni comportamenti propri del singolo individuo che altrimenti non si sarebbero conosciuti e, di conseguenza, analizzati. All'interno del gruppo terapeutico è necessario abolire il giudizio sull'altro e stabilire un clima di accettazione ed inclusività che deve coinvolgere tutti i suoi membri. Questa modalità consente a ciascuno dei partecipanti di capire di non essere l'unico a vivere una situazione difficile, ma di trovarsi, ognuno con il proprio bagaglio di esperienze, in un contesto in cui si condividono disagi simili tra loro. Il gruppo, dunque, attraverso delle discussioni riesce a far sentire il singolo rassicurato e circondato da sostegno, ma, allo stesso tempo, il confronto riesce ad essere, per tutti i membri, un'opportunità di crescita.

Nel lavoro di gruppo, durante la fase di creazione, i pazienti possono condividere tra loro opere e pensieri e questo comporta la possibilità per i malati di conoscersi e riconoscersi nella relazione con le altre persone e per l'arteterapeuta di osservare il lavoro del singolo in un ambiente florido di azione e reazione.

Nel caso di questo tipo di arteterapia, si devono prendere in considerazione anche gli aspetti clinici riguardanti il singolo paziente in maniera tale da non accostare tra loro patologie incompatibili. Inoltre, lavorare con un piccolo gruppo risulta la scelta migliore perché, in questo modo, si possono seguire in modo più attento i partecipanti ed è più probabile che si riesca a risolvere con maggiore facilità i problemi che sorgono durante la fase di elaborazione creativa (Abbenante et al., 2020).

L'arteterapeuta, in generale, deve seguire un metodo, l'attività che svolge deve essere strutturata e le linee generali possono essere adeguate al reparto in cui si ritrova. Solitamente, una delle fasi iniziali deve prevedere che l'operatore crei un contatto, una relazione, una comunicazione con i pazienti che, per decisione del personale infermieristico, possono ricevere la sua visita. Vengono esclusi coloro che hanno uno stato di salute che non permette queste attività o chi, per propria volontà, decide piuttosto di riposare. Una volta che il professionista si trova davanti a queste persone e ha presentato se stesso e

il proprio lavoro, cerca di creare un contatto attraverso una conversazione che getti le basi per un futuro rapporto in cui ci si senta liberi di esprimersi. L'operatore deve così creare una relazione empatica e di condivisione. Fatto ciò, presenta i vari strumenti a disposizione e il lavoro che si andrà a fare specificando che non serve alcun tipo di bravura, ma semplicemente estrapolare le emozioni del momento.

L'arteterapeuta osserverà i colori scelti, le immagini, i pieni e i vuoti lasciati, il segno, la pressione sul foglio e così via. Il paziente, poi, sarà invitato a comunicare cosa la sua opera gli sta dicendo. Alla fine della seduta, l'arteterapeuta dovrà chiedersi se gli obiettivi, come liberazione delle emozioni, accoglimento del proprio vissuto, presa di coscienza delle proprie risorse e delle possibilità di trasformazione, siano stati raggiunti e, se così non fosse, quali siano stati gli impedimenti che non hanno portato al risultato sperato (Lissi et al. 2021).

L'arte negli ospedali può coinvolgere, come è già successo, anche i musei che possono prevedere per pazienti e persone con determinate patologie sia visite alle loro collezioni, ma anche attività da svolgere presso i luoghi di cura. In particolar modo, le esperienze fino ad ora proposte si sono concentrate principalmente sui pazienti con malattie dello spettro psico-cognitivo e sui reparti pediatrici che, avendo sezioni scolastiche, hanno una facilità maggiore di inserire iniziative e programmi di educazione museale (Moss e O'Neill, 2016).

Parlando di arteterapia, e in generale della presenza dell'arte negli ospedali, bisogna sottolineare come il sistema pubblico non riesca più a sostenere spese che vadano al di là dell'assistenza. Per questo motivo è il terzo settore, cioè organizzazioni di volontariato, fondazioni, cooperative, ONLUS, che si prende carico di gestire progetti rivolti a pazienti di varie età e affetti da patologie diverse (Macrì e Pastore, 2019). È da ricordare anche, che l'obiettivo dell'istituzione ospedaliera non è l'impegno nell'arte e, pertanto, gli alti livelli di preoccupazione per il rischio, il controllo delle infezioni e la sicurezza possono influenzare gli atti creativi possibili in questi ambienti (Moss e O'Neill, 2016). Questo, però, non nega il fatto che la creatività e il produrre arte generi benessere e migliori la qualità della vita.

### 3.2 La figura dell'arteterapeuta

All'interno di un ospedale l'équipe è composta da medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, ma anche psicologi, assistenti spirituali e arteterapisti. Quest'ultimi, attraverso i colori, le immagini, le parole, i suoni e i movimenti, riescono ad aiutare i pazienti a gestire le loro emozioni, ma anche a far interagire nel migliore dei modi malati e sanitari (Lissi et al. 2021). I primi arteterapeuti erano artisti o docenti di arte interessati ad aspetti psicologici o sociali delle persone, ma non solo (López Romero, 2004).

Per l'inizio dello sviluppo di questa figura è da ricordare il lavoro svolto dal

già citato Ernst Kris, il quale sosteneva la necessità di una persona con qualifica professionale che dedicasse il proprio tempo al paziente e interagisse con lui instaurando una relazione di tipo empatico nel momento in cui l'attività creativa veniva usata come potenziamento dell'emotività e come mezzo per rivelare contenuti psicologici consci e inconsci. Kris, dunque, può essere visto come un anticipatore di quella che diventerà la professione dell'arteterapeuta che interagisce con i malati adoperandosi per fornire loro gli strumenti fondamentali affinché possano comunicare al di là dei tradizionali mezzi verbali.

Tra i precursori di questa nuova professione, si può menzionare anche la già nominata Friedl Dicker Brandeis, nata a Vienna nel 1898 e allieva di importanti maestri d'arte come Franz Cizek, ma anche Paul Klee, Vasilij Kandinskij, Walter Gropius nel momento in cui decise di proseguire la sua istruzione alla Bauhaus. Dopo essere emigrata a Praga e aver lavorato nel ghetto come insegnante d'arte, nel 1942, Friedl venne deportata nel campo di transito di Terezin, dove, con i suoi laboratori artistici, si pose l'obiettivo, avendo capito che l'esperienza creativa poteva essere un aiuto per i bambini, di favorire una stabilità emozionale ai piccoli imprigionati, ma anche di metterli in contatto con le loro parti più vitali.

Queste prime esperienze di persone che accompagnano nella creazione coloro che hanno bisogno di raccontarsi mediante l'arte, hanno poi condotto, in maniera progressiva, a far emergere ed evolvere, sempre di più, la figura dell'arteterapeuta come soggetto in grado di aiutare il paziente e di permettergli di esaminare e interpretare la creazione artistica prodotta.

I terapeuti dell'arte dovevano essere, così come oggi, figure professionali aventi le giuste nozioni per fronteggiare il loro compito e, quindi, era considerato appropriato fornire loro una consona formazione accademica (Abbenante et al., 2020). Edith Kramer, per esempio, nel 1976, stilò un programma universitario per insegnare le basi dell'arteterapia ed esso fu inserito nei possibili piani didattici della New York University dove lavorò fino all'età di novant'anni. Kramer, nata a Vienna nel 1916, fu allieva di Friedl Dicker Brandeis e, nel 1938, per sfuggire alle leggi razziali, dopo aver affiancato Friedl nel suo lavoro nel ghetto di Praga, emigrò a New York. In questa città, iniziò a mantenersi attraverso la sua stessa attività artistica e lavorando come insegnante d'arte con i ragazzi dei quartieri più poveri e presso luoghi di cura di neuropsichiatria infantile, dove ebbe modo di organizzare i suoi laboratori artistici con valenze terapeutiche. La metodologia di Kramer, chiamata *Arte come terapia*, era basata sull'idea secondo cui l'espressione artistica e creativa dovesse essere il fulcro di un percorso terapeutico: la possibile cura derivava dai processi psicologici che si attivavano durante il lavoro artistico. Fu così che rivolse, nei suoi studi di arteterapeuta, tutta la sua attenzione al procedimento creativo e alle potenzialità dei materiali artistici. L'arte, secondo lei, dava la possibilità di attivare un processo che portava a un equilibrio in grado di produrre opere

strutturate e importanti da un punto di vista dell'emozioni e arricchenti da un punto di vista simbolico, di maturazione e di crescita per chi le creava. Le opere risultanti, comunque, rimanevano in secondo piano rispetto al processo creativo in cui energie, sentimenti, vissuti si muovono in maniera sinergica. Durante la creazione, a fianco del paziente, per una funzione di supporto e aiuto, doveva esserci la figura dell'arteterapeuta che, secondo Kramer, doveva essere un artista. Questo perché l'artista è consapevole dei processi artistici e dei materiali, due condizioni indispensabili per poi avere quell'intuizione necessaria all'interno della relazione terapeutica. L'arteterapeuta doveva riuscire a diventare un'estensione del paziente, doveva essere empaticamente vicino all'immaginazione creativa dell'altro, intervenendo in maniera attiva, anche con chiarificazioni di intenti, ma senza imporre uno stile, anzi, favorendo il più possibile la sua autonomia. Questo sostegno non invasivo viene esplicito da Edith Kramer con il concetto della "terza mano", cioè la capacità del terapeuta d'arte di facilitare il paziente a superare i suoi blocchi attraverso un supporto non legato ad un'imposizione di una propria visione. La sua allieva Elizabeth Stone, inoltre, sottolinea come l'arteterapeuta non debba anticipare le interpretazioni possibili perché, altrimenti, in questo modo, andrebbe a sostituirsi al paziente (Gandini, 2015). L'operatore di arteterapia si trova a lavorare in un contesto in cui si presentano forti emozioni come dolore, frustrazione, rabbia e tristezza. Per questo motivo, deve essere una persona adeguatamente formata attraverso un percorso che gli permetta di sviluppare le capacità relazionali, emotive e professionali adatte per sintonizzarsi in maniera attiva ed empatica nei confronti del paziente (Lissi, 2021).

La figura dell'arteterapeuta, infatti, deve essere una persona che riesca a instaurare un rapporto basato sull'ascolto non valutativo dell'altro e sulla comprensione; la relazione che si deve avviare deve essere fondata su una predisposizione all'accoglienza e all'assorbimento. La solidità relazionale deriva anche dalla capacità, durante la creazione artistica, di trasformare in qualcosa di produttivo tutto ciò che riguarda l'impulso, l'istinto e i conflitti affettivi. L'arteterapeuta ha la funzione di porre l'individuo in comunicazione con il proprio inconscio. La sua relazione con il paziente, dunque, costituisce l'elemento chiave di tutto il suo intervento, che si fonda sulla condivisione di un processo creativo.

All'interno del rapporto paziente-arteterapeuta, l'uso di una comunicazione verbale o non verbale porta anche a dover affrontare il problema del grado di direttività caratterizzante l'intervento dell'operatore. Essere non direttivi nel momento in cui si sviluppa una comunicazione di tipo verbale ed essere direttivi in una tipologia di comunicazione non verbale non sempre si escludono a vicenda. La comunicazione mediante l'uso della parola non deve essere rifiutata dal principio, ma bisogna essere consapevoli del fatto che, in alcune situazioni, l'intervento non verbale è più efficace.

All'interno della relazione terapeutica operatore-fruitore, i due aspetti

fondamentali sono il processo creativo e la comunicazione simbolica. Inoltre, gli arteterapeuti, attraverso le capacità acquisite durante la formazione e il loro giudizio valutativo, optano per tecniche e materiali adatti a soddisfare le necessità dei loro assistiti ed elaborano interventi con lo scopo di raggiungere traguardi prestabiliti (Abbenante et al., 2020). Il percorso che viene proposto non deve essere visto come un'attività ludica, ma come un intervento ben organizzato e pensato anche al fine di raccogliere alcuni dati e analizzarli (Borgese, 2015).

Quando deve trattare lavori in gruppo, importanti per la socializzazione, l'arteterapeuta deve conoscere il modo in cui i pazienti si relazionano agli altri e aiutarli ad essere coinvolti nell'attività, portandoli, passo dopo passo, ad avviare legami sempre più significativi con i partecipanti del gruppo.

Il professionista, dunque, racchiude in sé non solo la capacità di trattare malattie, ma anche la possibilità di favorire la trasformazione e la crescita dell'individuo facendogli conoscere se stesso e le sue potenzialità. Per far questo, deve avere sia una consapevolezza estetica, ma anche l'attitudine a dare un significato più profondo al risultato creativo ottenuto dal paziente. In questo contesto, infatti, non è importante la piacevolezza, ma ciò che il paziente vuole comunicare, anche in maniera inconsapevole. Di conseguenza, le opere artistiche non sono soggette a interpretazioni di tipo estetico perché il significato deve sempre ruotare attorno alla sfera privata e interiore del paziente, il quale, attraverso un dialogo, deve riuscire lui stesso a trovare una chiave interpretativa alla propria opera. Ciò che conta, perciò, non è tanto il risultato finale della creazione artistica in sé, ma tutti quei meccanismi che possono portare a un miglioramento fisico e mentale.

L'arteterapeuta deve svolgere un'attività coerente e costante e il proprio lavoro deve basarsi su contatti frequenti con l'équipe medica nel caso di pazienti che si trovano in strutture sanitarie (Abbenante et al., 2020). Per esempio, l'esperienza di Miriam Cariani, arteterapeuta specializzata in Medicina delle emarginazioni, migrazioni e delle povertà presso l'Unità gravi cerebrolesioni e l'Unità di medicina riabilitativa del Centro di riabilitazione San Giorgio dell'ospedale di Cona a Ferrara, è la prova di quella collaborazione che ci deve essere tra arteterapeuti e mondo sanitario. La sua esperienza, nata con lo scopo di esaminare l'uso dell'arteterapia nel settore clinico-medico e riabilitativo, si è sviluppata in sinergia con il personale ospedaliero. Le varie fasi, infatti, hanno compreso, innanzitutto, l'incontro con il personale operativo che accoglie i pazienti e attiva il programma di cura e poi la conoscenza degli interventi messi in campo dal team composto da medici, neurologo, fisiatra, logopedista, psicologa, fisioterapisti, terapisti occupazionali, infermieri e operatori socio-sanitari. Queste fasi iniziali sono state accompagnate, in questo caso, anche da uno studio del sistema nervoso e dei suoi possibili danni causati da eventi traumatici e che si ripercuotono a livello cognitivo, comportamentale, motorio e psicofisico. È iniziata, poi, la fase di conoscenza dei pazienti sia tramite l'incontro, l'osservazione, l'ascolto

degli stessi sia tramite le cartelle cliniche, utili per raccogliere informazioni riguardanti il loro percorso medico e la loro vita prima dell'evento traumatico che li ha portati a doversi far curare. Tutte queste informazioni, insieme a quelle derivate dagli insegnamenti ricevuti in ambito arteterapico e quelle derivate da esperienze fatte da altri esperti della cura o di altri studiosi e artisti interessati al funzionamento del cervello e della psiche umana, hanno portato alla realizzazione, in un luogo protetto, di incontri di arteterapia individuali o di gruppo che propongono strategie, esercizi e attività che rispettano i bisogni dei pazienti in cura (Cariani, 2022).

