

# CULTURA DI BASE

## Racconto etnografico

A cura di  
Consuelo Nocentini

Un progetto di



Nell'ambito di



Fondazione  
Compagna  
di San Paolo

Partner



ASL  
Lombardia



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TORINO

Sponsor tecnico



Supporter



## 1. Introduzione

## 2. Note Metodologiche

## 3. Cultura di progetto

### Pt1. I primi passi di un lavoro corale

- 3.1 Ideazione: da un interesse comune ad un obiettivo innovativo
- 3.2 La creazione del gruppo di lavoro
- 3.3 Il ruolo dei Medici

### Pt2. Un progetto interdisciplinare

- 3.4 Linguaggi condivisi
- 3.5 Habitus e confini professionali
- 3.6 Mediazione e rapporti con la committenza
- 3.7 Experience Design

### Pt3. I luoghi della cultura e l'attenzione per il contesto

## 4. La sperimentazione

### 4.1 Perché partecipare a Cultura di Base?

- Il punto di vista dei medici
- Il punto di vista dei pazienti

### 4.2 Uscire dall'ordinario

- "Mi è sembrato di finire su Marte"
- Verso un'altra idea di paziente

### 4.3 Tra inclusione ed esclusione

### 4.4 Accoglienza e volontariato

### 4.5 Spazi "dedicati" e spazi "ricavati"

### 4.6 La partecipazione dei luoghi di cultura

## 5. Conclusioni ed aperture

### Cenni Bibliografici

## 1. Introduzione

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

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

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

Attraverso una vasta compartecipazione di partner di progetto<sup>1</sup> e un focus incisivo e originale, Cultura di Base si presenta come un intervento realmente unico nel panorama italiano dell'innovazione sociale, un esempio di buona pratica nascente che, come tale, deve essere raccontata e valorizzata.

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

---

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

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

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

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

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

## 2. Note metodologiche

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

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

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

In merito alla fase di racconto e valutazione della sperimentazione, sono state realizzate osservazioni dei percorsi di formazione a medici, operatori/ici della cultura e volontari/ie, prima della loro presa in carico del servizio; la partecipazione alle cicliche supervisioni dell'associazione

il Nodo, gruppo multiprofessionale dedicato all'osservazione istituzionale dei luoghi di cultura/cura; interviste di tipo qualitativo con medici, pazienti, operatori/ici della cultura e responsabili del segmento del volontariato.

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

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

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

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

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

### **3. Cultura di progetto**

La prima parte di questo resoconto è dedicata alla fase di ideazione e co-progettazione dell'intervento progettuale.

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

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

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

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

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

## I primi passi di un lavoro corale

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

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

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

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

*"Avevamo già sviluppato progetti sul tema dell'umanizzazione degli spazi di cura, in due reparti ospedalieri. Questi due progetti ci hanno collocato in una nicchia scoperta: si parla tanto di luoghi*

*di cura e umanizzazione di cura, ma non attraverso il luogo di cura. Anche nelle linee guida dell'OMS sul benessere, tra cultura e arte, manca all'appello l'architettura."*

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

Le testimonianze qui riportate, oltre a riflettere una parte di multidisciplinarietà del progetto (provengono rispettivamente da interviste realizzate a partner con background di studi di tipo economico e medico) sono esemplificative di un interesse comune che tutte/i le/i partner di progetto hanno espresso nei confronti della capacità generative dell'incontro cultura e salute. Questa comunione di intenti e orientamenti ha costituito però solamente la base da cui partire: la progettazione è andata incontro alla stesura di varie bozze, alla condivisione di vari ripensamenti, alla delicatezza di numerosi momenti di negoziazione tra le varie parti per arrivare alla stesura del progetto e all'identificazione del suo obiettivo primario. Inoltre, non sono mancati ostacoli logistico-organizzativi, dalla messa a punto di ambulatori medici in spazi come i luoghi della cultura, pensati per tutt'altre funzioni, alle restrizioni e normative dovute alla ben più generale pandemia di Covid 19.

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

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

Da un lato, dunque, i luoghi della cultura: l'interesse per gli spazi, per i contesti di cura e di cultura come spazi di relazione, per la loro architettura e per la cura e l'attenzione che meritano. D'altro canto, invece, l'importanza del coinvolgimento di figure delle cure primarie a progetti innovativi e interdisciplinari come questi, sia perché permettono una visione più ampia del concetto di salute, sia perché tali professionisti rappresentano figure "di soglia" tra il mondo della sanità e quello dei membri della comunità.

