



Il ruolo dell'Arte e
dell'Ambiente
nella cura dei pazienti
in ospedale

Atti del Simposio
30 novembre 2012

Background

Fondazione Bracco sta conducendo ormai da qualche anno il progetto “Cultura e Salute”, inteso a valutare l’impatto che la partecipazione culturale ha sulla percezione del benessere psicologico individuale.

Una delle principali attività dello scorso anno sul tema è stato il simposio internazionale “**Stili di vita, salute e cultura: per un nuovo welfare**”, dedicato al ruolo esercitato dalla cultura nella sfera del benessere individuale e della società.

In un’ottica di continuità e approfondimento, Fondazione Bracco si propone quest’anno di avviare una riflessione su come l’Arte e l’Ambiente possano contribuire al miglioramento dell’assistenza sanitaria.

Contenuti

L’utilizzo delle arti visive e performative e dell’ambiente nei luoghi di cura può svolgere un ruolo determinante per accrescere la qualità del servizio offerto, per il raggiungimento di un maggior benessere delle persone coinvolte, siano esse pazienti o personale sanitario, e per indurre benefici risultati clinici e psicologici sugli stessi pazienti.

L’obiettivo del simposio è dunque quello di fornire le basi teoriche e le evidenze scientifiche del ruolo delle arti visive, della musica e della progettazione ambientale nel migliorare la qualità e l’efficacia dei servizi medici in ospedale.

Il tema verrà approfondito secondo un approccio multidisciplinare, configurandosi come momento di incontro per esperti di diverse discipline quali ricercatori e operatori attivi negli ambiti della salute, della cultura e del sociale che condividono la tensione verso una maggiore umanizzazione delle cure.

**IL RUOLO DELL'ARTE
E DELL'AMBIENTE
NELLA CURA DEI PAZIENTI
IN OSPEDALE**

Il ruolo dell'Arte e
dell'Ambiente
nella cura dei pazienti
in ospedale

Atti del Simposio
30 novembre 2012

Sommario

6 Programma

Gli interventi

9 Maria Cristina Cedrini

12 Paolo Galimberti

24 Mimmo Roselli

38 Sven Sandström

50 Ugo Pastorino

61 Enzo Grossi

71 *Discussione con il pubblico*

76 Nicoletta Carbone

79 Alfredo Raglio

90 Licia Sbattella

108 Romano Del Nord

127 Annette Ridenour

147 *Discussione con il pubblico*

Programma

Saluti di benvenuto

Maria Cristina Cedrini
Fondazione Bracco

Arte e Ospedali: una panoramica storica

Paolo Galimberti
*Direttore del Servizio Beni Culturali – Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico*

Il Corpo e l'Arte

Maestro Mimmo Roselli
Artista

Interventions with art works in environments of health care - experiences, and qualitative conditions

Sven Sandström
Karolinska Institute, Svezia

L'arte quale impulso all'umanizzazione nei luoghi di cura

Ugo Pastorino
Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Mostre d'arte nelle strutture sanitarie: l'esempio del Centro Diagnostico Italiano

Enzo Grossi
Fondazione Bracco

Video

Discussione con il pubblico

Musicoterapia: evidenze scientifiche e applicazioni in ambito clinico

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta

L'efficacia della Musicoterapia Orchestrale

Licia Sbattella
*Professore del Politecnico di Milano e Direttore Scientifico
Esagramma, Centro di formazione clinica e ricerca per il disagio
psichico e mentale*

Una nuova attenzione all'ambiente nei luoghi di cura: il ruolo dell'architetto

Romano Del Nord
Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Transforming the healthcare experience through the Arts

Annette Ridenour
Presidente e Fondatrice della Aesthetics Inc., San Diego, CA

Discussione con il pubblico

Modera: Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Saluto di benvenuto

Maria Cristina Cedrini
Fondazione Bracco

Buongiorno a tutti e benvenuti al Simposio Internazionale “Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente nella cura dei pazienti in ospedale”.

Volevo anticiparvi che il Direttore del Museo, il Dott. Fiorenzo Galli, ha avuto un contrattempo e non potrà essere qui con noi questa mattina. Voglio comunque ringraziare l’Istituzione del Museo in quanto secondo me rappresenta un momento di vicinanza a quelle che sono le attività della Fondazione e al nostro approccio scientifico; e testimonia inoltre l’impegno che Fondazione Bracco ha verso la scienza e verso le Istituzioni storiche della città.

Il Simposio rappresenta una continuità al progetto “Cultura e Salute”, che vuole valutare l’impatto della partecipazione culturale in tutte le sue declinazioni e nelle forme che può esercitare sul benessere dell’individuo.

Il Simposio di quest’anno, che fa seguito a quello dell’anno scorso, è stato voluto, disegnato e progettato con tanto entusiasmo e precisione dal Dott. Enzo Grossi, che parlerà più tardi nell’arco della mattinata, e dalla Dott.ssa Gaela Bernini, la Responsabile per Fondazione Bracco dell’Area Scienza e Sociale, come continuità al progetto che vede la Fondazione impegnata nell’area della cultura e della salute.

Il progetto conferma la volontà di Fondazione Bracco di lavorare nell’orientamento multidisciplinare, nell’intersezione che caratterizza le tre aree principali della Fondazione che sono Cultura, Scienza e Sociale.

Come già accennato, nella giornata odierna ci focalizzeremo sull’Arte e sull’Ambiente e su come questi due fattori possano contribuire al risultato terapeutico attraverso un miglioramento del percorso dell’assistenza sanitaria.

L’obiettivo del Simposio è quello di fornire delle basi teoriche e delle evidenze scientifiche sul ruolo delle arti visive e non solo, ma anche della musica e della progettazione ambientale nel migliorare la qualità e l’efficacia della gestione dei pazienti e dei risultati terapeutici.

La *faculty* testimonia un approccio multi-disciplinare e il programma, i contenuti e i titoli delle presentazioni che seguiranno lo confermano. Per questo motivo sarà un incontro non solo tra esperti ma anche per gli esperti e per tutti coloro che, nelle diverse discipline, operano nel territorio ospedaliero: ricercatori, operatori della salute, ma anche della cultura e del sociale. Tutti, sensibili e motivati, a far sì che il trattamento e la cura abbiano un approccio sempre più umanizzato.

Siamo quindi nell'ambito di una piccola rivoluzione dove, però, ci sono già dei fattori che hanno dimostrato di poter incidere profondamente in quelli che sono i risultati, laddove vi siano ragioni di stress per il paziente, non solo per i malati ma anche per chi si avvicina o chi è vicino o anche per chi li tratta.

La materia diventa così una materia specifica anche se sicuramente c'è ancora molto da esplorare; ci auspichiamo, e siamo convinti, che il dibattito di questa giornata possa andare in questa direzione e essere anche alimentato dall'internazionalità degli speaker, che possono portare testimonianze di vissuti e anche di culture diverse.

Volevo inoltre aggiungere che anche quest'anno, a conferma di un impegno trasversale della Fondazione, ci siamo impegnati a compensare le emissioni di CO₂ emesse dal Simposio supportando lo stesso programma dell'anno scorso, nello specifico in un'area brasiliana all'interno del centro di Bon Jesus ove vengono prodotte ceramiche.

Il programma prevede un impegno nel cambiare il tipo di combustibile utilizzato a favore di un positivo impatto ambientale; questo in quanto Fondazione Bracco opera anche con una grande sensibilità all'ambiente e quindi resta in questa tradizione.

Un ultimo punto cui tengo a specificare: gli Atti del Simposio saranno disponibili sul sito e, quindi, scaricabili direttamente. Laddove si preferisse una versione cartacea, una specifica richiesta che può essere sempre effettuata attraverso il sito, potrà farvi pervenire la copia direttamente laddove voi lo indichiate.

Dopo questa breve introduzione, partirei direttamente con i Lavori della mattinata e passerei la parola al Dott. Paolo Galimberti per la prima presentazione, che è focalizzata su una panoramica storica. ■



Arte e Ospedali: una panoramica storica

Paolo Galimberti

Direttore del Servizio Beni Culturali – Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

La bellezza e il valore artistico degli ospedali rinascimentali sono una cosa nota a tutti, tanto che gli antichi edifici sono ancora frequentate mete turistiche. “Arte e ospedali” è un binomio talmente comune da risultare ovvio. Cercherò comunque di precisare meglio, in un percorso storico, come la ricerca del bello si sia attuata attraverso una committenza d'arte e nell'architettura.

Prima di cominciare sono necessarie tre premesse.

La prima è di fare attenzione a collocare correttamente le manifestazioni artistiche nel loro periodo. La nostra epoca privilegia la funzionalità a discapito dell'eleganza (o meglio, trova elegante quanto è funzionale); nel passato l'ornamentazione era un'esigenza assolutamente spontanea: nell'abbigliamento, nell'architettura, negli stessi attrezzi da lavoro, certe forme che a noi paiono particolarmente ricercate forse erano le sole conosciute e possibili; come vediamo nei vasi in maiolica della farmacia o nei ritratti di due chirurghi a distanza di quattro secoli.

L'intervento cerca anche di mostrare, invece, come la qualità, che percepiamo ancora oggi per gli antichi Ospedali, rappresenti il frutto di scelte consapevoli e intenzionali.

In secondo luogo va tenuto presente che la lunghissima tradizione ospedaliera, fin dall'età alto-medievale, prevede l'assistenza gratuita ai poveri e ai miserabili. Certamente per gli ambienti dell'ospedale il contrasto con le abituali condizioni di abitazione degli indigenti sarà stato molto forte. Tanto più per il fatto che gli ospedali sono sì manifestazioni di carità religiosa verso i “pauperes Christi” (i poveri di Cristo), ma anche espressione della beneficenza e della magnificenza civica: del Comune, del patriziato cittadino, del principe.

FIG. 1



Infine, si deve tenere presente che prima ancora che “curare”, inteso come guarire la malattia, l'ospedale era luogo del “prendersi cura”. Fino alle riforme quattrocentesche, gli *Hospitalia* assolvono alle opere di misericordia; offrono infatti accoglienza indifferenziata a una vasta gamma di bisognosi (pellegrini, diseredati, trovatelli e orfani, lebbrosi), e quindi sono da apparentare a istituzioni caritative più che ai moderni Istituti clinicizzati.

Queste finalità, tra l'altro, sono proprie anche di Enti assistenziali, confraternite benefiche, Luoghi pii, che pure hanno esplicito nei secoli una poderosa attività di committenza artistica. Ad esempio, a Milano, i Luoghi Pii Elemosinieri o l'Istituto dei Ciechi.

Purtroppo non abbiamo testimonianze dei più antichi Ospedali medievali.

Una vera rivoluzione investe gli Ospedali italiani con il Rinascimento, e da qui prenderemo le mosse. Nel Quattrocento nascono e si diffondono gli Ospedali “Maggiori” sul modello senese e fiorentino: si tratta innanzitutto di una riforma amministrativa, che prevede il concentramento dei numerosi Ospedali preesistenti in una sola istituzione: un Ospedale, appunto, “Maggiore”. **FIG. 1**



FIG. 2

La seconda novità è la trasformazione dell'ospedale da luogo di ricovero generico a luogo di cura e di guarigione dei casi acuti; e in questo Milano fu all'avanguardia se non il primo in assoluto: si accettano solo i casi di malattie "che presto sono terminate vel con salute, vel con morte", come dice il testo. Non si danno vie di mezzo, tutti gli altri tipi di bisogno sono affidati a istituti specializzati: i bambini da una parte, i vecchi da un'altra, gli alienati da un'altra ancora. Ne consegue quindi quella medicalizzazione che noi spontaneamente abbiniamo all'idea di ospedale.

Da queste due innovazioni ne deriva anche una terza: la costruzione di edifici specifici, o il rinnovamento radicale dei vecchi e venerabili istituti, per diventare delle "macchine per la cura". Nei nuovi fabbricati tutto concorre alla salute: la funzionalità, l'abbondanza di aria, luce e acqua, possiamo immaginare anche il bello. Con frequenza è adottato per la pianta uno schema a croce.

Richiamiamo alcuni casi significativi, a partire da quegli Ospedali toscani, che Leon Battista Alberti definiva "magnifici": l'ospedale di Santa Maria della Scala a Siena con i suoi affreschi, gli ospedali di San Matteo e degli Innocenti a Firenze, l'ospedale del Ceppo a Pistoia con le maioliche dei Della Robbia. **FIG. 2**

Ma siamo di fronte a un fenomeno europeo, non solo toscano, non solo milanese; basta richiamare a Roma l'Ospedale di Santo Spirito in Sassia, a Venezia la Scuola Grande di San Marco (oggi Ospedale civile), a Beaune in Borgogna il celebre Hôtel-Dieu.

Ma quanto la bellezza di queste realizzazioni era espressamente voluta? a titolo di esempio menzioniamo alcuni ospedali lombardi.

A Mantova, dice un cronista, "De l'ano 1450 fo principiato uno hospedalo. ..., el qual fo dito ch'el sarà uno di belij hospedalij d'etalia".

A Pavia sono documentate le spese per ornare i soffitti delle infermerie di tavolette con centinaia di volti angelici (c.a 1460), che forse alludono alla raccomandazione del carismatico predicatore fra' Domenico da Catalogna: "fate [che] quella infirmaria luca, splendisca come il cielo stellato nela note serena".

L'Ospedale di Como stabilisce che la porta occidentale fosse "valde pulchra" "molto bella". Anche a Cremona si stabiliva di erigere "unum solemne et notabile hospitale". Infine a Lodi è pure esplicita la ricerca del bello.

La ricerca della massima qualità è evidente nell'Ospedale Maggiore di Milano, su cui adesso ci concentriamo. In una missiva a Giovanni de' Medici del 4 giugno 1451, Francesco Sforza dichiara la sua volontà che il nuovo Istituto fosse, cito testualmente: "belissimo, acconcio et più ornato che sia possibile"; a tal fine viene incaricato del progetto il fiorentino Antonio Averlino il "Filarete". Nel suo *Trattato di Architettura*, al capitolo undicesimo ricorrono frequentemente gli aggettivi "bello" e "utile" o "comodo", "[il Signore ...] volle che fusse bello in modo che paresse una bella cosa a vedere"; al Duca l'Ospedale piacque tantissimo, tant'è che quando aveva degli ospiti di riguardo, li accompagnava a visitarlo.

La pianta a croce greca inscritta in un quadrato è insieme funzionale e ricca di echi simbolici. La bellezza dell'edificio deriva anche dall'armonia delle proporzioni: le crociere e tutta la costruzione si articolano in moduli di 2, 16, 80, 160 braccia.

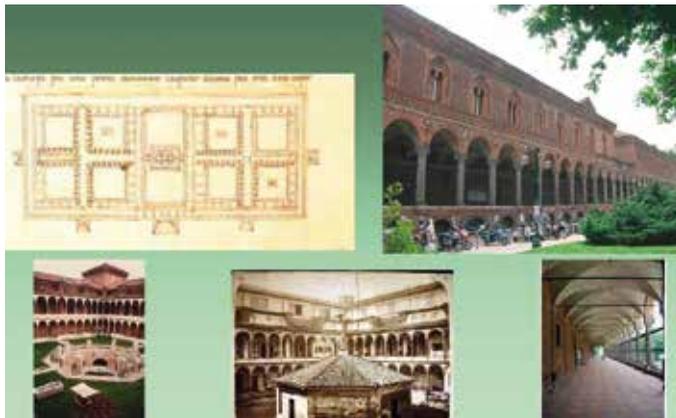


FIG. 3

Il fabbricato sforzesco va ricordato anche per una serie di innovazioni “tecnologiche” originali e assolutamente ineguagliate per diversi secoli, come i servizi igienici provveduti di fognature (Milano avrà un sistema fognario solo alla fine dell’Ottocento, quattro secoli dopo), un sistema di ventilazione, etc.

Per di più, l’architettura è ricca di elementi ornamentali, ad esempio i porticati, i coronamenti dei contrafforti, il tiburio ottagonale, fregi e terrecotte decorative. **FIG. 3**

Opere d’arte vengono commissionate espressamente a importanti artisti, quali Francesco Solari e Cristoforo Luvoni; alcuni tondi si devono forse all’Amadeo, a cui era affidata la direzione dei lavori (e che operava anche alla Certosa di Pavia).

A titolo di paragone, il coevo Lazzaretto (1488) non è così volutamente bello. Era certamente funzionale, e noi possiamo rimpiangere la perdita del suo vasto porticato, ma è percepibile una diversa qualità artistica rispetto alla Ca’ Granda.

I lavori di edificazione si interrompono per mancanza di soldi e riprendono un secolo e mezzo dopo. Nel Seicento non si trascura la tradizione artistica. Il “fabbricato Carcano”, dal nome del benefattore che lo finanziò, è innalzato sotto la guida degli architetti Richini, Pessina, Mangone: i più importanti sulla piazza di Milano. La facciata è ornata da terrecotte, la corte maggiore da fregi in pietra d’Angera, le finestre sono disegnate da Camillo Procaccini. Sculture sono commissionate a Pietro Antonio Daverio, a Giovan Pietro

Lasagna, a Giovan Battista Bianchi. Paolo Antonio de’ Maestri “il Volpino” affresca la cripta della chiesa e la sala del Capitolo, la pala dell’altare è dipinta da Francesco Barbieri “il Guercino”.

L’Ospedale è oggetto di ammirazione per tutti i viaggiatori del “Grand Tour”; inglesi nel Seicento riportano: “*L’Hospital grande è il più grande e il più splendido, io credo in Europa*”; “*più adatto a essere la corte di un re che a contenere persone che vivono della carità pubblica*”; “*se la malattia non fosse un male, un uomo quasi quasi vorrebbe ammalarsi in questo luogo, dove un re anche in salute potrebbe risiedere in modo molto confortevole*”. E dopo di loro è ammirato da Montesquieu e Stendhal.

Nell’età moderna la Ca’ Granda diviene anche modello per altri ospedali europei, quale ad esempio quello di Lione in Francia (1624).

Alla fine del Settecento il completamento dell’ala Macchi, in sobrie forme neoclassiche, rende esplicite le tendenze dell’età delle Riforme per gli edifici ospedalieri, cito: “*il loro pregio deve essere la semplicità, il comodo, la salubrità, la nettezza*”; e lo vediamo, appunto, nel diverso stile neoclassico. Ciononostante, a livello cittadino, nel corso dell’Ottocento altre Istituzioni continuano con una tradizione di decoro di grande qualità, e di committenza di opere d’arte. Ad esempio, l’Ospedale Ciceri-Agnesi Fatebenesorelle è costruito tra 1837 e 1840 su progetto dell’architetto Giulio Aluisetti; alla sua decorazione sono chiamati famosi artisti neoclassici (Luigi Marchesi, Stefano Girola, Gaetano Benzoni, Baldassarre Verazzi e Giuseppe Penuti).

Alla fine dell'Ottocento nasce il Policlinico, che certamente risponde a mutate esigenze igieniche e funzionali, ma che nella sua efficienza non trascura gli aspetti artistici.

Nei padiglioni è esplicito l'obiettivo di far percepire l'ospedale, cito testualmente: non come *"istituto tetro di malinconia e di triste presagio"*, bensì luogo che può essere anche *"simpatico e ridente"*, con una dichiarata ricerca del *"pittresco"*. A una iniziale continuità stilistica con l'antico edificio sforzesco, ad esempio nella scelta del mattone a vista, nelle fasi seguenti seguono padiglioni con decorazioni, con ferri battuti, con ceramiche in facciata, o che hanno, addirittura, l'aspetto di piccole ville affacciate sul verde. L'idea chiarissima è che anche l'architettura può aiutare a guarire, ispirando, cito testualmente: *"a chi vi soggiorna un senso di piacevole benessere"*.

La cura dei giardini, la scelta delle piante (palme, pini, rose e oleandri) cerca di ricreare l'effetto di una città nel verde, di una sana località montana, come si vede nei disegni di progetto del primo padiglione del 1895. Insomma, quasi una località di villeggiatura, non un Ospedale.

Nell'*Enciclopedia italiana* del 1935, la Treccani, si parla chiaramente di *"fattore psicologico"*, di *"rendere il luogo più accogliente e suggestivo"* e di *"ospedali aggiardinati, [con] parchi e i giardini"*; *"Tutto è studiato perché l'infermo si trovi in un ambiente sereno e tranquillo, sì da creargli uno stato d'animo che ne agevoli la guarigione"*.

L'estensore della voce enciclopedica è l'ingegner Giulio Marcovigi, che progetta in quegli anni l'ospedale di Niguarda, con innovazioni tecniche e nel campo dell'igiene. Nella nuova costruzione sono dichiarati i richiami a un glorioso passato, come pure sono insistiti gli accenti celebrativi, accentuando i fasti dell'immagine e l'ampiezza delle forme; questo soprattutto nel corpo d'ingresso, nel salone dei benefattori e nella bellissima chiesa a pianta centrale. Si commissionano i gruppi scultorei a Francesco Messina e Arturo Martini, le vetrate ai più affermati artisti operanti a Milano.

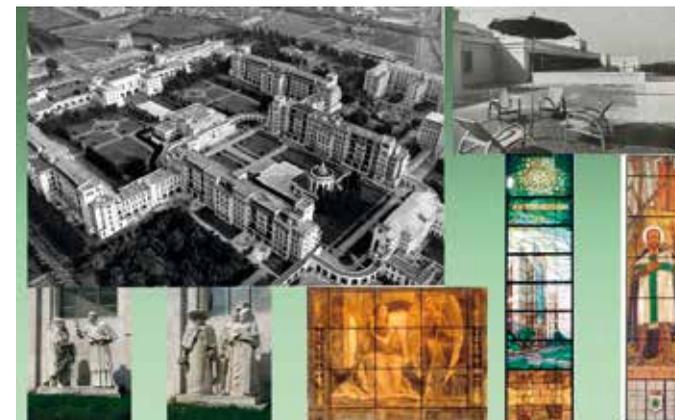


FIG. 4

I bozzetti delle vetrate furono delineati da Angiolo D'Andrea, e fortunatamente ora gli sono attribuiti con certezza, grazie alla mostra promossa dalla Fondazione Bracco. **FIG. 4**

Con l'Ospedale San Carlo Borromeo (1965-1967), pure realizzato dall'Ospedale Maggiore, fermiamo la nostra panoramica a metà del Novecento. Il progetto di Gio Ponti, affiancato dall'ingegnere Antonio Fornaroli e dall'architetto Alberto Rosselli, segue la linea dei più avanzati ospedali monoblocco. In esso apprezziamo la purezza delle linee, la cura negli arredi di design (è presente anche la sedia "ultra-leggera").

Certamente la chiesa, in cui si concentra il maggior sforzo artistico del celebre architetto milanese, rappresenta un capolavoro.

Proprio la chiesa di Gio Ponti ci dà motivo di accennare a un tema quale la presenza di arte sacra nell'Ospedale. La centralità dell'altare, frequentemente proprio fisica all'incrocio delle corsie, è un dato di fatto immediatamente percepibile, come anche la bellezza di chiese e cappelle, ornate da opere d'arte. Nei disegni del Richini per la chiesa del Collegio Elvetico e per l'ingresso dell'Ospedale Maggiore, le due facciate sono identiche.

Due sono gli aspetti su cui riflettere. Il primo è che, se abbiamo parlato di arte sacra, per il passato dobbiamo forse considerare tutto l'ospedale come un edificio sacro. Il povero, l'ammalato, il neonato, il bisognoso, sono figura di Cristo, immagine del Redentore.

Alla sacralità dell'Ospedale, di conseguenza, sono da ricondurre aspetti come la stessa forma a croce, il diritto di asilo, la concessione di indulgenze. L'Ospedale milanese fu eretto in parrocchia fin dall'inizio, con diritti connessi di giurisdizione, chiesa, oratorio, campanile, cimitero.

Il secondo aspetto è che, finché la medicina è stata scarsamente efficace (cioè veramente fino a tempi recentissimi), l'assistenza spirituale, prima ancora che quella fisica, era il compito principale degli Ospedali: cura delle anime quindi, insieme alla cura dei corpi. Da qui la collocazione degli ammalati in uno spazio sacro, con la possibilità di assistere dai letti alle funzioni e alla liturgia celebrata al centro della crociera. In altre località la forma stessa delle corsie riproduce una cappella o una chiesa.

Certamente la chiesa è un luogo di particolare intensità, in cui l'esperienza estetica è al servizio di un'esperienza spirituale. Volendo si può anche considerare la Liturgia come un'opera d'arte totale, un *Gesamtkunstwerk*, in cui si sommano suono, vista, olfatto... Anche il suono non manca: nel 1579 l'Ospedale acquista un organo perché venga collocato al centro delle corsie, non nella chiesa, ma in mezzo agli ammalati, e doveva suonare a tutte le feste. Un'esperienza spirituale, ma gli spazi sacri possono essere apprezzati da tutti, penso, per la loro valenza artistica e culturale, o come luoghi di silenzio e meditazione.

Ci avviamo alla conclusione con tema più profano e apparentemente senza rapporto con i pazienti, ovvero con la tradizione di commissionare i ritratti dei principali benefattori. L'uso, da Milano, si è diffuso a tutti gli Enti assistenziali della Lombardia e oltre. Dal 1602, ininterrottamente fino ad oggi, ventunesimo secolo, l'Ospedale Maggiore fa eseguire a proprie spese i ritratti dei sostenitori più generosi. Nel 1810 furono stabiliti anche gli importi delle donazioni o eredità che danno diritto al dipinto a mezza figura o a figura intera, importi che, adeguatamente aggiornati, sono ancora il rife-



FIG. 5

rimento rispettato; attualmente, per il ritratto a figura intera si deve superare il milione di euro di beneficenza.

Ci si potrebbero perdere giornate intere, ogni biografia, ogni personaggio sono una storia affascinante. Vediamo ad esempio il *Ritratto di Giuseppe Bolagnos*, di Giovanangelo Borroni (1737). Il Marchese Giuseppe Bolagnos, Ambasciatore Cesareo e Reggente di Spagna, lasciò in eredità all'Ospedale il suo palazzo che era in Contrada della Cervetta, attualmente Via Cino del Duca 8. Il Palazzo Bolagnos pervenne poi, successivamente, ai Visconti di Modrone e quindi arriviamo a un indirizzo che è familiare alla Fondazione Bracco. FIG. 5

Questa tradizione, interessante per le biografie dei personaggi, ma testimonianza di quattro secoli di storia dell'arte, ha permesso il costituirsi di una raccolta di oltre 900 opere, frequentemente eseguite da artisti famosi quali: Salomon Adler, "Il Pitocchetto", Hayez, Molteni, Induno, Segantini, Longoni, Previati, Morbelli, Casorati, Sironi, Campigli, Carrà, Tadini, per citarne solo alcuni...



FIG. 6

Questi grandi ritratti erano collocati nella sala del “Capitolo d’estate”, sala di rappresentanza, cioè la Sala di rappresentanza dove si riuniva il Consiglio d’Amministrazione. Dobbiamo immaginare i quadri dei benefattori che “assistevano” alle riunioni, e dove erano ammirati dai visitatori: insomma, una sorta di galleria di ritratti “di famiglia”. Quando, ai primi dell’Ottocento, l’ambiente fu arredato con degli scaffali, le opere furono dislocate negli uffici di rappresentanza e, addirittura, nelle corsie, negli ambienti di degenza. Per questo nasce anche la tradizione di esporli tutti sotto i porticati dell’ospedale in occasione della biennale Festa del Perdono il 25 marzo degli anni dispari.

I ritratti certamente erano, e sono, eseguiti non a diretto beneficio degli ammalati, ma come strumento di comunicazione con la società cittadina, in una azione promozionale che è ancora insuperata. Da una parte si esprime il debito di riconoscenza dell’Ente nei confronti dei propri sostenitori, dall’altra si incoraggia la loro emulazione e il coinvolgimento di tutta la società. Anche la beneficenza a Milano era uno “status symbol”. Le famiglie più in vista non potevano non avere un ritratto nella galleria ospedaliera. **FIG. 6**

La collocazione originaria, legata a chi amministrava l’Ospedale, può anche offrire una chiave di lettura per altre famose, e più antiche, opere d’arte degli ospedali toscani di Pistoia e di Siena, in cui sono rappresentate scene di assistenza. Certamente sono descritti i gesti di carità e i destinatari dei medesimi, ma non disgiunti da chi quei gesti esegue e promuove, con i quali i contemporanei e le generazioni successive avranno ben potuto identificarsi.

Non vi è una dicotomia tra un bello “interno” rivolto agli assistiti e uno “esterno”, rivolto alla città: l’Ospedale è luogo di incontro di tutti i corpi e di tutte le classi sociali.

Concludo con una parte della lunga descrizione di un compagno di Lucien Bonaparte, che nel 1804 esalta la *grandeur* del palazzo, e afferma “*Ho dimenticato di dire che parlavo di un Ospedale*”. Dopo aver ammirato i ritratti, se ne va “*riflettendo tra me che è toccante che il più bell’ornamento di questa città sia un’istituzione così utile, che non sia un palazzo ma una vasta casa per ricoverarvi i poveri malati*”. Grazie. ■

Maria Cristina Cedrini
Fondazione Bracco

Bene, ringrazio il Dott. Galimberti e lascio la parola al Maestro Mimmo Roselli. ■

Il Corpo e l'Arte

Maestro Mimmo Roselli

Artista

Prima di iniziare la mia relazione, volevo aggiungere che Galimberti ci ha, appunto, raccontato la storia degli Ospedali e ci ha fatto vedere perché oggi siamo qui a parlare di quest'argomento. Possiamo partire.

Marguerite Yourcenar ci racconta come, intorno al 138 d.C., l'imperatore Adriano scriveva: "*Mio caro Marco, sono andato stamattina dal mio medico, Ermogene [...]. Ho deposto mantello e tunica. Mi sono adagiato sul letto. Ti risparmio particolari che sarebbero altrettanto sgradevoli per te quanto lo sono per me, e la descrizione del corpo d'un uomo che s'inoltra negli anni ed è vicino a morire [...]. Diciamo solo che ho tossito, respirato, trattenuto il fiato, secondo le indicazioni di Ermogene [...]. È difficile rimanere Imperatore in presenza di un medico. Difficile anche conservare la propria essenza umana. L'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e di sangue. [...] Il mio corpo mi è caro. Mi ha servito bene, e in tutti i modi, e non starò a lesinargli le cure necessarie*".

Le cure necessarie: come possiamo definirle? In parziale soccorso ci vengono le conclusioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel 1978, ad Alma-Ata, dichiarava: "*Produrre un mutamento negli atteggiamenti e nell'organizzazione dei servizi sanitari, in modo che si sviluppino soprattutto concentrandosi sui bisogni dell'individuo nella sua totalità*".