All'interno del rapporto arteterapeuta-paziente, gioca un ruolo importante anche il cosiddetto "setting", inteso come luogo fisico, come aspetto normativo e contenitivo che gli è intrinseco e anche come setting strategico, cioè come mente dell'operatore che pensa al proprio paziente, alla relazione con lui e al lavoro che verrà effettuato. Il setting costituisce, quindi, una cornice, un ambito protetto, privo di giudizio da parte dell'operatore, in cui l'utente, pervaso da un senso di fiducia, ha la possibilità di sperimentare, esplorare, esprimere liberamente parti di sé tramite l'utilizzo dei materiali artistici e mantenere aperta una relazione (Ferrari et al., 2014).

Alla luce di tutto ciò si può dire che la professione dell'arteterapeuta non è semplice: è un ruolo che richiede di sostenere una persona nel bisogno, di incoraggiarla, di ascoltarla, richiede un certo grado di conoscenza e anche di intuizione. Il terapeuta può stimolare, sostenere e guidare il fruitore nell'esplorazione dei materiali, aiutarlo ad analizzare contenuto e significato delle immagini che produce o può rispondere empaticamente alle sue espressioni creative. Egli deve possedere conoscenze riguardanti le tecniche e i materiali propri dell'arte, ma deve possedere anche le capacità di ascolto, silenzio, comprensione. Deve percepire ciò che non viene detto, decifrare le smorfie, captare i cambiamenti di tono, notare la resistenza nel gesto delle persone. L'arteterapeuta partecipa attraverso il dialogo all'esperienza dell'altro, cioè dell'assistito, condividendone lo spazio e il tempo e può riuscire a far emergere l'Io attraverso il Noi (Grignoli, 2014). Di conseguenza, può avere, e deve avere, un impatto importante sulle persone, ma allo stesso tempo deve sapere rimanere una figura sullo sfondo, deve essere presente senza invadere, e il perché ce lo spiega la psicologa e arteterapista emozionale Alessandra Fantozzi che dice «Mi prefisso di entrare in punta di piedi per lasciare spazio all'altro, di uscire in punta di piedi perché ciò che deve restare è l'emozione, la storia, l'altro» (Lissi et al., 2021, pp. 18-19).

### 3.3 I settori dell'arteterapia e i loro effetti

Molte forme d'arte giocano un ruolo all'interno dell'ospedale e possono migliorare la qualità di vita dei pazienti. Il raggiungimento di questo scopo può avvenire attraverso la fruizione di opere, siano esse dipinti, musica, poesie, oppure con laboratori creativi, i quali spesso vengono preferiti alla

semplice fruizione estetica (Rossi Ghiglione, 2017). Le forme d'arte che prevedono una partecipazione attiva da parte del paziente, come cantare in un coro, dipingere o danzare, possono essere definite *participative arts*, invece, le arti in cui l'utente non è coinvolto in maniera attiva, come nell'ascoltare musica o nel guardare un'opera, possono essere chiamate *receptive arts*. In entrambi i casi, quindi, sia mediante coinvolgimento attivo che passivo, le arti si sono dimostrate capaci di migliorare stati d'animo, emozioni e parametri medici, ma bisogna evitare il rischio di ridurre l'arte a una qualsiasi altra forma di intrattenimento (Moss e O'Neill, 2019).

Attraverso l'esperienza artistica si può comunicare uno stato d'animo, si migliorano le relazioni e la comunicazione e si favorisce il rilassamento e l'espressione dei sentimenti (Lissi et al. 2021). Solitamente, come tecniche creative, vengono utilizzate il disegno, la scrittura, la pittura, la poesia, il collage, la letteratura, la musica, i film, ma anche la danza e il teatro stanno trovando un loro spazio all'interno della vita ospedaliera. Le pratiche artistiche testate e implementate, dunque, sono molteplici: spaziano dalla predisposizione di opere figurative e sedute di musica negli ambienti sanitari alla progettazione di laboratori creativi per i pazienti, dalla promozione di comportamenti socialmente attivi all'incoraggiamento di leisure activities.

La potenzialità creativa che può emergere dalle attività terapeutiche con l'arte è l'elemento che si ricerca durante questo tipo di percorso perché esso permette all'individuo di reinserirsi nel mondo quotidiano e riacquistare la propria salute.

L'arteterapia deve permettere l'espressione del sé senza filtri per riuscire ad arrivare a comprendere il proprio vissuto interiore, le proprie paure, il proprio corpo e le proprie barriere difensive, anche inconscie.

Essa è utile anche quando il paziente vive un'esperienza che lo sta conducendo verso la fine della sua esistenza: l'arte gli permette di raccontare la propria vita, rievocando fatti più o meno recenti che lo hanno formato ed emozionano. L'arte, così, viene usata per ricreare il proprio vissuto, per fare un bilancio di ciò che è successo, per cercare di chiudere il cerchio (Lissi et al. 2021). I risultati che si ottengono con l'arteterapia sono i passi finali di un viaggio di creazione in un contesto di sicurezza e in uno spazio di intimità condiviso con l'arteterapeuta, dove si va verso l'ignoto di se stessi, unendo ragione, emozione e intimità (Coll Espinosa, 2006).

Bisogna sottolineare il fatto che ci sono una serie di aspetti intrinseci al produrre arte che rende terapeutico anche il solo dedicarsi a questo tipo di attività. È stato attestato, infatti, che una persona coinvolta in esperienze creative raccoglie una serie di stimoli a livello fisico, mentale ed emozionale che portano a modificazioni organiche e psicologiche che favoriscono la guarigione. Questo tipo di processo fa sì che si allentino le condizioni di stress, si riduca la sensazione di avere problemi di tipo esistenziale e si riesca a guardarsi internamente attraverso un punto di vista esterno. Questi risultati si ottengono anche grazie all'opportunità per la persona di poter sfogare

liberamente i propri impulsi senza essere costretta a sottostare a comportamenti fissi e ripetitivi tipici delle azioni quotidiane. La possibilità di poter andare oltre gli schemi abituali con cui si è soliti vivere, stimola a sperimentare tutte le potenzialità inesprese e allontanare da sé tensioni di qualsiasi tipo. Le tecniche utilizzate in arteterapia, perciò, hanno la funzione di creare una migliore comunicazione e un rapporto più equilibrato tra mente e corpo, due entità che spesso vengono vissute solo in maniera distinta.

Impegnarsi in un'attività artistica favorisce l'attivazione dell'emisfero destro del cervello, cioè la parte più irrazionale composta dalle emozioni, dalla creatività e dall'immaginazione. Nella società contemporanea, le attività dell'emisfero destro vengono ritenute, di solito, meno importanti rispetto alla funzione dell'emisfero sinistro, deputato al pensiero logico-razionale. In realtà, il pensiero laterale risulta essere fondamentale per arginare i limiti del pensiero logico-formale perché esso permette di cercare modalità innovative con cui guardare ai problemi e operare sulla realtà e, quindi, stimolare la flessibilità e la creatività. L'arteterapia, dunque, diviene un'opportunità per incentivare e consolidare queste capacità e riesce a far superare lo stato più cosciente delle persone mettendo in evidenza ciò che vi è di più nascosto, ma anche di più vero in esse (Abbenante et al., 2020).

Le varie tecniche e attività riescono ad avere riscontri positivi a livello relazionale, quindi, vivere in armonia con se stessi e con gli altri; a livello di percezione, ad esempio dello spazio; nella cura delle funzioni esecutive, cioè quelle deputate alla programmazione, al saper pianificare, decidere, selezionare e comprendere le informazioni. Esse sono utili anche nella cura dei disturbi comportamentali grazie al contenimento delle emozioni, degli impulsi o alla promozione dell'azione; a livello sensoriale perché attraverso l'uso dei diversi materiali e delle tecniche utilizzate vengono risvegliati olfatto, vista, tatto, udito; per la cura del dolore grazie a un senso di distrazione e rilassamento; per il recupero dei movimenti e dell'equilibrio.

Le attività artistiche possono fornire l'opportunità di arrivare a una stabilità emotiva e di ridurre lo stress, fattore che può portare all'insorgenza e/o alla progressione di determinate patologie, tra cui le malattie cardiovascolari e i tumori. Esse possono avere anche un ruolo nel contrastare lo sviluppo di demenze e di malattie mentali, come la depressione, e possono mitigare un senso di solitudine e una mancanza di sostegno sociale. Gli effetti benefici dell'arte possono essere percepiti anche grazie ad un aumento della produzione di serotonina e la diminuzione delle risposte infiammatorie del sistema immunitario (Fancourt e Finn, 2019).

L'arteterapia, dunque, permette di essere più consapevoli della propria realtà interiore ed esteriore e permette anche di affrontare i cambiamenti e le sfide che le malattie pongono davanti a ognuno grazie a un aumento dell'autostima (Cariani, 2022). Per questo motivo, molto spesso, le arti possono diventare un supporto aggiuntivo al tradizionale approccio farmacologico e psicologico (Fancourt e Finn, 2019).

Quello che rende l'arteterapia migliore rispetto ad altre forme di terapia è l'utilizzo di un linguaggio, in particolare simbolico, che può contribuire alla diagnosi e alla cura di un disagio di tipo fisico-psicologico o sociale, nonché al cercare di prevenire il disagio stesso (Abbenante et al., 2020). Grazie ai risultati riscontrati, le varie strategie di arteterapia sono diventate percorsi terapeutici non farmacologici, dette "terapie dolci", conosciute, affermate e apprezzate (Gelmini, 2007).

### 3.3.1 Arteterapia plastico-pittorica e foto-arteterapia

L'arteterapia plastico-pittorica, coinvolgendo i pazienti in attività come pittura, disegno, scultura, sfrutta questo tipo di produzione come veicolo di comunicazione. È proprio la potenzialità di trasmissione di pensiero di forme, colori e immagini che rende questa tipologia di lavoro artistico un ottimo strumento terapeutico. Esprimere graficamente ciò che non si può o non si vuole comunicare a voce è un modo per indagare aspetti emotivi e socio-relazionali oltre che una modalità per tenere regolare, o migliorare, le capacità funzionali residue di alcuni soggetti (Gelmini, 2007).

Producendo immagini, il paziente ha la possibilità, all'interno di una situazione complicata ed estranea al quotidiano, di non avere più un ruolo passivo, ma di conoscere se stesso mediante una partecipazione attiva in grado di distogliere l'attenzione, se pur per un breve periodo di tempo, dal pensiero costante della malattia (Borgese, 2015).

La terapia che si rifà a una metodologia grafico-pittorica riesce a racchiudere in sé il mondo dell'arte attraverso l'uso di determinati materiali e tecniche, il mondo della creatività mediante il processo che porta alla produzione di opere, la psicoanalisi per le associazioni mentali e le riflessioni che nascono, anche inconsapevolmente, e la psicodinamica delle relazioni oggettuali per il fatto che l'oggetto artistico diventa mediatore tra terapeuta e paziente.

Attività come disegnare o dipingere sono azioni che non richiedono alcuna preparazione specifica e i materiali che vengono utilizzati, come matite, pennarelli, tempere, sono materiali familiari, non minacciosi, perché utilizzati almeno una volta da bambini. Inoltre, tali attività, insieme a quelle di modellazione, sono adatte a qualsiasi età e non dipendenti dalle capacità naturali di ognuno (Accursio e Giovino, 2017). Per un'esperienza ottimale di questo tipo di arteterapia, il paziente deve dimenticare tutto ciò che sa già riguardo il disegnare, alle forme da disegnare e al come si dipinge: deve infrangere l'orizzonte della volontà per riuscire a non temere l'attività ed esprimersi liberamente (Grignoli, 2014).

Queste semplici tecniche riescono ad avere un impatto importante sulle persone, migliorandone la qualità di vita e le relazioni interpersonali.

Attraverso l'arteterapia plastico-pittorica, il paziente racconta di sé nella sua totalità, facendo passare la patologia in secondo piano. La malattia diventa secondaria anche perché l'atto creativo è un modo non solo per trattare una

condizione di malessere, ma per trasformare, evolvere, far crescere una persona (Accursio e Giovino, 2017).

Ciò che viene prodotto attraverso il disegno può essere rappresentativo della realtà, ma anche essere un desiderio o una fantasia. I segni, le forme e i colori, cioè tutto ciò che va a costituire una tecnica grafico-pittorica, hanno una propria sostanza e un proprio valore comunicativo (Abbenante et al., 2020). Tale comunicazione non verbale e non razionalizzata, visto che l'espressione artistica non passa per l'intelletto, favorisce la risoluzione di conflitti e la presa di coscienza di sé.

Il tratto, il colore che viene scelto dal paziente dà forma all'emozione, al sentimento che in quel momento sente prevalente ed è in grado di liberare emozioni forti come rabbia, aggressività, ansia, malinconia.

Il modo in cui una persona lavora durante l'attività deve parlare all'arteterapeuta, per esempio, se il paziente lavora con più materiali, con più tecniche, questo indica la sua flessibilità e il suo andare oltre gli schemi tradizionali, così come dicono molto le persone a cui si avvicina.

Tra le tecniche utilizzate in arteterapie grafico-pittoriche è presente quella dello scarabocchio, con il quale fuoriesce tutta la parte più istintiva di bambini e adulti. Il primo ad utilizzare questa modalità fu Donald Winnicott, pediatra e psicoanalista infantile, che vedeva in essa un buon punto di partenza per creare un rapporto tra bambino/adulto e terapeuta. In particolare, egli credeva nella potenzialità dello scarabocchio di permettere di esprimere problemi e conflitti preconsce e inconsci e di sbloccare e lasciare fluire liberamente l'immaginazione (Accursio e Giovino, 2017).

Ogni strumento e ogni tecnica ha le sue caratteristiche e i suoi vantaggi. Per esempio, l'uso dei pennarelli, con il loro tratto deciso, dà una sensazione di sicurezza; le tempere richiedono un maggior coinvolgimento; l'acquerello può essere utile per chi fatica a riconoscere e distinguere le forme; la tecnica del collage di solito viene scelta da chi ha paura di un'attività artistica troppo libera e, insieme all'acquagraphie, può suggerire le parole da scrivere o le frasi da pronunciare (Cariani, 2022).