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

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

### **3.2 La creazione del gruppo di lavoro**

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

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

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

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

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

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



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

Le priorità finora illustrate ben esprimono il riconoscimento del valore reale delle competenze relazionali, di quel “saper fare” che troppo spesso riceve scarso riconoscimento e/o viene nascosto da dinamiche fin troppo clientelari nella costruzione della rosa dei partner di progetto. Il lavoro di gruppo, soprattutto quando rappresenta un tentativo di lettura condivisa e interdisciplinare di un tema complesso come il binomio cultura e salute, può rappresentare un importante potenziatore analitico, in grado di garantire interventi più efficaci e di beneficio per tutti gli attori coinvolti. Tuttavia, la suddetta relazione non appartiene al mondo dei rapporti causa-effetto quanto piuttosto all’allenamento quotidiano all’integrazione multiprofessionale, ad una condivisione e valorizzazione delle competenze di ciascuna parte del gruppo di lavoro in termini cooperativi, piuttosto che di competitività.

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

### **3.3 L’ingresso dei medici**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questa ulteriore collaborazione ha rappresentato, agli occhi dei/delle diretti/e interessati, un importante passo avanti nell'annosa questione del riconoscimento professionale poiché

*"ciascuno ha una competenza specifica, noi abbiamo trovato il tipo di questionario, abbiamo fatto quello che sappiamo fare, c'è stato questo riconoscimento!"*

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

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

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

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

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

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

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

*"Questo è un problema generale perché i medici oggi hanno un'ottima preparazione tecnica, ma una scarsa esperienza pratica e capacità, per esempio, di visitare. Soprattutto hanno scarsa propensione alla relazione e alla comunicazione. All'università non c'è nessuna formazione di questo tipo... è come se uscissi dall'università senza che nessuno mi abbia insegnato a leggere*

*una radiografia, non sarebbe pensabile. Questa minima competenza dovrebbe esserci anche sulla comunicazione ma si dà per scontato che si sappia comunicare con il paziente. Credo che questa esperienza caratterizzata sulla comunicazione, sulla relazione e sull' alleanza possa motivarli a sentire di più questa esigenza e questo aspetto nella professione. È una grande opportunità."*

E anche:

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

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

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

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

## Progettare insieme

### 3.4 Negoziare un linguaggio condiviso: come parliamo delle cose

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.5 Habitus e confini professionali**

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

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

*“Ciclicamente è cambiato l’impegno dei partner. Il nostro, essendo capofila, è costante, e anche molto impegnativo ma, per esempio, adesso il Circolo del Design sta lavorando meno, mentre sta*

*lavorando molto Arteco che segue tutti i luoghi, poi la sperimentazione sarà sul campo e toccherà a medici, operatori culturali e volontari e noi ci rilasseremo e inizieremo ad essere anche un po' osservatori..."*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un ultimo elemento da segnalare rispetto a questo grande tema riprende l’importanza di quei fattori che abbiamo definito intersezionali (linguaggio, visioni, mandati professionali, principi deontologici): tra questi fattori è doveroso aggiungere una variabile che possiamo definire gerarchica. Ogni gruppo di lavoro viene definito sia da differenti ruoli e funzionali a livello formale, sia per variabili più informali come il genere, l’età (anagrafica ma anche professionale), la provenienza, la formazione ricevuta.

Sebbene un dialogo flessibile e rispettoso abbia fatto da sfondo a tutte le fasi di co-progettazione di Cultura di Base, non sono mancate osservazioni capaci di tenere conto di questi ulteriori elementi di complessità, in particolare modo l’indefinitezza di certe professioni e i rapporti di potere che entrano in gioco nelle relazioni del gruppo di lavoro.

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



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

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

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

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

### **3.6 Ruoli di mediazione e relazione con la committenza**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.7 Experience Design**

Un ultimo elemento significativo per il racconto dell'esperienza di co-progettazione di Cultura di Base riguarda il coinvolgimento di TODO, agenzia attiva sul territorio in ambito di *experience design*, un apporto al progetto, fortemente voluto e sostenuto da Il Circolo del Design, e che si configura anch'esso come profondamente innovativo perché fondato sull'applicazione di queste tipologie di ricerca alle fasi creative e progettuali del percorso e non solo, come siamo più abituati a vedere, in termini di valutazione ex post dell'esperienza.

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

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

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

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

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

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

Da un lato, infatti, come scelta metodologica “che non sporcasse i risultati” e alla stregua d’un habitus, quello del ricercatore, che parimenti ad altre professioni si compone di quegli automatismi e rigidità che abbiamo osservato nei paragrafi precedenti, la ricerca e i workshop

preliminari non hanno coinvolto attivamente i partner di progetto. Questa parziale assenza ha dato luogo a vissuti contrastanti, come emerge dalle parole di una progettista:

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

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

Quest’ultima testimonianza chiama in causa un momento molto delicato per qualsiasi tipo di ricerca su committenza, ovvero i termini della sua restituzione.

