

Fondazione
Compagnia
di San Paolo



CULTURAL
WELFARE
CENTER

Indagine sulla prescrizione sociale di arte e cultura in Italia



RAPPORTO DI RICERCA

Indagine sulla prescrizione sociale di arte e cultura in Italia, realizzata da CCW - Cultural Welfare Center ETS, in collaborazione e con il sostegno della Fondazione Compagnia di San Paolo (Obiettivo Cultura - Missione *Favorire partecipazione attiva*)

Letteratura scientifica:

testi di **Annalisa Cicerchia, Catterina Seia, Simona Staffieri, Elena Baldo, Elena Rosica**

Responsabile scientifica:

Annalisa Cicerchia

Project manager:

Simona Staffieri

Commissione scientifica:

Annalisa Cicerchia, Giuseppe Costa, Luca Dal Pozzolo, Pier Luigi Sacco, Catterina Seia

Supervisione e coordinamento istituzionale (advocacy e networking):

Catterina Seia

Segreteria scientifica:

Elena Baldo e Elena Rosica

Supporto alla rilevazione digitale:

Simone Seregni

Comunicazione:

Francesca Taurino

Si ringraziano:

Giovanni Capelli e Ilaria Lega

ISS Istituto Superiore di Sanità

Claudio Tortone

DoRS Centro di documentazione regionale per promozione della Salute Regione Piemonte - ASL TO3

Antonio Maconi e Mariateresa Dacquino

DAIRI Centro di Medical Humanities AOU Alessandria

Alda Cosola

Rete HpH degli Ospedali per la Promozione della Salute e dei Servizi Sanitari

Nils Fietje

Founding Co-Director Jameel Arts & Health Lab, Technical Officer per il BCI Unit WHO Regional Office for Europe

Calum Smith

Consulente Behavioural and Cultural Insights Unit per il WHO Regional Office for Europe, ricercatore al Nuffield Department of Population Health, University of Oxford

Kornelia Kiss

Head of Culture and Health CAE - Culture Action Europe

Rarita Zbranca

Program Director Cluj Cultural Center



Cultura e salute come leva per il benessere delle persone

La visione e l'impegno della Fondazione Compagnia di San Paolo

Come Fondazione Compagnia di San Paolo, abbiamo scelto di investire nel rapporto tra cultura e salute riconoscendone il valore strategico per il benessere delle persone e per l'evoluzione dei sistemi di *welfare*. Questo impegno si colloca nell'ambito della Missione Favorire Partecipazione Attiva dell'Obiettivo Cultura, con l'intento di ampliare la partecipazione culturale e diversificarne la base sociale, promuovendo un *welfare* di comunità in cui cultura, salute e benessere si rafforzano reciprocamente.

In un contesto segnato dall'emergere di bisogni complessi – invecchiamento della popolazione, fragilità sociali, solitudine, cronicità – appare sempre più evidente come i determinanti culturali e sociali incidano in modo strutturale sulla qualità della vita e sugli esiti di salute. In questa prospettiva, la cultura non è solo ambito di produzione simbolica, ma risorsa attiva capace di generare relazioni, rafforzare competenze, sostenere processi di cura e prevenzione.

Il nostro impegno su questi temi affonda le radici in un percorso avviato negli anni, che ha trovato una prima sistematizzazione nelle indagini esplorative del 2017 e si è consolidato attraverso il programma Well Impact (2021-2023). In questo ambito abbiamo accompagnato territori e organizzazioni nella sperimentazione di pratiche innovative, contribuendo a sviluppare progettualità che mettono in relazione istituzioni culturali, servizi sanitari e comunità locali. Questo lavoro ha permesso di costruire un patrimonio di esperienze e conoscenze che oggi rappresenta una base solida per affrontare una nuova fase di sviluppo.

La collaborazione con il Cultural Welfare Center si inserisce in questo percorso. Il Centro è nato nel 2020 per svolgere un ruolo fondamentale nel promuovere e diffondere il paradigma del *welfare* culturale, contribuendo a costruire un linguaggio condiviso tra ambiti disciplinari diversi e a valorizzare le connessioni tra cultura, salute, sociale ed educazione, anche in dialogo con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In questo quadro si colloca il sostegno alla presente ricerca, che rappresenta la prima indagine nazionale sulla prescrizione sociale in ambito culturale in Italia. Il valore di questo lavoro risiede nella capacità di rendere visibile e leggibile un insieme ampio e articolato di pratiche diffuse sul territorio, offrendo una base conoscitiva indispensabile per orientare le politiche e accompagnare un possibile salto di scala. Comprendere chi opera, come opera e con quali finalità è infatti un passaggio necessario per superare la frammentazione e costruire modelli più integrati, sostenibili e accessibili.