La spontaneità e le libere associazioni che un disegno, un dipinto o una scultura possono fornire hanno un effetto benefico su alcune persone, anche se altre, per un'esperienza più catartica, hanno bisogno anche di parlare di ciò che hanno prodotto.

Le attività grafiche, pittoriche e plastiche riescono a dare concretezza all'interiorità, che, diventando una parte esteriore dell'Io, può essere affrontata in maniera più distaccata (Accursio e Giovino, 2017).

Una forma artistica che fonda le sue radici nell'Ottocento, ma che tutt'oggi è estremamente contemporanea, nonostante abbia subito delle modificazioni nel mezzo e nel materiale, è la fotografia. Essa può essere usata a scopo terapeutico e riabilitativo, infatti, negli ultimi anni, la foto-arteterapia, la cui data di nascita è da collocare negli anni Settanta, è in forte espansione.

Le fotografie, a prescindere dalla loro qualità, hanno la capacità di raccontare

un momento significativo e questo le fa diventare uno strumento clinico adatto al trattamento dei pazienti.

In ambito sociale, la foto racchiude in sé la capacità di essere un possibile punto di partenza per il principio di una conversazione: per molte persone può essere difficile instaurare rapporti interpersonali e l'uso del medium fotografico può diventare terapeutico.

Gli scatti fotografici personali, imbevuti di emotività e di significati simbolici e privati, difficilmente comprensibili per uno sconosciuto, proiettano l'osservatore in un luogo e in un momento congelato nel tempo. In essi vi sono dei contenuti che si celano in profondità e che possono essere colti solo se si è in grado di andare oltre l'apparenza e attraversare con lo sguardo i vari strati di cui un'immagine è composta (Cantore, 2022). In un percorso di foto-arteterapia, infatti, è fondamentale, non tanto il contenuto formale e oggettivo di ciò che è rappresentato nella fotografia, ma il significato personale e sentimentale che il paziente gli attribuisce (Abbenante et al., 2020). Solitamente, la sua analisi viene agevolata dalla presenza nella foto di alcuni elementi minimi, denominati *punctum* da Roland Barthes, che, in apparenza sembrano insignificanti, ma che, invece, sono capaci di "pungere" il fruitore aprendo di fronte ad esso una nuova visione (Cantore, 2022). In particolare, in una fotografia, sono le sfumature, i fuori campo, le zone d'ombra ed elementi indeterminati che riescono ad avvicinarsi ai contenuti psichici interni che, spesso, sono anch'essi poco definiti e molto confusi.

Nel riguardare le loro foto, i pazienti possono conoscere nuovi aspetti di loro stessi di cui non si erano resi conto quando avevano guardato determinate foto per la prima volta. Questo, in uno spazio di tipo terapeutico, permette al soggetto di entrare in contatto con il suo vissuto e a integrare la sua esistenza con una maggiore consapevolezza. Questa forma d'arte, inoltre, permette al paziente di capire il ruolo che ha come singolo individuo e come membro di un sistema collettivo.

Per arrivare a ciò, bisogna far sì che anche il terapeuta, partendo dall'immagine stessa, sviluppi una serie di domande che possano portare l'utente a una riflessione più profonda e a esplorare le sue emozioni e i suoi atteggiamenti. Questo è possibile anche perché, come diceva Walter Benjamin, la fotografia è in grado di superare il lato visibile e di mostrare l'invisibile e, quindi, permette di accostare la coscienza all'inconscio.

Le fotografie che sono state scattate o create dal paziente contengono in sé, in maniera visibile o meno, aspetti riguardanti la persona che l'ha scattata. In questa categoria, rispetto al contenuto che si vuole comunicare, è più importante il motivo che ha spinto a decidere di fotografare un determinato luogo, tempo e soggetto.

Risultano importanti anche le fotografie del paziente scattate da altre persone perché esse permettono di comprendere come si è percepiti dall'esterno. Al fine della terapia, può risultare utile fare un confronto tra foto scattate da altri quando si è consapevoli che sta avvenendo lo scatto e foto scattate in momenti

più spontanei. In questo modo si può capire come il proprio linguaggio del corpo e il proprio comportamento si modifica quando si è coscienti di essere fotografati (Abbenante, 2020). Questo confronto tra foto scattate da se stessi e foto scattate da altri ha caratterizzato anche l'attività dell'artista francese Sophie Calle che, nel suo lavoro *La Filature* del 1981, ingaggiò un detective che la pedinasse e la fotografasse. Allo stesso tempo, Sophie scattava a sua volta fotografie registrando le proprie giornate. Il risultato finale fu un dialogo fra la sua vita vista dall'esterno e quella vista dalla sua prospettiva. L'artista, dunque, tramite l'uso della fotografia, è riuscita a guardare la propria esistenza attraverso i suoi occhi e attraverso gli occhi del detective: un gioco di specchi con il quale investigare se stessi ed estraniarsi favorendo diverse letture di sé (Bagliato, 2018).

Le fotografie che le persone si scattano in maniera autonoma (autoritratti) permettono di esplorare il proprio modo di essere senza doversi preoccupare del giudizio degli altri, fanno entrare il soggetto in contatto diretto con la propria immagine e questo è utile per trattare temi come autostima, fiducia e accettazione di sé (Abbenante et al., 2020). Attraverso l'autoritratto ci si può osservare da fuori attraverso un occhio più obiettivo. È così che l'autore ha la possibilità di guardarsi come se appartenesse ad una persona estranea. Può accadere che la propria immagine interiore, spesso idealizzata, non coincida con quella esteriore (Venturi, 2015), quindi si possono attivare emozioni rischiose per l'equilibrio psicologico. Oggettivare la propria immagine, inoltre, consente a una persona di eliminare le distorsioni che la legano a una cattiva percezione della propria persona, per esempio è utile nei casi di anoressia.

L'obiettivo che si dovrebbe raggiungere utilizzando l'autoritratto è quello di far coincidere l'immagine interna con quella rappresentata fotograficamente, cioè di indagare la propria identità (Ferrari, 2015).

Gli album fotografici sono composti da una sequenza di foto che possono avere un impatto maggiore rispetto a una singola foto. Essi, inoltre, possono omettere o tacere alcuni dettagli e, riscoprirli, potrebbe avere un effetto terapeutico maggiore rispetto a ciò che, invece, appare. Un insieme di fotografie può aiutare a trovare una propria prospettiva, ripercorrere esperienze e successi, osservare volti conosciuti e, quindi, ricercare o ritrovare il significato e lo scopo della propria vita (Abbenante et al., 2020).

Nel momento in cui si proietta sulla fotografia un significato personale essa diventa una foto-proiettiva. Il processo che coinvolge quest'ultimo tipo di foto non possiede un modo giusto o sbagliato di osservare, quindi, visto che qualsiasi interpretazione può definirsi corretta, questa tecnica è adatta al fine di incrementare l'autoconsapevolezza.

In particolar modo, i pazienti che sono abituati da tanto tempo a sentirsi svalutati e screditati, con il volto protetto dall'obiettivo fotografico, possono finalmente prendere delle decisioni facendosi valere e rafforzando la propria autostima: l'atteggiamento passivo quotidiano, con l'agire fotografico, lascia

il posto a un ruolo più attivo (Cantore, 2022).

Durante le sessioni terapeutiche, è importante far capire ai pazienti che il loro modo di interpretare le foto, così come gli avvenimenti nella vita, non è l'unico possibile. Infatti, riuscire a comprendere che possono esistere interpretazioni varie per un'unica foto, porta a rendere più accettabile che questo fatto si possa verificare durante tutte le interazioni quotidiane (Abbenante, 2020). L'obiettivo è quello di arrivare a una maggiore consapevolezza dell'Io e, da non sottovalutare, è anche l'effetto benefico del dispendio di energia psichica richiesto dal lavoro creativo stesso che sottrae forza al dolore (Cantore, 2022).

### 3.3.2 Musicoterapia

La musicoterapia può essere definita come una forma particolare di psicoterapia composta da un'integrazione tra la relazione con la persona e l'utilizzo dell'elemento sonoro e musicale. Quest'ultimo avviene in varie forme, tra cui l'improvvisazione e l'ascolto musicale, il quale, di solito, viene accompagnato dalla parola in modo da permettere un'elaborazione di quanto è emerso, dal punto di vista emotivo, durante un ascolto.

Tutto ciò che non può essere inserito nel rapporto tra musica ed elemento relazionale non può essere definito musicoterapia. Di conseguenza, le forme che prevedono l'utilizzo della sola musica vengono denominate Music medicine e non Music therapy (Raglio, 2012).

I benefici del solo ascolto di musica che sono stati rilevati, però, non sono pochi, per esempio, solo per citarne alcuni, nei reparti di terapia intensiva neonatale si sono notati miglioramenti nella frequenza cardiaca e respiratoria dei bambini nati prematuramente, prima di un'operazione può ridurre, senza l'uso di medicinali contro l'ansia, la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna o, in terapia intensiva, ottimizza la qualità del sonno durante la ventilazione meccanica e limita lo stress traumatico al momento della dimissione (Fancourt e Finn, 2019).

Per parlare di cura con la musica, però, è importante che il canale sonoro sia in grado di mantenere e potenziare il rapporto operatore-fruitore.

La musicoterapia può essere distinta tra recettiva, se basata sull'ascolto guidato e strutturato di musica registrata o eseguita dal vivo dal terapeuta, e attiva, cioè basata sull'improvvisazione musicale tra terapeuta e paziente, il quale diventa protagonista del processo anche senza alcuna esperienza musicale. In entrambe le tecniche si cerca di esplorare il mondo interno dell'individuo, mobilitare le energie della psiche e riorganizzare se stessi (Rubettino, 2015).

La musicoterapia è avvalorata dal sapere neuroscientifico; è stato studiato, infatti, il tema del rapporto tra le aree cerebrali e la musica. Essa coinvolge più zone del cervello: la corteccia pre-frontale, motoria, sensoriale, uditiva, visiva, il cervelletto (per quanto riguarda il movimento) e le aree limbiche e

para-limbiche (riguardanti la percezione e la regolazione delle nostre emozioni) (Raglio, 2012).

I riscontri positivi che sono stati individuati hanno portato la dottoressa Wendy Magee, nel 2005, ad affermare come la musica possa essere considerata anche uno strumento diagnostico. Il suo uso, infatti, in stati di coma, post coma o vegetativi, ha consentito di distinguere casi di stati di coscienza minima e stati vegetativi persistenti. La musicoterapia, dunque, può essere valutata anche come un metodo di intervento clinico per stimolare, nel caso di uno stato di coscienza minima, una serie di riscontri fisiologici ed espressivi (Turrisi, 2015).

Alcuni studi, inoltre, hanno posto in relazione l'elemento sonoro-musicale con il sistema dei neuroni specchio, che è quel sistema che porta gli individui a comprendere i gesti altrui e a facilitare la relazione empatica con essi. In questo caso, il suono non viene percepito solo come segnale uditivo, ma come una serie di sequenze motorie che hanno spessore intenzionale.

La certezza per cui si parla della produzione di effetti positivi del suono e della musica su molte patologie è proprio derivata dal fatto che è stato studiato il legame tra musica e neuroscienze. Oltre a questi due elementi, la musicoterapia è supportata anche da teorie psicologiche, in particolare, quelle che si rifanno ad approcci umanistici e psicodinamici. Nell'approccio umanistico è presente una dominanza dell'elemento musicale rispetto all'elemento relazionale, mentre nell'approccio psicodinamico avviene il contrario, cioè l'aspetto terapeutico-relazionale è ciò che spicca e passa in secondo piano l'aspetto sonoro-musicale.

Revisioni sistematiche della letteratura hanno portato a evidenziare che la musicoterapia, applicata in contesti in cui si tratta di stati depressivi, cure di fine vita, danni cerebrali, autismo, demenza, disturbi psichici o di tipo comportamentale, cognitivo, del movimento e della comunicazione, è veramente efficace (Raglio, 2012). Gli effetti di questa tipologia di intervento si sono riscontrati anche nel miglioramento della qualità di vita e, di fatto, non sono una novità dell'ultimo secolo. Già Isidoro di Siviglia, nella sua Enciclopedia in venti volumi intitolata *Etymologiae* o *Origines*, infatti, parlando dei rapporti tra medicina e arti del trivio (grammatica, retorica, dialettica) e del quadrivio (aritmetica, geometria, musica, astronomia), scrive come la musica non deve essere ignota al medico perché questa ha risolto molti casi di malattie, come nel caso in cui David sanò Saul dallo spirito immondo con l'arte della melodia. Nonostante il richiamo al cristianesimo, già nel Medioevo si capiva l'importanza che la pratica musicale poteva avere in campo medico (Cosmacini, 1997).

La musica può rendere più breve la durata del recupero post-operatorio e diminuire l'insorgenza di complicanze, può avere effetti positivi sulla qualità e aspettativa di vita in pazienti affetti da tumore in fase avanzata, può diminuire gli stati di ansia, di depressione e i disturbi dell'umore dei pazienti sottoposti a trapianti di cellule staminali. Inoltre, è stato dimostrato che suoni

di tipo naturale come pioggia, vento, mare, possono avere potenzialità calmanti e creare un particolare senso di benessere (Del Nord e Peretti, 2012). L'utilizzo della musica, il cui ascolto produce dopamina, è un mezzo che può ridurre la sensazione di agitazione, aumentare il tempo di attenzione di un soggetto e ridurre comportamenti aggressivi. Questi esiti sono particolarmente indicati per i pazienti affetti da demenza. I suoni, inoltre, essendo un linguaggio universale, nei malati di Alzheimer, riescono ad essere un elemento che permettono di stabilire una comunicazione.

La capacità della musica è anche quella di favorire il movimento muscolare e la coordinazione, e questi due aspetti possono risultare importanti per chi soffre della malattia di Parkinson.

L'uso della musicoterapia sembra avere effetti positivi anche su chi è affetto da afasia ed è indicata nel caso di disturbi dell'espressione e della comprensione del linguaggio parlato o scritto, nei disturbi della memoria, nelle alterazioni della percezione sensoriale e nell'instabilità emotiva (Gelmini, 2007).

Essa, inoltre, nei pazienti con psicosi, migliora i sintomi di psicopatologia generale, riduce l'aggressività, l'ostilità, la paranoia, l'ansia fobica e la depressione e favorisce la cooperazione, il rilassamento e le interconnessioni. I vantaggi dell'elemento musicale non si hanno solo sul piano neurologico, infatti, la musica è spesso legata anche all'attività fisioterapica in modo da rendere ancora maggiore il risultato della riabilitazione. Per esempio, è stato notato che, dopo la ricostruzione del ginocchio, l'utilizzo della musica nella riabilitazione ha aumentato il range di movimento e ridotto la percezione del senso di fatica e sforzo.