Come abbiamo già visto nella stessa introduzione di questo racconto etnografico, restituire i risultati di un processo, che sia di una ricerca tout court, di una ricerca finalizzata alla progettazione e di una stessa esperienza di co-progettazione, non rappresenta solo l’analisi del raggiungimento di determinati obiettivi ma è responsabile di attivare un senso di partecipazione e coinvolgimento al percorso tutto.

Sollecitati/e a riflettere sulle questioni emerse dal rapporto con l’experience design del progetto, i/le partecipanti alle interviste hanno sottolineato la corresponsabilità di molti elementi strutturali ed organizzativi, piuttosto che personali o professionali.

Sono stati ricordati gli sfasamenti di tempo che un progetto così complesso e corale portano inevitabilmente con sé:

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

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

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

*“Forse sono mancati momenti di riflessione in merito ai risultati ottenuti. La parte di riflessione c’è stata tanto all’inizio ma poi, in un secondo momento, è stata data un po’ per scontata; le riunioni*

*plenarie erano più che altro operative, dato anche il numero di partecipanti... Forse avremmo dovuto prenderci il tempo di essere più riflessivi."*

*"Un altro tema è che non avevamo numeri davvero significativi. Si poteva con più tempo costruire meglio workshop... è stato pressante da costruire perché non avevamo ancora rinegoziato i tempi con Compagnia<sup>2</sup>"*

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

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

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

### **I luoghi della cultura e l'attenzione per il contesto**

*"Lo spazio è la chiave della nostra mission"*

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

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

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

---

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

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

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

Partite inizialmente *"con un rigore scientifico dal punto di vista geografico"* che richiedeva l'individuazione di almeno uno spazio rappresentativo di ogni circoscrizione della città di Torino, le professioniste di Artecò hanno dovuto fare i conti con diversi vincoli strutturali a cui proveremo a dare breve spazio in questa trattazione e che hanno portato alla riformulazione degli obiettivi della mappatura.

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

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

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

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

Segnalare la mancanza di luoghi museali e/o di produzione culturale nelle aree periferiche della città mette in luce come queste siano segnate da profonde disuguaglianze sul piano sociale e culturale: senza sminuire la portata della sperimentazione di Cultura di Base; tuttavia, pone al

centro della questione una criticità che può essere risolta solo lavorando alla sua riduzione su più livelli, dal coinvolgimento sul piano "micro" di contesti virtuosi ma anche su un piano più "macro", per attivare politiche e interventi che si facciano portatori di spinte di redistribuzione e di equità sociale.

Per seguire le parole di una intervistata:

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

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

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

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

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

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

Il carattere spaziale di questi ostacoli, unito alle stringenti normative dovute alla pandemia, ha reso il percorso di ricerca e mappatura prima e, in un secondo momento, di allestimento dei



luoghi selezionati da parte dell'architetto appositamente coinvolto, un percorso piuttosto sfidante ma altrettanto accidentato.

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

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

## 4. La Sperimentazione

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

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

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

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

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

### 4.1 Perché partecipare a Cultura di Base?

Comprendere e sottolineare le motivazioni che hanno spinto una persona a partecipare a un progetto innovativo e sfidante come Cultura di Base rappresenta uno dei primi esercizi fondamentali per individuare quei fattori chiave, sia in termini di risorsa che di criticità, che stanno alla base del progetto e, soprattutto, della sua possibile replicabilità.

Le testimonianze che vedremo, infatti, rivelano in controluce aspetti più generali della persona a cui appartengono, a partire dai valori che la guidano, alle sue aspirazioni e ai desideri di cambiamento.

## Il punto di vista dei medici

Come visto nella prima parte del resoconto etnografico, i medici di medicina generale hanno avuto un ruolo fondamentale sin dalle prime fasi di ideazione e co-costruzione del progetto, sia per quanto riguarda quella che abbiamo chiamato *"la loro entrata metodologica nel progetto"*, sia rispetto alla centralità conferita alla loro figura in fase di sperimentazione.

È, infatti, attraverso il miglioramento dell'alleanza tra queste importanti figure e i/le loro pazienti che si è scelto di valutare l'efficacia di questo percorso sperimentale, facendo del medico uno dei principali protagonisti e beneficiari dell'intervento.

A questo proposito, indagare sulle motivazioni che hanno spinto i medici a partecipare, offre una finestra importante sulle condizioni di vita e lavoro di tali professionisti.