Accanto al sostegno alla ricerca, abbiamo ritenuto importante valorizzare le esperienze più significative sviluppate nei nostri territori di riferimento, Piemonte e Liguria, attraverso l'assegnazione di premi sotto forma di grant non vincolati. Questa scelta si ispira ai principi della *trust-based philanthropy*, che riconosce il valore della fiducia nei confronti delle organizzazioni e della loro capacità di interpretare in modo autonomo ed efficace i bisogni dei contesti in cui operano.

I progetti selezionati restituiscono la ricchezza e l'eterogeneità di un ecosistema in cui la relazione tra cultura e salute prende forma attraverso approcci molteplici: dalle esperienze maturate in ambito ospedaliero e sanitario, come quelle dell'Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino o del Centro Studi Cura e Comunità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria, alle iniziative promosse da istituzioni culturali come la Fondazione Torino Musei e la Fondazione Teatro Stabile di Torino; dai programmi di ricerca e innovazione sviluppati in ambito universitario, come il Programma SPES dell'Università di Torino, fino alle progettualità radicate nei territori e nelle comunità o le esperienze di promozione della salute nelle aree interne coordinate dall'ASL TO3.

Sostenere il rapporto tra cultura e salute significa, per la Fondazione, contribuire a una visione di *welfare* più ampia e integrata, in cui le politiche culturali dialogano con quelle sanitarie e sociali, e in cui la partecipazione culturale diventa leva di inclusione, prevenzione e coesione. La presente ricerca si inserisce in questo percorso come uno strumento di conoscenza e orientamento, con l'obiettivo di accompagnare lo sviluppo di un campo che oggi si trova in una fase cruciale di consolidamento e che può rappresentare una leva importante per la qualità della vita.

Alberto Anfossi

Segretario Generale

Fondazione Compagnia di San Paolo

Indice

Prefazione	8		
Premessa	11		
1. La prescrizione sociale e culturale in Italia: stato dell'arte e prospettive	12		
1.1 Un nuovo paradigma per il <i>welfare</i>	12		
1.2 Prescrizione sociale in Italia: un'infrastruttura per il <i>welfare</i> del XXI secolo	13		
1.3 Discesa in campo delle politiche pubbliche	14		
1.4 Le ragioni della ricerca	15		
1.5 Una pluralità di modelli: verso una declinazione italiana	16		
1.6 Uno sguardo al futuro. Un passaggio di fase	17		
2. Sintesi introduttiva	20		
2.1 Un campo che esiste, una ricerca che lo rende leggibile	20		
2.2 Perché questo rapporto merita attenzione	21		
3. Introduzione	22		
3.1 Arte, cultura e salute: un campo in costruzione	22		
3.2 La prescrizione sociale: che cos'è	23		
3.3 Arte e cultura su prescrizione	24		
3.4 Questa ricerca	25		
Prima parte: l'indagine			
Arte e cultura per il ben-essere e la salute	27		
4. Chi e dove	29		
4.1 Elementi di contesto: la variabilità degli ecosistemi culturali	31		
4.2 Settori, missione, area di intervento	36		
5. Dimensione e risorse umane	38		
5.1 Il capitale umano: tre famiglie di competenze	39		
6. Maturità dell'impegno nelle attività di arte e cultura	42		
7. Apertura e connessioni nazionali e internazionali	44		
8. Profili a confronto: <i>welfare</i> culturale e prescrizione di arte e cultura	46		
8.1 Natura e missione: la salute al centro, o la cultura?	47		
8.2 Struttura e competenze: stessa materia prima, diverso apparato	48		
8.3 Anzianità: radici profonde per la prescrizione, campo aperto per il <i>welfare</i>	50		
8.4 Territorio: il Centro come laboratorio della prescrizione	52		
8.5 Reti: supporto vs specializzazione	53		
9. In sintesi	54		
Seconda parte: la prescrizione			
Arte e cultura su prescrizione	57		
10. Che cosa si fa e come	59		
10.1 Le attività	59		
10.2 Le finalità	60		
10.3 Frequenza e durata	61		
10.4 I luoghi	63		
11. Le persone	65		
11.1 Chi beneficia della prescrizione di arte e cultura	65		
11.2 Chi prescrive	68		
11.3 Chi collega (<i>link worker</i>)	70		
11.4 Come si colloca il/la <i>link worker</i> : due modelli a confronto	76		
12. I processi	77		
12.1 Il ciclo dell'invio	77		
12.2 Progettazione, efficacia e impatto	79		
12.3 Obiettivi	82		
12.4 Impatto sulle persone beneficiarie	83		
12.5 Il finanziamento	84		

