



Workshop “Esperti e operatori”

Fondazione Michelucci, Fiesole, 4 marzo 2023

Operare con la dimensione artistica negli spazi della salute. Un confronto tra architetti, operatori artistici e della salute e sociologi, per cogliere la misura delle effettive esigenze e i terreni di possibile intervento.

La costruzione dei luoghi della salute

Costruire luoghi e non solo spazi. Sono le “azioni”, che incidono negli “spazi”, a farli diventare “luoghi”. Esperienze, spazi e linguaggio come simboli di speranza: dal crocifisso del passato per trovare aiuto nella fede, ai segni del contemporaneo per “ritrovarsi” nella cultura operante della propria comunità.

Ospedale come struttura “viva”, in continua riconfigurazione.

L’ospedale come organismo vivente, con la persona al centro: se si pensa troppo per organi e non come organismo si creano fratture tra sé e gli altri.

Si sta superando il passaggio **dal modello storico di “ospedale del povero” all’umanizzazione dell’ospedale**, che però richiede la consapevolezza di un continuo sforzo di adeguamento ad un mondo (tecnologico, culturale, sociale) in veloce cambiamento: cambiano i flussi interni ed esterni, le generazioni e le culture con cui interrelazionarsi, le pressioni e lo stress su operatori, famiglie e pazienti per un sistema a volte difficilmente riformabile.

Permangono inoltre i rischi sempre presenti che, tra approccio economico aziendale e semplificazioni gestionali più pratiche, si riprendano i vecchi modelli delle istituzioni totali, come il carcere e le strutture psichiatriche, in nome dell’efficienza e dell’efficacia trattamentale.

La cultura contemporanea del progetto richiede un modello variabile: scelte strategiche per definire le “invarianti” dell’ospedale e il resto necessariamente riconfigurabile, con la necessità di fare memoria storica rispetto alle scelte, per accompagnare consapevolmente l’adeguarsi a sempre nuove esigenze.

La progettazione dei luoghi è necessariamente cambiata: dagli spazi per la cura solo del corpo a quelli collaborativi delle relazioni, per superare la dimensione fisica di totale delega verso quella della dimensione umana, dello spirito e del cittadino.

Progettare per chi abita i luoghi della salute, temporaneamente ma anche permanentemente.

Necessità di un approccio multidisciplinare nel progetto, dall’ergonomia ai fattori umani (come l’esperienza di studio e ricerca di ErgoMeyer) e al contempo di una visione integrata delle diverse componenti dei luoghi della cura, come nel caso di Meyer+, l’insieme di tre aree distinte ma interdipendenti dell’ospedale, del Family center Anna Meyer, del Meyer Health Campus e il Parco della salute, a cui si legano le funzioni di cura e accoglienza, della formazione e ricerca e delle attività specialistiche ambulatoriali.

La macchina dell’ospedale richiede anche la “manutenzione”, attraverso una accurata gestione e formazione, della sua componente più significativa e prossima per il paziente: il suo personale a tutti i livelli.

Potere, responsabilità e diritti: quale relazione?

I ruoli apicali richiedono “intelligenza e modestia” nel rapporto committenza-progettisti-fruitori, con un ruolo importante dei corpi intermedi nello sviluppare a scala diversa il quadro delle esigenze, con assistenza e ricerca (per interpretare i nuovi scenari) da tenere insieme.

Al “potere” spetta la responsabilità di delineare le esigenze strategiche, come costi, dimensioni, prestazioni degli interventi e ancora programmazione per le visioni per il futuro, “potere” che in realtà si sviluppa nel coinvolgimento di vari “poteri” con dialettiche interne, spesso conflittuali da portare a sintesi. In Europa è presente una maggior articolazione apicale con Direzione generale, Direzione sanitaria e Direzione tecnica (fondamentale per gli adeguamenti coordinati, non sempre presente nel nostro paese).

Significativo infine è l’impatto degli investimenti per le realizzazioni (in Italia 2.200/2.400 euro/mq contro 4/6mila all’estero), con un inevitabile riverbero sulla qualità e le dotazioni a supporto dei servizi.

Gli Spazi diventano Luoghi quando si pensa a chi sono destinati; bisogna mettere al centro la biografia, la storia della persona malata; le istruzioni al malato sono una preparazione

L'ospedale non può essere un "non luogo", proprio perché sei fragile quando ci sei.

La prima forma di accoglienza è riconoscere il paziente come persona, parte tutto dal primo impatto. La degenza è una problematica da analizzare dal punto di vista qualitativo e non quantitativo.

Nella progettazione degli ospedali è fondamentale pensare a un luogo da destinare al commiato. I luoghi del commiato devono poter essere luoghi intimi e interreligiosi gestiti dalla famiglia del deceduto.

Luoghi di accoglienza per i familiari del malato ricoverato dove si possono trovare anche le normative in vigore (articoli della Costituzione, normative, ...)

Quindi la stanza dell'accoglienza è importante quanto il luogo del commiato.

Il ruolo della dimensione artistica

Il processo creativo, supportato, guidato, innescato è generatore di esperienze individuali e sociali.

La responsabilità "sociale" dell'artista, nei luoghi della salute, è promuovere i processi creativi dei pazienti, siano essi passivi (nel far esplorare altro da sé) o ancor più attivi, per suscitare le proprie potenzialità, che in ogni caso aprono territori cognitivi nuovi rispetto alla mera condizione di corpo come oggetto di cura.