Nel 1986, ad Ottawa, si ribadiva: "*Inoltre la salute viene intesa non come l'obiettivo, ma come una fonte di ricchezza della vita quotidiana. [...] Di conseguenza, dal momento che il concetto di salute, inteso come benessere, va oltre l'idea di "forme di vita sana", la promozione della salute non riguarda esclusivamente il settore sanitario*".

Per arrivare, poi, alla Carta di Bangkok, del 2005, dove si dice "*e che la salute sia un elemento focale di iniziative per la Comunità e la società civile*".

Albert Schweitzer, un fine musicista oltre che medico, nel 1913 aveva già visto tutto questo ed aveva messo in piedi a Lambaréné quella fantastica avventura di ospedale-famiglia e scriveva "*To sono un essere vivente che vuole vivere, circondato da altri esseri viventi che vogliono vivere*".

Parafrasando il corpo e l'anima, si può dire che l'arte è l'anima del corpo.

Mi riferirò all'arte come arte visiva, perché questo il mio campo specifico d'azione, ma è comunque certo che altri ambiti artistici, come musica, poesia, canto, letteratura etc., possono dare un apporto di aiuto al percorso del corpo in una struttura ospedaliera.

I concetti sono molto chiari, quasi ovvi, ma è difficile introdurre il *non standard* nei modelli.

Vi racconto una storia, che è quella che avete incominciato a vedere con lo scorrere delle immagini che dovrebbero assolvere alla funzione di *lampi* e, quindi, non vanno guardate con carattere di acquisizione ordinata, ma piuttosto di libera associazione. Le immagini sono tratte da ambienti urbani, ambienti rurali, ambienti pubblici e ambienti privati, sparsi in una panoramica che coniuga la necessità rappresentativa di un ambiente a noi più vicino con un'apertura più ampia sul mondo. Partiamo per un giro adagio e salutare, intimo e pubblico, dai videogiochi ad un passato remoto del presente, che si tuffa nel contemporaneo.

Superficie e profondità, con un battito sconvolgente che ti aguzza la mente, entriamo in una specie di farmacia: c'è la passione d'amore e quella del paesaggio, non lontano da casa, ricordando l'infanzia, in telecomunicazione con le buone cose, bei colori, la città, la città astrale. Si costruirà pensando alla storia, con le sue architetture, con possibili matrimoni contemporanei. Superficie, sotto la superficie, il privato, il pubblico.



FIG. 1, 2, 3 E 4

Si apre un occhio nel cielo, abbraccia il presente-futuro, si gode quel che di buono ha lasciato la storia dei nonni, giocando con l'acqua, costruendo zattere. Verde di Bolivia, verde nel Bronx, gru a Berlino, *subway* a New York City, ci portano lontano e vicino alla Venere di Milo, al Kino di Kassel, al cielo su Manhattan, S. Galgano, Villa Solaria, Gravina di Puglia. Rosso come aeroplano che sorvola le torri di Chicago, la casa di Tonda, la favela di S. Marta, sogno di musica e naviganti a La Boca, Muro del Pianto. Biciclette, cavolfiore sulla tavola, Hering a Munster, la Puerta de la Luna, antenne su Napoli, la cittadella, segni e segni e segni, la pietra.

FIG. 1, 2, 3 E 4

E quindi l'ospedale.

Voglio sottolineare come chi entri in ospedale lasci alle sue spalle tutto ciò che è quotidiano e familiare ed abbia subito una sensazione di estraneità e di isolamento, sentimenti, questi, di grande angustia e disagio. Anna Silvia Bombi, docente di Psicologia dello Sviluppo all'Università La Sapienza di Roma, dice: *“Prendendo in esame il reparto ospedaliero tradizionale, se ne sottolinea come negativa innanzitutto l'estraneità, che accentua la frattura con il mondo domestico, rievocando di continuo la pericolosa lontananza dalle figure di attaccamento”*.

Il fine è di mettersi in relazione ad una nuova visione del rapporto tra uomo e ospedale. Solo raramente, e abbastanza poco, almeno in Italia (un esempio su tutti l'Ospedale Tor Vergata di Roma), le strutture ospedaliere sono realizzate con corretta e sensibile attenzione ai malati in quanto persone. Più considerazione, ma comunque insufficiente, è riservata agli operatori sanitari. Si punta al massimo dell'efficienza tecnologica, spesso, trascurando l'elemento uomo.

Citerò ora un brevissimo brano da *Il dono delle erbe magiche*, Ling Mengchu, epoca Ming, (1580-1644): *“Ed ora vi racconterò la storia di uno spirito-volpe, legato d'amore ad un uomo, e gli ha lasciato in dono erbe medicinali che non soltanto lo hanno guarito dalla malattia, ma gli hanno anche fatto prender moglie compiendo un felice destino”*. Ritorna, in maniera esemplare, quello che si voleva esprimere nelle dichiarazioni sopraccitate e cioè che raggiungere lo stato di salute in un corpo malato dipende da un percorso molto più complesso della semplice cura della malattia. Qui non stiamo mettendo in dubbio l'importanza e la specificità della struttura e dello staff sanitario, ma vogliamo volgere lo sguardo ad un diverso approccio al malato.

Penso quindi che qualunque ambiente in cui l'uomo si trovi a vivere e ad operare, e l'ospedale è un ambiente in cui vari generi di popolazione vivono ed operano (malati, operatori sanitari, parenti e affini in visita), debba contenere quelli che sono gli elementi di vita, che vanno dal quotidiano al fantastico, all'immaginario. Ed è soprattutto sull'immaginario che, sicuramente, l'attenzione manca nelle nostre strutture sanitarie.

Ebbene questa funzione è senza dubbio svolta dalle arti visive. Queste devono entrare negli ambienti in punta di piedi, con tocco rispettoso, con calore umano, con la trasparenza degli intenti. Tutte qualità correlate con la qualità estetica che costituisce un modo abbastanza peculiare per innalzare la qualità di vita.

Nota Bruno Corà, critico e storico dell'arte contemporanea e direttore di vari musei di arte contemporanea: *“Credo nel potere dell'arte. Credo nell'energia che l'arte riesce a introdurre in un ambiente attraverso la trasformazione di qualsiasi materia, attraverso l'elaborazione, e quindi credo all'introduzione, da parte dell'artista, di una addizione di sensibilità nell'ambiente”*.

Queste penso che debbano essere le linee guida di un progetto che metta a confronto artisti e strutture ospedaliere e che possono riassumersi nei concetti di immaginazione, leggerezza, armonia.

Quando nel 1998 mi feci promotore di un Simposio Internazionale dal titolo *“Arte e Ospedale”* sul ruolo che le espressioni artistiche possono svolgere nel qualificare gli ospedali, e nel promuovere la salute, rimarcavo le linee guida di un progetto che mette a confronto artisti e strutture ospedaliere, linee guida che possono riassumersi, appunto, nei concetti di armonia, leggerezza, immaginazione, gli stessi che guidano le mie esperienze artistiche.

L'attenzione al situarsi dell'arte nel rapporto tra uomo e società, al collegarsi dell'arte con la dimensione sociale del vivere umano, è stata infatti un sottile filo conduttore di tutta la mia ricerca artistica. Ne sono visibili le tracce nei molti lavori da me compiuti, negli anni, intorno al concetto di *borderline*, che non va inteso nell'accezione psichiatrica. Alla base del concetto del *borderline*, sia da un punto di vista tecnico-pittorico sia da un punto di vista sociale, sta il pensiero che tutto ciò che si colloca al confine è caratterizzato da un'estrema instabilità e quindi grande potenzialità, potere enorme di cambiamento. Josif Brodskij dice: *“Dato che le civiltà sono destinate a terminare, arriva il momento che il centro non tiene più. [...] Allora la responsabilità di tenere passa alle provincie, alla periferia. Contrariamente al pensiero comune, la periferia non è il luogo dove termina il mondo, ma il luogo dove il mondo decanta sé stesso”*.

È del 1985, in concomitanza con la prima delle mie lunghe e regolari permanenze in America Latina, sempre in territori di frontiera sociale, l'avvio di un ciclo di esperienze con la marginalità sociale. Sono così nate le esperienze di pittura collettiva, nel villaggio indigeno Guaranì in Bolivia, in una favela di Rio De Janeiro, in una casa di riposo per anziani in Italia.

Il mio lavoro a Villa Solaria, casa di riposo per anziani nell'area fiorentina, rientra in quella tipologia di interventi di cui fanno parte anche i progetti di arte negli ospedali. In queste esperienze l'elemento comune è il rapporto dell'artista con un gruppo formato dagli elementi umani specifici della realtà, di volta in volta, scelta come oggetto del lavoro, inseriti in un disegno di promozione sociale, promozione ambientale e di integrazione strutturale, non attraverso un processo di tipo educativo, ma attraverso la vera e propria creazione e fruizione dell'opera d'arte. Nel caso di Villa Solaria, il continuo colloquio con operatori ed ospiti della struttura ha fatto crescere l'opera durante tutto il processo.

Quest'esperienza, che assomiglia a un intervento dentro una struttura sanitaria, ha comportato un periodo preparatorio con i dirigenti e gli operatori della struttura, nel quale ho presentato il progetto che comprendeva il coinvolgimento attivo sia degli stessi operatori che degli ospiti della struttura. Alla limitata partecipazione attiva degli ospiti, dovuta, soprattutto, alle loro impossibilità fisiche, ha corrisposto una molto intensa partecipazione verbale ed emotiva.

Gino, uno degli abitanti di Villa Solaria, un giorno mi dice: *“È una pittura antica”*. Non so bene perché lo abbia detto, ma è vero. Qui ho dovuto rinunciare subito all'idea di fare un incontro mediato da momenti di manualità. Tutto è affidato allo scambio verbale. Così il conflitto nasce e prepotente si muove. *“Giorni, tutti, uguali, fuori, incontri, diversi, dentro, calore, forza, urla, sorriso, bianco, giallo, rassegnato, gigante, rabbia, sospesa. Terra dove nascere. Beatrice e la Lina, Giovanni e la Pia, Vera, Silvia, Carmela. Tutti gli altri. Incontro è il significato tutto del lavoro e la meta di quei fasci di segni scavati nel muro. È stato molto forte, tanto forte da risultare, in certi momenti, buio: quelle macchie scure dentro questo mare leggero. Ma non è solo buio. Gialli, un po' in forma di attrezzi per la terra, un po' in forma di ausili per la vecchiaia, così, scagliati, con rabbia, in quella parte che cresce dal basso, come tutto quello che è giovane.*



FIG. 5

In alto un percorso rettilineo scorre e si tuffa, nel desiderio di un incontro”.

A distanza di qualche mese dalla fine dell'esperienza, uno psicologo ha raccolto interviste dagli abitanti di Villa Solaria, da cui sono venuti fuori i loro vissuti. Si può affermare che, in tutti i casi, sia che la percezione dell'esperienza sia stata positiva che negativa, si è prodotto, comunque, un innalzamento dei livelli relazionali in tutti gli ospiti, abitualmente, come io stesso avevo constatato all'inizio dell'esperienza, di quasi totale indifferenza.

Quando parlo di progettare l'arte viva in ospedale, intendo il coinvolgimento di tutta la struttura, fino alle sue parti più intime che sono, appunto, le corsie di degenza. Questo vuol dire creare negli spazi dell'ospedale dei punti di attrazione della vista. Offrire un ancoraggio visivo al malato, e non solo a lui, significa consegnare un ambiente che abbia dei punti di scarico della tensione, che accompagna sia il praticare che il ricevere una terapia. Ebbene se, in spazi idonei, noi creiamo dei punti di attrazione dello sguardo, possiamo ritenere di poter spezzare, attraverso il senso della vista, quel circolo di tensione-ansia creato dalle pratiche terapeutiche. **FIG. 5**

Consentire al malato una diversificazione dell'oggetto dello sguardo, verso un flusso di percorsi, una luce, una forma, lo aiuta a non avere un atteggiamento ossessivo. Penso che queste nostre strutture ospedaliere, dove ancora dominano il colore bianco e la ripetitività degli arredi, abbiano sul malato un effetto di tipo ipnotico e quindi generino una situazione di assoluta passività. Questo stato non è il più idoneo per attivare i sistemi di autoconservazione. Inserire segni d'arte nell'ambiente offre una sorta di oggetto-armonia che può aiutare il malato nel suo rapporto con la malattia. Voglio dire che, essendo la malattia una rottura dell'armonia interna del nostro corpo, fornire al malato qualcosa che abbia in sé le caratteristiche di oggetto-armonia può creare uno spazio psicologico più idoneo ad indirizzarlo a ripristinare l'equilibrio precedentemente spezzato; mentre, invece, un ambiente freddo può fare da cassa di risonanza dell'angoscia.

In definitiva lo scopo è quello di contrastare i sentimenti di estraneità e isolamento, attraverso le sensazioni di rigenerazione che dovrebbero scaturire dal contatto con gli oggetti artistici.

Quando ho scelto nella mia pittura di conquistare “leggerezza” l'ho inteso come elemento di forte senso positivo. Come Calvino, da *Lezioni Americane*, potrei dire che: “[...] *La mia operazione è stata, più delle volte, una sottrazione di peso. [...] La leggerezza per me si associa con la precisione e la determinazione, non con la vaghezza e l'abbandono al caso.*”

Il mio interesse è sempre stato rivolto ai grandi spazi, contraddistinti da leggerezza e trasparenza e, allo stesso tempo, da stratificazione e grande ricchezza di dettagli. Questi spazi sono solcati da segni, che attraversano la superficie pittorica come cammini in un vasto paesaggio. Così non vi è perdita di storia, non vi è perdita di varietà, non di complessità, anche in un'apparente assenza di cose rappresentate.



FIG. 6

Lo sguardo che possa attingere a qualcosa, una linea, un percorso dentro un colore, che trascini la mente nel mondo dell'immaginario riesce a ricreare quel flusso vitale fra mente/anima/corpo, che sta alla base di ogni successo terapeutico.

Abbiamo bisogno di cercare un nuovo modo per guardare il mondo, un modo più leggero, un modo più trasparente, un modo meno aggressivo, con più spazi vuoti, con più silenzio per ascoltare un possibile dialogo fra etica ed estetica.

Quindi il bello come mezzo di superamento del disagio ed in diretto dialogo con l'elemento etico, come può essere un'istituzione della salute.

Deve essere chiaro che qualunque progetto artistico su di una struttura ospedaliera deve contenere una molteplicità di voci, perché uno stimolo diversificato è, senza dubbio, di maggior ricchezza cognitiva, emotiva e sociale. Nel realizzare i vari interventi bisogna tener conto della diversità situazionale dei vari ambienti della struttura ospedaliera come gli esterni, e cioè la **presentazione dell'edificio** (scultura, installazione, segnale luminoso) gli **atrii**, i **corridoi** e le **scale**, come **zone di attraversamento** (grandi murali o pittura, installazioni a parete, spot luminosi, fotografia) le **zone di attesa**, quindi di sosta di malati e personale di varia natura (grandi murali, scultura, installazione, fotografia, video) i **reparti di degenza** e le **sale operatorie**, cioè di **sosta più prolungata** (murali alle pareti e soprattutto ai soffitti, video). **FIG. 6**

Tutto questo secondo i criteri che ho precedentemente annunciato ossia di leggerezza, armonia, immaginazione.

Questo può essere ottenuto non con una semplice apposizione di oggetti d'arte all'interno della struttura ospedaliera, che, comunque, non guasterebbe, ma attraverso uno studio mirato e coinvolgente le diversificate strutture di un ospedale. Quindi auspicio, per una corretta attuazione di un progetto in ospedale, che gli artisti, che verranno coinvolti nella redazione delle opere, possano operare a diretto contatto con la realtà ospedaliera. Come sostiene Mary Grehan, esperta in amministrazione dell'arte, quando diceva che: *“La maggior parte dei progetti di maggior successo erano progetti per i quali l'artista aveva passato del tempo in ospedale, comprendendo la cultura del luogo”*.

È passato più di un decennio da quella proposta di Firenze e, nel frattempo, qualcosa è successo: il Convegno di oggi è sua dimostrazione.

Nel gennaio 2003 fui chiamato a Parigi dalla Scuola di Architettura Paris-La Villette come membro di una commissione di tesi di laurea che prevedeva un'ampia ristrutturazione de l'Hopital Necker -Enfants Malades. Citando dal progetto: *“L'ospedale deve essere aperto sulla città e deve perdere l'immagine di fortezza nel cuore, com'erano gli ospedali prima del '900. Deve perdere l'immagine di fortezza nel cuore o nelle frange delle nostre città che, per secoli, ha simbolizzato l'esclusione, la malattia e la morte. Una delle grandi difficoltà è di concepire un edificio che ospiti un microcosmo molto particolare che sia, al tempo stesso, protetto e aperto verso l'esterno. [...] L'architetto deve lavorare al progetto di ospedale come un urbanista studia la concezione di un quartiere”*.



FIG. 7

Più recentemente ho visitato il Policlinico di Tor Vergata a Roma, sollecitato da una sua dirigente, redattrice di una proposta di arte in ospedale, e, rispondendo ad una sua intervista, dicevo: *“Devo dirti che la visita al Policlinico di Tor Vergata è stata, per me, consolante, perché ho visto iniziare ad applicare, sia nelle modalità relazionali che ambientali, quella apertura che avevo auspicato in vari interventi sul tema. Gli ampi spazi di attraversamento, possibilmente inutili, danno al tutto una dimensione di grande respiro, sia fisico che psichico. Questi spazi, insieme a tutti quelli utilizzati per la diagnosi e la cura, potrebbero essere oggetto di interventi artistici visivi, sonori, verbali, come tu stessa descrivi nella tua articolata proposta”*. FIG. 7

Piccoli passi sono stati fatti, in questi anni, per migliorare le istituzioni deputate alla cura, vedi il tentativo fatto dall'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze; forse ancora non si intravede un atteggiamento di tipo olistico, che permetterebbe anche l'introduzione dell'artista, e non solo di oggetti d'arte, nell'ospedale, come nei progetti di molti ospedali del nord d'Europa.

Janet Mullarney, un'artista italo-inglese, ha in mente di costruire delle piccolissime stanze, che saranno lungo i corridoi dove sono i reparti. *“Intendo lavorare con colori forti, pigmenti, zafferano e oro, blu cobalto e argento, rosso pompeiano, per creare dei piccoli gioielli in contrasto con l'insipidità del generale aspetto dell'ospedale. Vorrei che*

somigliassero a piccoli tempietti con nessuna connotazione religiosa, se non quello che siamo noi sacri. Vorrei che queste stanze venissero usate da tutti, staff, pazienti e visitatori, per rilassarsi, contemplare, stare da soli o in compagnia dei propri cari, a piangere, incavolarsi e riflettere su quel che gli succede. Sono stanze per la privacy, la cosa che manca di più in un ospedale”.

Isabella Basombrio, storica dell'arte e artista, all'epoca curatrice del MCAM di Chicago, dice: “L'arte non dovrebbe essere usata solo come fuga momentanea, o come distrazione dalla malattia, o come una maniera di trascendere il dolore, la paura e la sofferenza, ma come un modo di fornire sollievo attraverso il diretto confronto con quel dolore, quella paura e quella sofferenza, cosa che il paziente non sarebbe in grado di fare in qualunque altra circostanza”.

Nel corso di questi anni passati, dal primo approccio italiano all'argomento, ho visto vari esempi nascere in Italia, da Sud a Nord, soprattutto dedicati ad esporre opere d'arte, diciamo meglio, opere di pittura e fotografia, in maniera volentosa, ma senza un vero progetto alle spalle. Alcuni esempi sono più significativi di altri, vedi il già citato Tor Vergata di Roma, il progetto del Meyer di Firenze o il S. Anna di Torino, legato con il Dipartimento Educazione del Museo di Rivoli e la Cittadella di Pistoletto, l'ospedale di Mantova, con il suo murale esterno.

In essi si intravede lo spirito di ricerca delle esperienze dei paesi anglosassoni, primo in testa il Chelsea and Westminster Hospital di Londra, ma potrei citare il Royal Victoria Hospital di Belfast, l'Herlev Hospital di Copenaghen, il J. Hopkins Hospital di Baltimora e molti altri. **FIG. 8**

FIG. 8



Ultimamente sto progettando, per una struttura sanitaria, delle sculture/installazioni che coinvolgono lo spazio nella sua fisicità volumetrica. Le ho chiamate *Giro o Round*, linee tese da una parete ad un'altra parete, entrano nella parete e da altri punti escono dalla parete. Sono un segno di legame fra gli uomini, di solidarietà fra i popoli. Memoria di mille percorsi umani: incontro, scontro, abbraccio, sudore, perseveranza, fatica, dolore, amore, pensiero, squilibrio, onnipotenza, miseria, sporcizia, candore. Oltre all'incrociarsi fra loro, le singole linee, rivoli umani, si incrociano nel proprio fascio di appartenenza, si intravede, oltre la parete, popoli in cammino con la meraviglia dell'incontro.

L'ospedale è luogo di vita. Grazie. ■

Maria Cristina Cedrini

Fondazione Bracco

Direi che queste prime due presentazioni hanno sottolineato la ricchezza del tema, con un approccio storico seguito da un approccio contemporaneo, veramente focalizzato sull'arte e sulle esperienze dell'arte agita, vissuta. Il terzo speaker sarà il prof. Sandström che illustrerà *Interventions with art works in environments of health care: experiences, and qualitative conditions*. Please. Thank you. ■

Interventions with art works in environments of health care - experiences, and qualitative conditions

Sven Sandström
Karolinska Institute, Svezia

I would like to thank doctor Roselli for his speech with its general view, a very special view, that it is a favor for me being able to connect to. People under care are still intact and part of general lives – up to the points and parts where they may be directly hindered by illness and dysfunction.

That corresponds also to one of the basic ideas behind the Swedish Association for Art Culture and Health, of which I am a member. In all our activities we keep the aspect of health and healthy living independently of in which frame of life. I am going to take our member professor Britt-Maj Wikström's findings in this area from the early 1990s as a point of departure, while then relating them to my own research results in the same area from more than fifty years.¹

Originally this paper was prepared quite circumstantial-ly, in accordance with my professional identity as an art historian with unbroken relations to an old part of the academic tradition. But yesterday I got fantastic help from my friend Dott. Enzo Grossi. He gave me the opportunity to present the main points of my theme, with supporting slides, and to leave most circumstances aside. So here comes the mere substance of my previous manuscript.

The core of professor Wikström's findings is that by regularly stimulating a representative group of old ladies with a wide range of first-rate artworks, and in depth discussing these with them, you can obtain a significant improvement in their health, with stable effect, at least for the next half of a year and probably further. The results were thoroughly substantiated, and met with considerable interest.

During the relatively short experiment period the life functions of the participating individuals increased substantially, while those of a control group, equally often visited with other stimulating efforts free of choice, followed the same slow downward progression that, sadly, is normal in

¹ Britt-Maj Wikström, *Pleasant guided mental walks via pictures of works of art...* Karolinska Institutet, Stockholm 1994.

later ages. Still also that group received intellectual and emotional stimulation, not least by reading and discussion literature, so it is by no means in beforehand given that showing them pictures would have any specific impact. The fact that this showed to be the case make us believe that there is something in good artworks themselves that has a crucial effect – something further to consider also in a wider context.

The old ladies of the experiment were not sick and not really hospitalized, so in the first place the established effect is that of supporting health. What then about the effect of art experiencing upon younger, healthy people?

Can you anticipate that even people that are not art lovers in-before, will be likewise stimulated and positively affected on their health when left alone with a good picture of art – and that it can also give a better health on the long if such frequentations become a habit? Can you make them experience the same at home with the pictures on the walls, and may such continuous art relation make you stay stable up on the same remarkably high level? Members of our association exemplify researches of that nature in several studies. The most basic results in this direction were presented in 2001, in the doctoral thesis of Dr Benson Konlaan.² On basis of an extremely ample registration of people's health in northern Sweden during several decades he was able to statistically demonstrate that people with the habit of visiting art expositions and museums – like constant concert listeners – have had a substantially better health and longer life than other categories, including long time sport practicers.

² Boyncum Benson Konlaan, Attendance at cultural events and physical exercise and health: a randomized study, *Public Health* 114,316-319

On a paper of 1993, previous to her doctoral thesis,³ together with Britt-Maj Wikström's and with that of her professor Töres Theorell, her main tutor, also my name appears – by the reason that I was her tutor in matters of art. So two years later it happened that I was the one to receive a quite harsh letter from a doctor in Boston who had repeated Wikström's experiment, point by point in his own opinion, but without obtaining any positive result. However, I could see that his working scheme had more to do with pictures in general, or even with sights out into the landscape, than with pictures of art. He had exposed the test persons to a selection of art pictures, not asking them more than just to describe them – in other words just their motives – and to discuss that matter with him and his assistants.

To contemplate this letter, however, provided me a wonderful pedagogical experience. Certainly, anybody who works with art is aware of the difference between art experiencing and description of subject matter in artworks. Art is not a language. But it appeared that it must be an interest of some importance for art life that this distinction become further substantiated, theoretically as well as for practice.

Several decades before all this I had started behavioral studies in matters of art life, the last of which came to an end fifteen years later. Especially I studied different responses of people exposed to artworks, and among the results from those enterprises together in my eyes the most striking was that there is no unconditional and no given standard effect of any artwork upon any spectator – least of all any news for artists themselves or for those who use to present their works for public, but without being sufficiently realized within general culture.

3 Britt-Maj Wikström, Töres Theorell, and Sven Sandström, Medical health and emotional effects of art stimulation in old age, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 1955–204, 1993.

My first systematic experience with such indications came in the mid-60s, after that a friend of mine, Gudmund Smith, professor in psychology, had come in my office at the Institution of Art History in Lund, asking for a slide of an artwork to use in his experiments. He had already with good result used such a slide in his tachistoscope – an apparatus that projects pictures in different timings to test people. All that has something to do with subliminal responses. That particular slide was broken, so he had asked a professional draughtsman to make him a copy of the subject matter. But when he used the resulting picture in his tachistoscope it did not call forth reactions like the previous one had done.

That was a first experience of several pointing in the same direction, and it made me realize what a fatal mistake one can make in straight-ahead presenting artworks as just representations of their motives.

In order to find out at least something about the difference between the reproduction of an artwork and the design of the same outlines etc., Smith and I developed an experiment with seven different pictures of highly established artworks to be shown with different timings in tachistoscope, in the same way for each of 30 students that had been selected for not having any specific art interest.⁴ Before starting, I wrote down a professional and historic analysis of each item. After each projection, the tested subjects were then asked to report whatever had come in their mind. When the experiment was brought to an end, the reported reactions were scored in categories of mood and emotions.

4 G. Smith, S. Sandström, H. Sjöbäck & L. Sjögren, Responding to stimulation by paintings, *ARIS*, Lund 1969.

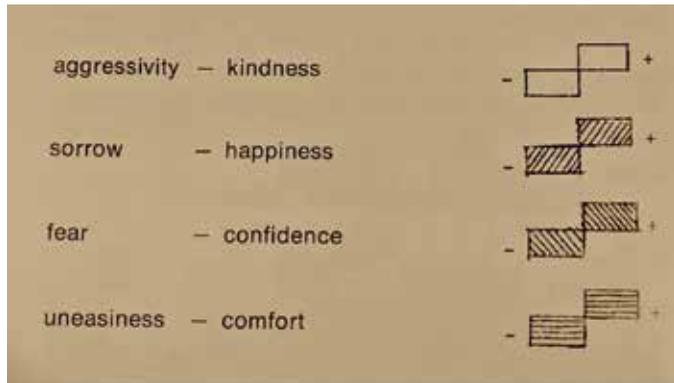


FIG. 1

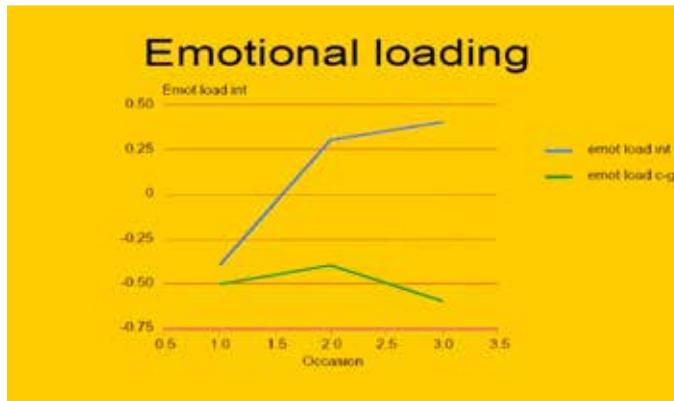


FIG. 2

The first very obvious result was seeing a general difference between unconscious (subliminal) reactions and that what we called the cognition phase – when the test person could report a final meaning about what the pictures represented. During the subliminal phase the motives were not distinguished as stable forms or motives from projection to projection, and it appeared that the reported reactions to them were called forth by changing, often most personal associations to different elements and aspects. In scoring the results we used a scale of mood tones for classification, and from the subliminal phase optimistic or hilarious mood tones were relatively sparse, here the darker moods on the scale prevailed. It is then important to note that our minds often are dominated by tones of melancholy or dread when looking at representations in cinema and theatre – and still we may feel very good about the experiences.

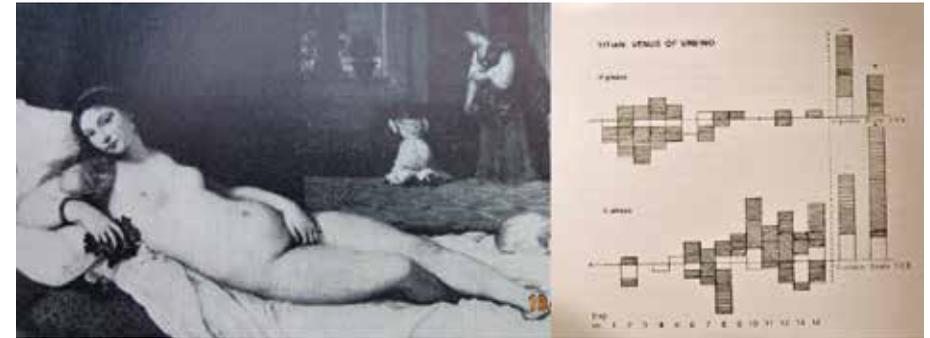


FIG. 3

But when the test person came to the “phase of cognition” – i.e. when there was given a correct report of the motive – a much greater part of the responses had to be qualified as positive or even hilarious, at the same time that they were sparse, when compared with the subliminal ones. In discussions, after the ending of the experiment with the test people, it appeared that to a great extent it was in recognizing world famous masterpieces that their attitude changed, rejecting their private responses they apparently tried to adjust to established cultural values as they figured them to be out of a superficial education in those matters. FIG. 1 & 2

This seems to me a very strong indication that meeting artworks without previous ideas may be a more fruitful situation than meetings with good artworks and trying to reach a correct way of responding.