Terza parte: il <i>welfare</i> culturale		87		
13.	Arte e cultura per la salute e il ben-essere orientate alla prescrizione	88		
13.1	Carta d'identità	88		
13.2	Il repertorio delle attività	90		
13.3	La partecipazione	92		
13.4	Il finanziamento	93		
13.5	Forza e fragilità	95		
13.6	Riflessioni conclusive	96		
14.	Focus Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria	108		
14.1	Chi sono le organizzazioni del Nord-Ovest	109		
	Distribuzione per Regione	109		
	Anzianità e natura dell'organizzazione	110		
14.2	Che cosa si fa e come	110		
	Finalità e destinatari	111		
	Luoghi e frequenza	111		
14.3	Le persone: chi prescrive, chi collega, chi beneficia	112		
	Il/la <i>link worker</i> nel Nord-Ovest	112		
	I beneficiari e la partecipazione	113		
	Efficacia e impatto	113		
	Obiettivi e benefici dichiarati	114		
14.4	Difficoltà e prospettive	114		
	Sostenibilità finanziaria	115		
	Reti e connessioni	116		
14.5	Riflessioni: il Nord-Ovest tra densità e fragilità	116		
15.	Nord-Ovest: Cantieri pilota e sperimentazioni	118		
Commenti		123		
16.	La prescrizione sociale: valore e limiti del concetto e della pratica	124		
17.	Fuori le mura - Territori della prescrizione sociale	139		
18.	Il <i>welfare</i> culturale italiano alla prova dei dati: meccanismi, architetture, condizioni di sistema			148
Appendice metodologica				
Come è stata condotta la ricerca				161
Disegno della ricerca				162
L'integrazione tra quantitativo e qualitativo				163
Lo strumento di rilevazione				163
La ricostruzione dell'universo di riferimento				164
La ricerca qualitativa				165
Il campione analizzato				167
La distribuzione geografica e il problema della visibilità				168
Una nota sulla lettura dei dati				168
Riferimenti metodologici				169
Appendice - Ricognizione della letteratura scientifica				171
Prescrizione sociale				172
2025-2026				172
2024				174
2023				175
2020-2022				176
Arte e cultura su prescrizione				178
2025				178
2024				179
2023				180
2022				181
2019-2021				182

Prefazione

A cura di **Giovanni Cappelli**, Dirigente di Ricerca – Direttore del Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNaPPS), Istituto Superiore di Sanità, Roma

La crescente attenzione verso il ruolo dell'arte e della cultura nel promuovere il ben-essere individuale e la coesione sociale rappresenta una promettente frontiera dell'innovazione in ambito sociosanitario.

In questo scenario, l'indagine del Cultural Welfare Center offre un contributo originale: delineare il profilo dell'arcipelago di organizzazioni che in Italia operano attraverso attività artistico culturali per promuovere salute, restituendo la ricchezza dell'offerta ad oggi disponibile. Al contempo, essa rappresenta un punto di partenza necessario per interrogarsi su come tali iniziative possano essere sostenute, rafforzate, replicate e adattate ai diversi contesti territoriali. Getta inoltre le basi per una riflessione sugli interventi a cui attribuire priorità, così da trasformare la prescrizione sociale in un approccio sistematico e realmente diffuso, capace di integrarsi stabilmente nelle politiche e nelle pratiche di cura.