Inoltre, la musica, in particolare attraverso il canto corale, ha effetti sul modo che ognuno ha di percepire il proprio legame con gli altri, sui comportamenti interni alla società e sui livelli di ossitocina, il cosiddetto ormone dell'amore, che, quindi, ha un'influenza nel promuovere relazioni affettive (Fancourt e Finn, 2019).

La musica/suono che si usa, però, deve essere scelta correttamente: solo alcuni parametri musicali come un'idea melodica ben definita, una tonalità di impianto chiara, una ripetizione di alcune parti, possono rassicurare l'ascoltatore e rendere prevedibile lo svolgimento di un determinato discorso musicale. Anche elementi di incertezza, come forme musicali strane o instabilità armoniche possono essere stimolanti all'interno dell'ascolto musicale perché, insieme a una parte più definita, sono in grado di creare situazioni nuove. In particolare, però, la ripetizione di una forma musicale permette al terapeuta di rispecchiarsi nei vissuti emotivi del paziente e introdurre delle variazioni nella visione di un problema prima di restituirglielo per affrontarlo.

Questo procedimento che permette di regolare le emozioni molto intense dei pazienti trasformandole in pensieri creativi fa parte del discorso musicale, il quale, in campo terapeutico, non deve ricercare soluzioni magiche, ma far sì

che si crei uno spazio in cui paziente e terapeuta possano comunicare (Caterina, 2014).

### 3.3.3 Danzamovimentoterapia

L'Associazione Professionale Italiana Danzamovimentoterapia (APID), nata nel 1997, nel suo statuto, definisce la danzamovimentoterapia come «disciplina orientata a promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale, la maturità affettiva e psicosociale, il benessere e la qualità della vita della persona. La sua specificità è rappresentata dal linguaggio del movimento corporeo e della danza» (<https://www.apid.it/>).

La danza e il movimento, dunque, riescono a coinvolgere nell'individuo una serie di elementi differenti tra loro, dalla sensorialità all'espressività, dall'intuito all'immaginazione. Questa terapia riesce a chiamare in causa, nel rispetto delle capacità di ognuno, la totalità del soggetto e, spesso, grazie alle attività di gruppo, riesce a creare un contatto con altri andando così a sviluppare quelle che vengono definite competenze relazionali e sociali. La danza ha la capacità di unire la funzionalità del corpo con un benessere psichico (Gelmini, 2007).

In uno studio effettuato sugli effetti della danza e del movimento in donne malate di cancro, si è visto che queste attività sono in grado di avere una rilevanza sulla qualità della vita delle pazienti e di un possibile miglioramento dell'immagine corporea che hanno di se stesse. Attraverso la danza, infatti, le donne possono sperimentare la libertà di un movimento che favorisca un rapporto positivo con il corpo modificato dalle operazioni necessarie per contrastare la malattia. Il corpo, al quale spesso si dà poco ascolto, si trasforma così nel principale protagonista comunicativo. Inoltre, le attività in gruppo diventano uno spazio di supporto in cui è possibile condividere le proprie esperienze e in cui promuovere l'attività fisica. Tali esperienze sono in grado di ridurre i sintomi legati alla depressione e ridurre anche il peso dello stress, entrambi fattori scatenati da una sensazione di perdita di controllo della propria vita e dalla paura di non riuscire a superare la difficile situazione. Riescono ad essere dei dispositivi che possono portare a un'accettazione del male e far sviluppare una resilienza nei confronti del cancro, possono trasformare la malattia in un processo creativo in cui si accolga il limite e non lo si neghi o cancelli (Matteucci, 2019).

Proporre un movimento che coinvolga un lato più artistico, inoltre, può andare a contrastare la sedentarietà e le sue patologie associate come dolore cronico, depressione e demenza. Le attività di danza migliorano il livello di colesterolo, trigliceridi e dei marcatori dello stress ossidativo e ciò che ruota intorno a muscoli e scheletro, cioè equilibrio e postura. La danza può accrescere il controllo posturale nei bambini con paralisi cerebrale, mentre per i pazienti colpiti da ictus può comportare un ristabilimento della funzionalità motoria di braccia e gambe, una riduzione della debolezza

muscolare, un aumento dell'equilibrio e della rapidità del passo (Fancourt e Finn, 2019).

La tendenza a focalizzarsi per lo più sui risultati medici derivati dall'uso delle arti in ambito sanitario può rischiare di ridurre il ruolo della cultura a sole finalità terapeutiche o palliative per contrastare le mancanze di un sistema sociale e ospedaliero sempre più precario e in difficoltà. Dunque, nonostante si possa indagare scientificamente il rapporto tra danza e salute, bisogna guardare anche l'aspetto artistico di questa attività.

Questo concetto diventa fondamentale nel progetto *Dance Well– Movement research for Parkinson*<sup>9</sup>: esso non si rispecchia in scopi terapeutici, ma solo artistici, si apre nei confronti di un'arte che interagisce con la contemporaneità e che, in maniera non intenzionale, propone vantaggi curativi (Carnelli e Casarotto, 2023).

In questa iniziativa, che ha fatto della danza un punto di forza per i malati, ha giocato un ruolo fondamentale Bassano del Grappa (VI). Questa cittadina veneta, grazie anche alla fondazione nel 2006 del *Centro per la Scena Contemporanea (CSC)*, ha avuto la possibilità di vedere nascere *Dance Well*. Il progetto, in atto tutt'oggi, prevede lezioni di danza contemporanea che permettono di osservare i suoi benefici nelle persone affette dal morbo di Parkinson. Il corso, però, non è rivolto solo a pazienti con questa patologia, ma anche familiari, danzatori, coreografi, fisioterapisti, medici e ricercatori interessati ad approfondire il binomio danza-salute. Questo perché, nonostante vengano incluse strategie riguardanti la riabilitazione, come l'esercizio aerobico e della propriocezione, l'immaginazione motoria e l'utilizzo di suggerimenti visivi, lo scopo primario rimane di carattere artistico. Proprio per tale ragione i partecipanti sono chiamati tutti, indistintamente, "danzatori".

*Dance Well* ha iniziato a formarsi nel 2011-2013 quando Bassano è stata, prima partner del progetto europeo *Act Your Age* e, poi, ha iniziato una collaborazione con l'olandese *Dance & Health With Parkinson*. Questa cooperazione ha portato, nel 2013, al primo workshop condotto da Mark Vleemix e Andrew Greenwood di Rotterdam presso il Garage Nardini a Bassano. Successivamente, alcuni danzatori italiani intrapresero un percorso di formazione in Olanda per poi avviare un ciclo di lezioni di danza contemporanea presso il Museo Civico di Bassano. Nel 2015, a seguito della separazione dal progetto olandese, *Dance Well* è diventata un'iniziativa autonoma.

Il progetto ha previsto, e prevede tutt'oggi, anche un *Teaching Course On Dance Well – Movement Research For Parkinson's Disease*, cioè un corso

---

<sup>9</sup> L'esperienza all'interno del gruppo di dancers di *Dance Well* di Bassano del Grappa è stata fatta in prima persona anche da chi scrive questo elaborato, dunque, alcune informazioni riportate in seguito sono frutto di una sperimentazione personale e di interviste svolte sul campo.

che ogni agosto si tiene a Bassano e che si rivolge a persone con alle spalle un'esperienza nel mondo della danza. Per esempio, Elda, una delle insegnanti del progetto, ha una formazione in danza contemporanea presso la Civica Scuola di Teatro Paolo Grassi e la Salzburg Experimental Academy of Dance (SEAD) di Salisburgo. Beatrice, un'altra insegnante, spiega come «il corso, di solito, è durante il festival *B-motion*. C'è una call da mandare e una selezione basata sul proprio background e sulla motivazione che ti spinge a partecipare. Al corso di formazione vengono i futuri insegnanti per una settimana intensiva di incontri, anche con il medico, visto che la pratica sarebbe per il Parkinson. Quindi, c'è un corso intensivo ad agosto e poi, durante l'anno, i tirocinanti vengono a Bassano a co-condurre, in assistenza o per insegnare». Il percorso di formazione, dunque, prevede una sezione riguardante gli aspetti sanitari e una che coinvolge la parte artistica della pratica (Franco, 2017).

Nonostante i corsi di danza siano aperti a tutti, il pensiero iniziale era stato rivolto principalmente ai malati di Parkinson. Durante le lezioni, non sono molti i partecipanti affetti da questa patologia, e la maggior parte ne soffre in maniera non visibile, ma sono presenti numerosi anziani, in particolare donne, e alcuni di loro hanno difficoltà di deambulazione. Il fatto, comunque, di non riuscire a fare una distinzione tra persone “in salute” e parkinsoniane è ciò che rende il progetto interessante e inclusivo. Inoltre, la presenza del Parkinson o di altri tipi di problematiche non altera il senso di comunità che si viene a creare all'interno del gruppo. Anzi, attraverso le parole di Annie, una partecipante, si può capire come chi è affetto da Parkinson può diventare anche una fonte di ispirazione per gli altri danzatori: «Non riuscivamo a capire la lentezza che l'insegnante voleva, a un certo punto ha filmato Ugo, un parkinsoniano, e Ugo è molto lento. Ce l'ha fatto vedere e finalmente abbiamo capito la lentezza che per noi era difficile<sup>10</sup>». In questo caso, sono stati coloro che non avevano il Parkinson ad aver imparato da chi ce l'aveva e non viceversa.

La pratica della danza contemporanea, comunque, influisce positivamente su chi deve fare i conti con la malattia cronica neurodegenerativa a progressione lenta in questione. Tale patologia porta ad avere un'alterazione del movimento volontario e di quello passivo che diventa più lento e problematico ed è accompagnato spesso da tremore (Ciraso et al., 2009). Inoltre, comporta difficoltà di movimento sul piano frontale rispetto a quello sagittale, rigidità che altera la qualità del movimento, problemi di postura e di equilibrio, in particolare di tipo dinamico. A causa dell'oscillazione dei livelli della dopamina, emergono alterazioni dell'umore, stati di ansia, depressione, isolamento e insicurezza, o reazioni contrarie, ovvero euforia, disinibizione e iperimpulsività provocate dalla stimolazione farmacologica.

---

<sup>10</sup> La signora si riferisce alle lezioni del coreografo Dario Tortorelli sul tema della lentezza svolte durante il suo primo anno di *Dance Well*.

Questa malattia, dunque, va a incidere negativamente sulla salute fisica e psichica dell'individuo.

In fisioterapia, l'obiettivo principale è quello di riabilitare alcuni aspetti del movimento corporeo e della postura, la danza contemporanea, invece, riesce non solo a portare migliorie dal punto di vista motorio, ma anche a stimolare il benessere mentale e la partecipazione sociale (Franco, 2017). Questo aspetto è confermato anche dalle parole della signora Maria, anche lei partecipante, che, infatti, spiega: «Io ho il Parkinson e mi è stato detto che questa danza aiuta perché per il Parkinson bisognerebbe fare tanta ginnastica. Io cammino, faccio ginnastica tutte le mattine mezz'ora, però, ho detto 'vado a vedere' ed è buono perché, nonostante io faccia ginnastica, questa è danza che è dolce e rilassa. Quindi, ha effetti positivi sulla mente e sul corpo. La ginnastica per quanto sia dolce è sempre ginnastica, invece la musica rilassa, con la musica è diverso».

Nel 2015 il dottor Daniele Volpe, direttore del Fresco Parkinson Institute e responsabile della Casa di Cura Villa Margherita di Arcugnano (VI) ha diretto una ricerca scientifica di rilevamento sui suoi pazienti basata sull'alternanza della pratica di *Dance Well* e di quella riabilitativa tradizionale e di cui ha parlato al convegno *Arte Accessibile* organizzato dalla Fondazione Palazzo Strozzi nel novembre 2018. Nella sperimentazione è stato importante anche il setting del luogo di cura; Villa Margherita è stata fondata sulle rovine di un castello romano di epoca augustea e di un successivo monastero e negli anni Trenta è diventata una casa di cura: è un luogo di arte e di bellezza che, rispetto ai tradizionali luoghi di cura, ha un impatto positivo sui pazienti. Dall'analisi dei dati dello studio, *Dance Well* è risultata una tecnica valida tanto quanto le azioni riabilitative tradizionali, ma il suo impatto a livello emotivo era migliore. Inoltre, questo tipo di terapia per il Parkinson non ha effetti collaterali, al contrario dei tradizionali farmaci che sono necessari, ma che, molto spesso, hanno effetti più invalidanti rispetto ai sintomi della malattia.

La danza contemporanea, infatti, risulta essere utile sotto molteplici aspetti. Attraverso un lavoro espressivo, è in grado di incoraggiare la percezione del proprio corpo nello spazio, migliorare la capacità di affrontare situazioni impreviste, stimolare la cooperazione attraverso una simultaneità dei movimenti e un'intenzionalità comune, incentivare legami tra persone che provengono da contesti di vita differenti. Per quanto riguarda il sistema nervoso, aiuta a formare ulteriori connessioni tra i neuroni e a ridefinire abitudini di pensiero, in modo da offrire nuove prospettive (Carnelli e Casarotto, 2023).

Il corpo, inoltre, attraverso il movimento espressivo, diventa una fonte di piacere e può essere usato per generare bellezza (Franco, 2017).

Nel caso di *Dance Well* la bellezza è prodotta dagli stessi dancers con i loro movimenti, ma non solo. Il progetto, infatti, viene svolto in luoghi di bellezza, come all'interno di musei, chiese, ville, parchi. In particolare, a Bassano le

lezioni inizialmente venivano svolte presso il Museo Civico della città per poi spostarsi all'interno della chiesa sconsacrata di San Bonaventura, nota anche come Chiesa dell'Ospedale, e presso i Giardini Parolini, spazio verde nel centro della città: tutti luoghi non banali e sicuramente, anche se in modo diverso l'uno dall'altro, di bellezza. Il contesto, perciò, diventa uno stimolo creativo e chi vi è all'interno si nutre della meraviglia che li circonda. Il binomio cura-bellezza si riunisce ancora una volta, ma in maniera differente, si arriva a incorporare la bellezza dentro di sé (Casalini, 2023).

Inoltre, l'inclusione dei danzatori di *Dance Well* in alcune coreografie nel programma del *Festival B-motion Danza e OperaEstate* invita il pubblico a ripensare ai canoni di bellezza ed eccellenza associati di solito alla danza, rendendo questa forma d'arte più avvicinabile a un contesto sociale variegato. La bellezza è insita anche nel fatto che, quando ci si esibisce, il gruppo non è più formato da malati di Parkinson, ma da danzatori a tutti gli effetti.