A different non-statistical result from the experiment was a report from the assistants, two somewhat plump girls that in their confrontations with Tiziano's *Venus of Urbino* refused to identify the subject, apparently because her rounded limbs made them associate to their own undesired overweight – that one of these girls never really reported correctly. FIG. 3

Without making any conclusions, this anecdotic event brings to the fore the eventuality that sometimes artworks are met with reactions of cognitive defense – something that virtually can cut off the contact between artwork and spectator. And which no doubt almost normally may happen as just a streak within a complex event in anybody when absorbed in a contemplation of an impressive artwork, without necessarily blocking further reactions.

Now we go back to the doctor from Boston and his useful mistake. It gave me a motivation for going into what a picture of art must be or perform, in difference from any picture without any artistic character or intention. As a matter of fact, this experience eventually impelled me to start a purely theoretical quest for the basic nature of all images/pictures.⁵

All pictures are representing something by being obvious, and so far the motives themselves seem obvious, they can – conditionally – be described in words and talked or written about. But a subject matter is not the final justification for art works, as in their structure there are always means for further, deepening and different experiences; they are special in the same way as music, impossible really to translate. That difference was strongly maintained in almost all writings on aesthetics up to the 1950s.

So, we can see that there is a less subtle and more general basic difference between images and language. As a structure any picture/image, artistic or not, is fundamentally different from any verbal phrase or discourse.

Wittgenstein in *Tractatus philosophicus*, some decades earlier, had tried to find a rational bridge over that gap, thus to give images a specific place within analytical philosophy as provider of data from sense impressions. But the magnificent row of aphorisms in his book only sums up to as many examples of situations where we always use to extract conceptual meaning from sense impressions. Later he himself conceded to this mistake, but made nothing further to make pictures more understandable. And his book became topical anew when after 1950 a very rapid switch arrived within theories of and attitudes to human cognition in the direction of digital definitions and linguistic meaning.

Semiotics developed, and became the modern word for content in art. “Language of art” became a key concept. Art criticism became more and more an art of “translating” pictures and of commenting upon their content just as it appeared from this single aspect. This, however, was a mode more than a well-founded theoretical position.

When comparing language with discourse and linguistic meaning one can of course not miss their absolute difference in structures. Language is linear, presenting its meaning in a continuous sequence, in a row that can become endless, but that never directly reaches out to the sides. In relation to a sight, it has to pick out just certain elements for its sequence and for a meaning that always is partly predictable.

Pictures have a spatial structure, they present an unlimited number of objects and relations correlated in unlimited many directions. So in forming a discourse, in the object of observation one has to leave aside an unlimited number of elements for other or further possible meaning. A linguistic phrase can only account for what one considers important and possible to connect within continuous phrases. Space, as understood in this way, is not only tree-dimensional form but moreover always an integrated structure of physical form and possible meaning.

5 Sven Sandström, *Explaining the Obvious*, Scripta Minora, Royal Humanistic Society in Lund 2008.



FIG. 4 - 5

By such reasons we can deal with pictorial qualities in relation to a flat surface as well as to three-dimensional forms. This can be demonstrated in relation to this picture from the London underground made by a Swedish photographer. You see two men and a lady. She looks aside, seems not to give them any attention – does she find them boring? **FIG. 4**

But it was just a bit of the whole picture that one can see there, and in the full picture one finds her to be part of a poster on the wall behind, while the two men are to be considered real and standing on the metro platform. They never met the lady on the same dimension of meaning. In distinguishing their difference one has also gets access to a further diversity within the picture. **FIG. 5**

She is something between dressed and undressed and this in the early 70s was somewhat piquant. There is the aspect of being in company or isolated. That of living and not living. That of animate and inanimate. There is the relation between male and female. Not because it's male *or* female. It is useful or not useful. It's dressed or undressed which is another aspect of man. Male individuals and things of male character versus female ones. Here I have been forced to contrast these factors in order to account for my analysis. But nothing of all that prevails or excludes other elements, all is simultaneously present in the picture and may appear within one single overriding experience with all senses and tensions, stabilities and volatilities. It is a multidimensional interaction between elements of meaning that in itself creates further meaning for them and outside them – how to



FIG. 6

account for all that as a simultaneous experience in written lines?

Another example, in this picture, is made by the famous photographer Henri Cartier-Bresson, there among other things several aspects of femininity are to be found. **FIG. 6**

There are women undressed, and women dressed, two of each. Those on the ground are in black and very decent. But what about the two on the upper part? It's marble versus living beings, it's antique by nature versus contemporary character, its youth versus age, it's worldly versus divine. In analyzing the picture and accounting for it I had to rely on comparisons for reaching distinctions – but in just experiencing a picture the mere comparisons are part of its real sense.

Any image/picture is a visual image, and there is no natural law to make you not to experience immediate reality on the level of art experiencing. But in the latter there are anyhow peculiarities to be found, partly explained by different degrees of art experience and general culture – but also related to aesthetical sensitivities and/or idiosyncrasies, that I will exemplify.

During two years in the early 70s I studied how 60 test persons reacted upon a great number of good artworks, visiting each one of them dozens of times, always with a new set of pictures that I discussed with them, and recording their reactions and evaluations.⁶

⁶ Sven Sandström, *A Common Taste in Art*, ARIS, Lund 1977.



FIG. 7 - 8

There was infinity of variations and differences in their opinions and reported sensations that seemed most interesting to bring back to their individual conditions and nature. But some generalizations were also possible to discern.

Most of them fell into the one of two categories: on one hand those who preferred forms that were distinctive, accomplished and closed = composition well kept together, balanced within its limits; term DAC. On the other hand those who preferred images that were painterly, more irregular, open, and non-finito = giving impression of that something might once be added, often also seeming to involve part of the outside space in the composition; term PON.

To explain the meaning of these terms it is sufficient to show some examples, one of each nature. This painting is an allegorical scene by Angelo Bronzino, and it is all DAC. This picture was high in esteem among those in my test group who showed preference for other pictures with mainly the same characteristics within the selections that I showed to them. **FIG. 7**

In modern painting it is easy to pick extremely illustrative examples of a DAC character, but remaining within a classical European tradition, Pieter Paul Rubens' painting "The drunken silen" is no doubt sufficiently painterly, and it is also open – in the sense that the heavy central figure has a direction diagonally out towards the room from which it is seen. It is true that the effect of *non-finito* is here mainly a different aspect of the same quality that deserved the word *painterly*. **FIG. 8**

In art from later centuries there of course are much better examples of non-finito, as in paintings of Guardi or Magnasco, not to talk of Van Gogh.

Not all but most people could be classified for either a DAC or a PON tendency – but it is a most superficial aspect, because in the individual responses to different artworks the test persons could almost as easily be totally absorbed by artworks of the opposite category. It is like the more individual preference for certain colors or combination of colors, however strongly they come out in cases of clothing or interior decoration in responses to artworks they for the most don't seem to have much influence.

All this may seem to be part of some overriding research program, fragmentally of course – but the research projects discussed here have each time come out of new questions, of a curiosity, rather than from the intent of contributing to map a consistent area of knowledge. On the other hand, from an opposite aspect, lot of the observations accounted for here could be used for specific advises in the handling of artworks and of people's meeting with art, in the care or anywhere else in society. I do not object, but such intents might misfire if they are taken out of context, without first to have formed a critical understanding of the whole of my paper. ■

Maria Cristina Cedrini
Fondazione Bracco

Grazie prof. Sandström. Adesso abbiamo il Dott. Pastorino, Direttore del dipartimento di Chirurgia Toracica dell'Istituto dei Tumori di Milano. ■

L'arte quale impulso all'umanizzazione nei luoghi di cura

Ugo Pastorino

Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Sono molto grato a Fondazione Bracco per tutte le cose buone che fa, e per questo Convegno in particolare.

Il tema di Arte e Medicina è qualcosa sul quale sto lavorando da diversi anni e, quindi, è un momento di piacere e gioia poter condividere alcune riflessioni soprattutto con altri uditori, con i quali trovo una profonda assonanza. Una cosa che mi ha anche un po' sorpreso è come su alcuni dei temi che sono già emersi da tutte le relazioni, ci sia una profonda unione di intenti e anche di spirito e di cultura. L'idea che l'arte possa umanizzare i luoghi di cura è, ovviamente, antica.

Nel sito che abbiamo costruito in questi due o tre anni, abbiamo cercato di rappresentare diversi esempi di come l'arte e la medicina possono lavorare insieme sia dal punto di vista degli artisti, che raccontano la malattia, dei medici, che sperimentano forme di arte legate alla loro professione, e dei luoghi di cura, che hanno incorporato l'arte nella medicina. Anche il tema del corpo umano come rappresentazione della scienza medica sotto forma di arte, è qualcosa sul quale stiamo lavorando. **Fig. 1**

C'è un profondo rapporto tra medicina e arte nella cultura italiana, e naturalmente mi riallaccio a quello che è già stato detto oggi. Io partirò da Santa Maria della Scala, perché è un esempio che regge nel tempo. È l'esempio di un luogo di cura che rimane tale per mille anni, e non credo che ci sia al mondo un'altra realtà di questo genere, ed è talmente radicato nella cultura italiana da essere al centro della vita di una comunità, come quella senese, che è stata per molti secoli un modello di cultura e di relazioni sociali.

Voi vedete che l'Ospedale è di fronte al Duomo di Siena, e questo ha un significato simbolico preciso. Viene fondato come Ospedale all'inizio del Mille. Ha uno Statuto che si stratifica nel tempo, si rafforza come capolavoro di efficienza amministrativa per la più grande concentrazione fondiaria dello Stato senese, che è uno dei più importanti Stati



Fig. 1

dell'Italia di quel tempo. Ha diversi compiti tra cui quello di accogliere pellegrini, orfani, poveri fanciulli abbandonati e malati. Si situa lungo la Via Francigena. Voi sapete che la Via Francigena viene spesso citata, anche in maniera un po' forse eccessiva, come un esempio materiale della tradizione religiosa europea. Si tratta comunque di un luogo fisico dove il pellegrinaggio viene rivestito di una forma d'arte che è assolutamente sublime. Allora il Cielo del Pellegrinaio non è soltanto un esempio artistico straordinario, ma è quello che i malati vedevano quando stavano sdraiati nel letto: guardavano in alto e vedevano questo cielo meraviglioso. Quindi è qualcosa che ha un impatto profondo nel modo concreto di vivere la malattia.

Negli affreschi di Domenico Di Bartolo il modo in cui viene rappresentata la cura e il governo degli infermi è straordinariamente attuale, oltre ad essere attuali tantissime altre fotografie della vita e delle relazioni sociali dell'epoca. Quel personaggio che vedete a destra, in fondo, è il Rettore della Confraternita, che era di solito un uomo di grande potenza economica, mercante o notaio, che entrando nella Confraternita di Santa Maria della Scala donava a tutti i suoi beni; qualcosa che, peraltro, mi risulta abbia fatto anche San Carlo Borromeo, che ha donato tutto all'Ospedale Ca' Grande di Milano. L'Ospedale di Santa Maria della Scala rimane attivo fino al 1995. In questa foto voi vedete i letti dei malati nel



FIG. 2

Pellegrinaio insieme ai grandissimi affreschi: l'esempio di un luogo di cura aperto per mille anni. **FIG. 2**

Quando Galeazzo Visconti e Francesco Sforza decidono di costruire la Ca' Granda inviano a Siena i propri emissari per studiare l'organizzazione e la gestione dell'Ospedale, e non a caso il quadro del Lorenzetti che è visibile nel palazzo comunale di Siena raffigura proprio il Buon Governo della città. I visitatori di Milano cercano di prendere l'esempio migliore che esiste all'epoca per fare qualcosa che, possibilmente, sia ancora più grande. Queste sono cose che voi avete già sentito dire e, quindi, non mi dilungo su Ca' Granda. Secondo me c'è un'unità profonda tra Ca' Granda e la Scala di Siena, e voi vedete anche semplicemente confrontando i due ambienti, i due spazi (che sono divisi da alcuni secoli), vedete come c'è una profonda comunità tra questi due ambienti. Quello che li unisce la crociera della Ca' Granda e il corridoio dei malati di Siena è una profonda armonia di spazio, luce e bellezza. Questo è quanto di più lontano vi sia dal pensiero che, per umanizzare un Ospedale, si debbano appendere dei quadri, o peggio delle stampe, nei corridoi e nelle stanze. Non c'è niente di più triste e di più lugubre dell'idea di appendere nelle stanze o nei corridoi dell'ospedale delle immagini morte. **FIG. 3**



FIG. 3

Non c'è niente di superfluo in questi spazi antichi. Solo spazi enormi, dove domina la luce naturale, e si respira qualcosa che è totalmente indipendente dalle decorazioni delle pareti, spesso inesistenti. Avendo avuto il privilegio di lavorare in tanti Ospedali per il mondo, ho avuto anche delle esperienze interessanti da questo punto di vista, e vi presenterò soltanto due esempi molto, molto diversi tra di loro: l'Ospedale Marie-Lannelongue di Parigi e il Chelsea di Londra, che, peraltro, è già stato citato questa mattina.

Anche l'esperienza del Marie-Lannelongue, nasce da una grande comunione tra beneficenza, generosità e scienza, in quanto Marie Cibiel è la moglie di un grande industriale francese che rimasta vedova in giovane età, si dedica interamente alla beneficenza e alla cura dei bambini. Marie, incontra Odilon Lannelongue, che è un chirurgo pediatra già abbastanza famoso. Insieme decidono di fondare un ospedale dedicato alla cura delle malattie dei bambini. Il Marie-Lannelongue, nel giro di pochi anni, diventa il più importante centro di chirurgia pediatrica.

Voi vedete, questa è una lapide che è rimasta affissa nella prima sede nel centro di Parigi del Marie-Lannelongue, in cui si dice: *"Questo è l'ospedale dove si sono fatti i primi interventi di cuore. Dove si è curato il primo bambino con il morbo blu e che è diventato Centro per la Ricerca dei Trapianti"*; e io sono andato lì per quello, è dove si sono fatti trapianti di cuore, polmone, cuore e polmone, ed è ancora oggi il primo Centro di chirurgia cardiotoracica della Francia.



FIG. 4

Nel 1977 decide di darsi una nuova sede, costruendo il nuovo Ospedale in un parco secolare, fuori da Parigi. Voi vedete che qui non c'è niente di artistico, nel senso stretto del termine; però vi è un rapporto con la luce, il colore, il verde, gli spazi dove i malati sono accolti, che sono a misura d'uomo e rappresentano una profonda forma di umanizzazione. **FIG. 4**

Se voi volete vedere come è stato fatto un Ospedale, da chi è stato concepito e quali sono gli errori fondamentali, andate nel reparto di terapia intensiva. La terapia intensiva è proprio l'esempio simbolico della disumanizzazione di un ospedale e, purtroppo, ci sono delle forme di sadismo che raggiungono l'inverosimile. Siccome la terapia intensiva è dedicata a persone che spesso dormono, ci si permette di situarla negli scantinati, togliere la luce, togliere le finestre. In questa maniera a chi soffre di più si infligge anche la punizione della perdita della luce e, quindi, la perdita della percezione del tempo, che viene sostituita generalmente da un orologio, messo di fronte al letto del malato in modo che possa immaginarsi a che punto è la sua giornata, senza più giorno né notte.

Il Marie Lannelongue ha invece una straordinaria terapia intensiva dove non solo ogni letto ha 25 metri intorno che sono solo per lui, ma è tutto vetro, e da qualsiasi letto della terapia intensiva si vede il parco, si vede la luce, si vede il giorno. Questo vale sia per i bambini che per gli adulti.

Ecco, l'umanizzazione di un Ospedale, che voglia essere un Ospedale moderno, al top, deve partire dall'umanizzazio-

ne della terapia intensiva: cioè del posto dove la gente soffre di più e spesso dove sta anche settimane o mesi.

Il Chelsea è tutta un'altra cosa. Nasce nel 1993 dalla abolizione di cinque Ospedali. Io ho vissuto direttamente questo progetto lavorando proprio lì negli anni in cui il sistema sanitario inglese, che è il primo sistema sanitario pubblico nato in Europa, aveva deciso di trasformare gli ospedali in trust, ossia in entità autonome dal punto di vista economico e finanziario.

Questa è una cosa che, in un concetto liberistico, farebbe pensare semplicemente alla privatizzazione; invece non è così. Semplicemente, gli Ospedali hanno dovuto trasformarsi in enti di utilità pubblica, ma con un bilancio sostenibile, e questo in Inghilterra avveniva nel 1993. In tre anni tutti gli Ospedali che non hanno raggiunto questo obiettivo, sono stati chiusi e molti erano ospedali antichi di Londra, con una grandissima tradizione. Naturalmente, ciò ha determinato una grande opposizione da parte dell'opinione pubblica.

Il Chelsea nasce da questo processo. Al posto di cinque ospedali piccoli viene fatto un grande ospedale nel centro di Londra, e questo ospedale è completamente diverso. Non è solo diverso per gli spazi, la luce che c'è dentro, ma anche perché viene consentito agli artisti di partecipare, in maniera costante, sia con le installazioni permanenti che con le mostre temporanee. La fantasia entra nell'ospedale e ogni giorno, al mattino, c'è almeno un'ora di performance dove potete vedere i mimi, attori, cantanti, musicisti: è una cosa alla portata di tutti, nel centro di Londra.

Io lavoravo lì una volta alla settimana, e mi occupavo dell'attività di chirurgia toracica. Quindi ero più un visitatore che non un membro dello staff, e mi occupavo anche del reparto di Aids, che era il più importante reparto di Londra per la cura dei malati affetti da questa terribile malattia. Vi posso garantire che il reparto dei malati di Aids era bellissimo, dove si lavorava con grande piacere.



C & W: per gli artisti



FIG. 5

FIG. 6

Uno spazio per gli artisti, uno spazio per il teatro, le performance, in una luce straordinaria, tutto questo era, direi, possibile e molto concreto. **FIG. 5 E 6**

Vi voglio anche citare un altro esempio, invece, molto diverso: Giancarlo Vitali è un grande artista che ha passato sei mesi della sua vita in terapia intensiva per un intervento che è andato male. Aveva più di 80 anni ed ha usato questi sei mesi per raccontare le storie che ha visto e vissuto: quindi le persone che popolavano questo ospedale, dai medici, agli infermieri, agli altri malati. È una storia particolare, e un racconto straordinario.

Noi all'Istituto abbiamo cercato di fare qualcosa di simile insieme a Giuseppe Maraniello, un grande scultore che, peraltro, aveva già prestato la sua opera per l'umanizzazione del nostro Hospice, dopo avere perso sua moglie in Istituto.



FIG. 7



FIG. 8

Ebbene, insieme abbiamo deciso di provare a raccogliere delle storie di emblematiche di cancro e farle raccontare ad artisti della fotografia. Così è nato *Still aLive*, un libro edito da Skirà, in cui 33 storie di persone che dovevano morire e che invece non sono morte, vengono raccontate da 23 artisti. Alcuni sono molto noti, come Berengo Gardin e Nino Migliori, altri sono giovani fotografi, ma tutti in qualche modo protagonisti della vita culturale italiana.

Poi queste foto sono entrate nel reparto come grandi pannelli: ora davanti a ogni letto si trova l'immagine di una persona alla quale corrisponde una storia che spesso è vicina a quella del paziente che le sta di fronte. Abbiamo cercato di capire se questo dialogo con un'altra esperienza di malattia, molto complessa ma con un esito positivo, potesse in qualche maniera contribuire a ridurre la sofferenza dei nostri malati. **FIG. 7 E 8**

Io sono molto d'accordo con la frase finale della presentazione di chi mi ha preceduto: *“L'arte può contribuire nei luoghi di cura a ridurre la sofferenza inutile”*. Purtroppo nella malattia c'è una sofferenza che è inevitabile; però c'è anche una sofferenza che può essere evitata. Allora l'arte, in senso lato, può aiutare a diminuire la sofferenza e non solo dei malati. Lo dico anche in maniera egoistica: soprattutto chi passa la sua vita lavorando in un luogo di cura, incorpora e assorbe una quantità di sofferenza che è, nel tempo, difficile da sopportare; per cui aiutare anche chi decide di vivere tutta la sua vita insieme alla sofferenza dei malati è un obbligo, oltre ad essere un investimento culturale e umano.

Vorrei infine citare il progetto su cui stiamo lavorando adesso con Enzo Cei: è il racconto delle storie di bambini con il cancro e delle loro famiglie. Anche questo io spero diventerà un contributo che noi porteremo dentro all'ospedale, in qualche maniera.

Naturalmente, il sito ArteMedicina è un luogo aperto, e anche da questa giornata verranno molti contributi e stimoli per lavorare insieme. Penso che in futuro ci siano delle enormi possibilità di collaborazione, e non posso non citare un progetto che per me è molto concreto.

Milano, oggi, deve decidere se dare vita alla Città della Salute, cioè a un nuovo Consorzio che unisca due grandi Istituti di Ricerca come l'Istituto Tumori e il Neurologico Besta, in una nuova sede disegnata in modo tale da migliorare non solo la capacità sanitaria e di ricerca di ognuno, ma anche creare sinergie nuove. Ora, è chiaro che in questi anni abbiamo assistito a grandi discussioni, e fasi alterne di questo progetto. Da ultima, la crisi finanziaria e la *spending review* sembravano avergli dato il colpo di grazia. Però, l'idea della Città della Salute ancora vive, e sembra che oggi abbia trovato una reale capacità di camminare attraverso la scelta della città di Sesto San Giovanni. Infatti, il recupero

dell'area Falck significherebbe anche la rinascita di un'enorme potenzialità produttiva che unisce Milano a Sesto, e alla grande area metropolitana in senso lato.

Bene, io auspico che, anche con l'aiuto di Fondazione Bracco, noi possiamo portare avanti questo dialogo, che è un dialogo di collaborazione tra professionisti diversi, con idee diverse e culture diverse, per arrivare a fare qualche cosa che, non voglio dire rappresenti la nuova Ca' Granda (non sono così ambizioso) ma ridia a Milano la capacità di recuperare non solo investimenti pubblici ma anche lo spirito di donazione privata che ha animato la Cà Granda per cinque secoli. Recuperare la donazione come sorta di atto volontario di contribuzione al bene di una comunità: io penso che questa esperienza potrebbe esserlo. Potremmo riprendere gli aspetti fondamentali della storia della medicina italiana, che sono soprattutto partecipazione di una comunità alla creazione di un bene collettivo, destinato alle persone che non hanno, o hanno poco, e che devono essere protette e aiutate. Quest'idea che chi ha molto contribuisca anche con la cultura, non solo con il denaro, a rendere meno difficoltosa la malattia, specialmente per chi ha anche problematiche economiche – quindi un investimento per la qualità di vita dei poveri e anche di chi è meno ricco – io penso che sia una grande sfida e una grande opportunità. Per questo mi auguro veramente che Fondazione Bracco possa contribuire al successo della Città della Salute. Grazie. ■

Maria Cristina Cedrini

Fondazione Bracco

Sicuramente questo ultimo punto, sottolineato dal Dott. Pastorino, è quanto mai attuale e non solo per Fondazione Bracco. È un tema dove pubblico e privato si devono incontrare, e incontrarsi su degli obiettivi comuni come questi che vanno a impattare su un'area sociale, di *welfare*, molto precisa.

Credo che sia un ottimo invito, che noi accogliamo per dare sviluppo a questa collaborazione, a questa sinergia, e anche a questo tema che mi sembra che in questa prima mezza giornata sia stato estremamente descrittivo e intenso. Abbiamo ora l'ultimo speaker della mattinata che è Enzo Grossi, Direttore Scientifico di Bracco Farmaceutica, poi Advisor Scientifico di Fondazione Bracco ed anche docente all'Università IULM del corso di *Cultura e Salute*. ■

Mostre d'arte nelle strutture sanitarie: l'esempio del Centro Diagnostico Italiano

Enzo Grossi
Fondazione Bracco

Buongiorno a tutti. L'iniziativa di cui vi parlo è, per Fondazione Bracco, molto importante. Si tratta della continuità del progetto che abbiamo iniziato l'anno scorso sui rapporti tra arte e salute e speriamo veramente che questa giornata serva a coagulare delle conoscenze, delle sensibilità che possono creare sinergia, per il campo sanitario.

Io vi voglio raccontare della esperienza che abbiamo svolto in un centro medico particolare, che è il Centro Diagnostico Italiano, dove abbiamo indagato sulla opinione che gli utenti si fanno in merito alla presenza di opere d'arte all'interno del Centro.

Come forse sapete il Centro Diagnostico Italiano, anche grazie al supporto della Fondazione Bracco, ha avviato negli ultimi anni un progetto culturale pluriennale finalizzato ad ospitare presso la propria sede una serie di mostre artistiche, anche con l'intento di migliorare la qualità di vita dei propri utenti attraverso la cultura. In questa scelta hanno giocato anche le crescenti evidenze scientifiche di un ruolo importante giocato dalle arti visive negli ambienti sanitari nel raggiungimento di un maggior benessere da parte dei pazienti che si trovano ad esempio in sale di attesa.

Il retroterra di questa esperienza è molto vasto. La disciplina chiamata *Evidence-Based Art* è ormai una realtà ben consolidata, anche se poco conosciuta. Tutto nasce a Manchester dove agli inizi degli anni '70 del secolo scorso Peter Senior inizia come artista volontario a introdurre l'arte nell'Ospedale Municipale. La sua attività prende progressivamente corpo fino a che il suo progetto artistico diventa qualcosa di imprescindibile per l'ospedale. L'eredità di questa lunga esperienza viene presa da Peter Sher, architetto illuminato che operando tra Manchester, Exeter e Londra, in collaborazione con Senior crea una vera e propria metodologia per valutare l'impatto della presenza artistica, del design e dell'ambiente sugli esiti medici e la qualità delle prestazioni sanitarie. La loro pubblicazione "*The Exeter Evaluation*

Manchester: Arts for Health” del 1999 rappresenta una milestone fondamentale per il riconoscimento di questa nuova disciplina.

Un'altra *milestone* importante nel cammino che ci porta fino ad oggi, è il 2004, quando Rosalia Starikoff, che è un medico che opera nel Chelsea Westminster Hospital – uno dei primi ospedali ad aver investito nella presenza di arte al suo interno – pubblica una *review* di tutta la letteratura che ha a che fare con gli effetti dell'esposizione all'arte su diversi esiti clinici dei pazienti ricoverati e sul benessere psicologico del personale sanitario, *review* che prende in considerazione la bellezza di circa 400 studi clinici pubblicati.

Questa tabella riporta da una parte gli ambiti di osservazione, come unità cardio-vascolare, unità di terapia intensiva, unità oncologica, clinica del dolore e via discorrendo e, dall'altra, gli esiti che si vanno a misurare. Sono esiti sia di tipo psicologico, o psico-fisiologico, come la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, la velocità di respirazione, sia esiti più concreti come la durata di degenza, l'uso di analgesici oppure la durata del travaglio di parto. Potete vedere come si osservi un segnale notevolmente positivo a vari livelli derivato da questi studi. La diminuzione dello stress e dell'ansia rappresenta una costante. **Fig. 1**

Ambito	Esiti clinici
Unità cardiovascolare	Riduzione di: frequenza cardiaca, pressione sanguigna, velocità respirazione
Unità di terapia intensiva	Neonati prematuri: riduzione durata degenza
Cura del Cancro	Riduzione nausea, maggiore attivazione sistema immunitario
Gestione del dolore	Pre-intra-post-operazione: riduzione intensità dolore e richiesta di analgesici
Cura pre-post-natale	Maggiore gestione dolore e riduzione pressione sanguigna
Chirurgia	Riduzione di: pressione sanguigna, frequenza cardiaca e richiesta sedativi
Disturbi neurologici	Incremento risposte emozionali
Procedure mediche	Migliore gestione complessiva
In tutti gli ambiti considerati	Significativa diminuzione dei livelli di stress e ansia

FIG. 1

La Starikoff non si limita a questo, ma in questo ospedale guida l'esecuzione di un progetto sistematico che valuta gli esiti in maniera prospettica, cioè esponendo dei reparti a certe forme di arte visiva e performativa, mentre altri li tiene come controllo. Quindi si tratta di uno studio controllato, ecologico, nell'ambito dello stesso ospedale.

In questo studio viene dimostrato che, ad esempio, nel reparto maternità la durata del travaglio dura in media due ore in meno, c'è un minore consumo di analgesici – cosa che si verifica anche nel reparto di traumatologia e ortopedia – il decorso del periodo post-operatorio si riduce e quindi il paziente può essere dimesso in anticipo; in una grande percentuale dei casi lo staff sanitario ha una riduzione dello stress e un miglioramento del proprio umore e, quindi, possiamo immaginare che questo si rifletta anche nella qualità della performance e dell'attività professionale.

Mentre la letteratura sulla *Art-Based Evidence* in ambito Ospedaliero è piuttosto vasta, pochi studi hanno valutato l'impatto psicologico delle esposizioni artistiche sugli utenti di un centro medico ambulatoriale, intesi sia come pazienti che visitatori occasionali o semplici accompagnatori.

Questo è comprensibile poiché in un centro ambulatoriale, a differenza di un reparto ospedaliero, i pazienti sono esposti e attenti all'ambiente che li circonda per un lasso di tempo inferiore. La crescita delle prestazioni in *day hospital* rende comunque interessante lo studio dell'impatto della esposizione all'arte e la comprensione dei principali determinanti demografici e sociali in gioco.

A tale contesto si ricollega la recente mostra ospitata presso la sede centrale del CDI a Milano: “Famiglia ad arte: 100 mt lineari x 8 scenografi”, promossa da Fondazione Bracco in collaborazione con l’Accademia del Teatro alla Scala e svolta dal 29 maggio al 30 settembre 2012. La mostra, in corrispondenza con il VII Incontro Mondiale delle Famiglie tenutosi a Milano nel giugno 2012, ha esposto otto creazioni realizzate appositamente per l’occasione dai ragazzi del Corso di Scenografia dell’Accademia della Scala.

La mostra, nello specifico, si è svolta al piano rialzato del Centro, nei corridoi che vanno dall’Area Accoglienza Clienti dell’ingresso fino alle sale d’attesa dei Poliambulatori, comprendendo anche due ambienti di sosta. **Fig. 2**



Fig. 2 Mostra Famiglia ad arte. CDI, Milano 2012

Gli studenti, così, hanno prodotto delle creazioni trovando ciascuno un proprio modo personale per rappresentare simbolicamente la Famiglia e rapportandosi a diverse tecniche di produzione scenografica. Gli otto lavori sono stati disposti sulle pareti dei corridoi del CDI, su una superficie lineare complessiva di 100 metri.