La distribuzione geografica delle esperienze, le forme organizzative coinvolte e le modalità di collaborazione tra settore culturale, servizi sociali e ambito sanitario descritte dal Rapporto evidenziano infatti specificità territoriali che devono essere comprese in profondità. Conoscere tali diversità è fondamentale per immaginare modelli attuabili su scala più ampia, rispettosi delle caratteristiche delle comunità e capaci di generare impatti duraturi.

Allo stesso tempo, il Rapporto richiama una delle sfide più rilevanti a livello internazionale: come misurare in modo rigoroso e comparabile gli esiti delle pratiche di prescrizione artistico-culturale. Valutare i benefici per la salute, il ben-essere percepito, la partecipazione sociale e la qualità della vita è un passaggio cruciale per consolidare la credibilità di questi interventi, favorirne l'integrazione nelle politiche pubbliche e orientare gli investimenti futuri. È un terreno che richiede strumenti robusti, competenze interdisciplinari e una forte collaborazione tra istituzioni, operatori e operatrici culturali, professionisti e professioniste della cura e comunità di riferimento.

Infine, il lavoro qui presentato pone l'attenzione su un tema imprescindibile: la necessità di superare le disuguaglianze di accesso alle opportunità culturali. Se l'arte e la cultura possono essere considerate risorse per il ben-essere, è essenziale garantire che tali risorse siano fruibili da tutte e da tutti, indipendentemente dalla condizione socioeconomica, dalla provenienza geografica o dal livello di fragilità personale. La prescrizione sociale può diventare uno strumento strategico per contrastare le disparità, a condizione che sia progettata in modo inclusivo, sostenibile e attento alle persone più vulnerabili.



Premessa



1.	La prescrizione sociale e culturale in Italia: stato dell'arte e prospettive	12
2.	Sintesi introduttiva	20
3.	Introduzione	22



1.

La prescrizione sociale e culturale in Italia: stato dell'arte e prospettive

A cura di **Catterina Seia**, innovatrice sociale, ideatrice e Presidente CCW - Cultural Welfare Center

1.1 Un nuovo paradigma per il *welfare*

La **prescrizione sociale**, con particolare riferimento a quella culturale, è un termine approdato recentemente in Italia con un “crescendo rossiniano” nel dibattito pubblico, nelle agende politiche e tra gli investitori sociali, in stretta connessione con il paradigma del *welfare* culturale. Non si tratta di una moda passeggera, bensì di una metodologia consolidata a livello internazionale che oggi, nel ridisegno dei nostri sistemi nazionali, manifesta grandi potenzialità.

Negli ultimi anni, l'emergere di bisogni complessi – solitudine, fragilità psicosociale, cronicità e disuguaglianze territoriali – ha palesato i limiti di un approccio alla salute esclusivamente sanitario. Parallelamente, si è consolidata la consapevolezza che i determinanti sociali e culturali incidano strutturalmente sul ben-essere individuale. L'interesse istituzionale registrato in Italia poggia su un vasto corpo di evidenze acclamate da diversi campi scientifici e validate dall'**OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità**, che convergono con le frontiere della ricerca in neuroscienze, epigenetica, psicologia positiva, metabolomica e PNEI - psiconeuroendocrinoimmunologia. L'esposizione a esperienze culturali e sociali (il cosiddetto *esposoma*) agisce attraverso *ingredienti attivi* capaci di migliorare il ben-essere mentale degli individui.

Oggi la necessità di connettere persone, saperi e istituzioni è più chiara che mai. In questo scenario, la prescrizione sociale si configura come una risposta: un dispositivo capace di integrare i servizi sanitari con risorse comunitarie non cliniche di prossimità, secondo una logica preventiva, relazionale e abilitante. Sperimentata da vent'anni in area anglosassone e strutturata come politica pubblica nel Regno Unito dal 2019 sotto l'impulso del NHS England, rappresenta una leva strategica per promuovere contesti di vita salutogenici e stili di vita sani.

I benefici maggiori si riscontrano nelle persone vulnerabili, offrendo strumenti per contrastare ansia, depressione e solitudini attraverso la valorizzazione del tessuto comunitario. Nel Regno Unito (Inghilterra, Scozia e Galles), operano oggi circa 3500 *link worker* (Report 2024 National Academy for Social Prescribing) che, seguendo protocolli specifici di *referral* e monitoraggio, hanno generato oltre 5,5 milioni di invii a programmi territoriali dal 2019, di cui 1,3 milioni nel solo 2023.