Tra le principali risposte alla domanda relativa ai motivi che hanno spinto a partecipare al progetto troviamo sicuramente il riconoscimento della sua originalità e una conseguente e genuina curiosità per la sua realizzazione, così come l'attitudine già consolidata di alcuni di questi professionisti a lavorare attraverso gli stimoli che l'arte può offrire.

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

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

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

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

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

Le testimonianze dei medici sopra riportate, oltre ad offrire uno sguardo privilegiato su una generale condizione di sofferenza sociale della categoria professionale, situano il progetto Cultura di Base nell'ambito dell'extra-ordinarietà, di qualcosa, cioè, che rompe con gli schemi e i modelli che orientano l'ordinario e il quotidiano e offre, in virtù di questa sua liminalità,

l'occasione per ripensare il proprio lavoro in maniera sistemica, fin dalle sue "procedure" più ordinarie come l'incontro tra un/una paziente e il suo medico di base.

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

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

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

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

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

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

## Il punto di vista dei pazienti

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

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

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

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

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

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

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

### 4.2 Uscire dall'ordinario

La caratteristica innovativa di Cultura di Base ci consente di esplorare ulteriormente questa idea di "straordinarietà" e soprattutto, di sviscerarne le potenzialità poiché, come abbiamo visto, è alla

base delle motivazioni che hanno portato i medici ad aderire e a dare vita alla sperimentazione di Cultura di Base.

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

### *“Mi è sembrato di finire su Marte”*

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

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

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

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

suggeriscono l'importanza e la generatività di una postura di "straniamento" rispetto a ciò che ci appare scontato.

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

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

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

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

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

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

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

### **Verso un'altra idea di paziente**

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

Nelle parole del paziente possiamo infatti cogliere un senso di riconoscimento e attenzione che sente non appartenere alla sua esperienza quotidiana della sanità pubblica: la fuoriuscita

dall'ordinario, dunque, non riguarda solo la scelta del luogo di cura ma anche le sue pratiche e ricadute, tanto potenti quanto inaspettate.

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

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

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

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

Le parole del medico sono molto forti e significative perché introducono nel processo di cura e nell'alleanza tra medico e paziente "qualcosa che prima non c'era, i ricordi, i sogni di un ragazzino. In un "ambulatorio-museo", non si parla solo di salute e malattia, ma di persone".



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

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

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

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

#### **4.3 Tra inclusione ed esclusione**

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

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

L'intuizione del medico, che troverà sicuramente seguito negli esiti del questionario quantitativo, ha avuto, nel concreto, un'applicazione e dei risvolti altrettanto eterogenei.

Un elemento da tenere in considerazione, infatti, è quello del criterio di selezione utilizzato dai medici nella scelta di quale tipologia di utenza indirizzare verso il nuovo studio.

In molte situazioni l'età anagrafica e la presenza di ostacoli strutturali (distanza, presenza/mancanza di parcheggi e/o mezzi pubblici, ecc.) hanno contribuito alla selezione dei/delle pazienti che hanno fatto esperienza della sperimentazione di Cultura di Base.

Inoltre, si sono presentati anche ostacoli che potremmo definire "simbolici"; come ricorda una dottoressa in merito alla frequentazione del Parco Arte Vivente (PAV):

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

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

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

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

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

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

*“Si rischia di creare il paradosso per cui chi ha più bisogno di andare in un bel posto non ci va e ci va chi ne ha meno bisogno... si rischia di creare una selezione sulla base di condizioni e graduatorie che non dovrebbero esistere perché questo progetto deve essere universale”.*

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

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

I commenti sopra riportati non intendono sminuire la portata del progetto anche perché provengono da persone che hanno colto e apprezzato il senso di una sperimentazione come

quella di Cultura di Base. Tuttavia, offrono degli sguardi interessanti in tema di disuguaglianze e accesso ai servizi sanitari e culturali, che, come abbiamo potuto osservare nel capitolo dedicato alla scelta dei luoghi di cultura, rappresentano un argomento caldo nel contesto torinese.

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

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

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

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

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

#### **4.4 Accoglienza e Volontariato**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le valutazioni fino a qui espresse ci invitano a ripensare e a riconoscere l'importanza del volontariato e, soprattutto, la necessità di una valorizzazione di sistema di figure professionali che siano capaci di gestire il percorso di accesso agli studi medici come parte integrante del processo di cura. Riportiamo alcune dichiarazioni, rispettivamente di un paziente, un medico e un'operatrice culturale, riguardo all'argomento:

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

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

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

#### 4.5 Spazi “dedicati” e spazi “ricavati”

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

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

È utile usare questo spazio per mettere in luce alcune criticità salienti che ad un primo assaggio di esperienza non hanno rappresentato alcun ostacolo insormontabile ma che, in ottica di fattibilità e replicabilità del progetto, acquistano un valore rilevante.