La mostra “Famiglia ad arte”, esempio attuale di incontro tra l’arte e una struttura sanitaria nella città di Milano, si è posta come un caso-studio adatto allo svolgimento di un’analisi con il fine di constatare la reazione degli utenti verso la presenza di opere d’arte esposte all’interno dell’ambiente sanitario.

Con tale obiettivo, è stato ideato un apposito questionario rivolto agli utenti del CDI, richiedente informazioni generali riguardanti caratteristiche personali (età, sesso e titolo di studio) e cinque domande specifiche sulla considerazione delle opere d’arte esposte.

Le cinque domande circa la considerazione delle opere d’arte esposte hanno compreso quattro possibilità di risposta, proponendo una progressione di giudizio, dal negativo al positivo. Tali quesiti hanno indagato differenti aspetti della personale percezione dell’arte nell’ambiente sanitario, ossia: *presenza, gradimento, interesse, influenza sul morale e influenza sull’ansia*.

Età, istruzione e genere erano le uniche variabili di ordine demografico raccolte.

I questionari, in forma cartacea, sono stati distribuiti dal personale del CDI in modo casuale, al momento dell’accettazione di una visita o di un esame diagnostico, richiedendo a ciascuna persona la cortesia di compilare e di depositare il questionario nel box apposito situato al piano rialzato, accanto alle scale d’ingresso/uscita.

Il questionario è stato distribuito ad un totale di 1500 utenti in un periodo di tempo di dodici settimane (dal 11 giugno al 31 agosto 2012). Ne sono stati depositati nell'apposito box 446, dei quali 390 sono risultati interamente compilati: su questi ultimi, quindi, si è basata l'analisi delle risposte fornite.

L'analisi dei dati derivati da circa 400 questionari compilati ha messo in evidenza un positivo apprezzamento da parte degli utenti (oltre 85 % intervistati), tre quarti dei quali hanno anche espresso l'opinione che iniziative di questo tipo abbiano un impatto positivo sul morale e sullo stato d'ansia.

La tabella riassume l'esito del questionario [TAB. 1]:

Sintesi dei risultati		
Accorgersi delle opere:	80%	“Ho notato qualcosa” o “Sì, subito”
Gradimento delle opere:	86%	“Abbastanza” o “Molto”
Interesse suscitato dalle opere:	57%	“Abbastanza” o “Molto”
Influenza positiva sul morale:	77%	“Abbastanza” o “Molto”
Influenza positiva sull'ansia:	60%	“Abbastanza” o “Molto”

Il livello di istruzione, l'età e il genere a prima vista non sono risultati fattori chiave per la vicinanza a espressioni artistiche ed il loro apprezzamento, ma una analisi sofisticata con reti neurali ha fatto intravedere una maggiore sensibilità percettiva da parte del genere femminile con gradi più elevati di istruzione.

Il sistema Auto-Contractive Maps (AutoCM), ideato e sviluppato al centro di ricerche Semeion di Roma¹, permette di scoprire la densità probabilistica comune fra ciascuna variabile e tutte le altre e generare una mappa semantica in cui: le relazioni non-lineari fra le variabile sono conservate,

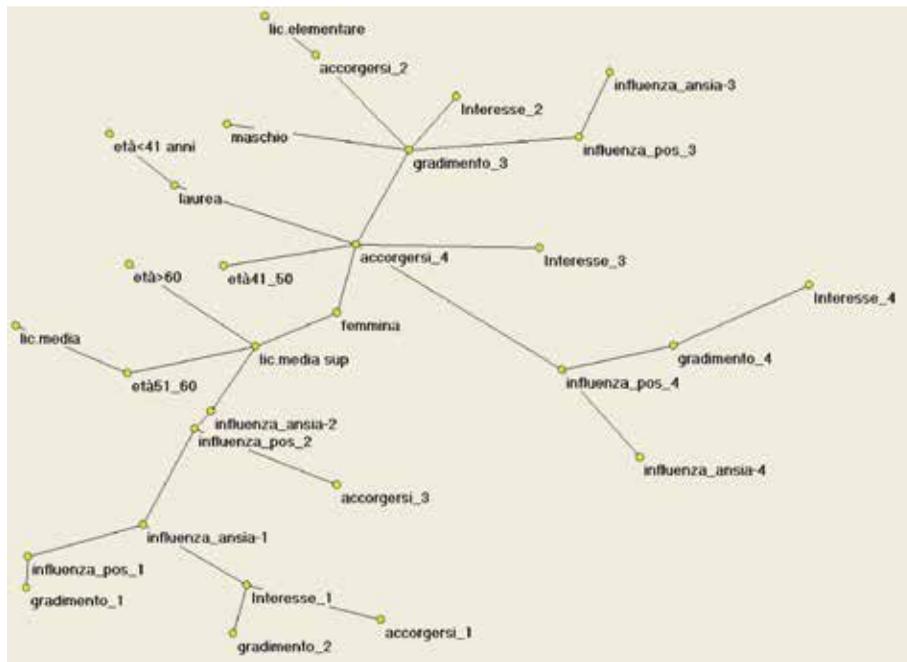
1 La prima versione della rete neurale denominata Auto-Contractive Map (Auto-CM) è stata pubblicata nel 2000, ma la sua ispirazione teorica risale al 1994, anno in cui M. Buscema ha pubblicato il libro “Squashing Theory: Modello a Reti Neurali per la previsione dei sistemi complessi”, Armando Editore. <http://www.semeion.it/>

vi sono espliciti schemi di connessioni e la complessa dinamica delle interazioni tra le variabili è resa disponibile. Le AutoCM “spazializzano” la correlazione fra le variabili costruendo uno schema in cui viene riflessa la “vicinanza” fra le variabili, le loro associazioni. Questo sistema coglie tutte e solo le correlazioni rilevanti e le organizza in una figura coerente. La rappresentazione risultante non è costruita attraverso ingombranti aggregazioni tra coppie di variabili, ma mediante la costruzione di una figura globale complessa dell'intero pattern di variabili. Inoltre, nella rappresentazione, vengono connessi nodi (variabili) mostrando il significato delle stesse variabili di interdipendenza². La mappa semantica risultante, così, è in grado di cogliere “associazioni nascoste” tra tutte le variabili in gioco.

Nel caso specifico relativo all'analisi dei dati ottenuti attraverso i questionari sottoposti all'utenza del CDI, il sistema AutoCM - considerando tutte le 30 variabili del caso - ha prodotto una *mappa semantica* che mostra le relazioni esistenti tra le variabili stesse.

Nella seguente mappa semantica, le variabili sono indicate attraverso la congiunzione tra una *parola-chiave* (che rimanda alle differenti domande del questionario) e un *numero* (corrispondente a una singola risposta, tra le possibili, di quella domanda). Ad esempio: “Accorgersi_1” si riferisce alla Domanda A (Accorgersi delle opere) con risposta 1 (che, secondo l'ordine seguito precedentemente e come mostra anche la Tabella 5.2 – Legenda, corrisponde alla risposta “No per nulla”). In questo modo sono state “codificate” tutte le possibili risposte tra le quali il soggetto rispondente ha potuto scegliere, ossia tutte le variabili del caso. Si comunica,

2 Mozzani Marco, Alzheimer. Come diagnosticarlo precocemente con le reti neurali artificiali, FrancoAngeli, Milano 2010, p.90-94.
Link Online: <http://books.google.it/books?id=gU42ELhh99IC&pg=PA94&lpg=PA94&dq=auto-cm+semeion&source=bl&ots=FC50jxjTZO&sig=gDXT0ikfpwwb0IQjYFxf35BvQw&hl=it&sa=X&ei=Mn5pUM25L4PPhAeWMQ&ved=0CGIQ6AEwBjgU#v=onepage&q=auto-cm%20semeion&f=false>



inoltre, che la mappa semantica prende in considerazione quattro classi di età differenti rispetto a quelle esaminate in precedenza ma, essendo un raggruppamento simile a quello antecedente ed omogeneo nella numerosità dei quattro gruppi, non vi sono sostanziali differenze sull'andamento dell'indagine. **Fig. 3**

Dalla mappa si può notare come tutte le risposte corrispondenti al punteggio minimo (ossia 1), siano disposte in vicinanza nel ramo inferiore della mappa e che le loro interconnessioni siano lontane sia dai nodi riferiti al titolo di studio, sia da quelli relativi ai punteggi di risposta più alti. Coloro i quali pensano che le opere d'arte esposte presso l'ambiente sanitario non influenzino positivamente sul proprio morale e non migliorino il personale stato d'ansia in attesa della visita medica, sembrano essere gli stessi individui che non gradiscono per nulla le opere esposte, non sono interessati ad esse e, spesso, non si sono neanche accorti della loro presenza.

Fig. 3
Mappa Semantica delle variabili in gioco nei questionari ottenuta con il sistema di rete neurale AutoCM, Centro Ricerche Semeion, Roma

Subito sopra a questa zona, vi sono risposte relative l'influsso su morale ed ansia di un grado maggiore rispetto le precedenti (ossia 2, "Un poco"). Tali risposte si dimostrano vicine alle variabili "Licenza media superiore" e "Accorgersi_3" (cioè aver notato qualcosa di strano nell'ambiente).

Le connessioni tra le linee e i punti disposti nella zona più a destra della mappa, invece, comprendono le variabili con il valore di risposta più elevato. Un notevole gradimento delle opere esposte ("Gradimento_4"), un ampio interesse a saperne di più in proposito ("Interesse_4") e la considerazione che l'arte possa molto migliorare lo stato d'ansia in attesa della visita ("Influenza_ansia_4"), sono tre variabili connesse al nodo dell'elevata influenza positiva delle opere sul morale ("Influenza_pos_4"). Tale parametro, a sua volta, risulta direttamente legato con l'accorgersi subito della presenza delle opere nell'ambiente sanitario ("Accorgersi_4") che corrisponde anche al centro del grafico. Così, l'accorgersi subito della presenza di arte nello spazio, appare il fulcro dal quale derivano elevati riscontri in: gradimento, interesse, miglior stato della morale e dell'ansia.

Da questa mappa semantica viene fuori chiaramente che il genere conta moltissimo; dai collegamenti si può dedurre che è la donna ad accorgersi molto rapidamente della presenza di queste opere, e da questo accorgersi ne ricava un'influenza positiva, un gradimento, un interesse e positività sull'ansia, cosa che, invece, succede di meno nel genere maschile.

Questo non ci sorprende, per il fatto che l'anno scorso abbiamo pubblicato uno studio fatto sulla popolazione milanese (su di un campione rappresentativo), in cui abbiamo visto l'impatto della partecipazione culturale sulla percezione di benessere psicologico, ed era chiaramente venuto fuori che, per la donna, la cultura conta di più.

Discussione con il pubblico

Questo dato è ancora da interpretare completamente, per i complessi aspetti sia biologici che di tipo sociale da considerare, sia, anche, di tipo sanitario perché sappiamo che il sesso femminile ha una morbilità più importante di quella maschile, anche se la sopravvivenza è più lunga.

Quindi, in conclusione, possiamo dire che la presenza dell'arte in un ambiente sanitario può essere, forse dovrebbe essere, una concreta opportunità da cogliere per migliorare il servizio assistenziale, per porre una maggiore attenzione alle persone, al loro benessere, alla qualità di vita; per favorire, anche, le relazioni sociali e culturali, perché non dimentichiamoci che c'è tutta un'area dell'economia culturale o cultura dell'economia che riguarda i beni relazionali.

Sono beni intangibili, che si formano sull'effetto di stimoli culturali e inducono delle persone ad avere maggiori rapporti di relazione tra di loro e penso che, poi, la ricaduta sia ancora più ampia e possa arricchire l'intera comunità. Purtroppo non abbiamo indicatori economici specifici per questo, ce li dovremo forse ricostruire, ma su questo credo che i nostri decisori pubblici dovranno riflettere. Per lo studio del Centro Diagnostico desidero ringraziare la D.ssa Chiara Bocchi, che si è laureata con me questo novembre e su questo ha fatto la tesi, la D.ssa Gavardi del Centro Diagnostico, che ci ha aiutato a coordinare tutta l'indagine e, ovviamente, lo staff delle hostess del Centro stesso.

Vi ringrazio per l'attenzione.

Maria Cristina Cedrini

Fondazione Bracco

Grazie. Io credo, visto che siamo puntuali, che si possa riservare un momento dedicato alle domande da fare agli speaker della mattinata, così che ci sia un'occasione di approfondire quello che hanno presentato.

Dott. Magliano Buongiorno, mi chiamo Magliano e sono un medico; vorrei aggiungere a questa meravigliosa mattinata anche l'esperienza di Niguarda, dove ho lavorato per molti anni.

Niguarda che, come diceva Galimberti, già nel '40 quando era stata costruita era stata definita da Costantini "*La città dell'arte*". Il Cardinal Schuster, che essendo allora il parroco di tutti ospedali milanesi si era permesso di scegliere gli artisti, aveva scelto, come si è mostrato: Martini, Messina, Sironi, ma anche Angelo D'Andrea.

Invidio molto l'esperienza dell'Istituto dei Tumori. Anche noi abbiamo cominciato con Maraniello, con Alviani etc, ma non era bello come quel progetto! Volevo inoltre ricordare che al Niguarda c'è anche una Scuola d'Arte, di pittura, anzi di Arte-Terapia, fatta nel reparto di psichiatria, dove i pazienti dipingono assieme ad artisti professionisti come Gusmaroli. Quindi credo che sia interessante in una sede come questa, e mi complimento per questa meravigliosa mattinata, ricordare anche questa Città dell'arte che vi si affianca.

Maria Cristina Cedrini

Fondazione Bracco

Grazie, abbiamo visto un'ulteriore esperienza sulla città di Milano... Grazie. Molto interessante.

Voce Donna Io volevo chiedere al Dott. Grossi un approfondimento, se possibile. Per quanto riguarda l'Ospedale dell'Angelo di Mestre, che lei sappia è solo una questione puramente architettonica o sono attivi anche dei programmi di arte nell'ospedale, o ci sono delle Fondazioni che collaborano attivamente con l'Ospedale per le attività artistiche?

Enzo Grossi
Fondazione Bracco

Oltre a quella statua enorme dell'Angelo che dà il nome dell'Ospedale e che uno vede appena entra, non mi sembra di ricordare presenze di opere d'arte particolari. È un esempio luminoso di progettazione con una visione ambientale particolare, la luce e il verde soprattutto, ma non con opere artistiche... Peraltro nella nostra visita abbiamo suggerito al Direttore generale di provare anche a misurare l'impatto di questa situazione ambientale sui pazienti, perché mi sembrava significativo questo particolare ambiente così accogliente. Spero che accoglieranno il suggerimento.

Maria Cristina Cedrini
Fondazione Bracco

Ci sono altre domande?

Prof.ssa Marotta Buongiorno. Volevo mostrarvi un'immagine, prima di tutto, da un catalogo che ho preso a Firenze: è il catalogo di una mostra degli anni '30. Io mi chiamo Anna Marotta e insegno Materie della rappresentazione al Politecnico di Torino, e sono Professore Ordinario di percezione e comunicazione visiva.

Questo bellissimo dipinto di Guttuso illustra il Dott. Passignoli, palermitano, con il suo camice: quindi è veramente emblematico di questa splendida giornata.

Ho portato apposta questo libro e lo dedico ai relatori: vedete, questo pallore del medico che si immedesima con l'ammalato e che però, nello stesso tempo, ha una maschera anche vitale, perché il medico ha questa doppia faccia. Devo dire la verità: io ho pianto, davanti a questo quadro. Non so se questo sia un *feedback* cognitivo o emotivo, ma è una conferma di quanto l'arte sia importante.

Volevo anche riferire di una piccola iniziativa del Politecnico di Torino che abbiamo portato avanti con Le Molinette nel reparto San Lazzaro di Oncologia medica: abbiamo lavorato e ci siamo confrontati anche con l'Ospedale Sant'Anna e siamo stati ospiti della loro iniziativa nella quale, qualche settimana fa, ha presentato il suo restyling.

Noi abbiamo fatto in piccolo una cosa simile per il reparto e per le sale d'attesa oncologiche, considerandole appunto non un luogo di punizione, nella punizione della malattia, ma come un luogo positivo e interattivo.

Io faccio parte di un gruppo di ricerca che ho chiamato Policroma, perché Policroma è un mio libro sulle teorie comparate del colore, di cui mi sono vergognata per 15 anni perché, lavorando in un Politecnico, una cosa così teorica e così colta sembrava qualcosa di quasi gratuito.

In realtà è stato preziosissimo proprio perché, all'interno del reparto di oncologia, abbiamo potuto portare avanti questa esperienza che stiamo anche noi testando e sperimentando con lo psicologo dello stesso reparto, il Prof. Torti. Abbiamo anche presentato l'iniziativa ad un convegno il 25 ottobre scorso e i Ministri Profumo e Balduzzi hanno detto: "*Andate avanti su questa strada*"!

Ma c'è una cosa su cui vi vorrei fare riflettere: la nostra esperienza è stata a costo zero. Zero l'intervento, il progetto, zero poiché l'abbiamo realizzato noi.

Quindi un intervento assolutamente a costo zero, anche grazie a Sikkens, la ditta di vernici, che ci ha fornito gratuitamente i materiali. Quello che però mi è spiaciuto è stato sentire il Ministro Balduzzi dire: “*Sono delle aree di nicchia. È un lusso nel sistema ospedaliero*”.

Ecco, a me la giornata di oggi sembra l'altra faccia del famoso: “*Con la cultura non si mangia!*”. Io direi che con la cultura si vive, si può guarire; vorrei inoltre porre una domanda.

Supponiamo pure che questa cultura, il colore, questi interventi visivi o estetici o artistici, non migliorino la malattia e la terapia, non costituiscano un *feedback* forte come, invece, stiamo dimostrando; ma allora, soltanto perché non guariscono la persona malata, questa non ha diritto a una migliore qualità della vita? Ecco, io direi che questa può essere una domanda nella domanda. Scusate se sono stata un po' lunga.

Maria Cristina Cedrini
Fondazione Bracco

La ringrazio, invece, di questo intervento perché testimonia e rinforza che il tema è quanto mai attuale, che quello che suscita sono una serie di domande che devono essere approfondite.

Lei illustrava questo intervento sul colore ma io credo che nessuno, in questa sala, e anche da quelli che sono i primi dati illustrati dai lavori pubblicati, possa dire che non ci sia un intervento positivo anche sul percorso della malattia.

Quelli che si vanno a misurare devono essere degli ambiti diversi da quello farmacologico, però in una società così attenta e sviluppata come quella nostra contemporanea non ci si può limitare ad un discorso di priorità. Io credo che si possa trovare uno spazio che abbia un contesto economico ragionato per poter essere, soprattutto nelle nuove progettualità, previsto all'interno di quello che è la difesa del paziente, un modo nuovo di guardare la terapia e il percorso della terapia.

Io credo che questa mattinata sia solo un esordio di quello che seguirà nel pomeriggio; vi ringrazio pertanto per l'attenzione e la partecipazione e, adesso, faremo un break in cui possiamo anche approfittarne per conoscerci un po' meglio. Grazie mille! ■

Buon pomeriggio a tutti, cominciamo la seconda sessione. Prima, però, voglio presentarmi: sono Nicoletta Carbone, curo e conduco quotidianamente, su Radio 24, una trasmissione che parla di salute e di benessere.

In fondo anche noi parliamo dell'arte, dell'arte di aggiungere vita agli anni e di mantenerci in salute; a proposito di arte, leggendo proprio il titolo del Simposio - *Il ruolo dell'arte e dell'ambiente nella cura dei pazienti in Ospedale* - mi è venuta voglia di andare a ricercare una frase che mi aveva molto colpito di Tiziano Terzani. Straordinariamente l'ho trovata.

Allora l'ho riportata e vorrei leggervela. Secondo me ci serve un po' per attivare e riprendere i temi che avete toccato oggi: *“Per questo l'arte, quella vera, quella che viene dall'anima, è così importante nella nostra vita. L'arte ci consola, ci solleva. L'arte ci orienta. L'arte ci cura. Noi non siamo solo quello che mangiamo e l'aria che respiriamo. Siamo anche le storie che abbiamo sentito, le favole con cui ci hanno addormentato da bambini, i libri che abbiamo letto, la musica che abbiamo ascoltato e le emozioni che un quadro, una statua, una poesia ci hanno dato”*.

Bene, oggi stiamo proprio lavorando sul valore terapeutico dell'arte e direi che questo è un ritorno, un percorso naturale. L'arte accompagna l'uomo dalle sue origini. È un'esigenza dello spirito umano; la storia insegna ma la ricerca, soprattutto, conferma, che l'arte e dall'arte possiamo ricevere energia, forza, conforto, nutrimento, coraggio, sempre nella nostra quotidianità ma soprattutto in quelle situazioni in cui ci sentiamo vulnerabili, spogliati dalla paura, dal timore, dalla sofferenza, dalla malattia.

Bene, di questo parleremo oggi. L'obiettivo è quello di riscoprire questo rapporto che ci lega all'arte, l'arte che ci fa stare bene, l'arte che ci nutre, e riscoprire una sensibilità.

“La bellezza”, scriveva Dostoevskij, *“salverà il mondo”*; e l'arte è bellezza in tutte le sue forme.

Non voglio però togliere tempo ai nostri relatori; vorrei dare subito la parola al Prof. Alfredo Raglio, che è Docente di Metodologia della Ricerca e Musicoterapia presso il Conservatorio di Musica dell'Aquila. Possiamo accoglierlo anche con un applauso che allarghiamo ai nostri relatori. Dunque la musica, Professore, è un'esperienza quotidiana.

Alla musica noi ci affidiamo quotidianamente per ricercare relax e armonia ma anche, devo dire, per trovare conforto nei momenti difficili. La ricerca ha indagato lo stretto rapporto tra musica e cervello, la cabina di regia da cui dipende molto il nostro stare bene. Tra l'altro all'Università di Stanford hanno dimostrato che la musica provoca delle variazioni dei livelli di attività cerebrale e questo spiega perché produca degli effetti sia nel breve che nel lungo periodo. Professor Raglio, prima di darle la parola per il suo intervento, vorrei, e lo chiederò anche agli altri relatori, che lei ci regalasse una metafora per definire o per raccontare l'effetto terapeutico della musica.

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta

Sul fatto che la musica produca effetti benefici credo che, ormai, davvero non ci siano dubbi. Lei stessa citava alcuni studi, ma ne esistono molti altri. Il vero problema è capire, da questo momento in poi, quale musica, quale forma di espressione musicale, per quali disturbi, per quali persone... Si tratta di connotare scientificamente l'utilizzo della musica in senso terapeutico.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Quindi la musicoterapia è...?

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta

La musicoterapia è, come vedremo anche dalle diapositive della presentazione, un potenziale strumento di cura e di riabilitazione, se viene utilizzata secondo precisi criteri.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Allora grazie, professor Raglio. Può introdurre la sua relazione. ■

Musicoterapia: evidenze scientifiche e applicazioni in ambito clinico

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta

Buongiorno a tutti e grazie, innanzitutto, alla Fondazione Bracco per questo invito, in particolare al Dott. Grossi, che mi ha contattato per venire a parlare di musicoterapia in questo stimolante e interessante contesto.

Partirei con l'idea di provare a dare una definizione di musicoterapia che trae spunto dal lavoro di un collega norvegese, che si chiama Christian Gold, che recupera alcune definizioni "storiche" di musicoterapia, date da alcuni pionieri tra cui Kenneth Bruscia e Tony Wigram, in cui la musicoterapia viene definita come "una forma particolare di psicoterapia".

Questo ci dà subito un'informazione importante, ossia la musicoterapia intesa come un binomio, un'integrazione tra la relazione con la persona e l'utilizzo dell'elemento sonoro-musicale.

L'utilizzo dell'elemento sonoro-musicale avviene in varie forme di cui, sicuramente, l'improvvisazione è quella principale, ma anche attraverso l'ascolto musicale che, generalmente, in musicoterapia viene accompagnato dall'utilizzo della componente verbale come modalità di elaborazione di quanto è emerso, dal punto di vista emotivo, durante un ascolto.

Tutto ciò che esula dallo stretto contesto del rapporto musica/relazione, nell'ambito musicoterapeutico, non viene definito come musicoterapia. Da questo punto di vista la sola musica, di per sé, non costituisce un elemento di terapeutività. Va coniugata con tutta una serie di aspetti che andremo delineando tant'è che, nell'ambito musicoterapico, queste forme di utilizzo della sola musica, vengono definite, più genericamente, come Music Medicine e non come Music Therapy.

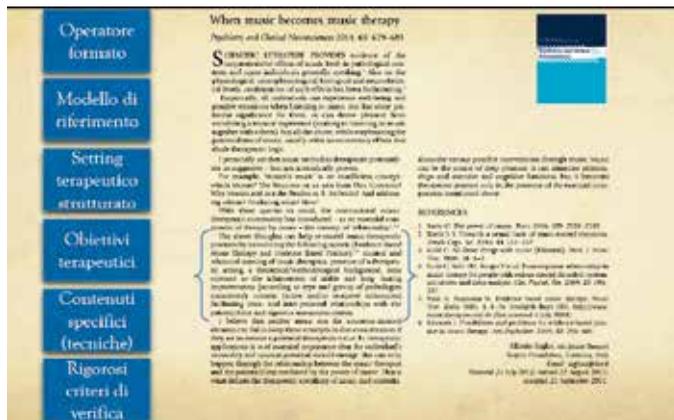


FIG. 1

Quali sono questi elementi che concorrono a definire terapeuticamente l'utilizzo della musica? Innanzitutto, la formazione di chi utilizza la musica con un intento terapeutico, la presenza di un modello di riferimento alla base dell'intervento, di un setting terapeutico strutturato, di obiettivi terapeutici, di specifici contenuti che, quindi, costituiscono tecniche di intervento musicoterapico, ma anche di rigorosi criteri di verifica. **FIG. 1**

Se andiamo ad analizzare nel dettaglio questi aspetti, possiamo dire che: la formazione del musicoterapeuta è una formazione di tipo musicale, relazionale, ma anche clinica; il modello di riferimento costituisce il background teorico-metodologico (psicologico o neuroscientifico); il setting terapeutico può essere definito come il contenitore mentale, relazionale e materiale che favorisce il processo terapeutico. Gli obiettivi terapeutici, possono essere intesi, nel senso più specifico del termine, come prevenzione secondaria e terziaria, cioè come riduzione e/o stabilizzazione dei sintomi, nonché riduzione e/o stabilizzazione delle complicanze che derivano dai sintomi stessi, con cambiamenti che possono riguardare gli aspetti intrapsichici, interpersonali ma anche cognitivi, motori, fisiologici, a seconda degli approcci e dei destinatari dell'intervento. Questi obiettivi, da un punto di vista terapeutico, per essere definibili come tali devono in qualche modo tendere alla stabilizzazione dei risultati, naturalmente sempre in rapporto alla tipologia e alla gravità delle patologie considerate.

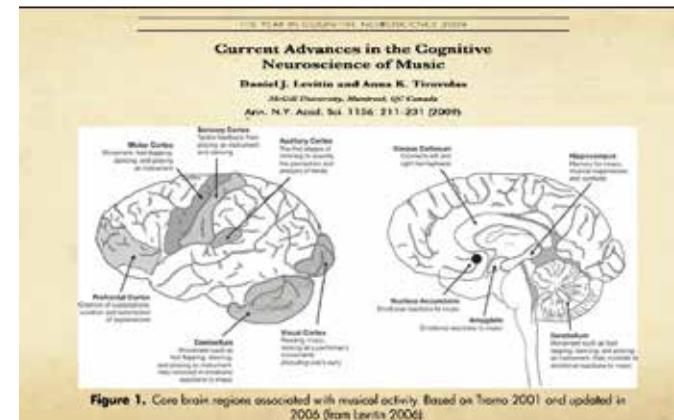


FIG. 2

Dal punto di vista dei contenuti in musicoterapia si utilizzano alcune tecniche specifiche tra cui, come abbiamo accennato, l'improvvisazione sonoro-musicale e l'ascolto sonoro-musicale.

Per quanto riguarda la verifica, ci atteniamo a procedure che ci permettono di valutare il processo, cioè quello che accade nell'interazione musicoterapeutica, ma anche gli esiti dell'intervento, ciò che l'intervento produce. La musicoterapia, possiamo dire, ha solide basi dal punto di vista neuroscientifico: sono ormai molti gli studi che ci parlano della localizzazione e del funzionamento delle aree cerebrali in rapporto alla musica, in particolare in rapporto alla percezione della musica, alle emozioni suscitate dalla musica, all'apprendimento musicale ma anche rispetto al nesso tra musica e aspetti cognitivi, in particolare tra musica e linguaggio, musica e memoria, musica e attenzione, musica e funzioni esecutive e, anche, rispetto a una serie di effetti che la musica produce sul piano biochimico.

In questa slide vedete un po' sintetizzate quelle che sono le aree che vengono sollecitate attraverso l'utilizzo della musica, sia nella sua forma del fare musica, che dell'ascoltare musica. Vedete come la musica coinvolge molte aree corticali quali la corteccia pre-frontale, la corteccia motoria, sensoriale, uditiva, visiva ma anche il nostro cervelletto, per quello che riguarda il movimento e nella parte destra della slide vedete anche come la musica coinvolge le aree limbiche e para-limbiche che sono quelle deputate alla percezione e alla regolazione delle nostre emozioni. **FIG. 2**

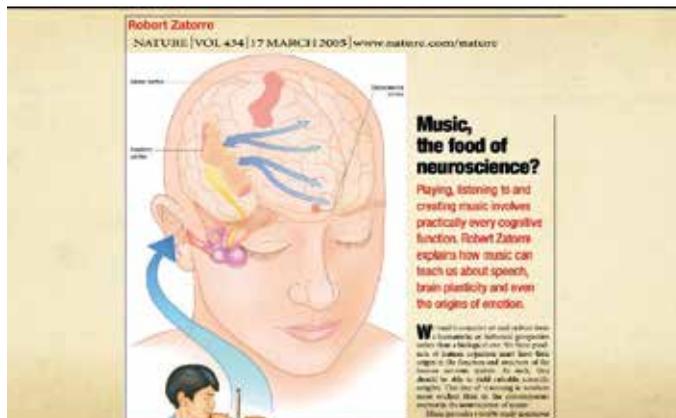


FIG. 3

Studi recenti mettono anche in rapporto l'elemento sonoro-musicale con il sistema dei neuroni specchio, che è quello che facilita la nostra comprensione degli atti dell'altro e che ci può anche facilitare nella relazione empatica con l'altro; questo processo attiva un sistema complesso attraverso cui il suono verrebbe percepito non solo come segnale uditivo, ma anche come rappresentazione di una serie di sequenze motorie che hanno una valenza intenzionale e che sono gerarchicamente strutturate: un po' come dire che il movimento sotteso al suono ci aiuta meglio a rappresentare il suono stesso condividendolo con chi lo produce. **FIG. 3**

Tutto questo perché, da un punto di vista neurale, si crea un collegamento tra le aree uditive e le aree limbiche che, come abbiamo detto, sono quelle che generano la risposta emotiva al suono e alla musica. Non mi trattengo molto su questi concetti. Ve li lascio come stimoli e poi, eventualmente, potremo parlarne, se ci sarà tempo, successivamente.