La prescrizione sociale e culturale favorisce contesti non stigmatizzanti e relazioni sociali significative, con effetti positivi sul senso di appartenenza (Fancourt & Finn, 2019): rappresenta un approccio efficace e sostenibile, capace di migliorare il ben-essere delle persone, ridurre la pressione sui servizi sanitari e valorizzare le risorse culturali come leve di salute pubblica.

I risultati dell'impatto sono rilevanti. Studi condotti nel Regno Unito evidenziano una riduzione fino al -42% delle visite di medicina generale e tra il -15% e il -23% degli accessi al pronto soccorso, con effetti ancora più marcati nei cosiddetti *frequent users* (Polley et al., 2017; Social Prescribing Network, 2016). Dal punto di vista dell'efficacia della spesa pubblica, la prescrizione sociale si dimostra costo-efficace, con riduzioni dei costi delle cure secondarie fino al 9% (Dayson & Bashir, 2014; Polley et al., 2017).

Per favorire l'adozione globale di questo modello, l'OMS ha prodotto un *toolkit* contenente linee guida metodologiche, strumenti di valutazione e l'inquadramento della figura del/della *link worker*, l'operatore o l'operatrice di collegamento incaricato di orientare gli utenti verso i servizi sociali e culturali più idonei.

1.2 Prescrizione sociale in Italia: un'infrastruttura per il *welfare* del XXI secolo

Dove siamo, cosa serve, quali opportunità non perdere

Occorre comprenderne potenzialità e implicazioni. In questo scenario, nel 2024 il CCW ha avviato un percorso strategico di consapevolezza collettiva in collaborazione con numerosi partner, tra cui l'**ISS - Istituto Superiore di Sanità**. Su invito dell'**OMS**, il Centro ha tradotto e diffuso il manuale ufficiale: un'iniziativa che supera la semplice azione editoriale per configurarsi come una vera call to action verso la costruzione di un **modello italiano** capace di adattare, con rigore scientifico e politiche integrate, le esperienze anglosassoni e nordiche alle peculiarità del nostro sistema Paese.

Per favorire un inquadramento concettuale del campo, nel 2025 il CCW ha coordinato un gruppo di lavoro interistituzionale per inserire la definizione ufficiale del lemma nel **Dizionario Treccani**. Questo traguardo segue l'introduzione dei termini *Welfare culturale* (2020) e *Medical humanities* (2023). Parallelamente, attraverso la **CCW School**, è stata realizzata una formazione di base sulle opportunità della prescrizione sociale, ottenendo un'adesione massiccia e costruendo linguaggi condivisi tra operatori sanitari, culturali e sociali.

Nel contempo, l'Italia si è mobilitata da Nord a Sud. Sono fiorite sperimentazioni e prototipazioni volte a far compiere un salto di scala alle esperienze pilota di *welfare* culturale dell'ultimo decennio. Tali iniziative si stanno consolidando soprattutto in nuovi ecosistemi territoriali che intendono allineare politiche e pratiche operative. In questi contesti, il CCW ha maturato esperienze dirette partecipando a programmi di ricerca di rilievo, tra cui: l'estensione in Italia della ricerca multicentrica OMS (protocollo *Music and Motherhood*), guidata dall'ISS, per il contrasto alla depressione post-partum tramite il canto corale; la diffusione del protocollo *Pre-Texts* (Università di Harvard), grazie al centro BACH dell'Università di Chieti e Pescara, per favorire l'arricchimento del sé in contesti di vulnerabilità; la collaborazione con l'Università di Torino e la Fondazione Medicina a Misura di Donna per l'elaborazione del trauma nelle pazienti oncologiche attraverso l'espressione creativa; il programma *Scioppo di teatro*, con un focus specifico sull'impianto di valutazione; il progetto *Archivi e Salute* a Modena, inteso come risorsa fondamentale di memoria e identità. Si tratta di progetti che possono radicarsi stabilmente solo attraverso quadri normativi abilitanti, sia a livello nazionale che locale.