Non c'è un modo giusto o sbagliato di danzare (il progetto non si basa sulla qualità stilistica o l'eccellenza della performance), ma bisogna solo lasciarsi andare seguendo le indicazioni degli insegnanti, bisogna lasciarsi guidare da degli immaginari che devono essere incorporati all'interno di se stessi. Il fatto di non venire giudicati per i movimenti che si compiono durante la classe è ciò che spinge le persone a partecipare attivamente e senza vergogna. Anche chi all'inizio è restio poi cambia idea, per esempio, sempre Annie racconta: «io ho grossi problemi alle spalle, a tutte le articolazioni in generale, ma non riesco ad alzare le spalle. Vedevo tutti gli altri che alzavano le spalle e mi vergognavo, quindi non sono più venuta. Poi, ho cambiato idea e sono tornata perché il principio bellissimo è 'non c'è niente di giusto, non c'è niente di sbagliato' e questa cosa ti rende libero».

Durante le lezioni, immaginazione e corpo si intrecciano e queste immagini che si creano diventano un supporto all'attività e aiutano, in particolar modo le persone affette da Parkinson, a riportare alla mente movimenti del corpo che, nella vita quotidiana, a causa dello scorrere del tempo e dell'avanzare della patologia, sono diventati difficoltosi.

Le lezioni, perciò, possono basarsi su un immaginario ben definito che diventa il filo conduttore per tutti i movimenti. Per spiegare meglio il concetto viene preso come esempio una delle lezioni tenute da Elda in cui il compito era quello di immaginarsi dentro un grande palazzo viennese, in particolare nella cucina, e poi di sentire il profumo del cioccolato. I partecipanti dovevano pensare di essere quel cioccolato che avevano annusato e, immaginando di doverlo fondere, massaggiarsi tutto il corpo, partendo dal viso, per riscaldarlo. Successivamente, dovevano muoversi nello spazio e il movimento doveva essere pensato con la sensazione di camminare sul burro. Da lì, è iniziata, attraverso i movimenti di tutti i dancers, la creazione di una Sachertorte. Le azioni che si compivano, come il pensare di prendere le uova dalla dispensa, romperle e separare il tuorlo dall'albume per poi farlo cadere delicatamente nella ciotola o far finta di ricevere sul corpo dello zucchero

proveniente dal cielo per poi toglierne un pizzico alla volta dalle proprie parti del corpo, erano basate su immaginari molto precisi che aiutavano a capire meglio come muovere il proprio corpo. La creazione di questo immaginario che ha accompagnato tutta la lezione è stata utile per associare un movimento a un gesto più quotidiano a cui tutti possono riferirsi, un gesto che può richiamare alla memoria movimenti diventati difficili da compiere. Anche le musiche possono contribuire al percorso immaginativo, per esempio, nella lezione riportata si era danzato sulle note del valzer viennese.

Il contatto, all'interno delle varie classi, risulta sempre essere qualcosa di importante, sia che si tratti di un contatto fisico, sia che si tratti di un contatto mediante lo sguardo. La danza, dunque, riesce a insegnare il valore del lavoro di gruppo che, insieme alla creazione individuale, permette a ognuno di sentire il proprio corpo e allo stesso tempo sentire di far parte di una collettività.

All'interno delle lezioni non viene considerato fondamentale il movimento in sé, ma l'intenzione con la quale si compie tale movimento. Per questo motivo, ogni partecipante si deve sentire libero di ballare nella posizione che ritiene più comoda (in piedi o seduto), alzando gli arti quanto desidera e tutto ciò non deve essere percepito come influente sul valore artistico o sulla capacità espressiva della pratica.

Ogni insegnante coinvolto all'interno del progetto propone un approccio personale, con tecniche, musiche, esercizi che meglio si adattano alle sue competenze e che lavorino non sui limiti dei partecipanti, ma sulle loro potenzialità, dando avvio a una reinterpretazione più ampia delle loro capacità e azioni. I limiti che un insegnante si può trovare davanti non devono ostacolare, ma essere percepiti come sollecitazioni a trovare soluzioni alternative. Il teacher pianifica la lezione seguendo dei macro-obiettivi condivisi tra tutto il corpo insegnante. Per esempio, Elda spiega: «Nella mia classe ho cercato di toccare tutti i punti che ci hanno insegnato, quindi consapevolezza dello spazio, del corpo, nello specifico l'uso delle dita, connessione con gli altri, abbassarsi al pavimento, improvvisazione, gioco, l'uso delle espressioni. Questa classe non ha avuto un obiettivo specifico, ho cercato di portare tutti i punti nel modo migliore possibile, ma le parole chiave erano quelle di intendere il corpo come un ingrediente, come possiamo unirli insieme».

Nel momento della programmazione di una lezione bisogna porsi degli obiettivi e Beatrice dice che «in primis, la motivazione è il fulcro, quindi, far muovere, portare le persone a muoversi. Per i parkinsoniani, abbiamo visto che trovare delle immagini per aiutare il movimento funziona, fare un'azione pensando di incorporare degli immaginari è utile. Poi, altro elemento che motiva a venire fino a qua e muoversi quando si è qua, è il contatto. Poi ci sono le varie strategie per dare un ritmo alla classe che abbia un picco energetico, lavori a coppia, una dimensione più collettiva».

Le lezioni vengono svolte in presenza di uno o più assistenti: in questo modo si crea una rete di supporto sia tra i danzatori sia tra chi insegna.

La presenza di alcuni maestri in assistenza, infatti, non risulta utile solo per andare incontro ai bisogni dei dancers e per rendere più semplice gestire il gruppo, ma anche per creare uno scambio di conoscenze tra i professionisti stessi. A detta di Beatrice, è presente una dimensione collaborativa tra insegnanti che nutre molto, assistendo alle lezioni di altre persone si riesce a imparare e a rinnovarsi continuamente.

Dopo ogni lezione viene fatta una sessione di feedback tra insegnanti per capire dove migliorare o cosa ha funzionato particolarmente durante la classe e per strutturare insieme l'andamento del corso. La rotazione che avviene ogni volta tra gli insegnanti permette non solo uno scambio di conoscenze tra di loro, ma consente ai partecipanti di entrare in contatto con stili e immaginari sempre differenti e apprezzare, quindi, la varietà che si può trovare all'interno del mondo della danza.

Di seguito vengono riportate alcune delle risposte fornite dai dancers che hanno contribuito ad allargare il bacino di informazioni riguardo questo argomento tramite la loro esperienza.

### **Cosa vi ha portato a partecipare a questo progetto?**

*Annie:*

Siamo qua perché ci piace, perché stiamo bene, perché con il movimento e con questa gente si sta bene. Si è creato anche un gruppo, per cui si viene sia per il lavoro e anche per stare in gruppo che alla nostra età non è importante, è di più, socializzare è fondamentale.

*Daniela:*

Io sono qua da dieci anni, capitata per caso, mi ha portato una mia amica. Ho frequentato da allora e penso di essere mancata veramente poche volte. Vengo perché al di là di stare con questa comunità fantastica, dove veramente ormai siamo come fratelli e sorelle, ho trovato il mio bisogno, il mio farmaco, è qualcosa che mi fa stare bene. Poi, ci ha unito molto l'aver lavorato e collaborato con dei coreografi che vengono a fare degli spettacoli per noi gruppo e di conseguenza lì si crea ancora di più una sorta di amicizia. Poi, a livello personale, mi sento libera.

*Rosetta:*

Diciamo che è un modo di vivere diverso da chi, per esempio, si chiude a casa dopo aver lavorato una vita a contatto con gli altri come me, per esempio, che insegnavo. Ero sempre con alunni, colleghi, ecc., quando sei in pensione li trovi lo stesso, però, avere due giorni un appuntamento dove ti incontri con persone con le quali ti trovi bene, a tuo agio, che si crea quella armonia particolare, è un privilegio, non ha pari. Inoltre, fa bene per il fisico oltre che per la mente.

*Andrea:*

Io ho cominciato un anno e mezzo fa circa perché avevo problemi motori e volevo trovare un modo per vedere se riuscivo a migliorare e ne ho trovato beneficio. Trovarmi qui, come diceva Rosetta, con degli appuntamenti fissi a cui non puoi più mancare, porta beneficio non solo nel movimento guidato da chi conduce la lezione che ci aiuta, ma nel movimento di testa, di sensazioni, di empatia con gli altri, di sorrisi che ti attraversano, di stare bene insieme. Quindi, diciamo che non facciamo solo movimento, ma facciamo anche meditazione e la meditazione è importante in sostanza.

**Durante le lezioni cosa vi fa sentire meglio? Lavorare in gruppo oppure lavorare su se stessi?**

*Rosetta:*

Uguale

*Daniela:*

In primis lavori sul tuo. Perché, secondo me, come tutte le cose nella vita, io penso che... anzi, mi sono resa conto che ho sempre forse pensato agli altri, ultimamente mi sono resa conto di aver tralasciato me e allora sto recuperando con fatica, con molta fatica perché, comunque, c'è sempre l'altro. Di conseguenza, in primis sto imparando a lavorare su di me. Dopo, la cosa che ultimamente mi piace veramente tanto, e che mi piaceva già allora, ma che con il Covid si era persa, è il contatto tra corpi. Di conseguenza, quella cosa là unisce. Mi piace la possibilità di toccarsi tra noi. Partire prima da sé e poi creare un rapporto fisico, che a me piace molto.

*Luciana:*

Il contatto è una fiducia che si ha verso l'altro. La fiducia cieca a prescindere, sempre con gentilezza, responsabilità, rispetto.

*Dance Well*, per i fondatori e gli organizzatori, non deve essere pensata come arteterapia. Per i partecipanti, però, è possibile considerarla come tale, ciò che fanno lo considerano terapeutico. Lavorare in gruppo, ma anche individualmente, creare un contatto tra le persone sia fisicamente che emotivamente e la possibilità di essere seguiti da una persona qualificata, a giudizio di chi scrive, in accordo con gli altri partecipanti, sono tutte caratteristiche che possono far rientrare questo progetto di danza nella categoria di arteterapia.

La libertà dei partecipanti si percepisce durante le lezioni, si vede che ognuno è libero di esprimersi come meglio crede perché si è all'interno di un'ambiente non giudicante. L'atmosfera di rilassamento e convivialità rende efficace il movimento artistico: se fatto in un ambiente ostile non otterrebbe sicuramente gli stessi effetti.

Ciò che fa emergere *Dance Well* sono le potenzialità delle persone e ciò che si può costruire insieme. La malattia, non solo il Parkinson, ma anche altre

patologie deambulatorie o mentali, quando si è all'interno della classe si dimenticano o, meglio, si convive con esse in maniera più pacifica, anche grazie al clima relazionale che si intesse durante la classe, il contatto con l'altro e la respirazione all'unisono.

In conclusione, si può dire che la danzamovimentoterapia, allontanandosi dall'accademismo della danza e da un processo creativo puramente estetico, è in grado di trattare, senza alcuna particolare controindicazione, diverse psicopatologie e disabilità, in particolar modo sul piano emotivo e dell'umore.

#### 3.4 L'arte per la formazione professionale degli operatori sanitari e per il loro benessere

I professionisti sono il nodo vitale di una struttura organizzativa, il loro ruolo non corrisponde a sole mansioni pratiche, ma è basato sulla loro capacità di generare conoscenza e innovazione per risolvere problemi. È dagli operatori sanitari o, meglio, dalla loro capacità di coniugare competenze tecniche e competenze gestionali, che deriva la qualità del servizio sanitario.

Il professionista è coinvolto a livello mentale ed emotivo nell'ambiente di lavoro e deve saper bilanciare gli obiettivi personali con i fabbisogni dell'organizzazione (Giarelli e Venneri, 2012).

Nel processo di formazione dei professionisti sanitari, un ruolo di rilievo viene dato alle Medical humanities che permettono di assimilare le competenze definite *soft skills*, non misurabili dal punto di vista quantitativo, in simbiosi con le competenze più tecniche, *hard skills*, composte dalle discipline biomediche e chirurgiche. Le *soft skills*, che comprendono capacità di relazione, empatia, leadership, consapevolezza di sé, flessibilità, collaborazione, possono essere sviluppate grazie alle arti come la musica, la danza e il teatro (Del Nord e Peretti, 2012). Le Medical humanities, quindi, portano ad allontanarsi dalla propria comfort zone, aprirsi a nuovi metodi di apprendimento e accedere a competenze non raggiungibili mediante i tradizionali curricula delle scuole di medicina, infermieristica o per operatori socio-sanitari (Katz et al., 2014).

La volontà di utilizzare l'arte anche per la formazione in ambito sanitario è nata perché ci si è resi conto delle carenze degli studenti sul piano dell'osservazione clinica e dell'empatia negli approcci interpersonali, della maggior enfasi data alle competenze tecniche rispetto a quelle relazionali e dalla necessità di promuovere resilienza e self-care nei tirocinanti. Di conseguenza, materie più umanistiche vengono impiegate per consolidare le tecniche di osservazione, riflessione e introspezione, per accentuare la velocità di pensiero e per essere flessibili in situazioni ambigue e incerte.

In particolar modo viene sfruttata la visual art, la quale viene impiegata, in maniera innovativa, nell'approccio Visual Thinking Strategies (VTS), un metodo nato negli Stati Uniti dalla volontà della psicologa Abigail Housen e dall'educatore artistico Philip Yenawine per aiutare gli studenti nelle tecniche

di osservazione e di pensiero critico. Il metodo, che utilizza l'osservazione dell'elemento artistico, si basa su tre domande: 'cosa succede nell'immagine?', 'quali sono le ragioni per cui hai compiuto questa descrizione?', 'cos'altro potresti notare?'. Queste tre domande consentono agli studenti di guardare da vicino, fare delle osservazioni su ciò che vedono e condividerle. La discussione sull'arte permette agli allievi di utilizzare spunti visivi e cognitivi per imparare a riconoscere ciò che sanno e che non sanno e a essere preparati ad esplorare altri argomenti complessi da soli e con i compagni (Mukunda et al, 2019). Le VTS permettono di espandere le proprie abilità di osservazione, essenziali in un esame medico perché legate al raggiungimento di diagnosi accurate, ma raramente insegnate. Infatti, anche nei corsi di diagnosi fisica si insegna a riconoscere i risultati normali e anormali, ma non viene enfatizzata l'effettiva capacità di osservare con attenzione che, al contrario, viene spesso data per scontata (Jasani e Saks, 2013). Il metodo VTS permette di aumentare la fiducia nelle proprie abilità visive e comunicative ed è in grado di sviluppare l'ascolto e il ragionamento su ipotesi compiute da altri nel caso in cui si lavori in gruppo. Tutto questo grazie all'arte che, essendo così complessa e ricca, racchiude in sé infinite possibilità di apprendimento. Essa è anche intrinsecamente ambigua - visto che il volere dell'artista nella maggior parte dei casi non si può conoscere con certezza - e abituarsi all'ambiguità è una caratteristica fondamentale nel rapporto medico-paziente (Katz et al., 2014). Gli esercizi possono comprendere sia un'arte di tipo figurativo che un'arte astratta. Con la prima ci si focalizza sul riconoscere le forme e le informazioni contestuali, mentre con la seconda sull'identificazione di patterns (Jasani e Saks, 2013).