Molti sono gli studiosi, gli scienziati che si sono occupati di neuroscienze e musica. Voglio citarne alcuni, molto conosciuti: Robert Zatorre, Isabel Peretz e, più recentemente, Stefan Koelsch e Daniel Levitin. Questi sono solo esempi di alcune pubblicazioni, di cui non abbiamo tempo di parlare; ma certamente anche le riviste su cui sono apparsi questi lavori sono riviste scientifiche di primo piano che illustrano qual è il legame tra la musica e le neuroscienze. Tale legame costituisce il presupposto terapeutico sulla base del quale pensiamo che il suono e la musica possono produrre un effetto su molte patologie.

Volevo anche citare il tema neuroscienze e musica, nominando Fondazione Mariani che credo conosciate poichè è un'istituzione milanese che si occupa di questo tema e che ha organizzato meeting internazionali in cui sono stati presentati importanti studi pubblicati successivamente sugli Annali della New York Academy of Sciences.

C'è anche una letteratura scientifico-divulgativa che illustra quanto la musica abbia uno stretto rapporto con le neuroscienze e quanto possa avere potenzialità sul piano terapeutico.

La musicoterapia ha anche basi psicologiche. Direi che il background culturale della musicoterapia è caratterizzato proprio dalle teorie psicologiche sottostanti all'intervento. Teorie psicologiche che afferiscono agli approcci umanistici e/o agli approcci psicodinamici e il cui denominatore comune è dato dalla relazione, che, a seconda dell'approccio realizzato, pone l'enfasi, in modo differente, sull'aspetto musicale piuttosto che sull'aspetto terapeutico-relazionale.

Nell'approccio umanistico abbiamo una dominanza dell'elemento musicale (estetico) sull'elemento relazionale; nell'approccio psicodinamico tendenzialmente viene enfatizzato maggiormente l'aspetto terapeutico-relazionale e messo in subordine, se così si può dire, l'aspetto sonoro-musicale.

Esistono riviste internazionali di musicoterapia che documentano il lavoro che viene svolto in questo ambito: cito tra tutte il Journal of Music Therapy che è la rivista statunitense di musicoterapia, e una rivista europea di rilievo che è il Nordic Journal of Music Therapy, su cui si possono trovare articoli relativi agli studi effettuati in ambito musicoterapeutico nonostante quest'ultimo coinvolga sempre più anche riviste di settore medico e psicologico.

Esiste, poi, una letteratura specifica sulla musicoterapia che viene riportata in vari volumi o manuali di musicoterapia. Nell'immagine destra ho voluto inserire la copertina del volume degli Atti del Congresso Mondiale di Musicoterapia del 1999, che è stato un momento importante per la musicoterapia perché, in quel Congresso che si è tenuto negli Stati Uniti, a Washington, si sono potuti definire i principali modelli musicoterapici riscontrabili nel panorama internazionale.

La musicoterapia, quindi, come punto di incontro e di integrazione tra il suono e la relazione. A prova di tutto ciò, volevo farvi sentire due brevissimi frammenti tratti da sedute di musicoterapia, molto differenti fra loro, che non vorrei commentare ma solo brevemente introdurre per darvi qualche elemento di decodifica.

Il primo è un frammento tratto da una seduta con un paziente autistico adulto con disabilità intellettiva molto grave. Sentirete un utilizzo molto primitivo del suono e della musica: pattern molto semplici che, dal mio punto di vista, sono caratterizzati da una raffinata attenzione alla comunicazione con l'altro. La caratteristica di questo primo frammento è data dall'antifonalità, cioè dal gioco di domande e risposte tra il paziente e il musicoterapeuta che utilizzano un semplice strumento a percussione.

Il secondo frammento è, invece, molto più vicino alla nostra sensibilità: riconosciamo una maggiore presenza dell'elemento sonoro-musicale così come noi culturalmente siamo abituati a percepirlo; è un frammento tratto da una seduta con una signora con una diagnosi di depressione maggiore e, quindi, siamo in presenza di una persona senza una disabilità intellettiva ma con una grave patologia psichiatrica. Quando si lavora in musicoterapia si lavora sempre con persone che, generalmente, non hanno competenze specifiche in ambito musicale; per cui quello che sentite è frutto di

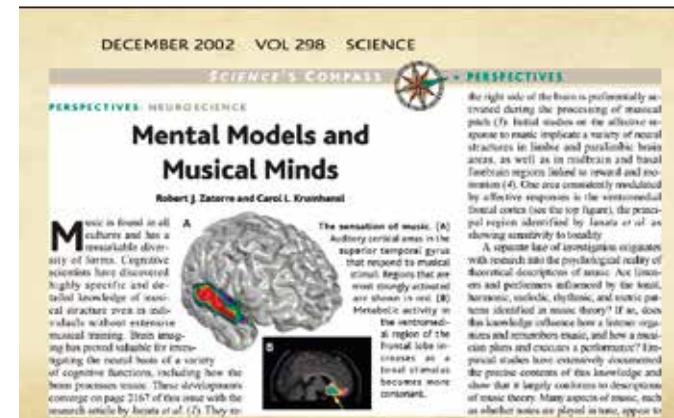


FIG. 4

una naturale espressione sonoro-musicale che viene, naturalmente, colta ed elaborata dal musicoterapeuta per dare un senso relazionale ed empatico alla relazione sonoro-musicale. Vi faccio sentire il primo frammento.

[00:18:14 – 00:19:27 musica]

Prima del secondo frammento vi dico brevemente: nel frammento che ascolterete ora la parte acuta dello strumento, che è un pianoforte, è quella utilizzata dalla paziente, la parte medio-grave di accompagnamento è quella utilizzata dal musicoterapeuta. Questo per distinguere chi suona che cosa.

[00:19:54 – 00:21:56 musica]

Proseguo nella relazione con un salto molto brusco, parlando di ricerca in musicoterapia, lasciando spazio a eventuali commenti al termine dell'intervento. La ricerca dovrebbe essere un aspetto di fondamentale importanza per la disciplina, dato che ancora oggi la musicoterapia è una disciplina, in Italia, non riconosciuta.

Purtroppo, nel nostro Paese la ricerca non è molto diffusa; lo è di più in alcune aree europee, in particolare nelle aree nord europee e negli Stati Uniti. I livelli di evidenza, e qui mi riallaccio a quello di cui parlava stamattina il Dr. Grossi, sono dati dalla presenza di revisioni sistematiche della letteratura e da studi controllati e controllati randomizzati, che sono quelli meno numerosi nell'ambito della musicoterapia. **FIG. 4**



FIG. 5

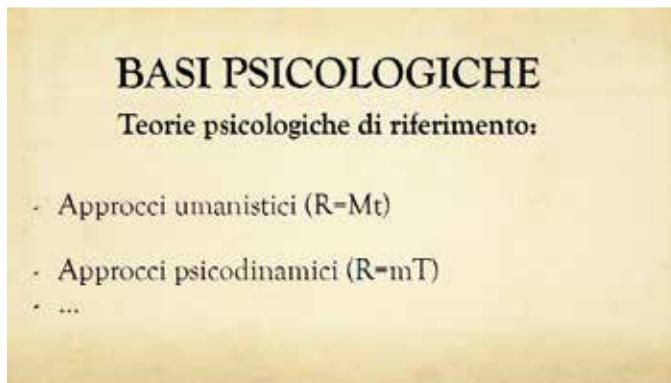


FIG. 6

Questo perché si è sempre pensato che questa sia una disciplina scarsamente indagabile dal punto di vista scientifico. Questa slide non è stata concordata con il Dr. Grossi, però evidentemente ci sono molti punti in comune nei nostri interventi. Come esiste una medicina basata sull'evidenza, sta prendendo forma anche una Evidence-Based Music Therapy di cui mi occupo in qualità di ricercatore. Tale approccio cerca di integrare gli aspetti di scientificità con l'esperienza di chi opera e con i bisogni e le aspettative del paziente. **FIG. 5**

Dare evidenze scientifiche significa impostare metodologicamente gli studi sulla base di alcuni principi, quelli della ricerca, a cui si faceva cenno anche durante la mattinata. Attraverso questa slide ho voluto riassumere i database, ormai molto ricchi e molto articolati, relativi a studi scientifici in musicoterapia. Per gli addetti ai lavori non c'è bisogno di dire che cos'è una Cochrane Review.



FIG. 7



FIG. 8

Una Cochrane Review è una revisione sistematica della letteratura, basata su alcuni criteri molto rigorosi di inclusione degli studi, recensiti sulla base del loro elevato livello di scientificità.

Come potete vedere anche nella musicoterapia, rispetto a molte patologie come la depressione, le cure di fine vita, il danno cerebrale acquisito, l'autismo, la demenza, la schizofrenia (e ne ho omesse altre) esistono queste revisioni sistematiche della letteratura. Questo ci dice che, pur essendo ancora non sufficienti le evidenze scientifiche, la presenza di studi fondati su rigorosi criteri metodologici è in grande espansione. **FIG. 6**

Ciò significa che la musicoterapia ha mostrato la sua efficacia in una serie svariata di disturbi, trasversali rispetto alle differenti patologie: disturbi psichici, comportamentali, cognitivi, motori, comunicativo-relazionali. Gli effetti della musicoterapia si sono riscontrati anche nel miglioramento della qualità di vita. **FIG. 7**

Dal punto di vista scientifico attingendo ai database disponibili possiamo trovare traccia dell'efficacia di questo approccio non farmacologico e ciò deriva dal fatto che il suono e la musica agiscono stimolando e modulando le emozioni, l'attenzione e le altre funzioni cognitive, i comportamenti e la comunicazione. **Fig. 8**

Concludo con questa frase di Oliver Sacks, tratta dal libro *Musicofilia* di cui certamente avete avuto modo di apprezzare i contenuti: Sacks pone in evidenza l'inclinazione naturale degli individui a utilizzare la musica e a esprimersi musicalmente definendo quest'attitudine "musicofilia". Il celebre neurologo sottolinea anche come analogamente si possa riscontrare negli individui un naturale sentimento verso gli altri esseri viventi che definisce "biofilia". Mi verrebbe da dire, per rispondere anche alla d.ssa Carbone, che la musicoterapia, forse, è proprio una sintesi di "musicofilia" e di "biofilia". Con questo vi ringrazio per l'attenzione. ■

Nicoletta Carbone
Radio 24 - Il Sole 24 Ore

Grazie. Professore, vorrei appuntarmi delle frasi, delle parole chiave per ogni intervento dei relatori. Nel suo caso io mi sono appuntata: la musica come punto di integrazione tra suono e relazione. Me lo passa?

Ora continuiamo a restare nel campo musicale e diamo il benvenuto alla Prof.ssa Licia Sbattella, Professore Associato presso il Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria del Politecnico di Milano. La Prof.ssa Sbattella si occupa anche di Musicoterapia Orchestrale, ed è Direttore Scientifico di Esagramma, un Centro di Formazione Clinica e Ricerca per il Disagio Psicico e Mentale.

Dunque, durante l'intervento del professor Raglio abbiamo capito quali sono le relazioni che legano la musica al cervello. C'è una ricerca bellissima del San Raffaele che spesso mi torna in mente: hanno misurato che i bambini, nelle prime ore di vita, riconoscono il suono dal rumore e questo mi piace molto perché vuol dire che la musica è dentro di noi.

A proposito di musica, penso a lei come alla voce di uno strumento musicale; riprendendo un po' le parole di Terzani, è vero che la voce di uno strumento musicale nel suo timbro, nella sua intensità, nel suo ritmo, può consolarci, sollevarci, orientarci, curarci?

Credo che, oltre al potere della musica, il suo intervento ci aiuterà anche a scoprire il potere dell'essere orchestra, il potere che ha una dimensione di gruppo; e dentro questa parola, orchestra, ci sono tantissime dinamiche, che coinvolgono tutti i pazienti, i familiari, i medici, l'ambiente. È un tutt'uno.

Infine, anche a lei tocca regalarmi una metafora perché le frasi, le parole, hanno un suono ma attivano anche dei ricordi; e noi vorremmo che i vostri interventi fossero ricordati anche partendo dalle piccole immagini. ■

L'efficacia della MusicoterapiaOrchestrale®

Licia Sbattella

Professore del Politecnico di Milano, Fondatore e Direttore Scientifico di Esagramma - Centro di formazione clinica e ricerca per il disagio psichico e mentale

Pensate a un'orchestra. A un'orchestra sinfonica. Una ricca metafora ma anche un luogo reale. Un'orchestra per l'elaborazione della risonanza, per dialoghi polifonici, per la scoperta di nuovi modi di essere e nuove modulazioni.

Vedete nella foto [Fig. 1] il piccolo Giulio, non si nota subito la sua sindrome genetica. In primo piano il suo protendersi per suonare (abbracciando) un violoncello più grande di lui. I suoi piedi 'penzolanti' non toccano terra perché sempre cerca il violoncello più grande disponibile in sala musica. Come dargli torto? La voce di un violoncello intero è migliore di quella di un $\frac{3}{4}$ e infinitamente più calda e potente di quella di un $\frac{1}{2}$ (lo strumento che sarebbe più adeguato alla giovane età e alla piccola statura). Il desiderio di conquista di una voce particolare nell'orchestra porta subito alla scoperta di 'potercela fare'. Non è necessario passare dalla lettura di uno spartito. Imitando gesti molto semplici si possono ottenere interventi importanti, di dialogo, più o meno esposti o in accompagnamento della voce strumentale dell'altro. La scoperta dei primi dialoghi e la progressiva raffinatezza polifonica che questi ultimi possono assumere consente anche la scoperta di nuove modalità di ascolto di sé e dell'altro.

Esagramma nasce come *Laboratorio di Musicologia Applicata* tanti anni fa, ormai parliamo del 1983, da un'idea di PierAngelo Sequeri: esplorare la formatività del musicale e la sua capacità di prendersi cura delle persone offrendo a tutti la possibilità di entrare in orchestra non solo per ascoltare. Un'opportunità offerta non solo a persone che attraversano momenti di difficoltà o di malattia, ma a chiunque. La formatività della musica, lo sapete, resta una dote spesso trascurata anche negli ambienti più colti o aperti.

Ecco allora che *Esagramma* crea da subito percorsi che hanno al centro l'orchestra nelle sue formazioni 'da camera' e sinfonica. Non solo come immagine, non solo come punto di arrivo ma innanzitutto come primo luogo che accoglie e custodisce i prmissimi passi di piccoli e grandi. La piccola



FIG. 1

orchestra da camera dell'inizio (ma anche l'esperta Orchestra Sinfonica Partecipativa) accoglie chiunque non abbia mai suonato. Bastano 3 o 4 professionisti adeguatamente formati per consentire a 5 - 8 persone di iniziare a esplorare strumenti prestigiosi nella condivisione di piccole forme ben caratterizzate (marcette, ninna-nanne, corali). Gesti semplici e accessibili (arcate a vuoto, pizzicati, tremoli, struscianti, ribattuti e piccole cellule melodiche) consentono anche a chi è compromesso sul fronte fisico, sensoriale, psichico o mentale una reale e prestigiosa partecipazione. Il suono che si ottiene, all'interno di arrangiamenti appositamente studiati di brani della letteratura classica o di piccole composizioni create al momento, è subito affascinante, motiva alla conquista e alla scoperta di nuovi orizzonti di espressione, di scambio e di ascolto. Quindi da subito violini, violoncelli, contrabbassi, grandi timpani, arpe, campane tubolari, triangoli e gong,.... Non scatole da scarpe, non suoni della natura, non solo improvvisazione, ma improvvisazione che si struttura nelle forme più semplici (ternaria, tema con variazioni, *rondeau*, *suite* di danze, ...) per arrivare al concerto e alla sinfonia.



FIG. 2

Per noi divenire orchestra vuol dire diventare sinfonici e questo avviene anche in presenza di autismi importanti, di gravi cerebro-lesioni, di sindromi post-traumatiche che hanno lasciato tracce importanti, nell'immagine di sé, che hanno reso difficile l'ascolto di alcuni tratti personali e difficilissima, se non impossibile, la relazione con l'altro. Una metodologia (la MusicoTerapiaOrchestrale® MTO) che nasce e, da subito, si declina per essere utilizzata nelle più diverse aree della disabilità, del disagio e della fragilità ma anche (come Proval'Orchestra® PLO) nell'ambito della educazione primaria e secondaria, della formazione professionale, del *Team Building* e del sostegno alla conoscenza di sé. **FIG. 2**

I percorsi di tipo terapeutico prevedono condizioni di *setting* ben precise, codificate modalità di osservazione e protocolli che approfondiremo tra poco. Ma i percorsi terapeutici sono destinati ad evolvere: nessuno può essere eternamente in terapia.

Ecco allora che il percorso di MusicoTerapiaOrchestrale® diventa un itinerario di perfezionamento orchestrale in vista della partecipazione sempre più raffinata all'OrchestraSinfonicaPartecipativa®. Raccogliendo il fascino e la confidenza per lo strumento e per il contesto orchestrale conquistati durante i percorsi MTO, si consente a persone che di solito sono immaginate sempre come bambine l'entrata nella vita del musicista adulto.

I corsi di perfezionamento orchestrale accolgono e sviluppano ulteriormente il desiderio e il lavoro di menti adulte che trovano così l'occasione di condividere anche spazi artistici e culturali prestigiosi - nazionali e internazionali - di concerto, di conferenza e di workshop.

L'Orchestra Sinfonica Partecipativa Esagramma coinvolge giovani con disagi anche importanti e musicisti professionisti; con i suoi gesti semplici, con le sue partiture ri-orchestrate e ri-arrangiate, parte quindi dai gesti scoperti su violini, violoncelli e contrabbassi ma anche dalla raffinata competenza dei nostri compositori che sanno trasformare in accessibili le pagine di repertorio che tanta importanza hanno ancora oggi a secoli di distanza dalla loro creazione.

Musicisti, psicologi, psicoterapeuti e medici trovano in questo ambito un'occasione di formazione specialistica. Per un uso della musica che non prevede il solo impiego delle sue forme più semplici, per una valorizzazione del valore aggiunto insito nelle forme complesse, nel loro tessuto polifonico, nella loro durata temporale che costringe all'apprendimento di una modulazione e di una tenuta nel tempo del proprio modo di essere, uniche nel loro genere. Per l'uso di protocolli di osservazione e di interpretazione dei risultati messi a punto e consolidati in tanti anni di lavoro e in diverse situazioni di difficoltà che consentono la stesura di originali profili personali degli allievi (sono dieci oggi i centri che utilizzano le metodologie: più di 4500 le persone raggiunte dai percorsi in passato e più di 1000 quelle attualmente coinvolte).

Oggi Esagramma, pur continuando a lavorare con bambini giovani e adulti con *disabilità e ADHD*, rivolge nuove attenzioni alle *sindromi psichiatriche*, a quelle *post-traumatiche* e a quelle *degenerative legate all'invecchiamento*. Un'attenzione particolare anche dedicata alla *malattia oncologica*. Abbiamo lavorato in passato con l'oncologia adulta e oggi stiamo proponendo percorsi per l'oncologia pediatrica. Nuovi progetti consentiranno di lavorare con i due grandi istituti di *oncologia pediatrica* di Milano e Monza, per la messa a punto di modalità innovative che salvaguardino le caratteristiche dell'impianto di MusicoTerapiaOrchestrale® e l'interazione con il contesto ospedaliero che risponde con attenzione e dedizione a questi quadri, tenendo conto delle caratteristiche dell'intervento necessario per affiancare i piccoli pazienti e i loro genitori.

Vi parlavo prima dei percorsi di *Team Building* e della *formazione specialistica*: persone che sono al centro della relazione, quindi figure cliniche, insegnanti, i genitori stessi di bimbi in difficoltà, trovano, nei percorsi messi a punto, la possibilità di confrontarsi con dimensioni personali e relazionali.

È lo stesso avviene in contesti sociali difficili. È attualmente in corso un grosso progetto triennale nelle regioni del Nord della Francia che coinvolge con percorsi di ProvaL'Orchestra® (JeuD'Orchestre) *carcerati adulti e minori*.

A tutto questo ci ha portato proprio la scoperta che era possibile rendere accessibili forme anche complesse del musicale, ricche di pensiero e apprezzate nella loro ricchezza nell'arco dei secoli, a persone che non sono obbligate a passare dalla lettura della partitura (almeno inizialmente). Non dover contare su pesanti competenze pregresse e poter iniziare a utilizzare violino e violoncello esattamente come fanno i nostri bimbi, fa la differenza per tutti. Le prime modalità di utilizzo non saranno così precise ed eleganti ma la cura di espressività e interpretazione aprirà rapidamen-



FIG. 3 E 4

te nuovi orizzonti di lavoro gratificante. I primi suoni potranno essere timidi, nascosti o molto irruenti ma la buona qualità dello strumento (vero) e del gruppo formato a queste dinamiche consentiranno un progressivo coinvolgimento e quel coinvolgimento che invoglierà ad apprendimenti anche più tradizionali. Sul sito di Esagramma (www.esagramma.net) potete trovare un interessante documentario realizzato dalla Radio Televisione della Svizzera Italiana¹ che illustra anche alcuni tra i nuovi percorsi in cui Esagramma è impegnata.

Osservate gli sguardi dei ragazzi in queste foto [FIG. 3]. Guardate il loro esporsi, il loro rapporto con lo strumento, l'orchestra e il pubblico: tre tra loro vengono da una condizione di autismo importante. Il ragazzo al violoncello è uno di loro: dopo qualche anno di lavoro orchestrale, si espone per la prima volta in duo con il pianoforte. Notate la fierezza e la confidenza della sua postura e (lasciate che ve lo racconti) l'interpretazione pertinente e coinvolgente del suo intervento musicale.

Ecco allora che piccoli gruppi da camera da subito iniziano a suonare, a ri-orchestrare, attraverso la modalità che chiamiamo di *improvvisazione strutturata*. [FIG. 4] La forma musicale guida il nostro percorso: passiamo dalle ninnananne alle sinfonie lavorando con gli strumenti orchestrali, alleati fondamentali che invogliano subito alla scoperta e al lavoro. Il lavoro sintattico del musicale è anche il lavoro sintattico dei pensieri che lo formano. Pensieri che poco per volta si strutturano nel tempo anche in assenza di competenze linguistiche o logico deduttive spinte. Fondamentale in

¹ http://la1.rsi.ch/_dossiers/player.cfm?uuid=b2daf802-9697-4689-9cfd-7769db95ff07

questo è la relazione che si stabilisce con gli strumenti e con quello che solo durante il secondo anno diventerà lo strumento privilegiato: quello con cui condividere esplorazioni e conquiste più delicate e approfondite.

Il fatto che gli interventi si allunghino nel tempo, che la tessitura dialogica e polifonica e la struttura dei brani venga resa via via più complessa è un altro parametro per noi molto importante. Non solo come dicevamo si possono scoprire ‘voci’ nuove e poco per volta imparare a governarle sentendole come proprie: il lavoro orchestrale consente anche di trasformare quelle rigidità che sono tipiche dei nostri momenti difficili. La rigidità di chi sta molto sulle punte e cerca di sparire, corre per la stanza, passa sotto agli strumenti più grandi, cercando di ‘sparire agli occhi del mondo’ o di chi tenta di sorvolare tutto stando a dieci centimetri da terra. Ma anche la rigidità di chi sopravvive costringendo il resto del mondo a essere esattamente come lui si aspetta, di chi vorrebbe che gli altri ‘suonassero come suona lui’, che nulla di nuovo spuntasse all’orizzonte oppure di chi copre il suono di tutti gli altri per impedire che qualcun altro ‘dica la sua’.

La fragilità si accompagna spesso a una dis-armonia delle parti. In orchestra questa dis-armonia può essere lavorata e trasformata. Parliamo qui di dis-armonia tra i tratti cognitivi, emotivi, affettivi e relazionali. Spesso i nostri ragazzi, anche i più piccoli, mostrano grande competenza e sensibilità nel cogliere l’intenzione e lo stile dell’altro in relazione ma hanno gravi difficoltà nel loro esercizio e nell’arricchimento delle modulazioni necessarie per la loro condivisione. Ecco allora che l’esercizio orchestrale mostra la sua originalità ed efficacia proprio per l’armonizzazione delle parti e l’elaborazione della risonanza.

L’esercizio dell’armonia tra le parti (di sé e dell’altro, con sé e con l’altro) viene proposto in un piccolo gruppo orchestra composto, ovviamente, anche da persone molto esperte sul fronte del dialogo musicale e molto esperte sul fronte della relazione e della cura dell’umano ferito. Tutti (attenzione) esercitano le proprie competenze suonando. Non c’è infatti nessuno che solo osserva. Nessuno che solo suona. Insieme, nell’orchestra, musicisti professionisti, psicologi, ragazzi ‘fuori dal comune’ compongono (e ri-compongono), armonizzano e orchestrano le proprie e le altrui ‘parti’ in armonia.

L’oggetto della nostra osservazione strutturata, che prevede con protocolli qualitativi e quantitativi, è il *comportamento musicale*. Vale per il musicista coltivato e ancor di più per chi non lo è: l’entrata attiva nell’orchestra mostra di noi tratti inediti, spesso nascosti dalle dimensioni codificate del quotidiano, spesso governate quasi esclusivamente dalle dimensioni del semantico e del verbale.

Nel nostro quotidiano sentiamo alcuni tratti di noi tanto nascosti e sacrificati quanto preziosi. Imperdibili per la composizione della globalità della nostra persona. Questo avviene naturalmente anche in presenza di fragilità psichiche e mentali. Il comportamento musicale di una persona non si limita a mettere in evidenza questi tratti: esso può evolvere e crescere consentendo un consolidamento dei tratti più sacrificati e il loro reinvestimento nelle diverse dimensioni della vita. Questo è quello che abbiamo scoperto e dimostrato negli anni. I protocolli di osservazione impiegati consentono oggi un’analisi strutturata e la condivisione dei risultati ottenuti.

In Esagramma – e in collaborazione con *arcslab*, il Laboratorio di Osservazione del Comportamento Verbale e Musicale che dirigo al Politecnico di Milano – siamo interessati all’osservazione strutturata di tutte le dimensioni che caratterizzano il comportamento musicale di una persona e al suo possibile sviluppo in relazione alla struttura compositiva dei brani proposti e ai livelli di tenuta e di espressività raggiunti. Lo sviluppo delle capacità di elaborazione della risonanza, di modulazione e d’identificazione personale sono contemporaneamente gli obiettivi e le dimensioni fondamentali di tale osservazione. Quindi la *complessità* è al centro anche dei *processi di osservazione e interpretazione e la qualità della proposta musicale* – è ormai per noi ampiamente dimostrato - *gioca un ruolo determinante in tutto questo*.

Passare da due minuti di attenzione e di coinvolgimento effettivo, a venticinque minuti di partecipazione pertinente sul fronte interpretativo, nei diversi paesaggi sonori che caratterizzano il finale di una sinfonia in esposizione pubblica, non è una questione di pura manualità ma di assetto psicofisico globale, di capacità di tenuta temporale con appropriata modulazione e flessibilità espressiva, nella complessità dell’interazione e del dialogo polifonico.

Musorgskij, Mahler, Dvořák, Stravinskij, Beethoven, Grieg, Sequeri, Orff, ecco alcuni dei nostri compositori preferiti ma anche noi componiamo e ri-orchestriamo il vasto repertorio che poco per volta diviene linguaggio comune.

L’estenuante tenuta del LA che caratterizza anche la nostra rielaborazione orchestrale dell’inizio della I Sinfonia di Mahler, la complessità del finale della IX di Dvorak che ci trasforma di due battute in due battute facendoci dialogare in paesaggi sonori via via profondamente diversi... La musica non è prima di tutto l’arte che esprime le emozioni – come qualcuno dice: ‘quelle che il linguaggio verbale non sa dire’ – essa innanzitutto ci consente e ci insegna a conoscerle e a viverle. Non lasciarcele sfuggire, viverle: valorizzarle o

‘passarci attraverso’ sopravvivendo con dignità, coglierle e trasformarle in solidi affetti (quelli che coinvolgono mente e corpo). Questo è ciò che la musica sa fare per noi e con noi. Questo sì lei e lei sola.

Pensate, come esempio, al *disagio oncologico nell’adulto e nel bambino*. Pensate alla malattia oncologica che porta con sé la difficoltà di vivere emozioni forti, che rischiano di travolgere, portando a manifestazioni eclatanti oppure ad apatia, a passività, a rinuncia. Pensate anche ai più giovani pazienti, che devono confrontarsi con una realtà tanto incerta quanto capace di scardinare i ritmi della vita precedente.

Pensate al dover affrontare limiti prima inesistenti, al dover resistere al dolore fisico e alla frustrazione senza perdere il desiderio di potersi muovere in spazi e tempi promettenti, a dispetto di tutto. Pensate alla necessità di tenere nel tempo. Voi clinici lo sapete meglio di noi! Anche per voi riuscire quotidianamente ad armonizzare vissuti profondamente diversi, tenere per l’altro nel tempo, non è semplice. E tornando al paziente: cosa dire della difficoltà e dell’importanza di conquistare una nuova immagine di sé? Un violino, un violoncello, i grandi timpani e... molti tratti fisici mortificati scompaiono per un tempo sufficiente a ‘reinventarsi’.

La malattia oncologica, come altre e più di altre, rende immediatamente visibile la sofferenza e la natura del male o delle cure necessarie. Chi affianca e sostiene il malato, ivi comprese le figure cliniche, fatica nel custodire un’immagine del proprio caro e di sé che sappia ‘aprire nuovi orizzonti’. Contemporaneamente tutti conosciamo l’importanza delle figure di affiancamento, dei familiari e degli amici e il loro desiderio di un percorso condivisibile, almeno in parte sereno. E tutti conosciamo le difficili condizioni dell’ospedalizzazione e il desiderio di un contesto che sia anche vario e non soltanto di cura.