1.3 Discesa in campo delle politiche pubbliche

La prescrizione sociale sta conquistando rilevanza nelle politiche

A livello europeo, per la prima volta l'Unione Europea ha varato l'*Open Method Coordination*¹ su Cultura e Salute coinvolgendo i Ministri della Cultura e della Salute degli Stati membri. Il documento, frutto di due anni di lavoro e denominato emblematicamente "**Culture and Health. Time to act**", reca un impegno collettivo per rispondere a sfide complesse e multidimensionali di salute attraverso politiche integrate, anche attraverso lo strumento della prescrizione sociale.

Recentissima (dicembre 2025) è l'accelerazione in Italia con la costituzione del **Gruppo di lavoro nazionale interministeriale coordinato dall'ISS**, che vede la partecipazione dei **Ministeri della Salute e della Cultura**, DoRS - Centro di documentazione regionale per la promozione della Salute Regione Piemonte - ASL TO3, HEI - Health Equity Italy dell'Università di Torino e il CCW. L'obiettivo è definire modelli operativi, profili professionali e processi di integrazione nei sistemi socio-sanitari, delineando una strategia per l'inserimento della prescrizione sociale

1. Metodo di governance non vincolante che mira a diffondere le migliori pratiche e a favorire la convergenza verso gli obiettivi dell'UE in quei settori politici che rientrano nella competenza parziale o totale degli Stati membri.

nei piani nazionali e locali. Il 26 marzo 2026, per la prima volta, l'Italia ha aderito alla giornata internazionale della *Social Prescription*, realizzando un momento di confronto.

Il **Ministero della Cultura** ha dato segnali tangibili inserendo nella Legge di Bilancio 2026 il fondo "Cultura terapeutica e cura sociale" e ha presentato alla Conferenza delle Regioni il primo **protocollo interministeriale con il Ministero della Salute**, con l'impegno allo sviluppo di politiche integrate anche attraverso l'adozione della prescrizione sociale.

Diverse Regioni stanno varando gruppi di lavoro e programmi di investimento. La Regione Toscana è stata la prima ad adottare nel 2019 una delibera per riconoscere il ruolo della Rete Musei Toscani per l'Alzheimer, ha varato gruppi di lavoro per capitalizzare le esperienze in atto, con un grande sugli over 65. La Regione Puglia varerà a maggio un programma strategico sul *welfare* culturale da 30 milioni di euro destinando fondi comunitari. Le Aziende Sanitarie Locali piemontesi stanno strutturando alleanze interaziendali, dimostrando la volontà di sperimentare e radicare interventi.

1.4 Le ragioni della ricerca

Capire dove siamo arrivati, leggere le potenzialità e i nodi è a nostro avviso la base per contribuire a nutrire piste future a fianco delle istituzioni. In questo quadro nasce la proposta di **una lettura nazionale** con una prima **ricerca sulla prescrizione sociale culturale** che oggi presentiamo, formulata a Fondazione Compagnia di San Paolo, della quale siamo alleati strategici dai nostri esordi.

Non si tratta soltanto di una ricognizione, ma di un atto di responsabilità: offrire al Paese uno stato dell'arte fondato su evidenze, capace di orientare le scelte future ed evitando il rischio, oggi concreto, di uno sviluppo disomogeneo, frammentato e difficilmente sostenibile.

"*La mappa non è il territorio*" affermava A. Korzybski. Ma l'importante risposta, senz'altro non esaustiva, delle risorse in campo restituisce un quadro di straordinaria vitalità, con oltre 1600 organizzazioni rispondenti, più di 900 esperienze pertinenti analizzate, 600 attive sulla prescrizione sociale culturale. Dimostra che è una pratica diffusa nel Paese, sostenuta da un interesse crescente e trasversale.

Molte delle esperienze emerse mostrano caratteristiche di qualità, radicamento territoriale e capacità di risposta ai bisogni. In diversi casi, si osservano elementi di possibili continuità e scalabilità, che indicano come il campo sia già oltre la fase puramente sperimentale.

Allo stesso tempo, proprio questa crescita rapida pone una questione cruciale: come evitare che la moltiplicazione delle iniziative si traduca in una frammentazione incapace di generare impatto

sistemico? Il rischio di una proliferazione di piccoli progetti, non connessi tra loro, non valutati e non sostenuti nel tempo è reale. Ed è un rischio che va affrontato con lucidità. La prescrizione sociale culturale non può essere ridotta a una somma di buone pratiche. Richiede, al contrario, un salto di scala: da progettualità diffuse a politiche integrate.