Con tale pratica, per esempio, alla Yale University School of Medicine è stato notato che gli studenti che imparavano mediante l'arte, rispetto a quelli che apprendevano solo attraverso un metodo scientifico, avevano risultati migliori sull'osservazione diagnostica.

Nell'approccio VTS hanno un ruolo centrale anche i musei che, con le competenze dei loro educatori, possono risultare rilevanti per un apprendimento più proficuo per gli studenti. Tale efficacia è derivata anche dal fatto che i musei sono luoghi in cui si cercano di evitare i preconcetti e dove, senza ansia da prestazione, si possono condividere pensieri. All'interno delle istituzioni museali si lavora con i quadri esposti al loro interno che diventano l'elemento da cui partire con il processo di osservazione, di interpretazione, di analisi, di collaborazione e di formulazione di pensieri speculativi. All'Harvard Medical School, per esempio, un corso era composto da sessioni di osservazione da 75 minuti al Boston Museum of Fine Art, seguite da una lezione di un'ora per mettere in relazione le arti visive con la diagnosi fisica. Anche la Perelman School of Medicine ha intrecciato, nel 2018, una collaborazione con un museo, il Philadelphia Museum of Art. Gli studenti che avevano partecipato alla sperimentazione erano stati divisi in due gruppi e, uno aveva ricevuto dei pass gratuiti per il museo e la possibilità di

partecipare a sessioni di osservazione dell'arte condotte da educatori esperti, mentre l'altro gruppo aveva ricevuto solo pass gratuiti. Il programma di studio si basava interamente sull'osservazione dell'arte senza alcuna componente clinica o di lezione e, in seguito a dei test di confronto tra i due gruppi, si è concluso che la formazione artistica può aiutare ad insegnare agli studenti di medicina a diventare migliori osservatori clinici (Mukunda et al, 2019). Questo anche grazie a un ampliamento della capacità di interpretazione di una situazione, che non è più di tipo limitata, ma più completa perché rivolta all'ambiente circostante, allo stato emotivo e al punto di vista del paziente e che racchiude in sé un aumento dell'uso di analogie visive. L'utilizzo dell'arte nell'apprendimento riesce a insegnare a guardare i dettagli e a rallentare per prendersi il proprio tempo per compiere osservazioni.

Da alcuni test svolti in 110 studenti prima e dopo delle lezioni che coinvolgevano l'arte, è stato notato anche che nel pre-test, gli studenti utilizzavano nella descrizione di foto di pazienti una terminologia soggettiva, come ad esempio "normale" e "sano", mentre, nel post-test successivo all'esercizio basato sulle arti visive, gli studenti fornivano descrizioni più concrete di ciò che avevano osservato: l'uso di una terminologia soggettiva era diminuito del 65% (Jasani e Saks, 2013).

Il miglioramento della capacità cognitiva di riconoscere ed elaborare i dettagli visivi e, quindi, delle percezioni che si formano attraverso l'osservazione, può affinare anche la predisposizione all'empatia dell'allievo. Essa racchiude in sé la capacità di sperimentare i sentimenti, i pensieri e i punti di vista dell'altro. Nel campo sanitario l'empatia è fondamentale per i professionisti che si avvicinano a un paziente, ma, molto spesso, si tende a lasciarla da parte in nome di un distacco e una neutralità clinica (Zazulak et al., 2015).

Tra le forme artistiche, la danza è in grado di riprodurre esperienze di vita che permettono l'interazione con altri individui e il benessere personale. Il suo uso diretto da parte di studenti nell'ambito sanitario permette di indagare i propri sentimenti e, ponendosi delle domande, a intraprendere nuovi modi di pensare. Inoltre, essa è utile dal momento in cui la relazione tra professionista dell'ambito medico e persona presa in cura è data da un intreccio di corpi vissuti. Dal 2015, per esempio, per la Laurea in Infermieristica all'Università di Torino, vengono svolti dei workshop di danza e movimento in cui viene data molta attenzione alla dimensione corporea, che è la prima ad essere messa in gioco nel momento del tirocinio e che è il mezzo attraverso il quale verrà esercitata la professione in questione. Con la danza, infatti, si riesce a interconnettere psiche, corpo e aspetti relazionali e a sviluppare una dimensione individuale così come una sociale. L'incontro con l'altro e il cercare di creare movimenti simmetrici o complementari permette di sviluppare una propria identità e un senso di sé, mentre una danza più libera, ma con un ritmo più strutturato, diventa il modo per creare il concetto del Noi. Questo processo, dal punto di vista della formazione, porta la persona a non considerare più il corpo dell'altro come una semplice macchina, ma come

un'entità che bisogna ascoltare e osservare con uno sguardo aperto. Inoltre, esporre il proprio corpo alla vista degli altri durante questo tipo di attività, porta ad essere consapevoli del pudore che ognuno ha, e questo fa sì che si sviluppino delle capacità empatiche utili nel futuro. Durante la danzaterapia, il fatto di avere una comunicazione verbale limitata, se non assente, permette lo sviluppo di abilità che possono tornare utili nel momento in cui, nella relazione infermiere-paziente, l'uso della parola è difficile o impossibile (Lo Bue et al., 2023).

Anche i fumetti possono rientrare all'interno delle Medical humanities e costituire un metodo didattico nelle scuole di medicina in Italia (a livello internazionale se ne fa già uso). Essi, infatti, grazie alla loro combinazione di parole e immagini, così come alla loro flessibilità e accessibilità, facilitano l'interiorizzazione dell'identità professionale degli studenti e lo sviluppo di competenze emotive e relazionali. La capacità del fumetto di riuscire a trasportare una persona all'interno della storia che sta leggendo favorisce il potenziamento dell'empatia, mentre l'unione tra testo e immagine comporta a sviluppare contemporaneamente sia il pensiero analitico che quello critico. La lettura di un fumetto, ma anche la creazione di sequenze di immagini, facilita lo sviluppo di competenze comunicative nel momento in cui si devono trattare temi complicati e di natura sensibile (Moretti et al., 2023).

Tra le discipline che aiutano la formazione dei professionisti sanitari possono essere inserite le clownerie e la metodologia teatrale che le caratterizza. In chi le pratica viene sollecitata l'autoironia e, come nella danza, anche l'emotività, la capacità comunicativa del corpo e di esporsi senza provare vergogna. Il loro modo di esprimersi e il modo di creare attraverso il gesto può essere un'opportunità per superare la resistenza del corpo e la scarsa espressività che sono il risultato di una rigidità interna, il più delle volte inconscia. Ciò che si impara con un corso di clowneria risulta importante soprattutto nel momento in cui ci si trova di fronte a situazioni che richiedono una comunicazione non verbale; chi lo frequenta si sente più capace di proteggere e aiutare gli altri, oltre che a sentirsi più libero dalle regole (Farneti e Tschiesner, 2014).

Una formazione musicale, invece, può migliorare la gestione della rianimazione cardiopolmonare (RCP). Quest'ultima ha come necessità principale la qualità e la frequenza delle compressioni toraciche. Solitamente il mantenimento delle conoscenze e delle competenze in materia di RCP è scarso, infatti, si osserva una diminuzione significativa delle competenze già dopo sei settimane dal corso. Per questo motivo, è stato sperimentato l'effetto dell'utilizzo di musica pop durante la formazione nella RCP perché essa ha una cadenza cronometrata a circa 100 battiti/min (bpm), la stessa frequenza che serve in caso di arresto cardiaco. Una ricerca che ha coinvolto studenti e dipendenti dell'Università dell'Illinois a Urbana-Champaign ha dimostrato, mediante un confronto tra formazione normale e una formazione con metronomo musicale (in particolare *Stylin' Alive* di Bee Gees), che i soggetti della seconda tipologia di formazione, ritestati dopo sei settimane, avevano

un tasso di successo maggiore nell'efficacia delle compressioni (Hafner et al., 2015). Lo stesso metodo vale anche per la rianimazione cardiopolmonare neonatale (nCPR), in cui suggerimenti musicali, per esempio *SOS* degli ABBA, hanno il potenziale per migliorare l'addestramento facilitando una migliore aderenza alle frequenze di compressione toracica e di gonfiaggio polmonare al minuto raccomandate (Roehr et al., 2014). Addestrare l'udito, inoltre, aiuta a sviluppare l'orecchio musicale e, quindi, per gli infermieri può risultare utile per migliorare l'identificazione di rumori normali o insoliti prodotti da intestino, cuore e polmoni.

Suonare musica ha dei punti di contatto anche con l'eseguire interventi chirurgici. Queste due azioni hanno in comune diverse abilità cognitive che includono grande accuratezza nelle prestazioni motorie, integrazione di informazioni sensoriali e motorie, coordinazione tra occhio e mano, visualizzazione spaziale, concentrazione intensa, tempi di reazione rapidi: l'esperienza che una persona può avere nel suonare uno strumento può diventare utile nel momento in cui si trova a intervenire in sala operatoria. La musica, inoltre, può aumentare la velocità e la precisione nell'esecuzione dei compiti e, se utilizzata in modo appropriato, può influenzare positivamente il consolidamento della memoria chirurgica (Martellucci, 2015).

La musica può essere vantaggiosa anche nel momento in cui si deve effettuare una sutura intracorporea laparoscopica che richiede una tecnica avanzata non facile da apprendere. Per eseguirla è necessario possedere abilità visuo-spaziali, le quali, insieme a quelle matematiche, sono influenzate dall'esperienza musicale. Infatti, grazie a uno studio che ha tentato di indagare l'effetto della competenza musicale sulle capacità di sutura laparoscopica dei principianti chirurghi, è stato constatato che le caratteristiche visuo-spaziali necessarie possono migliorare in coloro che sono coinvolti nel suonare uno strumento (Boyd et al., 2008).

Le discipline umanistiche risultano essere utili anche all'interno del rapporto comunicativo tra paziente e operatore sanitario. La loro relazione è solitamente sbilanciata verso la seconda figura ed è messa in discussione anche dai due sistemi con cui si valutano a vicenda: quello profano che fornisce al paziente i criteri per valutare il medico e il sistema di riferimento professionale che porta il medico a compiere scelte e assumere determinati comportamenti. Di conseguenza, il medico si trova a mediare fra la sua appartenenza professionale e la necessaria relazione con l'altro sistema; il paziente deve cercare di negoziare al meglio soluzioni che soddisfino il proprio bisogno facendo i conti anche con il sistema opposto (Neresini, 2003). Inoltre, il loro rapporto è stato reso complicato anche dalle molte apparecchiature tecnologiche e analisi di laboratorio che fanno sì che il paziente si veda in un mondo di tecnologia che lo analizza e il medico diventa il "tecnico" che diagnostica mediante questi nuovi strumenti (Giarelli e Venneri, 2012). La medicina basata sulle evidenze e sugli strumenti diagnostici, dunque, ha fatto passare in secondo piano il colloquio con il

paziente che, invece, è fondamentale perché può generare segnali e informazioni che nella maggior parte dei casi sono rilevanti. Solo in questo modo si può arrivare a un'alleanza terapeutica, in cui il medico aiuta il paziente, ma anche viceversa, andando così a consolidare la sentenza di Ippocrate che scriveva che l'arte si compone di tre termini, la malattia, il malato, il medico e il malato aiuta il medico a combattere la malattia (Del Nord e Peretti, 2012).

Per migliorare le competenze comunicative, verbali e non verbali, i lavoratori sanitari hanno tratto beneficio da lezioni di educazione artistica perché in grado di fornire gli strumenti necessari per identificare le emozioni e sviluppare empatia e consapevolezza dell'altro. Corsi di improvvisazione teatrale o sessioni di jazz, per esempio, sono stati indicati utili per migliorare le competenze di ascolto e l'istintività e la spontaneità della risposta da parte degli studenti di medicina all'interno di un rapporto clinico. Le arti visive possono diventare uno spunto di conversazione con pazienti e il disegno si è visto che ha facilitato i chirurghi nello spiegare ai pazienti l'intervento che dovevano eseguire. Corsi di teatro possono aiutare i medici a ridurre l'uso di un gergo troppo complicato all'interno di una conversazione con un utente e a sostenerli nel momento in cui devono comunicare notizie negative (Fancourt e Finn, 2019).

Gli operatori sanitari appartengono a una categoria occupazionale particolarmente interessata dal fenomeno dello stress derivante dal lavoro, e questo si è percepito in particolare durante e dopo la pandemia di Covid-19. Gli effetti di questo stress, derivato da determinate condizioni fisiche e psicosensoriali e dalla consapevolezza del lavoratore delle difficoltà nel proprio compito, interessano sia la persona sia l'istituzione per la quale lavora. Un luogo di lavoro stressante, infatti, porta ad affaticamento, mal di testa, irritabilità, problemi di sonno, ansia e depressione, oltre che un calo della produttività, abbassamento della qualità delle prestazioni, maggior numero di assenze e allontanamento volontario dal lavoro e, quindi, a un possibile impoverimento dei risultati clinici.

Questi sono gli effetti del cosiddetto *burnout*, letteralmente "bruciare completamente", che consiste in una forma di esaurimento psico-fisico e che si presenta in modo particolare tra i membri dell'équipe infermieristica. Il *burnout* non è solo, come esprime l'interpretazione tradizionale, la reazione emotiva personale alla sofferenza delle persone per le quali si lavora ma, più in generale, il risultato di una insoddisfazione duratura nel tempo delle proprie condizioni lavorative che comporta un alto dispendio di energie fisiche e psicologiche.

Tali condizioni riguardano il carico lavorativo fisico, mentale-cognitivo, psichico, gli orari e i turni notturni e l'aspetto fisico-ambientale in cui l'operatore si trova a svolgere i propri compiti. Il carico di lavoro diventa così sovraccarico e potenzialmente generatore di stress. Quel tipo di stress che è definito distress, cioè portatore di ansia, tachicardia, mancanza di salivazione,

tensione, amnesia, e non eustress che, al contrario, è una condizione non nociva che porta ad essere vigile e concentrato (Rubettino, 2015).