Oggi felicemente le strutture ospedaliere sono molto attente a questo aspetto e a questo bisogno. Ecco allora immaginate i percorsi di cui stiamo parlando: flessibili micro-percorsi orchestrali con due, tre musicoterapeuti che, in genere, sono anche psicologi: in reparto una volta la settimana, nella camera stessa del bambino o di due bambini, che diventa il luogo della piccola orchestra, dove arrivano i violini, il violoncello, il contrabbasso, l'arpa, un pianoforte digitale.

Arpa, violino, violoncello, pianoforte digitale vengono poi lasciati in ospedale per il periodo necessario al rispetto dei protocolli clinici che si rendono necessari. E così poco per volta ninna-nanne, corali e *suite* di danze si susseguono e coinvolgono i musicisti specializzati e uno o due piccoli pazienti. A volte anche un paio di genitori e qualcuno del personale interessato al percorso.

Ogni ora di musica è accompagnata da un'ora di osservazione strutturata e i risultati di quest'osservazione sono poi condivisi con *l'équipe educante* e con *l'équipe curante*.

Nei percorsi MTO l'attività di osservazione consente la stesura di profili personali dettagliati: ciò che è emerso, come è stato lavorato e come possono essere reinvestiti i risultati ottenuti. La stessa attenzione può essere prestata anche nel caso dei percorsi in ospedale, con le variazioni imposte dalla frammentazione imposta ai percorsi dai protocolli di cura e di ricovero.

Percorsi e sedute MTO e PLO possono coinvolgere – in una saletta dell'ospedale o nelle strutture di accoglienza che illuminano fondazioni gestiscono in affiancamento ai reparti di oncologia pediatrica - gruppi integrati di bambini, clinici, amici e famigliari.



FIG. 5

Quindi non solo in reparto possono arrivare la *Musico-TerapiaOrchestrale*® e il *ProvaL'Orchestra*® ma anche nelle strutture residenziali o semi-residenziali che consentono il *day hospital* o la vicinanza dei genitori che arrivano da lontano e che riescono così ad affiancare i propri piccoli con serenità e complicità.

In Esagramma molti percorsi di *ProvaL'Orchestra*® o di *OrchestraSinfonicaPartecipativa*® hanno coinvolto anche i genitori, i fratelli, gli amici un po' in difficoltà rispetto alla situazione di malattia del figlio, del fratello o dell'amico. In Auditorium o comunque in una sala, l'evento-concerto che si allestisce consente subito la condivisione e la partecipazione: chiediamo a tutti poco per volta di entrare a far parte dell'orchestra dando anche ai più piccoli la soddisfazione di essere l'esperto che sa affiancare chi prova per la prima volta. **FIG. 5**

Quindi *elaborazione della sintassi della risonanza*, se vogliamo dirlo in una formula un po' sintetica: prendere forma in musica, prendere forma sinfonica come metafora di questo possibile percorso, che, poi, può arrivare al grande concerto oppure no... ma se ci si vuole arrivare, tutto questo è possibile.

Il lavoro orchestrale mostra la sua capacità di essere contenitore solido e accattivante, di attrarre motivazioni affettive, attaccamenti mentali, anche nelle situazioni più compromesse; di orientare la ricerca di qualità e nuove assunzioni di responsabilità nel pieno ed esuberante rispetto della soddisfazione personale e collettiva.

Ma anche la crescente complessità e i suoi contenuti simbolici che portano al lavoro condiviso progressivamente a sessioni più lunghe, a nuovi flessibili stili d'interazione, a una più fiduciosa apertura alla novità e all'esplorazione; cosa che per esempio nel caso dell'autismo risulta molto evidente: con una migliore gestione dei propri limiti, con l'assunzione di nuovi ruoli che consentano un'identificazione adulta e l'assunzione di reali responsabilità.

Anche un lavoro musicale che nutre - con nuove forme dinamiche e su diversi piani e registri - le dimensioni del pensare e del comunicare. La conquista di memorie, in grado di durare nel tempo. L'esercizio e la ricerca, non solo dell'attenzione ma del lavoro condiviso, la conquista di una *migliore tolleranza alla frustrazione* legata alla disponibilità di uno spazio in cui possiamo esercitare condividere e godere di una *rêverie* simbolica, affettiva e mentale.

Nuove modulazioni affettive possibili: *modulazioni affettive del semantico ed elaborazioni performative della risonanza* che consentono lo sviluppo di una *distanza simbolica buona*.

In musica - come in uno spazio un po' virtuale - ci troviamo a una distanza sufficiente (di sicurezza) e non eccessiva da ciò che viene evocato, e questo ci consente di imparare a prendere le misure con quanto desideriamo e temiamo. Come se fossimo uno spazio virtuale, possiamo lavorare le dinamiche che poi incontriamo nella vita reale per divenire capaci di viverle 'in presenza', senza sentirci a priori estranei o incapaci.

Ecco allora la musica come simbolo della risonanza affettiva ma anche come spazio di apprendimenti, di fatti peculiari all'umano esistere, sentire, agire, fatti proprio di una sensibilità tipicamente umana, che non è da mortificare perché il tratto cognitivo e linguistico è in svantaggio. Forze preziose e insostituibili che entrano in gioco ovunque siano l'uomo e la donna.



FIG. 6

Perché il gioco di forze proposto dalla musica è sempre interessante e affascinante. L'esercizio di questo gioco di forze è consentito dalla musica anche nelle situazioni più difficili.

Lolli parlando del limite e della fragilità parla di *ingorgo del corpo*, riprendo volentieri questa espressione per alludere alla difficoltà di misurarsi con la realtà, di gestire la frammentarietà, di con-sonare con se stessi e con l'altro, di formulare e scambiare pensieri che abitano il corpo e la mente. L'impiego costante della semplificazione è mortificante e pericoloso: servono talvolta modalità espressive nuove che consentano di lavorare e lavorino con noi proprio questi ingorghi: l'armonia e la disarmonia, la frammentazione e il ricongiungimento, il solito e il nuovo, l'esposto e il nascosto, il dilatare del tempo e il suo contrarsi, il nostro poter essere al centro e il nostro voler talvolta restare sulla soglia in ascolto di 'residui inespressi' o in presenza di qualcosa che proprio resterà inascoltabile e incomprensibile. **FIG. 6**

Immagino vi stiate riconoscendo in qualcosa che non caratterizza solo la condizione dell'umano ferito ma più in generale la nostra condizione umana.

Lasciatemi concludere raccontandomi quanto provo in questo periodo lavorando con le metodologie del ProvaL'Orchestra® e dell'OrchestraSifonicaPartecipativa® nelle prigioni del nord della Francia. Inizialmente mi sono sorpresa del fatto che la richiesta di suonare insieme temi quali *La morte di Ase* del Peer Gynt di Grieg, piuttosto che *Ecco vedo mia madre* della Carmen di Bizet, generasse la massi-

ma attenzione e il più intenso e toccante coinvolgimento. “Sa Madame? Ho provato dei sentimenti!” mi ha detto un giorno – sorpreso! – un giovanissimo. Nell’intenso silenzio che accompagna e segue il lavoro e ogni esecuzione di questi brani è tangibile lo ‘stare sulla soglia’ di tutto il gruppo. Il rispetto di ogni sfumatura dell’umano esistere: dentro e fuori di noi qualcosa che nessuno di noi può permettersi di perdere o di trascurare. Anche da tutto questo nascono nuove modulazioni, nuove interpretazioni del nostro essere (diventati) sinfonici.

Il dolore è diventato un po’ più ascoltabile? In parte lavorabile? Forse condivisibile? Sicuramente, almeno in parte, ma c’è anche qualcosa di più che ciascuno di noi sente nel profondo.

PierAngelo Sequeri, che ha creato per noi gli arrangiamenti che generano questi incanti, parla di ‘residui inespressi’. Ci sono soglie sulle quali dobbiamo poter sostare quando ‘non tutto quadra’. Lo sanno i nostri bambini malati che ci dicono sorridendo: ‘*sto bene ... se no loro (i genitori) si preoccupano*’. Lo sanno i clinici, i genitori, i nostri musicisti e gli psicologi. Sanno di dover *imparare a sostare* senza subito ‘passare oltre’. La malattia ci chiede di essere capaci anche di essere lì, stare lì, sostare lì: sulla soglia. A volte cerchiamo di minimizzare e di far finta di niente (i bambini lo capiscono e dicono “*Lo fa per non spaventarmi*”) – e a volte va bene così per tutti – ma altre volte – spesso quando si sente che la malattia avrà la meglio – l’esercizio dell’esserci e dello stare nonostante tutto può essere appreso in musica (e di essa risuonare). La musica è ben più che consolazione, distrazione e oblio.

Quindi nella musica orchestrale non troviamo soltanto il gioco del dialogo polifonico (mi espongo, rispondo, lo accompagno, studio una parte più prestigiosa) ma anche questo poter imparare a sostare sulla soglia scoprendo e consolidando dimensioni inedite di noi – e di noi con l’altro.

Vi ringrazio per l’ascolto. Se avete voglia di approfondire quanto presentato potete leggere il libro Licia Sbattella, *La Mente Orchestra*, edito da Vita e Pensiero nel 2006 e consultare i materiali che trovate sul sito www.esagramma.net. ■

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Ringraziamo la Prof.ssa Sbattella. Il suo è stato un intervento toccante.

La musicoterapia è stata sottolineata come armonia delle parti, che dev’essere tenuta nel tempo e che riesce a darci quella buona distanza per rimanere sulla soglia.

Sembra un gioco di parole, ma mi sembra di poter cogliere, dalla sua relazione, questi passaggi-chiave della musicoterapia orchestrale dell’essere orchestra, della mente-orchestra.

Grazie alla Prof.ssa Sbattella, grazie di cuore.

Dopo la musica ci occupiamo dell'ambiente: anche la storia ci insegna che in origine la medicina era considerata una professione strettamente legata all'ambiente.

Nel mito di Esculapio, l'ambiente fisico e psicosociale era proprio visto come un importante fattore dell'arte della guarigione quindi anche la progettazione degli spazi, forse, è chiamata a svolgere un ruolo preciso. Introduco quindi il Prof. Romando Del Nord, Professore di Tecnologia dell'Architettura all'Università degli Studi di Firenze e Direttore del Centro Inter-Universitario Sistemi e Tecnologie per l'Edilizia Sanitaria.

Professore, benvenuto e grazie. L'architetto può diventare, quindi, anche un terapeuta.

Ma prima di dare una terapia bisogna fare una diagnosi quindi l'architetto, in teoria, dovrebbe individuare quegli spazi che producono benessere e salute e quegli spazi che, invece, ingabbiano la persona in una situazione di disagio quindi riconoscere i due aspetti. Quindi prima della terapia dovrebbe venire la diagnosi.. ma lo scopriremo con la sua relazione. Grazie professore.

Romano Del Nord

Professore di Architettura Università de gli Studi di Firenze

Grazie a lei. Ha centrato perfettamente il tema della mia trattazione che riguarda proprio come prevenire quelle condizioni che possono determinare situazioni di conflittualità, di discomfort, di difficoltà di interazione con il contesto. E come fare in modo, invece, che l'ambiente possa assumere le caratteristiche di supporto protesico al processo di riappropriazione delle condizioni di normalità che il malato ha perso a causa della sua fragilità si è perso e che vanno, invece, recuperate. Proprio su questo si concentra l'attenzione del mio intervento.

Nicoletta Carbone

Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Professore, prima di iniziare il suo intervento, vedo qui che qualcosa si sta già facendo. “*Lumanizzazione degli spazi di cura, linee guida*” in collaborazione con il Ministero della Salute.

Romano Del Nord

Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Sì, a conclusione della presentazione farò un rapidissimo cenno a questa ricerca –da me coordinata – voluta dal Ministro Fazio prima, e conclusa dall'attuale Ministro, Balduzzi. Proprio in questi giorni il volume che ne sintetizza i risultati verrà presentato dal Ministro, in una iniziativa pubblica.

Nicoletta Carbone

Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Quindi possiamo dire che abbiamo anche un'anteprima, e scopriremo le nostre carte dopo la relazione del professore. ■

Una nuova attenzione all'ambiente nei luoghi di cura: il ruolo dell'architetto

Romano Del Nord

Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Prego. Intanto anch'io vorrei ringraziare la Fondazione Bracco per questa brillantissima opportunità che ci consente di condividere alcune delle esperienze progettuali che sono state fatte dal mio Studio, e che trovano le loro basi di riferimento in una lunga ricerca scientifica che ho sviluppato, ormai da trent'anni, nell'ambito del Centro che dirigo all'Università e che ha come sfondo il tema dell'umanizzazione, ovvero come considerare l'ambiente un supporto protesico nei confronti del processo di guarigione del malato.

È un po' il *leitmotiv* che connota tutte le metodologie di sviluppo dei progetti che il mio studio ha finora eseguito e che hanno riscontrato manifestazioni di gratificazione da parte dei committenti e degli utenti. Dunque, nella mia presentazione cercherò di concentrare l'attenzione sul ruolo strategico e sulla significatività che l'ambiente, nelle sue caratterizzazioni fisiche, spaziali, relazionali, può assumere nel processo di guarigione del malato; o meglio nel processo di promozione della salute perché, prima di parlare di guarigione, dovremmo parlare di quelle azioni che vanno poste in essere per prevenire le condizioni patologiche che si generano negli spazi di vita.

La questione del rapporto di interdipendenza tra l'ambiente e la salute possiamo dire che è antica quanto il mondo. Basta pensare che già nel 460 a. C. Ippocrate, nel suo *Trattato su acqua, aria e luoghi*, ne sottolinea l'importanza, specificatamente per la salute del cittadino, considerando l'ambiente nella sua caratterizzazione fisica, psichica e, contemporaneamente, nella sua fenomenologia interattiva con l'individuo. Queste tre componenti quindi erano già citate nel *Trattato* di Ippocrate. Successivamente, nel mito del divino Asclepios, l'ambiente fisico e psicosociale era considerato un importante fattore della cosiddetta -come ci riportano i Greci- "arte della guarigione".

Gli Asclepia furono i primi ospedali (oggi possiamo interpretarli come campus terapeutici), che offrivano trattamenti terapeutici e che sono sopravvissuti per circa dodici secoli nei territori ellenici. Per favorire l'interazione sociale, che veniva considerata una componente fondamentale nel processo di guarigione e intesa, quindi, come supporto al processo di guarigione, era previsto che l'ubicazione degli Asclepia avvenisse in un contesto civico piuttosto che in un contesto segregato, con un *layout* diffuso che, in qualche modo, si integrasse con la foresta sacra, proprio per massimizzare il rapporto con la natura.

In questo modo di interpretare l'ospedale ellenico, l'Asclepia, i requisiti che dovevano essere rispettati dai progettisti del complesso per realizzare ambienti appunto terapeutici, come venivano chiamati, prevedevano la presenza già da allora di aree chirurgiche: qui le trovate rappresentate con il termine *tolos* nella parte in alto a sinistra, i reparti per invalidi, gli *stoa cotis*, gli alloggi per il personale, gli alloggi per pazienti e per parenti, gli *xenon*.

Ci troviamo, quindi, in un contesto che potrebbe tranquillamente essere assimilato a quello che è "la città della salute" di oggi: strutture poli-integrate, poli-funzionali, inserite nell'ambiente, connesse con le città per realizzare una condizione ottimale di recupero rispetto alla patologia acquisita. Il tutto era strettamente interrelato con l'indispensabile, già citata, presenza di strutture per l'arte e per la rigenerazione del corpo, come l'*odeon*, il teatro, uno stadio, una palestra e molte pitture e sculture che dovessero richiamare, in qualche modo, il potere terapeutico del divino Asclepiōs.

Lo spazio dei sognatori, che faceva parte di questi complessi, degli Asclepia, era concepito come un luogo di astrazione e di concentrazione sul divino. Era completamente chiuso su tre lati, e aveva una sola apertura che consentiva ai malati di guardare verso il tempio.

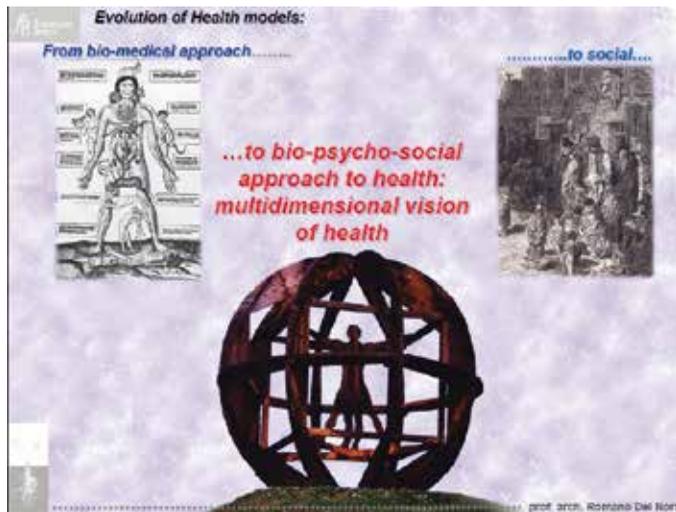


FIG. 1

La guarigione avveniva attraverso il subconscio e, quindi, l'ambiente doveva favorire questo processo di interazione diretta, senza che esso venisse disturbato né compromesso dalle caratteristiche dello spazio costruito circostante.

Con il trascorrere degli anni, la transizione dall'approccio biomedicale di cartesiana memoria, che differenziava il corpo dallo spirito, a quello biopsicosociale, ha introdotto una nuova visione, una visione olistica che pone il paziente al centro dei suoi rapporti psicofisici con il contesto ed è determinata in maniera preponderante dalle condizioni ambientali, dalle condizioni sociali e dalle condizioni culturali.

FIG. 1 E 2

Si evince in questa nuova accezione interpretativa del concetto di "cura" l'importanza di porre il malato nelle condizioni psico-emotive e in contesti ambientali e spaziali che maggiormente lo possano stimolare a rispondere, in senso terapeutico, all'aggressione della malattia, recuperando quindi una visione multi-dimensionale della salute e del paziente. Una visione, questa, in cui il paziente non è più inteso come una meccanica sommatoria di parti da curare, com'era nella visione biomedicale, ma come un sistema integrato costituito da componenti fisiche, psichiche e spirituali.

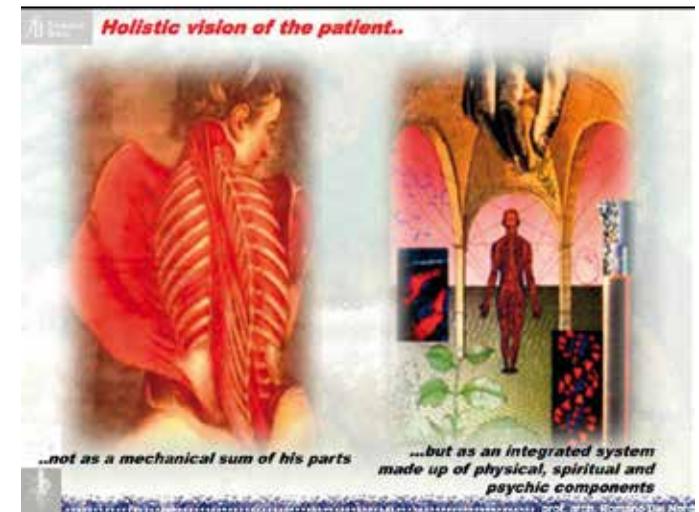


FIG. 2

In questo nuovo scenario, il paziente deve essere messo nelle condizioni di riappropriarsi del proprio processo di guarigione, grazie anche al ruolo protesico che l'ambiente può, e deve, effettivamente, svolgere. Questa consapevolezza portò Florence Nightingale, nel 1800, a considerare alla stessa stregua dell'igiene ospedaliera, quindi importantissimi, quelli che lei chiama capricci, stravaganze, in inglese *the fancies*, quali la varietà delle forme, la brillantezza dei colori, l'estetica degli oggetti, la luce naturale e il loro indubbio effetto sul percorso di guarigione, "*ancorché*", lo cita espressamente Nightingale, "*non se ne sia ancora compresa la ratio*". Ma la percezione del risultato era talmente oggettiva da confermare la indubbia veridicità.

Oggi, continuiamo a chiederci se l'ambiente costruito possa condizionare o, quantomeno, determinare, la nostra condizione di salute o di benessere. Per dare una risposta a questo interrogativo, è necessario innanzitutto chiarire che cosa debba oggi intendersi per salute. Se è vero che la salute può essere definita in negativo, come assenza di malattie, di sensazioni di ansia, di dolore o di stress, o invece in positivo, come presenza di benessere; allora l'ambiente e i suoi spazi possono diventare una risorsa, se concorrono a supportare il processo di ristabilimento delle condizioni di salute, o un fattore patogenico, nel caso contrario.

Nelle definizioni della salute in positivo, si pone, dunque, l'accento sulla relazione tra la persona e il contesto ambientale, sociale e relazionale in cui si trova, al contrario di quella in negativo che si fissa sull'individuo, solo e in quanto persona malata. L'esistenza di una stretta correlazione tra l'ambiente nella sua duplice accezione di ambiente costruito e di ambiente sociale, e la condizione di salute o di malattia dell'individuo o del paziente, oltre ad essere ormai un diffuso *lay belief* è stata scientificamente indagata ed ampiamente provata.

Ne abbiamo parlato questa mattina. Alcune componenti dell'architettura e dell'ambiente fisico-spaziale possono influenzare la nostra mente e la nostra salute, alterando il livello di stress fisico e di stress psicologico. Proprio per questa ragione lo stress, nella letteratura scientifica, viene utilizzato come un'euristica per indagare sul rapporto tra l'ambiente e lo stato di salute del cittadino; ma in realtà che cos'è lo stress? Che cosa significa stress?

Esistono ormai teorie e modelli scientifici del fenomeno stress che consentono di definire un quadro di riferimento sufficientemente scientifico. Lo stress, in realtà, deriva da uno squilibrio tra le richieste poste alla persona e le risorse fisiche, emotive e psicosociali che la persona ha a disposizione per farvi fronte. L'edificio ospedaliero, del quale ci stiamo occupando, può ritenersi un'espressione paradigmatica del potenziale stressogeno dell'ambiente, alla scala dell'architettura, in quanto allo stress che viene prodotto dalla fragilità del paziente, per effetto della sua malattia, si aggiunge quello prodotto dall'estraneità dello spazio ospedaliero nel momento in cui entra in ospedale.

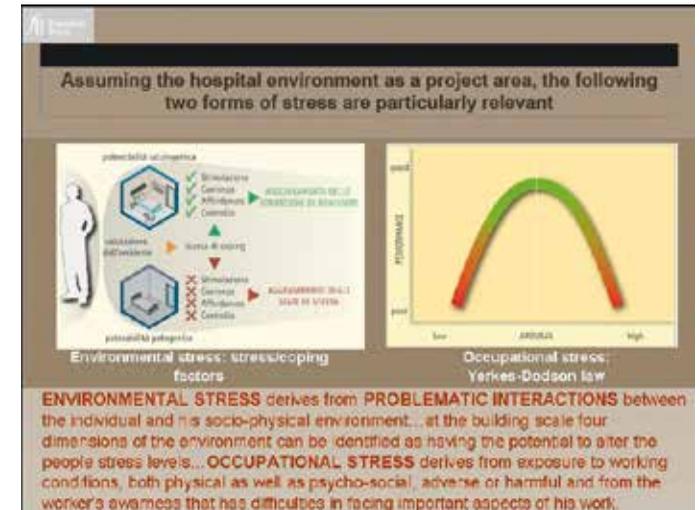


Fig. 3

Lo stress generato dall'ambiente ospedaliero, peraltro, condiziona i risultati clinici del paziente in quanto riduce la qualità dell'assistenza, fa incrementare l'incidenza degli errori clinici, incide su parametri psicofisiologici (l'abbiamo sentito stamani mattina), sulla pressione sanguigna, sull'ansia, sull'uso di medicinali, sulla durata dei ricoveri e così via. Se assumiamo, quindi, l'ambiente ospedaliero come un ambito di interesse progettuale, diventano particolarmente rilevanti due specifiche forme di stress: lo stress ambientale e lo stress occupazionale. **Fig. 3**

Il primo nasce da interazioni problematiche con l'ambiente socio-fisico e con le sue quattro dimensioni principali: la stimolazione, la coerenza, l'*affordance*, il controllo.

Il secondo deriva dall'esposizione a condizioni di lavoro avverse e dalla consapevolezza dell'operatore sanitario, in questo caso, di avere difficoltà a far fronte ad aspetti importanti del proprio lavoro. Basti pensare alla condizione del personale nelle aree critiche, nelle aree di cure intensive dove il coefficiente di stress è altissimo. Le caratteristiche percettivo-sensoriali dell'ambiente assumono, allora, una valenza strategica nella progettazione degli spazi architettonici dell'ospedale. Questo implica la necessità di conferire importanza prioritaria, nel progetto, agli aspetti che stimolano la percezione psico-sensoriale rispetto a quelli di natura funzionalistica.

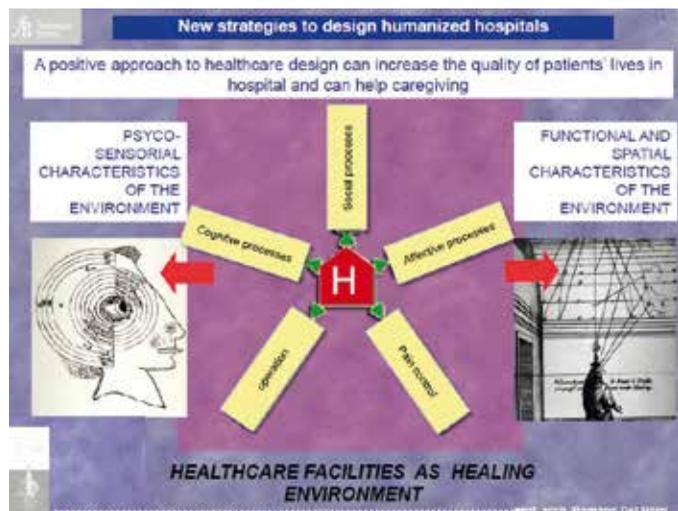


FIG. 4

Mi soffermo pochi istanti su quest'immagine. Il processo di progettazione che, purtroppo, tutti gli architetti progettisti di ospedali sono portati a sviluppare è quello che privilegia il lato destro: aspetti funzionalistici, l'ospedale come macchina per guarire, trascurando la condizione del paziente, trascurando la condizione del malato sulla quale si può intervenire solo operando sulle sollecitazioni psicosensoriali, su ciò che i cinque sensi percepiscono durante la sua permanenza all'interno dell'ospedale. **FIG. 4**

Ed è proprio questo il punto che ribalta i metodi di progettazione: superare la logica funzionalistica per conferire importanza strategica al progetto dell'ambiente, nelle sue valenze psicosensoriali. Lo spazio, infatti, non è mai neutro per il paziente ma è carico di emozioni, dovute ai colori, alla vista, alla luce, alla sicurezza, all'arte, a tutto ciò che stimola i sensi e che viene percepito determinando delle reazioni. Questo comporta per l'architetto l'imperativo di conoscere la nuova fenomenologia che si genera nel rapporto tra uomo e ambiente e la consapevolezza che, per re-interpretare questa nuova dimensione dello spazio ospedaliero, deve ricorrere a discipline di confine quali l'ergonomia, la prossemica, la psicologia ambientale, la sociologia, tutte componenti che non possono più essere estranee ai processi di progettazione.

Il team di progettazione deve interagire obbligatoriamente con queste conoscenze e con queste competenze, se vuole affrontare correttamente il progetto dell'ambiente ospeda-

liero. A fronte, quindi, di questo scenario, il nodo cruciale per i progettisti e per i decisori è costituito dalle necessarie identificazioni delle logiche; ovvero del come, attraverso idonee strategie decisionali, sia possibile creare quelle condizioni ambientali che riducano i fattori *stress-inducing*, quelli, cioè, che inducono stress e che enfatizzano, invece, quelli *stress-reducing*, come afferma Siegert,.

Dal progetto inteso come macchina per guarire, si deve quindi passare al progetto che conferisce enfasi agli aspetti psicoemotivi. Dal progetto autoreferenziale al progetto integrato con i servizi della città che, per raggiungere effettivi livelli di umanizzazione, deve essere connotato da accessibilità facilitata, dimensione idonea del complesso, valore semantico, viste verso l'esterno, orientamento, integrazione urbana, rapporto con la natura, tempi di raggiungibilità limitati, impatto visivo: sono tutte le componenti che concorrono a qualificare il progetto.

Sulla base di queste premesse, di questi presupposti, che ha qui richiamato molto sinteticamente ma che sono frutto di ricerca ormai ampiamente consolidata, sono stati concepiti dal mio Studio di progettazione due recenti complessi ospedalieri dei quali, per semplificare quanto da me teorizzato nella prima parte, focalizzerò le componenti di natura ambientale, per rendere più facilmente comprensibile l'effetto dell'approccio progettuale adottato.

Si tratta di due tipologie di cura molto diverse, rivolte alla pediatria e all'oncologia.

Il primo caso è quindi un ospedale pediatrico e il secondo è un Centro Oncologico fiorentino. Entrambi sono caratterizzati da tematiche ambientali similari, declinandole però in maniera differente secondo la psicologia di utenza che è, sostanzialmente, diversa; entrambi si fondano su principi studiati negli anni '80 da ricercatori americani che provano, in modo scientifico, l'effetto benefico di determinati accorgimenti ambientali.

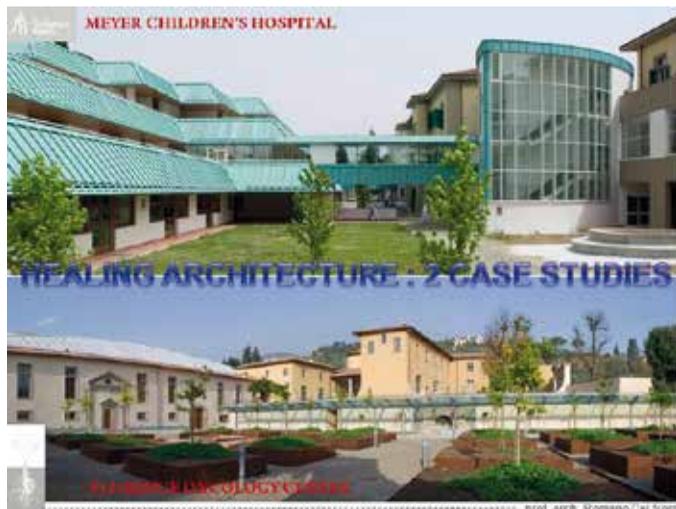


FIG. 5

Questa mattina si è parlato dell'importanza della luce, delle vedute e delle caratterizzazioni all'interno della struttura: in questo senso, il polo pediatrico Meyer è stato un progetto pilota scaturito dalle sinergie di un team multidisciplinare di cui facevano parte sociologi, urbanisti, psicologi ambientalisti, ergonomi. Operatori, cioè, che hanno dato un fortissimo contributo nel definire gli orientamenti progettuali e che hanno quindi concepito l'ambiente come un campo semiotico in cui valorizzare l'interazione spazio/utente, attraverso l'ottimizzazione di molte componenti.