Il primo fattore a cui vale la pena dedicare maggior attenzione è la sala d'attesa.

Il principale vissuto dei/delle pazienti rispetto a questo spazio riguarda il suo carattere “ricavato”, piuttosto che “dedicato”. Come abbiamo visto in precedenza, il nucleo del progetto Cultura di Base ha riguardato fundamentalmente il ricollocamento dello studio medico all'interno di spazi di luoghi museali e/o di produzione culturale.

Se per quanto riguarda gli ambulatori tutti i medici si sono detti ampiamente soddisfatti, descrivendoli spesso in termini più che positivi per l'ampiezza degli spazi e l'attenzione per l'ordine e i dettagli che hanno caratterizzato il lavoro di allestimento, lo stesso discorso non può essere fatto per le sale d'attesa.

Percepiti a seconda del luogo della cultura, come ricavati, “claustrofobici” e, alle volte, anche come “corridoi bui e un po' tristi”, questi spazi sono stato spesso vissuti dall'utenza come un elemento di stonatura del percorso.

Alla luce della testimonianza sopra riportata, la principale preoccupazione risulta essere proiettata in un futuro momento di ripresa “a regime” degli studi medici:

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

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

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

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

*“Io e la dottoressa abbiamo parlato di quel che non funzionava e ci siamo fatte due risate. Sicuramente mi ha permesso di cogliere aspetti meno professionali ma più personali della dottoressa. Il nostro rapporto non si esauriva sul piano professionale, mi sono resa conto che avevamo un rapporto che andava oltre..., mi ha raccontato del progetto e le difficoltà organizzative del posto, erano sciocchezze che però sono servite a costruire il rapporto”*

A livello generale, dunque, è possibile segnalare l’assenza di forti critiche da parte dell’utenza in merito a possibili barriere architettoniche e organizzative, riflesso di quell’attenzione verso lo spazio di cura e verso l’utenza che li frequenta che abbiamo visto aver caratterizzato il dialogo tra comparto medico e culturale della fase di co-progettazione.

Sempre in riferimento al PAV, la stessa paziente ha sottolineato come il contesto culturale e, in questo caso, anche naturale, abbia rappresentato un elemento molto positivo rispetto alla sua esperienza di utente:

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

#### 4.6 La partecipazione dei luoghi di cultura

Questo capitolo è dedicato ai contesti museali e di produzione culturale che sono stati abitati dalla sperimentazione di Cultura di Base.

Nonostante l'eterogeneità degli esiti, riflesso di luoghi con variabili tanto diverse da risultare di difficile comparazione, è importante segnalare che durante le interviste, gli/le operatori/ici culturali hanno raccontato vissuti positivi e stimolanti rispetto alla sperimentazione e una percezione di "non invasività" da parte del progetto, soprattutto laddove il flusso di pazienti e quello di visitatori/ici seguiva gli stessi percorsi.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## 5. Conclusioni ed aperture

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inoltre, questo resoconto intende fare da cassa di risonanza per raccontare i vissuti, le esperienze e, soprattutto, le idee di chi ha partecipato al progetto, un primo passo verso il dibattito che si auspica questo percorso possa generare. Come sottolineato da un partner di progetto ancora prima che iniziasse la sperimentazione vera e propria:

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

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

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

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

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

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

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

*"formazione e autoformazione: sto imparando da tutti, da alcuni imparo nozioni, da altri imparo modi di comportarti. Mi piace tantissimo."*

Un' ultima nota riguarda una prima ricaduta, ancora in tempi lontani dalla sperimentazione, che mi è stata raccontata durante una riunione presso la Fondazione per l'architettura: la settimana precedente si era svolto un laboratorio, parte del percorso Wellimpact CWLab promosso da

Fondazione Compagnia di San Paolo, che era stato l'occasione per una prima presentazione pubblica del progetto Cultura di Base. Tra i partecipanti al laboratorio, il direttore della Fondazione Musei della città di Brescia, era rimasto particolarmente colpito dal progetto e aveva raccontato un suo sogno nel cassetto. Si augurava di poter replicare il progetto e di poter riaprire il consultorio e lo spazio giovani della sua città, chiuso da tempo, all'interno del luogo della cultura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Cenni bibliografici**

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

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

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

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

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

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

Sennet R., Insieme, Feltrinelli, 2014.

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