L'esigenza di un benessere lavorativo può essere soddisfatta da un'efficace gestione del flusso di pazienti, spazi adeguati e una minimalizzazione degli spostamenti nelle attività clinico-assistenziali. Un benessere mentale, invece, richiede un facile controllo operativo della struttura, una postazione di lavoro personale, un supporto per minimizzare le interferenze durante gli scambi lavorativi tra operatori e un controllo delle interazioni con pazienti e familiari affinché non avvengano in momenti inopportuni per il sanitario.

Comprendere la potenzialità dei metodi dell'arteterapia, intesa come fare arte ed espressione creativa, può risultare una soluzione vincente nell'aiutare a risolvere la situazione dei professionisti sanitari. L'arteterapia può avere risvolti positivi per quanto riguarda vari ambiti: allentamento dello stress, espressione di emozioni, connessione con i colleghi, nuove prospettive, miglioramento del prendersi cura di sé (Tjasink et al., 2023)

La terapia artistica creativa può consolidare, in professionisti e studenti, l'autostima, il senso di identità e la cura di sé, andando ad aumentare la resilienza, intesa anche come capacità di comprendere e accettare i propri sentimenti. Inoltre, le attività artistiche possono far diminuire la stanchezza mentale e, per chi lavora in reparti che coinvolgono cure di fine vita, portare a gestire l'ansia della morte e incrementare la propria consapevolezza emotiva. Nei corsi di arte, nei quali si possono usare pastelli a olio, acquerelli, quaderni di schizzi, i materiali vengono utilizzati per descrivere esperienze personali e professionali, concentrandosi sul loro impatto emotivo, per poi condividerle con i membri del gruppo. La partecipazione attiva può rafforzare il senso di sostegno reciproco tra professionisti, aiutare a visualizzare i problemi all'interno del team, aumentare la soglia di tolleranza nel momento in cui si presentano situazioni di incertezza o di conflitto e ridurre il tasso di suicidi all'interno di questa categoria. I programmi di arteterapia possono creare un senso di comunità che porta a sentirsi meno soli, soprattutto nel momento in cui la pandemia ha portato a sentirsi disconnessi dagli altri, e a poter condividere dei traumi con persone che riescono veramente a capire la situazione perché del settore. Inoltre, il lavorare insieme scioglie la gerarchia medica e porta ad entrare in empatia con tutti gli operatori sanitari piuttosto che solo con coloro che condividono lo stesso ruolo. Il fatto, poi, che queste attività possano svolgersi al di fuori della struttura ospedaliera mette a proprio agio i professionisti che, così, hanno la possibilità di sentirsi vulnerabili (Torres et al., 2023).

La scrittura creativa, basata su esercizi di scrittura libera o sulla stesura di diari, inoltre, può aiutare gli operatori sanitari a rielaborare il carico emotivo giornaliero legato al loro lavoro attraverso una ripetizione delle loro esperienze (Fancourt e Finn, 2019).

Per il benessere della persona, la clowneria, di cui si è parlato precedentemente, potrebbe avere un ruolo nell'alleggerire situazioni pesanti

da sopportare, dando voce ad emozioni represses e aiutando a sdrammatizzare, anche attraverso la comicità (Farneti e Tschiesner, 2014).

Si è scoperto che la musica ha un'influenza positiva sull'umore e aumenta, allo stesso tempo, il livello di attenzione, passione e resa (Fancourt e Finn, 2019). Essa può essere usata per ottenere una soluzione allo stress prolungato grazie all'attivazione, negli operatori, di risorse di recupero, benessere e condivisione. Quest'ultimo fattore è derivato dalla capacità socializzante che si trova applicata all'esperienza musicale (Rubettino, 2015). La musicoterapia, dunque, può alleviare le emozioni negative come tensione e ansia nel campo professionale sanitario e, unita ad altri approcci, come l'aromaterapia, può ridurre in maniera ancora più significativa i livelli di preoccupazione tra gli infermieri rispetto alla sola musicoterapia.

La danzamentoterapia e la drammaterapia, che consiste nell'utilizzo di performance drammatiche come la proiezione teatrale, l'improvvisazione e il gioco di ruolo per trasmettere pensieri e sentimenti, facilitando così il cambiamento fisico, psicologico e sociale nella popolazione infermieristica, ha ancora una scarsa applicazione, ma gli operatori sanitari che sono stati coinvolti in queste attività hanno avuto miglioramenti rispetto ad ansia-depressione e nel disturbo da stress post-traumatico, quindi, esse risultano capaci di ridurre i disturbi emotivi (Zhang et al., 2024).

È verificato, perciò, che l'arte può aiutare non solo a diminuire la sofferenza dei malati, ma anche quella di chi, passando la maggior parte della sua vita a lavorare in un luogo di cura, incorpora una serie di sofferenze che, con il passare del tempo, si accumulano e diventano difficili da tollerare. Per questo motivo, sostenere chi decide di intraprendere una carriera nell'ambito sanitario è un obbligo, oltre che un investimento dal punto di vista culturale e umano (Pastorino, 2012).

## CONCLUSIONI

«Ogni mattina perlustro i corridoi del sesto piano a caccia dello specialista per indagare nuovi dettagli. Quest'uomo ha la tua vita nelle sue mani ed io non ho fiducia di lui, passa come una corrente d'aria, distratto e frettoloso, dandomi noiose spiegazioni sugli enzimi, e copie di articoli sulla tua malattia, che tento di leggere ma che non capisco. Sembra più interessato a imbastire le statistiche del suo computer e le formule del suo laboratorio che al tuo corpo crocefisso su questo letto» (Allende, 2002, p. 13). È così che Isabel Allende racconta l'esperienza che ha vissuto in ospedale quando sua figlia Paula, a 28 anni, è sprofondata in uno stato di assenza psichica a causa di un attacco acuto di porfiria. Questa è anche l'esperienza che oggi si cerca di non far vivere a chi deve frequentare un ospedale. Il mondo della sanità, composto da un insieme complesso di conoscenze, regole e gerarchie, racchiude in sé una forte componente scientifica. La medicina, infatti, è un settore che si basa su dati scientifici e su una certa rigidità istituzionale. Negli ultimi tempi, però, è il benessere psico-fisico dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori sanitari a contare in maniera maggiore. È la diminuzione dello stress, lo sviluppo di rapporti sociali e la positività dello stato emotivo ad essere oggetto di studi.

I dati riportati in questo elaborato e le persone che sono state coinvolte nelle interviste hanno voluto essere una possibilità di approfondimento di quella parte riguardante la sanità che rimane sconosciuta ai più, ma che risulta essere sempre più importante. Si è voluto ricordare che la scientificità che accompagna il concetto di salute, deve essere integrata con altre discipline, in particolare di tipo umanistico, che permettano un approccio più umano alla materia, un approccio che consideri il paziente nella sua globalità e non più come solo un corpo da curare.

L'umanizzazione deve rivolgersi, innanzitutto, all'ambiente di cura. Esso, attraverso architettura e design, deve essere dotato di tutti quei comfort architettonici e visuali che permettano, non solo ai pazienti, ma anche a chi vi lavora, di vivere un'esperienza ospedaliera migliore.

L'utilizzo dell'arte, poi, è stato oggetto di approfondimento in questa tesi e si è visto come, sia nel caso di produzioni originali come quelle di Silvio Irilli, Tony Gallo e Alessio-B, sia nel caso di riproduzioni di opere come in Humanitas a Bergamo e Rozzano, esso possa essere un modo per rendere più piacevole un ambiente sanitario e per veicolare messaggi positivi e di conforto. Si può dire, dunque, che il coinvolgimento estetico e lo stimolo dell'immaginazione derivato dalla bellezza dell'arte può essere considerato una medicina, non tanto del corpo, ma dell'anima. La positività dell'arte è racchiusa anche nella possibilità di attribuirle interpretazioni differenti e questo aiuta ciascun individuo a crearsi una spiegazione personale che più lo può aiutare nel momento in cui osserva un'opera.

L'arte, poi, in tutte le sue sfaccettature, quindi dalle discipline pittoriche a quelle teatrali, dalla musica alla danza, può coinvolgere in maniera attiva pazienti e lavoratori facendoli esprimere le loro emozioni, permettendo l'allontanamento degli stati d'animo negativi, aumentando l'autostima e la consapevolezza di sé. Le attività artistiche, dunque, possono considerarsi come interventi atti al miglioramento del benessere della persona nel momento in cui si trova in una situazione di disagio. In particolare, risulta importante l'interazione sociale che le attività creative riescono a mettere in luce, oltre che a tutte quelle risposte psicologiche e comportamentali che risultano fondamentali in un processo di recupero della salute.

Per la classe dei lavoratori sanitari, inoltre, l'arte può essere un modo per ridurre il senso di stress, tipico di questo lavoro e che può causare patologie correlate oltre che una possibile diminuzione dell'efficienza lavorativa.

Visti i risultati positivi che l'elemento artistico e le attività creative possono ottenere, è consigliabile implementare il loro uso all'interno delle strutture di cura, garantirne l'accesso a tutti e far sì che un pubblico sempre maggiore riconosca il valore che l'arte può dare se coinvolta all'interno della sfera della medicina. Sarebbe auspicabile anche rafforzare o creare collaborazioni tra ospedali e istituzioni culturali e museali, come accaduto nei casi che hanno visto come protagoniste l'Accademia Carrara e la Pinacoteca di Brera.

Inoltre, sarebbe opportuno indagare ulteriormente l'inclusione delle arti nell'ambito della formazione degli operatori sanitari per migliorare le loro abilità cliniche e comunicative per capire se è possibile raggiungere risultati migliori rispetto a quelli già ottenuti.

## BIBLIOGRAFIA

Abbenante, S. et al. (2020), *Ricerca su arteterapia e arte come terapia. Pratiche e metodologie di Arteterapia utilizzate nel trattamento di vittime di abuso e violenza*, DEEP ACTS. Developing Emotional Education Pathways and Art Centered Therapy Services against gender violence, Oglianico, 31 ottobre 2020

Accursio, G. e Giovino, S. (2017), “Artiterapie: tecniche grafico pittoriche, potenzialità e sviluppo della creatività”, in O. Rossi (a cura di), *Arti Terapie: applicazioni nella relazione d’aiuto*, Roma, Nuova associazione europea per le arti terapie, n. 1, pp. 28-48

Alberti, Leon Battista (1966), *L’Architettura (De Re Aedificatoria)*, Orlandi Giovanni e Portoghesi Paolo (a cura di), Edizioni Il Polifilo, Milano, vol. 1

Allende, I. (2002), *Paula*, Roma, La biblioteca di Repubblica

Ander E. et al. (2012), *Heritage in Health. A guide to using museum collections in hospitals and other healthcare settings*, Londra, University College London

Andreoli, S. (2020), *Genio e follia: relazione tra creatività e aspetti psicopatologici*, <<https://www.dottstefanoandreoli.it/single-post/genio-e-follia-relazione-tra-creativit%C3%A0-e-aspetti-psicopatologici>>

Anjali, J. et al. (2006), “The Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings”, *The Center for Health Design*, n. 2

Archivio di Stato di Firenze, Provvisioni Registri, f. 155, c. 58r; in A. Corsini (1911), *La Moria del 1464 in Toscana e l’istituzione dei primi Lazzaretti in Firenze ed in Pisa*, Firenze, Tipografia e Libreria Claudiana, p. 34

Bagliato, M. (2018), “Terapia come arte. Analisi dei processi di “cura” nell’arte contemporanea”, in O. Rossi e A. M. Acocella (a cura di), *Arti Terapie: strategie della creatività*, Roma, Nuova associazione europea per le arti terapie, n. 2, pp. 31-48

Baron, J. H. (1996), “Art in hospitals”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 89, n. 9, pp. 482-483, <<https://doi.org/10.1177/014107689608900902>>

Baron, J.H. e Green, L. (1984), “Art in hospitals. Funding works of art in new hospital”, *British Medical Journal*, vol. 289, pp. 1731-1737, <<https://doi.org/10.1136/bmj.289.6460.1731>>

BBC, (2016), *Architecture is the best medicine. The story of Maggie's*, BBC Arts, <<https://www.bbc.co.uk/programmes/articles/5WShMbFYDmBP7dLNzBPxwfM/architecture-is-the-best-medicine-the-story-of-maggie-s#:~:text=With%20her%20husband%20Charles%20Jencks,Maggie%20had%20found%20herself%20in>>

Bellini, G. et al. (2007), *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, Rimini, Maggioli editore

Bocchi, C. e Chiereghin E. (2013), “Arte e ospedali: evidenze scientifiche del ruolo terapeutico della cultura”, in E. Grossi, A. Ravagnan (a cura di), *Cultura e salute*, Milano, Springer, pp. 193-203, <[https://doi.org/10.1007/978-88-470-2781-7\\_14](https://doi.org/10.1007/978-88-470-2781-7_14)>

Bodo, C. (2018), “L'Arte negli ospedali”, *Economia della Cultura. Rivista trimestrale dell'Associazione per l'Economia della Cultura*, vol. 4, pp. 533-542

Bonaldi, A. (2007), “Come cambia l'ospedale: organizzazione ed Evidence-Based Design”, *Salute e società*, Milano, Franco Angeli, fascicolo 3, pp. 56-69

Borgese, D. (2015), “Laboratorio espressivo con pazienti oncologici”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d'aiuto*, n. 26, pp. 54-67

Boyd, T. et al. (2008), “Music experience influences laparoscopic skills performance”, *Journal of The Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*, vol. 12, n. 3, pp. 292-294

Boyse, P. et al. (2003), *The benefits of daylight through windows*, New York, Rensselaer Polytechnic Institute

Braida, N. et al. (2023), “Formazione infermieristica e metodi creativi. Riflessioni su genere e professioni di cura”, *Salute e Società*, fascicolo 2, pp. 140-151

Bucchi M. (2003), “La comunicazione della salute”, in M. Bucchi e F. Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, pp. 161-181

Bucchi M. e Neresini, F. (2003), “Introduzione”, in M. Bucchi e F. Neresini

(a cura di), *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, pp. 15-18

Calabrese, M. R. (2001), “La teoria del colore di Goethe e la sand-play therapy”, in M. Di Renzo e C. Widmann (a cura di), *La psicologia del colore*, Bergamo-Roma, Edizioni scientifiche Magi, pp. 155-162

Camic, P. M. e Chatterjee H. J. (2013), “Museums and art galleries as partners for public health interventions”, *Perspectives in Public Health*, vol. 133, n. 1, pp. 66-71

Cantore, C. (2022), “Le fotografie espressioni dell’anima”, in O. Rossi e A. M. Acocella (a cura di), *Le dimensioni dell’arteterapia*, Roma, Nuova associazione europea per le arti terapie, n. 4, pp. 36-45

Cariani, M. (2022), “L’arteterapia nel sistema di cura delle gravi cerebrolesioni acquisite”, in O. Rossi e A. M. Acocella (a cura di), *Le dimensioni dell’arteterapia*, Roma, Nuova associazione europea per le arti terapie, n. 4, pp. 57-71