FIG. 5

Nella mia presentazione ho scelto quattro componenti delle numerose di carattere ambientale che sono state utilizzate come riferimento: il *wayfinding*, la privacy, la presenza di luce naturale, il giardino terapeutico, tutte componenti che hanno a che vedere con gli aspetti percettivo-sensoriali.

Il *wayfinding*: *wayfinding* è una delle componenti che se non correttamente risolto genera stress. *Wayfinding* è l'orientamento nel momento in cui ci si reca in ospedale, la capacità di raggiungere la destinazione senza stressarsi e di muoversi con facilità all'interno della struttura. È un'espressione coniata da David Lynch parecchi anni fa, negli anni '60, che attribuisce a quest'azione una valenza fortemente psicologica. FIG. 6 E 7



FIG. 6



FIG. 7

Qui trovate scritto: *“Definita come consistente uso e organizzazione di precisi stimoli sensoriali che arrivano dall'ambiente circostante”*. Nel Meyer abbiamo interpretato quest'accezione attraverso un progetto che semplifica al massimo i percorsi fino a ridurli a un unico asse centrale.

Il percorso del cittadino, del paziente e del visitatore è costituito da un solo corridoio centrale, senza alcuna intersezione funzionale e senza alcuna variazione di direzione, che sono gli elementi nei quali si innesca la generazione dello stress. Quello che vedete nell'asse centrale, in arancione, è il percorso che



FIG. 8

dall'atrio d'ingresso conduce alla zona delle attese e lungo questo percorso, sulla destra e sulla sinistra, si ritrovano le destinazioni finali degli utenti. Quando si arriva in fondo, ci sono gli ascensori che conducono ai reparti sovrastanti.

Non c'è da chiedere informazioni, non c'è da avere dubbi sulla destinazione da raggiungere. E lungo questo percorso l'utente incontra dei *landmarks*, che vedremo meglio dopo, e che qui trovate rappresentati: quegli elementi di cono tronco posizionati sul lato destro, che conferiscono allo spazio un'identità unica e riconoscibile, aiutando nella ricerca della propria destinazione.

Sono opere d'arte, concepite dall'artista per attribuire a quella funzione proprio l'indicazione di messaggio informativo. Quando si incrocia il cono arancione siamo nella zona degli ambulatori, quando si incrocia il cono tronco di tipo violetto si incrocia, invece, la zona delle radiologie. Dopo la prima volta che il paziente ha raggiunto quella destinazione, ricorderà con la memoria qual è la sua destinazione finale.

Uso, quindi, dell'arte come supporto per la caratterizzazione dello spazio ma anche come ausilio funzionale nei confronti della struttura. E qui lo vediamo: è un elemento funzionale che è stato creato per catturare la luce dai lucernari in copertura e per trasferirla nei piani sottostanti. Un secondo spazio di distribuzione è, invece, quello occupato dai cosiddetti pesci idraulici che nuotano sospesi in teche vetrate, trasformando la hall in un ideale acquario.

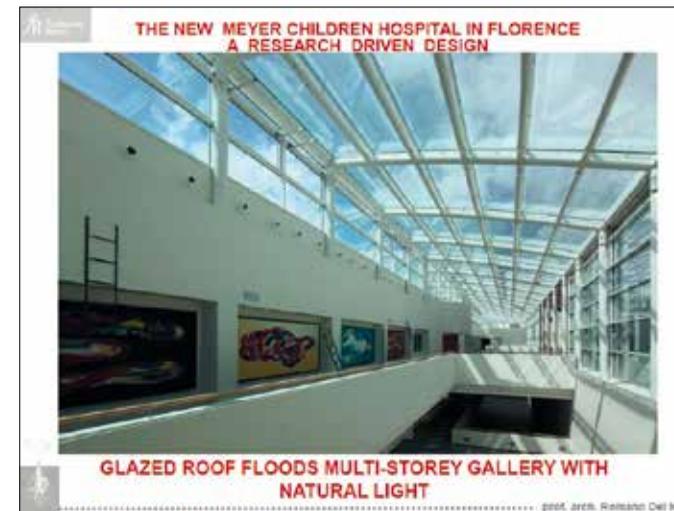


FIG. 9

Il pesce è un riferimento, in questo ospedale, perché richiama la fiaba di Pinocchio, più volte presente nel complesso ospedaliero. Un secondo totem colorato, anch'esso funzionale a convogliare la luce nel piano interrato, segna l'ingresso nella zona di attesa generale.

In fondo, vedete la galleria pluri-piano. È caratterizzata da 42 pannelli vetrate che connotano l'intera parete di 60 metri, con immagini stilizzate degli elementi della natura: foglie, sole, gocce di pioggia. L'obiettivo è quello di suggerire, in modo subliminale, un immaginario fantastico e fiabesco. Questa è la *hospital street*, quella strada unica che viene percorsa dal visitatore o dal paziente, che collega l'atrio con la galleria dell'attesa e ha una connotazione del tutto urbana, con bar, negozi che espongono libri, balocchi, legati al mondo dell'infanzia.

Tutti i piani, i tre piani delle parti superiori, sono caratterizzati da colori tematici che identificano le funzioni dei diversi piani: l'arancio, corrisponde alla degenza, il verde al blocco operatorio, blu per gli ambulatori. Qui vedete un altro accorgimento: la luce regna sovrana in questo ospedale, ogni piano ha uno snodo che è costituito dal blocco dei collegamenti verticali, il pianerottolo delle scale degli ascensori è sempre totalmente illuminato con luce naturale. È inondato di luce ed è caratterizzato da un elemento connotante, specifico, per favorire appunto l'orientamento e cioè l'appropriazione consapevole dello spazio. FIG. 8 E 9

Un poster, anzi un'opera d'arte che ricorda fiori nell'acqua, al piano secondo, una scritta, invece, che diviene una scultura a misura di bambino al piano primo, e qui altre opere d'arte fatte dalla stessa artista che ha concepito questi punti di riferimento. Lungo il percorso, che conduce nei reparti, il progetto aveva previsto delle nicchie in cui sono stati, poi, inseriti dei disegni vivaci che possono stimolare la fantasia dei bambini.

Un *render* del progetto che prevede, appunto, questa superficie da destinare a grandi murali grafici che sono stati, poi, realizzati all'interno della struttura. Lungo l'asse di distribuzione pubblica, uno spazio è dedicato a un allestimento giocoso, una "baby mandria" che invade scherzosamente l'ambiente. Anche queste sono opere d'arte, che sono state presentate in tutto il mondo, sono molto note, e che qui hanno trovato la loro collocazione ma con l'artista che le ha realizzate in loco, concependole proprio in relazione allo spazio che noi architetti gli abbiamo messo a disposizione per le funzioni che avrebbe dovuto ospitare.

Abbiamo parlato dell'orientamento, parliamo ora della privacy. La privacy è un tema molto delicato da trattare, all'interno dell'ospedale, che coinvolge molte scelte, sia tecnologiche che tecno morfologiche. Il luogo maggiormente vissuto dal paziente è la sua camera di degenza.

Nel Meyer abbiamo impostato camere a due letti che, idealmente, hanno la potenzialità di trasformarsi in camere singole, attraverso una sorta di sipario che può accogliere una spessa tenda che isola sia visivamente che acusticamente le zone pertinenziali dei pazienti. Quella parte centrale è costituita da uno scorrevole che separa la zona costituita dal letto per il bambino e dal letto per la madre, dall'altra zona costituita, anch'essa, dal letto del bambino con il letto per la madre o per l'assistente. Un secondo accorgimento, sempre di tipo ambientale, riguarda la distribuzione a *cluster* delle camere. È un corridoio, non più corridoio diritto e bianco

e vuoto ma un corridoio sinuoso, che non dà la sensazione della corsia ospedaliera, dotato di tante nicchie susseguenti, dove è agevolato il dialogo tra familiari e medici, in un ambiente in cui è garantita la privacy e la dignità delle persone. Come si può vedere in questa immagine anche l'arredo è stato concepito proprio per garantire quella specifica funzionalità che si voleva conferire alla zona di corridoio.

L'ospedale inoltre è dotato di un cosiddetto spazio dello spirito dove i pazienti e familiari possono ritirarsi per la massima privacy. Questo spazio è stato concepito per ospitare culti multi-religiosi. Quella parete in legno, che vede sul fondo, è una parete scorrevole che può trasformare l'ambiente da rito religioso cattolico a rito musulmano, in tre possibili configurazioni e viene quotidianamente usato per questo tipo di destinazione che è stata specificatamente prevista in sede di progettazione.

L'attesa: una terza componente. L'attesa è un'inevitabile fonte di stress a cui si deve porre particolare attenzione. Al Meyer l'atrio di ingresso è dotato di sedute per bambini, di giochi, di balocchi per distrarre i piccoli pazienti, che possono fare amicizia e fundamentalmente sentirsi in un ambiente che ricorda lo spazio della casa, dell'asilo. Sempre al Meyer, l'attesa non è inserita in uno spazio buio e intercluso ma in un ambiente inondato di luce, a contatto visivo con la natura del parco circostante, un modo, quindi, per non sentirsi isolato, all'interno di un ospedale, che viene spesso vissuto come una sorta di fortezza.

Anche le sedute sono state pensate per far sì che venissero interpretate come oggetti in cui giocare, luoghi in cui nascondersi e così via.

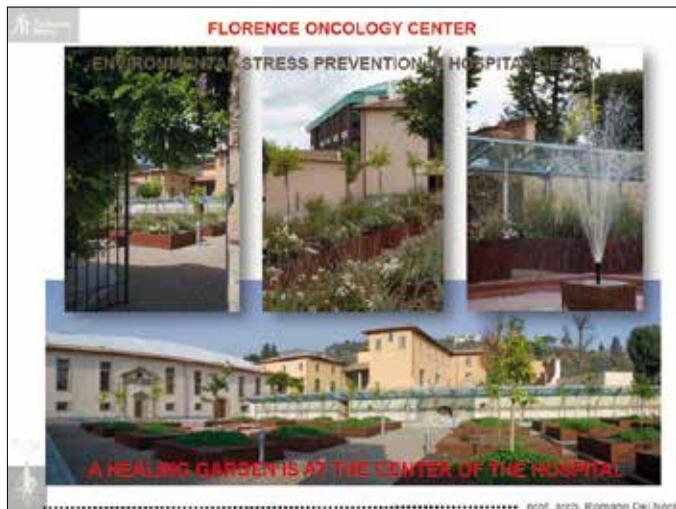


FIG. 10

Lo stesso spazio dell'attesa, nel Centro Oncologico Fiorentino, è stato concepito come un momento in cui garantire la privacy ma anche, per chi vuole, facilitare l'interazione sociale. Nella parte sottostante le sedute sono più orientate verso la socializzazione, quelle sporgenze che emergono nei piani superiori sono delle zone di attesa riservate, private, dove i pazienti o i parenti dei malati oncologici possono ritirarsi in attesa per poter svolgere le proprie attività. **FIG. 10**

Arte e luce naturale sono gli elementi che oggi entrano di diritto nel progetto ospedaliero contemporaneo quindi, come già accennato, gli effetti benefici della luce naturale sono scientificamente provati dalle ricerche dell'*Evidence-Based Design*.

L'atrio del Centro Oncologico Fiorentino è stato concepito come un giunto volumetrico, luminoso e trasparente, realizzato con materiali leggeri che consentono di percepire i cambiamenti della luce durante il giorno e le stagioni. Uno spazio, quindi, non solo di cerniera tra la fabbrica antica, che è il vecchio edificio del '300 al quale si è aggiunta l'espansione del nuovo edificio, ma un luogo con una sua valenza architettonica, in grado di instaurare un dialogo con il tempo, con il territorio, con la storia.



FIG. 11

La copertura vetrata del polo pediatrico Meyer simbolicamente collega l'interno dell'ospedale con il cielo e cioè con il mondo esterno. Qui vedete la distribuzione centrale del Meyer, con il pozzo luce che illumina anche gli spazi interclusi. Sulla sinistra, una scultura dello zodiaco, riempie il pozzo luce che illumina dalla parte superiore tutte le colonne dei vani scala.

Il giardino terapeutico è anch'esso un tema importante, nella progettazione ospedaliera di oggi. È una sorta di luogo magico dove poter allontanare lo stress e creare occasioni di relax, di privacy, di socialità. Il polo pediatrico Meyer è immerso in un parco fruibile, in cui il verde si unisce ad oggetti fantastici, anch'essi creati apposta per la loro collocazione, che enfatizzano il ruolo della natura come luogo magico e come luogo accogliente. Delle sculture fantastiche invadono gli spazi verdi, sia esterni che sui terrazzamenti del complesso, e questo dialogo tra natura e arte enfatizza il ruolo ristorativo dell'ambiente conferendo al paziente e al familiare un ruolo attivo nel processo terapeutico. Degli spazi verdi circondano l'ospedale con il duplice ruolo di offrire sia spazi fisici, dove allontanarsi dalla condizione ospedaliera, che spazi visivi dove ci si può ricordare di luoghi "altrove".

Nel giardino terapeutico del Centro Oncologico abbiamo restaurato i terrazzamenti e la corte storica della vecchia struttura del '300 con l'obiettivo di creare un *landscape* ispirato alla filosofia dell'*healing garden*. Uno degli spazi privilegiati è proprio il giardino centrale che lambisce l'asse di accesso al centro. Questo è un luogo protetto che, in qualche modo, richiama il concetto dell'*hortus conclusus* medievale che ha previsto un impianto costituito quindi da una vasca di acqua centrale, circondata da grandi aiuole con alberi di arancio amaro e superfici a trifoglio che disegnano dei percorsi dove il contatto psicosensoriale con la natura favorisce il processo terapeutico. **Fig. 11**

La copertura verde del Meyer è un'espressione dell'integrazione con la natura. Quest'edificio è stato sostanzialmente realizzato portando via il terreno, adagiandoci la struttura sopra e ricreando in copertura la stessa condizione di verde che era preesistente prima di realizzare l'intervento. Un intervento che, proprio per queste ragioni, ha ricevuto numerosissimi premi internazionali per l'interazione paesaggistico-ambientale che ha generato. Prima di concludere vi ruberò ancora pochi secondi, se mi è consentito, per presentarvi la ricerca sull'umanizzazione svolta per conto del Ministero della Salute.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Era un'anticipazione, l'abbiamo promessa e quindi chiudiamo il suo intervento con questa chicca. "L'umanizzazione degli spazi di cura".

Romano Del Nord
Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Dunque, poche parole. La ricerca era sostanzialmente finalizzata a definire delle linee guida per i progettisti, da rispettarsi per raggiungere gradienti dei livelli di umanizzazione nelle strutture ospedaliere coerenti con quelle che sono le



Fig. 12

assunzioni scientifiche attuali. Linee guida, quindi, riferite solo ai requisiti di umanizzazione, non alla funzionalità ospedaliera. L'iniziativa scientifica trae spunto dal fatto che tra le persone e l'ambiente si stabilisce un'interazione che può essere causa di stress e quindi, considerandolo tema di attualità è diventato un tema di ricerca multidisciplinare.

I risultati della ricerca dovrebbero servire alla programmazione e alla progettazione di strutture socio-sanitarie connotate da alti livelli di qualità architettonica in termini di umanizzazione. Nel volume, che qui vedete, sono sintetizzati i contenuti operativi della ricerca, i risultati, le linee guida che verranno distribuite a tutte le Regioni e a tutte le Aziende Ospedaliere. Si chiama *L'Umanizzazione degli spazi di cura* ed è stato commissionato dal Ministero della Salute. Le linee guida ne costituiscono l'essenza operativa. **Fig. 12**

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Quindi, sintetizzando, qual è il punto forza di queste linee guida?

Romano Del Nord
Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Attraverso le attività di ricerca è stato definito un quadro esigenziale rapportato alle esigenze di umanizzazione, i requisiti del progetto per soddisfare tali esigenze e la traduzione



FIG. 13

in orientamenti progettuali. Per ogni ambito spaziale, per le degenze, per le attese, per le accettazioni, per i soggiorni, per le riunioni, per tutte le funzioni c'è una scheda che dice: *“Per garantire l'umanizzazione di questa area spaziale devono essere rispettate queste condizioni”*. Relativamente a tale condizione la scheda non solo evidenzia qual è la raccomandazione progettuale ma fornisce anche delle suggestioni di soluzioni già presenti nei migliori ospedali al mondo che hanno affrontato questo tema con il necessario rigore. **FIG. 13**

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

E anche noi abbiamo una visione internazionale, perché da Firenze ci spostiamo in America.

Lo facciamo con un relatore straordinario, di cui è riconosciuta la professionalità a livello mondiale: abbiamo il piacere di avere oggi al nostro tavolo Annette Ridenour, che è Presidente e fondatrice della Aesthetics Inc. di San Diego.

Ha dedicato il suo impegno professionale a capire e misurare il ruolo dell'arte, a come trasformare i luoghi di cura ma, soprattutto, a certificarne gli impatti; io le lascerei subito la parola e, virtualmente, ci spostiamo da Firenze in tre ospedali americani, uno nel New Jersey, uno in California e uno nel Minnesota. Grazie. ■

Transforming the healthcare experience through the Arts

Annette Ridenour

Presidente e Fondatrice della Aesthetics Inc., San Diego, CA

I. Introduction

Good afternoon. I am greatly pleased to be here, with this esteemed group, and share a passion I have enjoyed for over 30 years - the role of the arts in healing in the healthcare environment.

Aesthetics, Inc., my company, is a healthcare design firm dedicated to bringing harmony, balance and beauty to the built environment through the physical environment and the arts. We are a team of architects, interior designers, graphic designers and artists. At the heart of what we do are the arts. We utilize a public art process that gives voice to patients, clinicians, staff, administrators, families and communities.

We bring a practice and philosophy of creating Generative Design and Spaces.

I define a generative art program as an intervention to the patient experience of the physical and social environment that improves patient outcomes in a replicable and measurable way. After being involved in design in Acute Care Hospitals for many years, I realized that many of the environments that I had designed were deteriorating and, over time, being replaced. I learned that there are many environments that actually improve over time. These environments are usually both loved and understood by those who reside within them so that their improvement is intentional and sustainable. The process we bring to both physical environments and art programs promote this behavior.



FIG. 1

In 2009 I had the opportunity of publishing a book about healthcare arts programs called “*Transforming the Healthcare Experience through the Arts*”. This book grew out of an Awards Program that Blair Sadler (former CEO of San Diego Children’s Hospital) and I sponsored through the Society for the Arts and Healthcare. For seven years, we administered the International Arts and Healing Awards. We recognized both professional and student artists who created arts programs in partnership with a healthcare institution and either designed or performed an outcome study to demonstrate that the arts program had an impact on patients, families or staff.

Several of the studies that I will speak of today are from this book. **FIG. 1**

Today I will share with you some information about Evidence-Based Design and Art Programs:

- Review some interesting outcome studies
- Share three Case Studies of American Hospitals
- Methods to structure and fund and develop evaluation programs
- And show a short video of the benefits of a hospital systems’ arts program from their perspective.

II. Why Art in Hospitals?

So why art? Why art in hospitals? Art has been a part of healing since the beginning of time, from creating art as ritual or telling the stories of healing.

I ventured into this field working on my first project in 1977. I owned a large art gallery and an architect walked into my gallery and asked me to put together an arts program for a hospital. There were few models to follow but I intuitively knew that good art would make a difference. Little did I know, I was embarking on a life-long career.

I would like to add that music therapy and art therapy have been very well established in Europe since the early 1940’s, when psychiatrists became interested in the artwork created by patients with mental illness. The field has confirmed that the creative process of self-expression helps people to resolve conflicts, develop interpersonal skills, manage behavior, reduce stress, and increase self-esteem and achieve insight.

Most of what I will be speaking about in the case studies is art programs in the physical environment or art making or observing, not art as therapy.

You can think about experiencing art at variety of levels.

- Level 1: Just be cheerful
- Level 2: Be comforting like a home or a garden
- Level 3: Be instructive – educational - teach about life, history, people and environments
- Level 4: Be engaging, interactive, invite the viewer to touch and explore
- Level 5: At the deepest level the arts can be transformative; change a person’s or a community’s perspective and healing on an emotional and psychological level which transforms physiology. This can be measured!

III. Evidence-Based Design

In the past ten years, the field of Evidence-Based Design has been introduced to design of the physical environment.

The Center for Health Design defines Evidence-Based Design as the deliberate attempt to make building decisions based on the best available research.

Over the last ten years, there have been over 100 credible, published studies on the benefits of including arts in the healthcare environment.

Many can be found through the various Arts Therapy websites. A good resource is the website for the Society for the Arts in Healthcare that I will share at the end of this presentation.

Research has shown us that, in a range of settings, the arts have been shown to improve patient experience and outcomes in many ways. Here is a list of the categories for which there is credible research:

- Reduced pain
- Reduced fear, anxiety and other psychological conditions
- Reduced need for sedative drugs
- Reduced length of stay
- Improved physical functioning
- Improved mental / psychological functioning
- Increased adherence to medical regimens
- Increased satisfaction with overall quality of care
- Improved patient / care giver communication
- Improved care giver empathy
- Improved experience of waiting

In America, customer satisfaction of the healthcare experience is very important. We have a rating scale called the HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) survey. It is the first national, standardized, publicly reported survey of patients' perspectives of hospital care. It is a survey instrument and data collection

methodology for measuring patients' perceptions of their hospital experience. While many hospitals have collected information on patient satisfaction for their own internal use, until HCAHPS, there was no national standard for collecting and publicly reporting information about the patient's experience of care that allowed valid comparisons to be made across hospitals - locally, regionally and nationally.

We have learned that the arts make a substantial contribution to patients' experience.

IV. Outcome Studies

Studies in the category of Reducing Pain:

1. In a study of cancer patients who participated in a one-hour art therapy session, patients reported statistically-significant reduction in eight of nine symptoms common to adult cancer inpatients – pain, tiredness, depression, anxiety, drowsiness, appetite, well-being, and breathlessness.
2. Lisa Gallagher is an art therapist working at the Center for Palliative Medicine at the Cleveland Clinic.
 - She collected data on 200 patients she visited ages 24–87. Using various research protocols, she assessed the impacts of one initial music therapy treatment lasting 25 minutes on a variety of indicators of pain and psychological well-being. She demonstrated at statistic significant levels that that music therapy had beneficial effects on pain, anxiety, depression, shortness of breath, mood, facial expressions, and body movement.
 - In addition similar results were achieved with 68 family members

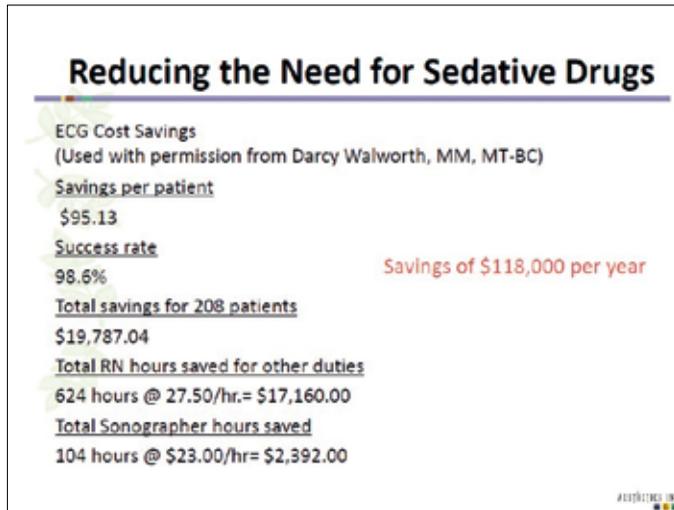


FIG. 2

3. Tallahassee Memorial Healthcare has been researching the effect of music therapy on children who were undergoing painful and challenging procedures. In most hospitals in the United States, children are routinely sedated for these procedures with the complications that accompany sedation.

- They have been able to demonstrate that playing live music for patients distract the children and assist them in relaxing and sleeping, shortening the length of each procedure. Music is played from a half an hour before the procedure and throughout the procedure.
- For CT Scans and Echocardiograms, time to complete procedures without the music range between 2 – 3 hours, where with music it is reduced to 15 – 40 minutes. ECG were 98% successful and CT scans were 88% successful for children under the age of 6 years. This has resulted in a savings of \$375,000 per year for 105 CT patients and \$118,000 per year for 208 ECG patients. **FIG. 2**

Studies in the category of Reducing Medication:

1. A study of 300 subjects (with a median age of 80) involved in art programs, a control group who were not.

- Three sites:
 - Elder Share the Arts in Brooklyn, N.Y.
 - Center for Elders and Youth in San Francisco, CA
 - Levine School of Music in Washington, D.C.
- Results demonstrated that arts participants had
 - Better health
 - Fewer doctor visits
 - Less medication usage, and
 - Increased activities and social engagement
- By year two, the control group was reporting taking more medications than the intervention group.
- Financial implications of this study: Consider a savings of 8 cents per day for 365 days times 36.5 million individuals who are eligible for Medicare D, the savings would be more than 14 billion dollars.

2. Other studies have demonstrated reduction of length of stay for hospital patients by one day who exposed to visual arts and live music. At a senior Center in San Francisco, with an average patient age of 85, where 50 percent of the patients were taking anti – depressants, a song writing program was introduced. Seniors were taught how to write songs about their lives and experiences to lively culturally relevant tunes. A one year study demonstrated improvements in depressive symptoms such as isolation, tearfulness, and poor appetite

3. In America we have a growing problem with our soldiers returning with Traumatic Brain Injury (TBI). Clinicians are eager to find alternative and complementary treatment interventions for individuals with TBI because medications to treat the anxiety conditions that often accompany TBI are

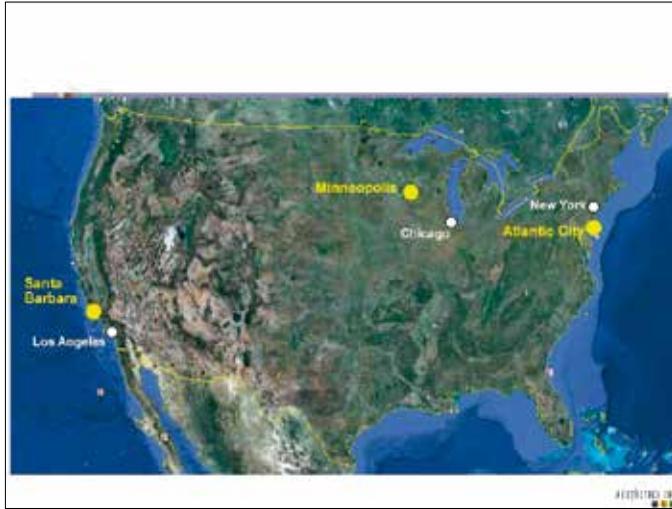


FIG. 3

contraindicated when there is a brain injury, while medications with a sedating effect also have the accompanying effect of blocking the reparative processes.

- The arts can play a powerful role in treating physiological as well as psychological impacts of TBI. Art is considered Environment Enrichment and is being used to encourage visual-spatial, cognitive, social, and skilled motor exploration. Research in the U.S Government's Veterans Administration (VA) is showing that the arts enhances neuroplasticity, improves recovery of function, increases brain resilience to injury and reduces stress and anxiety.
- I have been working with the VA for the past couple of years and we have many veterans hospitals (who are working along with hospitals for active duty warriors) looking at how they can amplify the integration of arts in the recovery of warriors.

V. Case Studies

I am now going to take you on a very short journey of three American hospitals which have made significant commitments to the arts in hospital environments.

Just to orient you, these facilities are in very different areas in the United States.

Different geography, culture and patient populations. **FIG. 3**



FIG. 4

1. Children's Hospitals and Clinics of Minnesota

In 2009 when we were hired by Children's Hospitals and Clinics of Minnesota, the hospitals were engaged in a 300 million dollar expansion of their facilities. Minneapolis is known for their excellent health care and their excellent museums. They had a desire to engage the regional art museums in a partnership to bring art programming to the hospital as well as support the many artists in the community.

The result was an art collection (they spent \$2.5 million dollars on one campus and \$1 million dollars on their second campus) fully fund-raised through the community.

FIG. 4 E 5

- The project was initiated by a Children's board member who was also a board member of the various art museums.
- We started by creating a strong Mission Statement and Guiding Principles to guide the project: "At Children's Hospitals and Clinics of Minnesota, we integrate the arts with architecture, landscape, and medicine to create inspirational and transformative healing journeys for the communities we serve."
- Using a public art process, we issued a call for artists throughout the community. 200 artists submitted. 42 were commissioned to create artwork proposals and then commissioned to create artwork, as funds were raised. The following is a short representation of some of the



FIG. 5

artwork commissioned. All of the artwork was vetted by three groups: a community group with members from administration and community art museums; a clinical group; and a group consisting of children and their families.

- In addition, seven arts agencies were engaged as Partners to provide art programming to the hospitals:
 - **The Minnesota Children's Museum** was engaged to design unique interactive play/learning environments for play rooms.
 - **The Children's Theatre Company** brings live performances to the Hospital's newly designed Theatre, where they broadcast to all of the patient rooms.
 - **MacPhail Center for Music** is Minnesota's leading Music Conservatory. They bring concerts by their professional staff and are engaged in a music therapy program for premature infants and infants born with gastroschisis to see if regular music therapy will improve sleep, eating and fussiness.
 - **Minneapolis Institute of the Arts** is the regional arts museum. In cooperation between their arts education department and children's child life therapy department an "Art Out of the Box" program was designed to lead children through an art activity designed for their age, based on works at the Art Institute. This is a facilitated program for children throughout the

institution. A gallery was built in the cafeteria to display their art.

- **COMPAS** brings multicultural artists, storytellers, musicians, poets, and visual artists to work with patients, in the patient rooms and in play rooms, as well as provide performances in the Theater.
- **The Guthrie Theatre** is a very esteemed theatre that designed "The Hero's Journey," a series of workshops geared toward patients and children with chronic conditions who frequent the hospital.
- **Minnesota Science Museum** brings interactive science displays to the Emergency Room and Surgery Waiting area, where families can wait for extended periods of time.

All of these programs are fundraised through grants and an annual gala. They are not funded through Hospital operations.