1.5 Una pluralità di modelli: verso una declinazione italiana

Uno degli elementi più rilevanti che emergono dalla ricerca che nel documento è commentata da voci autorevoli, riguarda la qualità e la varietà delle esperienze attive sul territorio nazionale.

L'analisi ha consentito di ricondurre questa pluralità a tre modelli prevalenti – sanitario, culturale e comunitario –, distinti in base ai soggetti proponenti e ai capifila delle iniziative.

Il modello sanitario è caratterizzato da una regia interna al sistema della salute, con un ruolo centrale delle aziende sanitarie e dei professionisti clinici, e una progressiva apertura verso *partnership* con il mondo culturale e sociale. Il modello culturale vede invece istituzioni e organizzazioni della cultura assumere una funzione proattiva, configurandosi come attori capaci di progettare e offrire interventi orientati al ben-essere, in dialogo con i servizi. Il modello comunitario, infine, si sviluppa a partire dal Terzo Settore e dalle reti territoriali, con una forte attenzione alla prossimità, alla partecipazione e alla costruzione di relazioni.

Questa articolazione non rappresenta una polverizzazione, piuttosto un tratto distintivo. Essa restituisce una possibile connotazione italiana della prescrizione sociale, profondamente connessa alle specificità del nostro Paese: un sistema di *welfare* plurale, una straordinaria densità di istituzioni culturali diffuse, una tradizione consolidata di intervento comunitario.

In questo senso, appare sempre più evidente come il modello anglosassone – pur rappresentando un riferimento fondamentale e una fonte imprescindibile di apprendimento – non possa essere traslato in modo automatico nel contesto italiano. L'efficacia della prescrizione sociale nel nostro Paese dipenderà dalla capacità di valorizzare queste specificità, costruendo un modello integrato che tenga insieme i diversi punti di accesso e le diverse culture professionali.

La ricerca evidenzia la presenza di veri e propri “cantieri” territoriali che stanno tracciando traiettorie promettenti. Si rileva tuttavia una minore presenza di iniziative di scala nazionale, elemento che contribuisce a delineare una geografia ancora discontinua, caratterizzata da aree di forte avanzamento e altre in cui il tema è ancora in fase iniziale. Questa geografia interrotta rappresenta al tempo stesso un limite e una opportunità. Un limite, perché rischia di produrre disuguaglianze territoriali; un'opportunità, perché consente di osservare e apprendere da contesti diversi. La sfida è trasformare questa pluralità in un sistema.

1.6 Uno sguardo al futuro. Un passaggio di fase

La prescrizione sociale non è semplicemente uno strumento innovativo: è parte di un cambiamento più profondo nel modo di concepire il *welfare*. Un passaggio da un modello reattivo a uno preventivo; da un approccio centrato sulla prestazione a uno centrato sulla persona; da sistemi chiusi a ecosistemi aperti; da interventi settoriali a strategie integrate.

La diffusione della cultura delle *medical humanities* nella visione della responsabilità condivisa promossa dai paradigmi **OMS di “Salute in tutte le politiche”** e di **“One Health-Salute circolare”** sono il quadro concettuale.

Il *welfare* culturale e la prescrizione sociale in Italia si collocano oggi in una soglia storica di svolta in una **traiettoria strategica**: non è più una sperimentazione isolata né un'innovazione marginale, ma non è ancora pienamente un'infrastruttura stabile delle politiche pubbliche. È, piuttosto, un campo in rapido consolidamento, attraversato da un duplice movimento: da un lato la moltiplicazione di pratiche territoriali, dall'altro la crescente attenzione istituzionale verso modelli integrati di salute e ben-essere.

In sintesi, **siamo in una fase di “prototipazione diffusa”**: molte soluzioni sono state testate, ma manca ancora una regia nazionale e una piena integrazione nelle politiche strutturali. Il vero salto di scala è ancora in corso: la domanda non è più se la prescrizione sociale funzioni, ma come renderla una componente ordinaria, accessibile ed equa del sistema di *welfare*.