Carnarelli, L. e Casarotto, R. (2023), “L’ineffabile cura della danza”, *Economia della Cultura*, fascicolo speciale, pp. 117-123

Caterina, R. (2014), “Musica regolazione delle emozioni e processi creativi”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d’aiuto*, n. 23-24, pp. 14-28

Ciraso, M. et al. (2009), “Ri-abitare il corpo”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d’aiuto*, n. 6, pp. 6-10

Coll Espinosa, F.J. (2006), “Un viaje por arte terapia”, *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, vol. 1, pp. 41-44

Cork, R. (2012), *The healing presence of art. a history of western art in hospital*, New Haven e Londra, Yale University press

Cosmacini, G. (1997), *L’arte lunga. Storia della medicina dall’antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari

D’Alessandro, S. (2018), “Sociologia relazionale e rapporto medico-infermiere-paziente”, *Salute e società*, fascicolo 1, pp. 159-175

De Luca, M. (2017), “La «cura dell’arte»: arti visive e malattia”, *Economia della cultura*, fascicolo 2, pp. 305-312

Del Nord, R. (2012), *Una nuova attenzione all'ambiente nei luoghi di cura: il ruolo dell'architetto*, Atti del Simposio a cura di Fondazione Bracco, "Il ruolo dell'Arte e dell'Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale", Milano, 30 novembre 2012

Del Nord, R. e Peretti G. (2012), *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, Ministero della salute

Del Nord, R. et al. (2015), "L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano", *Techne, Journal of Technology for Architecture and Environment*, vol. 9, pp. 224-229, <<https://doi.org/10.13128/Techne-16127>>

Fancourt, D. e Finn S. (2019), *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

Farneti, A. e Tschiesner, R. (2014), *La clownerie come strumento di formazione per gli infermieri*, Bressanone, Weger

Ferrante, T. e Cellucci, C. (2021), "Tra Umanizzazione E Digitalizzazione Degli Spazi Di Cura: Casi Studio E Strategie Progettuali", *Techne, Journal of Technology for Architecture and Environment*, vol. 21, pp. 174-182, <<https://doi.org/10.13128/techne-9847>>

Ferrari, B. et al. (2014), "Lo Spazio della creatività e delle emozioni: l'esperienza di un gruppo di arteterapia", *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d'aiuto*, n. 22, pp. 3-13

Ferrari, S. (2013), "Alcune note su psicologia, arte e arte terapia", *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d'aiuto*, n. 19, pp. 7-8

Ferrari, S. (2015), "Selfie therapy", *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d'aiuto*, n. 25, pp. 3-11

Ferraris, S. (2014), "La rappresentazione della follia tra arte e scienza", *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d'aiuto*, n. 23-24, pp. 31-47

Franco, S. (2017), "Dance Well: un passo a due con il Parkinson", *Economia della Cultura*, Fascicolo 2, pp. 293-297

Fudickar, A. et al. (2022), "Evidence-based art in the hospital", *Wiener*

*Medizinische Wochenschrift*, 172, pp. 234-241,  
<<https://doi.org/10.1007/s10354-021-00861-7>>

Fusco, O. (2023), *Il grande libro del colore. Storia, teoria e pratica*, Milano, Gribaudo

Galimberti, P. (2012), *Arte e Ospedali: una panoramica storica*, Atti del Simposio a cura di Fondazione Bracco, “Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale”, Milano, 30 novembre 2012

Gandini, M. (2015), “Edith Kramer, una pioniera dell’arteterapia”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d’aiuto*, n. 26, pp. 15-28

Garbellotti, M. (2004), *Ospedale e carità nell’Italia moderna. Laici, clero secolare e regolare organizzano l’assistenza*, in Ghidetti, E. e Daiana, E. (a cura di), Atti del Convegno Internazionale “La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell’ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze”, Firenze, 20-22 maggio 2004

Geddas da Filicaia, M. (2004), *Gli ospedali ‘storici’ un patrimonio architettonico e una risorsa assistenziale nella realtà urbana delle città europee*, in Ghidetti, E. e Daiana, E. (a cura di), Atti del Convegno Internazionale “La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell’ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze”, Firenze, 20-22 maggio 2004

Gelmini, G. (2007), *Musica e arte-terapia: differenze di outcome e terapie combinate*, 52° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, “Paese vecchio, assistenza nuova: il caso Italia”, Firenze, 28 novembre - 2 dicembre 2007

Ghidetti, E. (2004), *Introduzione*, in Ghidetti, E. e Daiana, E. (a cura di), Atti del Convegno Internazionale “La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell’ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze”, Firenze, 20-22 maggio 2004

Giarelli, G. e Venneri, E. (2012), *Sociologia della salute e della medicina: manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Milano, FrancoAngeli

Grignoli, L. (2014), *Fare e pensare l’arteterapia. Metodi di conduzione dei laboratori esperienziali*, Milano, FrancoAngeli

Grossi, E. (2013), *Mostre d’arte nelle strutture sanitarie: l’esempio del Centro Diagnostico Italiano*, Atti del Simposio a cura di Fondazione Bracco, “Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale”,

Milano, 30 novembre 2013

Grossi, E. (2017), “Evidenze cliniche dei rapporti tra cultura e salute”, *Economia della Cultura*, Fascicolo 2, pp. 175-187

Hafner J.W. et al. (2015), “Death before disco: the effectiveness of a musical metronome in layperson cardiopulmonary resuscitation training”, *Journal of Emergency Medicine*, vol. 48, n. 1, pp. 43-52, <doi: 10.1016/j.jemermed.2014.07.048>

Henderson, J. (2004), *Santa Maria Nuova nel quadro europeo del Rinascimento bellezza e terapia*, in Ghidetti, E. e Daiana, E. (a cura di), Atti del Convegno Internazionale “La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell’ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze”, Firenze, 20-22 maggio 2004

Henderson, J. (2016), *L'ospedale rinascimentale: la cura del corpo e dell'anima*, Bologna, Odoya

Jasani, S. K. e Saks, N. S. (2013), “Utilizing visual art to enhance the clinical observation skills of medical students”, *Medical Teacher*, vol. 35, pp. 1327-1331, <<https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.770131>>

Katz J. T. e Khoshbin S. (2014), “Can visual arts training improve physician performance?”, *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, vol. 125, pp. 331–342

Keep, P. et al. (1980), “Windows in the intensive therapy unit”, *Anaesthesia*, vol. 35, n. 3, pp. 257-262

Lissi, C. et al. (2021), *Esperienza di arteterapia emozionale in hospice*, Roma, Armando editore

Lo Bue, A. et al. (2023), “La danzamovimentoterapia nella formazione universitaria delle professioni sanitarie. Uno sguardo antropologico”, *Salute e Società*, fascicolo 2, pp. 118-128

López Romero, B. (2004), “Arte terapia. Otra forma de curar”, *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, n. 10, pp. 101-110

Lüscher, M. (2001), “La diagnostica-colore dell’emozionalità, della disposizione psicosomatica e della simbolica di sogni e immagini, in M. Di Renzo e C. Widmann (a cura di), *La psicologia del colore*, Bergamo-Roma, Edizioni scientifiche Magi, pp. 17-23

Macrì, E. e Pastore, L. (2019), “Arteterapia come modello d’innovazione sociale in campo sanitario. Quattro esempi italiani”, *Economia della cultura*, Fascicolo 2, giugno 2019

Martellucci, J. (2015), “Surgery and jazz: the art of improvisation in the evidence-based medicine era”, *Annals of Surgery*, vol. 261, n. 3, pp. 440-442

Martucci, P. (2015), “Deviante e geniale. Le reazioni fra arte e follia nella criminologia lombrosiana”, *Psychiatry on line Italia*, pp. 1-8, <<http://www.psychiatryonline.it/node/5624>>

Matteucci, I. (2019), “Corpo e comunicazione. Un’indagine qualitativa sull’immagine corporea in donne operate di tumore al seno partecipanti a un progetto di arti, danza e movimento”, *Salute e Società*, fascicolo 1, pp. 101-116

Melucci, A. (2003), “Prefazione”, in M. Bucchi e F. Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 11-13

Méndez Suárez, M. et al. (2023), “Arteterapia y evolución de los aspectos emocionales y de la ansiedad en un contexto oncohematológico: un estudio de caso”, *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, n. 18

Moretti, V. et al. (2023), “Il fumetto nella formazione medica. Il caso della Scuola di Medicina e Chirurgia di Bologna”, *Salute e Società*, fascicolo 2, pp. 129-139

Moss, H. e O'Neill, D. (2019), “The Role of the Curator in Modern Hospitals: A Transcontinental Perspective”, *Journal Medical Humanities*, vol. 40, pp. 85-100

Mukunda, N. et al. (2019), “Visual art instruction in medical education: a narrative review”, *Medical Education Online*, vol. 24, <<https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1558657>>

Neresini, F. (2003), “Salute, malattia e medicina: uno sguardo sociologico”, in M. Bucchi e F. Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 23-75

Nightingale, F. (2014), *Notes on nursing*, New York, Fall River Pressed

Nonnis Vigilante, S. (2004), *Il medico e l’ospedale nel dibattito scientifico*

*europeo (XIX-XX secolo)*, in Ghidetti, E. e Daiana, E. (a cura di), Atti del Convegno Internazionale “La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell’ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze”, Firenze, 20-22 maggio 2004

Park, S. H. e Mattson, R. H. (2009), “Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery”, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 15, n. 90, pp. 975-980, <<https://doi.org/10.1089/acm.2009.0075>>

Pastorino, U. (2013), *L’arte quale impulso all’umanizzazione nei luoghi di cura*, Atti del Simposio a cura di Fondazione Bracco, “Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale”, Milano, 30 novembre 2013

Pecchiai, P. (1926), *Guida dell’ospedale Maggiore di Milano e degli Istituti annessi*, Milano

Pinto, G. (2004), *L’ospedale di Santa Maria Nuova nella Firenze di Dante*, in Ghidetti, E. e Daiana, E. (a cura di), Atti del Convegno Internazionale “La bellezza come terapia. Arte e assistenza nell’ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze”, Firenze, 20-22 maggio 2004

Pregnoletto, M. (2013), “Pittori tra depressione e follia”, in M. Cocchi et al. (a cura di), *La vita stanca. Sguardi multidisciplinari sulla depressione*, Lecce, Manni, pp. 96-121

Raglio, A. (2013), *Musicoterapia: evidenze scientifiche e applicazioni in ambito clinico*, Atti del Simposio a cura di Fondazione Bracco, “Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale”, Milano, 30 novembre 2013

Regione Veneto (2005), *Manuale del Sistema di Gestione per l’Umanizzazione*

Roehr, C. C. et al. (2014), “How ABBA may help improve neonatal resuscitation training: auditory prompts to enable coordination of manual inflations and chest compressions”, *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 50, n. 6, pp. 444-448, <<https://doi.org/10.1111/jpc.12507>>

Roselli, M. (2013), *Il Corpo e l’Arte*, Atti del Simposio a cura di Fondazione Bracco, “Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale”, Milano, 30 novembre 2013

Rubettino, F. (2015), “Utilizzo della musicoterapia per la diminuzione del

distress lavoro correlato nei lavoratori del comparto sanitario”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d’aiuto*, n. 26, pp. 29-37

Sausgruber, H. (2001), *Il colore in una serie di sogni*, in M. Di Renzo e C. Widmann (a cura di), *La psicologia del colore*, Bergamo-Roma, Edizioni scientifiche Magi, pp. 163-170

Scavarda, A. e Moretti V. (2023), “Perché è necessario pensare ai metodi creativi nella ricerca e nella formazione sanitaria”, *Salute e società*, fascicolo 2, pp. 5-8

Simoni, S. (2003), “Salute e culture organizzative”, in M. Bucchi e F. Neresini (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 77-105

Torres, K. A. et al. (2023), “Creative arts intervention to reduce burnout and decrease psychological distress in healthcare professionals: A qualitative analysis”, *The Arts in Psychotherapy*, vol. 83, pp. 2-9

Truccolo, I. (2002), *Umanizzare la salute: i libri, l’arte e le relazioni come supporto terapeutico*, III Convegno Nazionale “Star bene in ospedale: esperienze e idee per star meglio in ospedale”, Bologna, 24-25 maggio 2002

Turrisi, A. (2015), “I piccoli guerrieri: un progetto di musicoterapia nella realtà di una home in hospital”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d’aiuto*, n. 25, pp. 56-67

Ulrich, R.S. (1984), “View through a window may influence recovery from surgery”, *Science*, vol. 224, n. 4647, pp. 420-421

Van de Glind, I. et al. (2007), “Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review”, *Health Policy*, vol. 84, n. 2-3, pp. 153-161

Venturi, S. (2015), “Autoritratto fotografico in gravidanza: un’esperienza di auto-terapia”, *Nuove arti terapie. La mediazione artistica nella relazione d’aiuto*, n. 26, pp. 38-53

Walch, J. M. (2005), “The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: a prospective study of patients undergoing spinal surgery”, *Psychosomatic Medicine*, vol. 7, n. 1, pp. 156-163

World Health Organization (2006), *Constitution of the World Health Organization*

Zanardi, M. C. (2014), “Introduzione”, in M. C. Zanardi (a cura di), *La Salute*

*e la fede, Il patrimonio artistico, archivistico e librario degli Ospedali di Padova*, Cittadella, Biblios, pp. 21-28

Zazulak, J. et al. (2015), “The impact of an arts-based programme on the affective and cognitive components of empathic development”, *Medical Humanities*, vol. 41, pp. 69–74

Zhang, N. et al. (2024), “Efficacy of art therapy in enhancing mental health of clinical nurses: A meta-analysis”, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, <<https://doi.org/10.1111/jpm.13026>>

## SITOGRAFIA

Associazione Professionale Italiana Danza Movimento Terapia,  
<<https://www.apid.it/>>

Brera in Humanitas, <<https://brera.in.humanitas.it/>>

CD studio d'arte, <<https://cdstudiodarte.it/collections/alessio-b>>

Irilli Murales, <<https://www.irillimurales.com/>>

La Carrara in Humanitas, <<https://www.lacarrarainhumanitas.it/>>

Nurse Times, <<https://nursetimes.org/murale-appena-disegnato/94351>>

Ospedali dipinti, <<https://www.ospedalidipinti.it/>>

RPBW all projects, <<https://www.rpbw.com/project/childrens-hospice>>

The British Association of Art Therapists, <<https://baat.org/art-therapy/what-is-art-therapy/>>

Tony Gallo, <<http://www.tonygallo.it/>>

Treccani, <<https://www.treccani.it/enciclopedia/sociologia/>>