To operationalize these programs we designed training programs for each of the groups. Goals for each program are measured and data is collected daily through a volunteer system.

There have been numerous articles and TV stories about the art program, which has led to more donations.

The program has won both local, regional and international awards. Recently, at the International Academy for Design and Health, it won first place for the use of Art in the Patient Environment from 100 entries and 30 countries.

We worked with the foundation to design a robust website to display prospective works of art to solicit funding.

The hospital uses social media extensively to both Tweet and post articles on Facebook about the arts program.

The hospital is located in an inner city area which is ethnically diverse. The arts program was designed to appeal to the multicultural community and provide a welcoming environment for the surrounding neighborhoods.

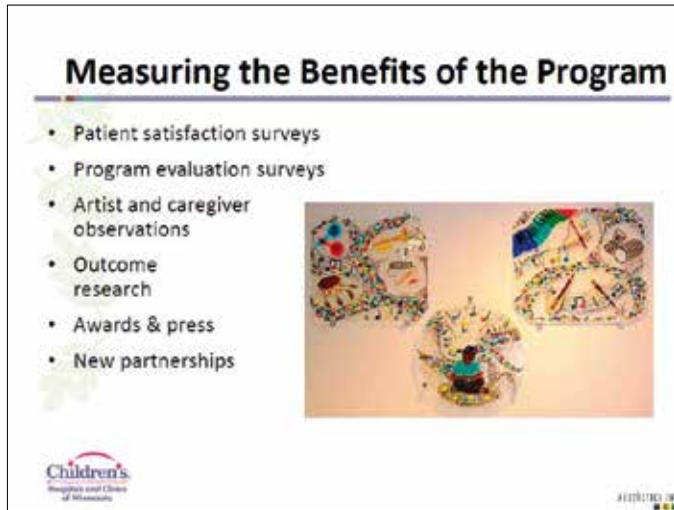


FIG. 6

A multi-tiered evaluation program was put in place from the beginning, including patient satisfaction surveys, program evaluation surveys, artist and caregiver observations and some hard health outcome research. Some of the questions that were asked were:

- How does the art in the public spaces provide positive distractions for your family?
- How do the environment, art and presence of art assist in recommending this facility to friends?
- Did you stop and personally interact with the art, or did you just notice it on the wall?
- Is there a piece that you remembered?
- Does your child/sibling have a favorite piece of art? **FIG. 6**

The data demonstrates significant positive reaction across the diverse community surveyed. Additionally, the self-reported data by either children or their families demonstrated a 41% average improvement between before and after scores for children participating in art making activity.

We are currently designing a new art program in cooperation with the Minneapolis Institute for Art to look at how specifically-designed art projects can assist in improving compliance for children with acute Type 1 Diabetes.

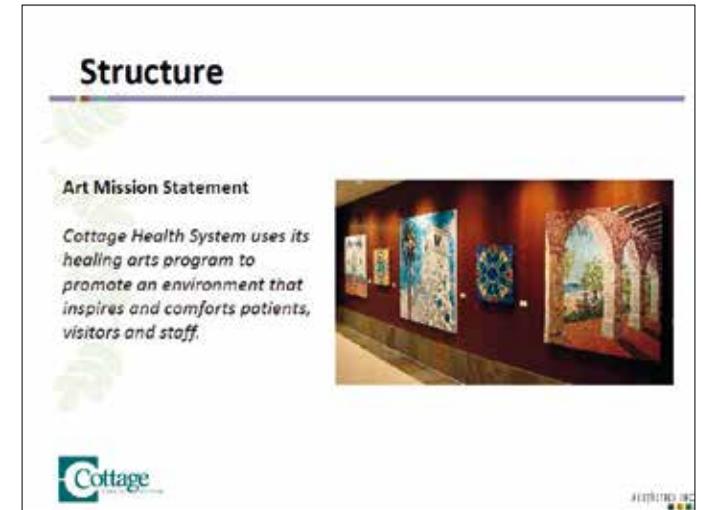


FIG. 7

2. Cottage Health System

Now I am going to take you across the country to the west coast to Santa Barbara to Cottage Health System. They were also embarking on a large expansion – a 500 bed replacement hospital. Santa Barbara is located on the central coast of California and is known for their art community and especially their plein air painters. **FIG. 7**

We were engaged five years before the hospital opening to design a community based arts program for the building, with the goal of making the hospital the center for the best artists in the community.

- We started with developing a Mission Statement and Strategic Goals. We developed the overall theme “The vibrancy of the Central Coast” and implemented a public art process in which we published a Call for Art. 400 artists submitted and 123 artists were selected.
- A landmark collection of 45 major commission pieces became signature pieces that were fundraised for. All of the artwork was commissioned for the facility based on floor themes developed in the art program.
- Artists were given whole waiting rooms or corridors gallery spaces to create a body of work which highlighted the artist and assisted in wayfinding.
- This created the largest collection of living plein air painters in the region.



FIG. 8

- Fundraising strategies were developed that included producing a catalog of pieces, an auction to sponsor the art works and a website was developed to educate the community on opportunities for giving.
- 19 pieces of sculpture were commissioned for outdoor terraces and gardens. A river of life garden cut through the building, and sculptures made it a wonderful place to walk and reflect. Art benches were commissioned for the public seating areas outdoors.
- Partnerships were developed with the local art museum and the historic museum. Long corridors became changeable galleries, under the management of the museums. A women's gallery features changeable exhibits by well-known women artists of the community.

FIG. 8 E 9

Here is a quote from a recent patient of Cottage Hospital:

“When I was lying on the operating table a few days ago, there was a very friendly and collegial atmosphere between the surgical team members. That really put me at ease. What blew me away, was when the surgeon asked me: “What music would you like to listen to while I operate?” I requested JS Bach’s Cello Suites which unfortunately they did not have. I don’t remember what was played because I quickly zonked out after requesting a strong tranquilizer. Don’t forget to load up your favorite music on your phone - you never know when you’ll REALLY need it. On the second day at



FIG. 9

Cottage Hospital, I ventured outside my room and walked around the corridors - the place hardly looks or even smells like a hospital. There is art work hanging on the walls. On the third floor, there were amazing paintings, entire areas devoted just to art and sculpture. Completely wild, I thought I was at the Getty or Norton museum. Just being around art gave me an incredible sense of well-being - I would like to thank the Board of Directors of Santa Barbara Cottage Hospital for creating what must probably be the most beautiful hospital on the planet. If you are going to have health issues, surround yourself with beauty, art and love.”

The art program at Cottage Health System has received many local awards and has become the destination in the community to look at great art. Their evaluation program is in the beginning stages.



FIG. 10

3. AtlantiCare

We now jump across America one more time to Atlantic City, home of many casinos and beautiful beaches. Unfortunately, they were hit very hard recently by Hurricane Sandy. It will take time to rebuild this community.

The point of talking about the projects at AtlantiCare is to illustrate a project that started a half a dozen years ago with one small project that created a spark in the community that has grown and improved over time. The hospital system saw how engaging artists and commissioning original art makes a difference and they made a commitment to growing the program. Our first project for them had a budget of only \$150,000 for a women's center and a new ED. The second project had a larger scope and the third even more engagement. They have many outcome studies that have demonstrated that the arts makes a difference.

FIG. 10

This year they created a short video about their collection. I would like to play this for you so you can hear from their perspective how art has affected them:

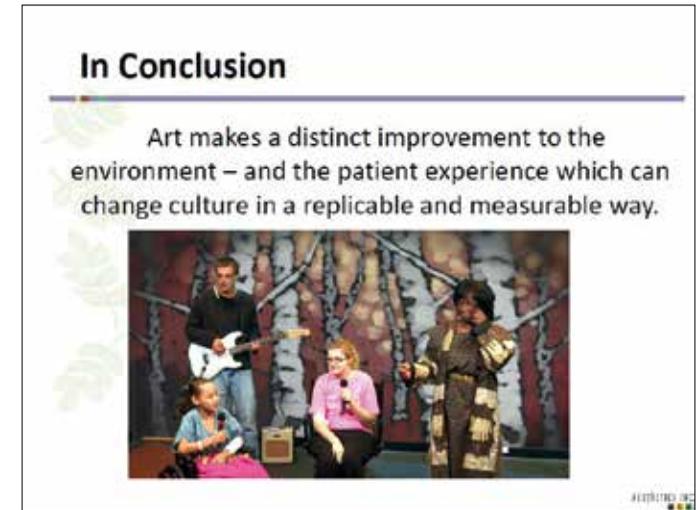
- **Glen Ann Stoll** - I think when you walk into any health care facility you expect a great clinical staff, the best quality, state of the art technology, the added benefit of having a healing arts program is that you immediately sense a different environment. My name is Glen Ann

Stoll and I am the director for Regional Business Development at AtlantiCare.

- **Ralph Hunter** - The healing arts program relaxes people in many, many different ways, it makes people feel that they're part of getting better and feeling stronger and it also helps not just the patient, but also the staff put together a better outlook on how things are being handled in the hospital. You look at a piece of art or sculpture and you're able to look at it and get the feeling that that belongs in a hospital. My name is Ralph E. Hunter, Founder and Director of the African American Heritage Museum of South New Jersey.
- **Glen Ann Stoll** - We started the healing arts program in 2006 in our Mainland campus expansion and it really was an opportunity for us to add a different facet to the work at the foundation. We typically do fund-raising through just special events such as the gala and the golf tournament and by researching what other hospitals were doing successfully, we learned they were incorporating healing arts as part of their fund-raising and development efforts.
- **Joanie Ganon San Chirico** - When I was going through chemo, the first week after I had my first chemo treatment, I was awarded the largest commission of my career for the Ocean County Library; and I have to say that my art and working on that art, throughout my chemo, saved my life. I truly believe that, because some days I was so busy working on my art, I forgot that I was sick. My name is Joanie San Chirico and I am a mix media artist. I work in textiles, photography and painting. I've been very fortunate in working in the healing arts program at AtlantiCare. The newer hospitals with all the research that they've been doing have really discovered that art and design, really helps patients become more acclimated and more comfortable and not as nervous as they would be years ago.

- **Ralph E. Hunter** - You come and get the understanding that AtlantiCare's walls now speak back. Art matters and art has mattered a great deal in the contribution AtlantiCare or Atlantic Healthcare has made to the art of healing in Atlantic County.
- **Janine Begasse** - I think artwork humanizes the work environment. It impacts levels of motivation and subsequent performance of our employees, and creates a cultural environment for AtlantiCare to fulfill its mission and its vision. So I think the healing arts program is an integral part of the organization, I hope it's a huge part of our growth and our expansion. My name is Janine Begasse, and I am currently the performance improvement coordinator here at Atlantic care.
- **Glen Ann Stoll** - I had the occasion to sit outside the cancer centre, one day, and I was actually sitting in a parking lot and it was pouring rain and you could literally just look inside and see the way the light was coming down and hitting the artwork. It was just very soothing and very peaceful.
- **Ralph Hunter** - AtlantiCare is very leader in bringing this healing art program not only to Atlantic City, but to the county and throughout the United States.
- **Joanie Ganon San Chirico** - If I can have even somebody just look at my painting instead of sitting there, petrified of what's going to happen and look into it and try to figure out what I meant when I was painting that, that's just fabulous to me.
- **Janine Begasse** - As we continue to grow in AtlantiCare, I think that the healing art should be an integral piece of our expansion, and you know, of our growth.

FIG. 11



- **Glen Ann Stoll** - When AtlantiCare made the commitment of one percent of hard construction cost for the healing arts program, we also make a verbal commitment to support the artists of New Jersey and the reason we did that not because it's the right thing to do from a, you know, corporate responsibility sampling, but it creates additional partnership for Atlantic Healthcare; because our overall vision is to create a healthier community and a healthier community doesn't depend on whether you can walk and talk and do all these great things, but it's your emotional health, it's your mental health, your financial health, it's all those aspects put together.

VI. Concluding remarks by Annette Ridenour, President and Founder, Aesthetics Inc., San Diego, California

I just have two concluding statements here. So, in conclusion, I just want to sum up that I believe that Arts programs can be generative; and that Art makes a distinctive improvement to the environment and to the patient's experience, which can change culture in replicable and measurable ways. FIG. 11 E 12

In Conclusion

-The days of depersonalized, frightening, noisy, and confusing care environments are numbered. Research, experience, and common sense demonstrate that **the arts are appropriate, effective, and cost-efficient strategies.** Today's visionary healthcare leaders are freed to honor the full panoply of human aspiration, as expressed through the arts, within their institutions' activities and their physical designs."

Annette Ridenour and Blair Sadler

AMSTERDAM

FIG. 12

To quote Blair Sadler and myself from the book:

"The days of depersonalized, frightening, noisy and confusing care environments are numbered. Research, experience and common sense demonstrate that the arts are appropriate, effective and cost-efficient strategies. Today's visionary healthcare leaders are freed to honor the full panoply of the human aspiration as expressed through the arts, within their institutions' activities and their physical designs."

Thank you. ■

Discussione con il pubblico

Nicoletta Carbone

Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Grazie. Siamo giunti alle conclusioni e abbiamo sentito gli interventi dei nostri relatori. È tempo di dare a voi la parola, di recuperare anche un po' di tempo perché le relazioni sono state interessanti ma anche abbastanza corpose.

Per concludere, volevo solamente ritornare al titolo, perché alla luce delle relazioni dei nostri ospiti mi viene, in quanto giornalista, da cambiarlo un po'.

Il titolo rimane *Il ruolo dell'arte e dell'ambiente nella cura dei pazienti in ospedale* ma, dopo la giornata di oggi, potremmo dire *La forza dell'arte*, se voi siete d'accordo.

Dato che i nostri relatori si sono susseguiti in un equilibrio armonico, io chiederei loro delle conclusioni molto stringate prima di dare la parola al nostro pubblico, per provare a trovare una formula, un nuovo titolo, proprio alla luce di quanto ci siamo detti. Io ho detto *La forza dell'arte*. Prof. Raglio?

Alfredo Raglio

Musicoterapeuta

Io credo che si possa parlare di Forza dell'arte nella cura. Metterei due punti e aggiungerei Potenzialità, applicazioni ed evidenze scientifiche pensando che, sulle potenzialità, siamo tutti d'accordo, sulle applicazioni, secondo me, da tecnico, c'è ancora molto da dire e da fare, e, ancora di più, sulle evidenze scientifiche, nonostante come già abbiamo visto ce ne siano.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore
Prof.ssa Sbattella?

Licia Sbattella
Professore del Politecnico di Milano e Direttore Scientifico
Esagramma, Centro di formazione clinica e ricerca per il disagio
psichico e mentale

Più che un titolo avrei una formula che suona così: *L'arte, l'ambiente, nutrono il nostro umano sentire, esistere, risuonare, dialogare, sostare e ci consentono di orchestrare forze, fatti e sensibilità raffinate, anche nel tempo della difficoltà più grande.*

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Vorrei inoltre aggiungere che molto probabilmente queste frasi verranno riportate nel sito di Fondazione Bracco: il progetto “Arte e Ospedali” potrebbe svilupparsi ulteriormente per coinvolgere sempre più persone a raccontare la loro esperienza dell’ospedale, dal loro punto di vista. Voglio iniziare io.

Parlando con Gaela Bernini, le raccontavo che io ho avuto mio padre ricoverato durante un Agosto torrido in un ospedale di provincia; io facevo un po’ la spola tra Milano e questa piccola cittadina.

Ero ovviamente molto preoccupata, tuttavia quando mi trovavo nell’ospedale mi capitava spesso di affacciarmi dal corridoio; non era un corridoio bello come quelli descritti dal prof. Del Nord, però questo corridoio un po’ squallido finiva con una grande vetrata dalla quale si vedeva un grande albero e, sotto l’albero, andavano a prendere l’ombra dei gatti.

Io avevo un appuntamento quasi quotidiano con questo albero: guardarlo mi ricaricava e mi rigenerava, e quando vedevo mio padre forse così anche lui riviveva con me l’immagine che mi aveva, in qualche modo, assicurato.

Passo ora la parola al professore Del Nord: anche lei deve rielaborare, alla luce di quanto ci siamo detti, il titolo dell’incontro di oggi.

Romano Del Nord
Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Molto sinteticamente, essendo un architetto, io direi *Le nuove dimensioni strategiche dell’ambiente per la cura.*

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

È giusto, perché viene fuori l’architetto!
Passiamo ad Annette Ridenour.

Annette Ridenour
Presidente e Fondatrice della Aesthetics Inc., San Diego, CA

I think the arts fully engage mind, body and spirit and the exiting part of today is that neuroscience has been able to reinforce that connection.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Grazie. Grazie anche alla Fondazione Bracco che da qualche anno sta seguendo il progetto “Cultura e Salute” proprio con l’obiettivo di valutare l’impatto che la partecipazione culturale ha sulla percezione del benessere psicologico; “Arte e Ospedali” si inserisce naturalmente in questo percorso e ne rappresenta uno sviluppo ulteriore.

I nostri relatori sono a vostra disposizione se avete delle domande o dei dubbi, se volete condividere con noi una riflessione generale sull’incontro di oggi.

Voce Donna Io faccio musicoterapia ma tramite la voce, e ho scoperto che si potrebbe anche avere un'auto-guarigione. In quel senso lavoro con Centri per anziani, dove prima formo la voce e poi li faccio cantare in coro.

Volevo però chiedere un'altra cosa: io ho collegato questo lavoro anche con le gallerie, facendo arte, musica e salute, tutte e tre le cose insieme. Tuttavia, quando chiediamo dei finanziamenti al Comune dappertutto mi rispondono: senza pagamento.

Ho l'impressione che sia la musicoterapia sia l'arte terapia si potrebbero fare in ogni ospedale però ho visto, anche di recente, che in molti ospedali non accettano affatto questo approccio. Quindi come conciliare questa cosa con i pagamenti?

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Signora la ringrazio perché lei solleva un tema importante, anche se non è propriamente il tema di oggi. Bisognerebbe però lavorare su questo facendo crescere la sensibilità.

Prof.ssa Sbattella, vedo che lei è pienamente d'accordo: si deve lavorare anche in questa direzione?

Licia Sbattella
*Professore del Politecnico di Milano e Direttore Scientifico
Esagramma, Centro di formazione clinica e ricerca per il disagio
psichico e mentale*

La ricerca di finanziamenti è importante. È importante però, anche creare sensibilità e cultura.

Speriamo che il nostro ritenere fondamentali questi ambiti possa creare nuove occasioni. Per questo servono interventi interdisciplinari. In generale l'arte è ancora sottovalutata da questo punto di vista e questo vale per la musica ancora più. Spero che interventi coordinati di tipo culturale e attività specifiche di ricerca fondi, possano creare nuove condizioni altrimenti, anche una realtà come quella di Esa-

gramma rischia di morire. Lo sappiamo bene e lo dobbiamo sempre ricordare: alcuni interventi chiedono sensibilità raffinate e persone generose.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

È certamente un aspetto che non possiamo sottovalutare. Ci sono altri interventi?

Voce Donna Buongiorno. Avrei una domanda per il Prof. Del Nord anche a nome dei miei colleghi del corso di Arti, Patrimoni e Mercati, e quindi attenti anche all'aspetto economico relativo alla costruzione di questi ospedali. Ci chiedevamo se per la progettazione e realizzazione di un ospedale come quello del Meyer, con le relative caratteristiche di eco-sostenibilità, di *children-friendly design* etc., i costi da affrontare per un nuovo ospedale con queste caratteristiche, sarebbero gli stessi di un ospedale normale o di più, o diversi?

Romano Del Nord
Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Sono preparatissimo perché questa domanda me la fanno sempre. Per fortuna però posso rispondere che nei costi a consuntivo (perché noi abbiamo avuto i risultati finali quando è stato chiuso il contratto con tutti gli operatori che sono stati coinvolti) rispetto al costo standard medio della Toscana i costi del nostro progetto sono stati il 5% - 6% inferiori.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

Quindi un dato da considerare e da sottolineare. Se c'è un altro intervento...

Carlo Badiani Buongiorno, sono Carlo Badiani, chirurgo a Torino.

In primo luogo mi complimento con la Fondazione Bracco per questi Simposi che sono veramente all'avanguardia e importanti e, in particolare, con il dott. Enzo Grossi che è un po' una specie di *factotum* visto e considerato quello che fa. Avevo una specifica domanda da chiedere al Prof. Raglio.

Lei ha parlato di prevenzione secondaria e terziaria. Ma se non sbaglio, nel passato, nell'antica Grecia, si faceva soprattutto prevenzione primaria, in quanto Aristotele diceva che *“la musica triste serve per gli spiriti troppo eccitati mentre la musica allegra serve per gli spiriti troppo malinconici”*. Per quale motivo non si insiste quindi sulla prevenzione primaria? Grazie.

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta

Io credo che il tutto vada ricondotto in termini attuali, rispetto a chi sono i nostri destinatari. Purtroppo capita spesso di lavorare in contesti patologici e irreversibili, cronici o degenerativi, e, quindi, di elevata gravità.

In questo senso io, da dentro, sono sempre preoccupato di tornare su un'idea centrale, almeno questo è ciò che penso, da un punto di vista pratico, applicativo: purtroppo la musicoterapia non ha poteri di guarigione o di risoluzione definitiva di disturbi.

Si pone come un possibile intervento che, anche in presenza di gravi compromissioni, può porsi come strumento di cura e di riabilitazione, in una dimensione che, dal mio punto di vista, riguarda la riduzione, il sollievo di alcuni sintomi e di ciò che questi producono, ma anche il miglioramento della qualità di vita.

Quindi se facciamo un discorso più ampio, credo che questo sia quanto di più e di meglio si può ottenere in alcuni contesti, ed ecco perché facevo riferimento a questi concetti. Come dire che, purtroppo, la musicoterapia non guarisce alcuno.

Vorrei riportare la cosa in termini anche molto pratici e applicativi: una parte importante della mia esperienza di lavoro e di ricerca è rivolta a patologie degenerative, come ad esempio le demenze: in questo caso l'obiettivo primario è quello di ridurre i disturbi del comportamento. Abbiamo provato che la musicoterapia riduce significativamente tali disturbi e abbiamo pubblicato alcuni studi che documentano questi risultati. È evidente che in contesti patologici non cronici o non degenerativi anche la musicoterapia può agire più efficacemente e forse esercitare una maggiore azione preventiva.

Carlo Badiani Vorrei aggiungere solo questo: che in Oriente si fa molta prevenzione primaria tramite la musica, ma lì c'è un discorso di polifonia e non di polifonie. Polifonia molto più completa ma anche molto più difficile, quindi comporta tutto un altro discorso. La prevenzione primaria significa arrivare prima che la malattia si evidenzii cioè significa agire già a livello scolastica.

Nicoletta Carbone
Radio 24 – Il Sole 24 Ore

E questo potrebbe essere, anche, un utilizzo della musica. Ci sono altre domande?

Voce Donna La mia domanda è per il Prof. Del Nord. Io sono un architetto, ho un Dottorato di Ricerca in Design e mi sono occupata recentemente di questi temi, dopo una formazione che invece ha a che fare con l'arte.

La mia domanda è sulle linee guida: è interessantissimo il fatto che ci si muova in questo senso però, sfortunatamente, nella pratica professionale ci si trova raramente ad operare nel *green field*, ossia su una struttura nuova che ci dia la possibilità di applicare in toto questi principi.

Nella maggior parte dei casi operiamo infatti su delle strutture obsolete, che sono oggetto di tutta una serie di interventi... per cui risulta molto difficile.

La mia domanda è: in queste linee guida delineate nel libro, si tiene conto anche del fatto che noi non operiamo sempre in un contesto ottimale?

E queste linee guida saranno accompagnate da degli episodi di formazione sia per i tecnici, che spesso non sono edotti su questa materia, ma anche per chi amministra le strutture ospedaliere, perché abbia una sensibilità a dirigere una tipologia d'intervento rispetto ad un'altra, spesso a costi paritari? La ringrazio.

Nicoletta Carbone
Radio 24 - Il Sole 24 Ore
Grazie a lei.

Romano Del Nord
Professore di Architettura Università degli Studi di Firenze

Cerco di sintetizzare perché ci sarebbe tantissimo da dire. Dunque, per quanto riguarda gli interventi sul patrimonio esistente, essi sono stati tenuti nella massima considerazione; e in effetti una delle finalizzazioni e uno dei contenuti espressi nelle raccomandazioni riguarda proprio le modalità per rilevare nelle tipologie di ambienti che devono essere ristrutturati quali sono gli aspetti negativi che confliggono con i requisiti di umanizzazione.

Quindi è prevista una strumentazione per rilevare lo stato di in-congruenza di ciascun ambito spaziale rispetto al tema dell'umanizzazione, e successivamente sono state riportate le raccomandazioni da seguirsi per intervenire. Abbiamo sottolineato che le linee guida sono espresse obbligatoriamente come raccomandazioni, perché non possono essere imposte proprio per le ragioni che diceva lei ma anche per ragioni di natura economica.

Abbiamo però anche rilevato che, nella totalità delle raccomandazioni, una limitata parte delle soluzioni suggerite hanno delle implicazioni in termini di incremento di costo, quindi non possono essere considerati fattori dai quali derogare per indisponibilità di risorse. Molti suggerimenti riguardano semplicemente aspetti di natura funzionale frutto di necessaria intelligenza progettuale e in questo senso, sono auspicabili anche interventi sugli edifici esistenti.

I due casi progettuali che vi ho presentato evidenziano, in maniera molto esplicita, l'efficacia dell'approccio adottato. Nel primo esempio l'intervento riguardava un edificio storico monumentale vincolato dalla Soprintendenza, edificio dell'Ottocento che non poteva essere assolutamente modificato, che doveva essere ristrutturato per essere destinato ai bambini e, successivamente, ampliato della dimensione necessaria.

Beh, lì c'è una strategia di fondo secondo cui si dice: non potendo intervenire pesantemente sul primo blocco, su Villa Ognissanti, sul complesso che era un vecchio tubercolosario, la zonizzazione delle funzioni è stata operata in maniera tale che nel vecchio tubercolosario venissero collocate tutte le funzioni che non richiedevano accorgimenti particolari, dalle funzioni amministrative alle funzioni di rapporto con il pubblico alle funzioni di attività di asilo nido. Destinazioni, quindi, non fortemente vincolate sotto il profilo impiantistico e che hanno comportato un intervento lieve sulla struttura. Di contro, tutta la parte nuova è stata costruita ex novo nella zona di ampliamento con l'impiego di tecnologie sofisticate ed innovative.

La stessa situazione la ritroviamo nel secondo progetto, il progetto dell'Oncologico. È un progetto che prevedeva inizialmente la demolizione totale di un vecchio edificio del '300 perché era in condizioni disastrose e deturpate dalle intemperie. Noi come progettisti ci siamo imposti affinché, per ragioni di inserimento ambientale e per i connotati di natu-

ra psico-ambientale che la struttura oncologica richiedeva, l'edificio storico monumentale potesse essere totalmente ripristinato, ricondotto alla sua condizione originaria e diventare il punto di invito e di accesso alla struttura oncologica.

L'intero edificio oggetto di nuova realizzazione, tecnologicamente molto avanzato, è stato dislocato in posizione tale da risultare poco visibile dall'utente che si reca all'interno della struttura per le necessarie cure.

Il primo impatto con la struttura, sotto il profilo percettivo, è costituito dal giardino terapeutico e dal fronte dell'edificio monumentale: un contesto ambientale che accoglie il cittadino senza dargli la sensazione di entrare in un ospedale e senza sollecitare sensazioni di stress e di paura.

Nicoletta Carbone
Radio 24 - Il Sole 24 Ore

Grazie. Altre domande?

Voce Donna Buonasera. La mia vuole essere un po' una provocazione. Ho sentito gli interventi e nella musica, parlando di musicoterapia, è scontato pensare che ci sia un momento di ascolto e poi un'esperienza vissuta in prima persona?

Parlando poi dell'arte, ho visto che la maggior parte degli interventi che sono stati fatti pensano all'arte come qualcosa da fruire solo visivamente; e mi chiedo come mai in questo Simposio manchi magari una parte in cui si parli dell'arte che interessa invece l'esperienza o del paziente o dell'utente e che li coinvolga direttamente.

Alfredo Raglio
Musicoterapeuta

Io rispondo brevemente dicendo che i due frammenti che abbiamo sentito erano due frammenti in cui c'era un'interazione, e quindi era il paziente coinvolto in prima persona nella relazione con il musicoterapeuta cosa che, per la verità, nella musicoterapia, è assolutamente centrale.

Nicoletta Carbone
Radio 24 - Il Sole 24 Ore

Però è da sottolineare che l'arte fa bene farla e fruirla. Questo forse era questo che si intendeva con la domanda.

Maestro Mimmo Roselli
Artista

Io nel mio intervento ho parlato anche di un'esperienza costruita proprio insieme alle persone. Quando parlavo dell'intervento a Villa Solaria, quest'Istituzione per la vecchiaia, ho detto che l'esperienza era stata progettata per lavorare insieme agli operatori sanitari e gli ospiti della struttura. Chiaramente, in quel caso particolare, gli ospiti non avevano una grande capacità di manualità, però questo non lo esclude.

Nicoletta Carbone
Radio 24 - Il Sole 24 Ore

Grazie Maestro. Bene, a questo punto ringraziamo i relatori, la Fondazione Bracco, e voi per l'attenzione. Buona giornata e speriamo allora di poter scrivere *La Forza dell'arte*. ■

**“Il ruolo dell’Arte e dell’Ambiente
nella cura dei pazienti in ospedale”**

30 novembre 2012

Sala delle Colonne

Museo Nazionale della Scienza

e della Tecnologia “Leonardo da Vinci”

via San Vittore 21, Milano

Progetto editoriale a cura di Fondazione Bracco

Redazione editoriale

Fondazione Bracco

Progetto Grafico

Dario Zannier

© 2013 – Fondazione Bracco

Tutti i diritti riservati

www.fondazionebracco.com

I testi degli interventi sono stati rivisti
ed autorizzati dai Relatori.

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi
forma o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro senza l’autorizzazione
scritta dei proprietari dei diritti e dell’editore.

Finito di stampare nel mese di aprile 2013

presso ItalgRAF, Rubiera (RE)

Printed in Italy

Fondazione Bracco, in collaborazione con Puraction, conferma la sua adesione al programma internazionale di compensazione volontaria della CO₂. Le emissioni generate dal Simposio sono state compensate grazie al rinnovato sostegno del progetto Bom Jesus. Il Progetto ha come fine il passaggio da combustibili di legno vergine a biomassa rinnovabile all'interno di una fabbrica di ceramica in Brasile, prevedendo di non immettere in atmosfera circa 200.000 tonnellate di CO₂ nell'arco di 10 anni.