L'artista aiuta ad imparare l'**alfabeto delle relazioni** (tra generazioni, generi, culture) ed è proprio la **dimensione catartica** propria del processo di azione dello "spettacolo" a sostenere un cambio di passo nella relazione tra il paziente e gli altri, la propria introspezione e lo spazio terapeutico, la dimensione individuale e quella sociale del luogo della cura.

Il ruolo della narrazione e della poesia, ad esempio, sono comunque esperienze attive di creatività o di ascolto.

Il disegno, anche attraverso le nuove tecnologie, rimane inoltre come **espressione di una propria interiorità** (di esigenze), da ascoltare e interpretare.

In particolare per i bambini "naturalmente digitali", il **ruolo delle nuove tecnologie** si offre come strumento straordinario per cogliere l'opportunità di renderli "attivi", creatori nel processo creativo stesso, giocando con le metamorfosi dei linguaggi che permettono più opzioni sempre aperte ad altri percorsi, al contempo in autonomia rispetto alla famiglia che ne riconosce il gradimento e scarica la tensione, p.e. nei tempi dell'attesa.

Corpo e psiche

I "corpi" sono oggetto di competenze nuove, per innescare le potenzialità dei pazienti.

Le scienze psicologiche in generale e in particolare quelle cognitive sono riconosciute come uno strumento potente per costruire relazioni tra le discipline, per il recupero della propria umanità.

Gli approcci per trovare percorsi di supporto al paziente presentano **fattori ogni volta nuovi di complessità**, sostenendo in diversi casi la dimensione olistica come necessaria o unica possibilità.

Processi di "emergenza", nel senso delle neuroscienze, che l'esperienza della cura supportata dall'esperienza psicologica e artistica possono innescare, producono interazione o comprensione consapevole di sé mai accessorie, ma che contribuiscono alla composizione del benessere generale.

Forme individuali di attenzione alla propria condizione, come la medicina "narrativa", diventano esperienze di consapevolezza di un "mondo altro", che innescano nuove aperture verso altre componenti della vita.

Paziente e comunità

L'esperienza della cura è da interpretare come **esperienza della polis**, come la cura di sé, del gruppo e della comunità. Così l'attenzione all'accoglienza "democratica" di pazienti e familiari diventa elemento fondante. Una centralità del "cittadino", nella costruzione dei luoghi, che è anche centralità di chi ci vive e ci lavora.

Il **riconoscimento della dimensione individuale e sociale del paziente** richiede adeguati servizi, con un impatto significativo sull'esperienza dei pazienti non solo pediatrici e le famiglie, con prossimità di relazioni riunite per quei supporti di ospitalità, psicologici, di reti associative e di qualità dei contesti (spazi riservati, spazi pubblici, spazi verdi), che la componente qualitativa artistica può ancor più valorizzare.

Su un altro fronte sono segnali importanti, anche di tipo identitario collettivo, le grandi sensibilità diffuse della comunità per l'"Ospedalino dei bambini", nel cuore dei cittadini.

La **soglia tra spazio individuale e spazio collettivo** diventa al contempo un delicato momento nel misurare la questione delle interrelazioni: l'accoglienza richiede modalità più inclusive e meno spersonalizzanti di relazione tra struttura e paziente, l'approccio multiculturale deve garantire pari dignità anche nei luoghi dello spirito e del commiato, più in generale deve anche essere garantito un diritto individuale al "silenzio", in termini di "qualità del suono" dei luoghi, che deve vedere possibile al contempo una adeguata qualità nell'ascolto.

L'ospedale è un luogo dove per certi aspetti il corpo è umiliato. Quindi affrontando la progettazione di un ospedale la ricerca deve rispondere alle esigenze delle persone, della comunità dove gli spazi vanno preservati e deve essere ricercato il loro benessere

La città e la comunità possono migliorare i luoghi di cura. Creare un rapporto percettivo tra interno e esterno sia in senso visivo che esperienziale: giardino terapeutico con essenze vive nelle varie stagioni che si devono percepire anche dall'interno. Dalla stanza si deve vedere il verde e sentire gli odori.

Si deve pensare ad un approccio partecipato come vincolo alla progettazione, una coralità: il benessere è continuità con la vita prima dell'ingresso in ospedale, anche nel caso di malati terminali, senza pietismo anche quando il tempo si è fatto breve per loro. "Entri in ospedale ma non sei dell'ospedale"

Tempo di comunicazione e tempo di cura

Verità: il paziente deve sapere. Per il personale medico e sanitario è indispensabile una Formazione culturale generale relazionale e non solo.

Cosa si richiede quando si è pazienti ricoverati: (Le prime tre esigenze sono esattamente il contenuto dell'art. 1 legge 219 del 2017 che norma 70 anni dopo la legge precedente del 1978)

- essere riconosciuta come persona
- essere trattato amichevolmente
- che venga spiegato senza sforzo lo stato della malattia, le condizioni e cosa mi verrà fatto
- poter parlare con il medico
- che negli ospedali si possa dormire
- comunicazione adeguata a seconda del livello culturale
- rispetto degli affetti, umanizzazione

Si ringraziano per il contributo portato al confronto:

Sissi Abbondanza, Andrea Aleardi, Claudio Ascoli, Tommaso Bertini, Massimo Colombo, Paolo Felli, Perla Gianni, Alberto Mosetti, Patrizia Meringolo, Laura Miccio, Grazia Mieli, Nadia Musumeci, Mariella Orsi, Andrea Parigi, Daniela Papini, Giuseppe Ragazzini.