Un percorso italiano, fondato su ricerca, evidenze, costruzione di competenze e cultura della valutazione, governance e collaborazione istituzionale, può rendere la cultura uno **strumento strutturale di salute e ben-essere**, con impatto concreto su territori, persone e comunità. Fondamentale consolidare le esperienze virtuose e favorire la **scalabilità dei Cantieri pilota, costruendo una cultura della valutazione e indicatori di impatto**, indispensabili per monitorare e misurare risultati clinici, sociali e culturali e arrivare a protocolli formalizzati, programmi sostenibili, superando con rigore metodologico frammentazione e disomogeneità.

Le **condizioni abilitanti per una crescita solida** sono quindi un quadro condiviso di riferimento, lo sviluppo di competenze e professionalità, sistemi di valutazione robusti, infrastrutture di rete intersettoriali, modelli di sostenibilità economica. Accanto a queste dimensioni, emerge con forza la necessità di investire in infrastrutture immateriali: ricerca, alta formazione e formazione continua sono componenti essenziali di un ecosistema che vuole crescere in modo solido, in cooperazione tra pubblico e privato. Senza di esse, il rischio è quello di uno sviluppo fragile, non in grado di incidere stabilmente sulle politiche.

Per trasformare la prescrizione sociale in un'infrastruttura stabile del *welfare* italiano è necessario agire quindi su alcune leve strategiche. Il passaggio decisivo riguarda la capacità di integrare la prescrizione sociale culturale nelle politiche pubbliche, in particolare nel contesto della riorganizzazione della sanità territoriale. L'avvio delle Case di Comunità e il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione rappresentano un'occasione unica, ma questa integrazione non avverrà automaticamente. Richiede intenzionalità. Richiede investimenti. Richiede, soprattutto, di evitare scorciatoie.

Una crescita non governata rischia di produrre dispersione, perdita di qualità e difficoltà di riconoscimento istituzionale. Per questo è necessario affermare con chiarezza che la crescita del campo deve essere accompagnata da rigore e coordinamento.

Siamo, a tutti gli effetti, all'inizio di una nuova stagione. Attendiamo dai Lettori e dalle Lettrici gli ulteriori commenti, nell'auspicio che questo sia un passo collettivo, con rigore scientifico e metodologico, che ispiri politiche integrate per la qualità della vita, in un quadro di equità sociale. La pubblicazione della ricerca nel primo **Libro Bianco della prescrizione sociale**, prevista per gennaio 2027 a cura del CCW, rappresenterà uno strumento di orientamento per decisori e *practitioner*.

La prescrizione offre l'opportunità di ripensare il *welfare* italiano in chiave più equa e sostenibile. Non si tratta di aggiungere un nuovo tassello, ma di ridefinire le connessioni tra quelli esistenti. Il salto di scala non sarà automatico: dipenderà dalla capacità degli attori coinvolti di costruire alleanze, condividere conoscenze e investire in modo strategico. La posta in gioco è alta: non solo migliorare gli esiti di salute, ma rafforzare la coesione sociale e la qualità della vita nei territori. Cogliere questa opportunità significa trasformare una stagione di sperimentazione in una delle traiettorie più promettenti per il futuro del *welfare*.

È una sfida esigente. Ma è anche, oggi, una possibilità concreta.

Ed è una responsabilità condivisa.

Catterina Seia

Presidente CCW - Cultural Welfare Center

Ringrazio profondamente il gruppo di lavoro CCW, impegnato in una visione ideale: in primis Annalisa Cicerchia – responsabile scientifica della ricerca con tutta commissione, Giuseppe Costa, Luca Dal Pozzolo e Pier Luigi Sacco, soci fondatori CCW, con i quali condividiamo il lungo cammino. Grazie a tutto il team di ricerca, capitanato da Simona Staffieri, con la collaborazione di Elena Baldo, Elena Rosica, Luisella Carnelli, Simone Seregni e Francesca Taurino alla comunicazione.

A tutti e tutte coloro che hanno contribuito a questa indagine con il dono del proprio tempo, esperienza e competenza.

Riconoscenza per la fiducia e l'osmosi di competenze va ai partner istituzionali: ISS - Istituto Superiore di Sanità, con Giovanni Capelli e Ilaria Lega; DoRS - Centro di documentazione per la promozione della Salute Regione Piemonte - ASL TO3 con Claudio Tortone, DAIRI - Centro di Medical Humanities AOU di Alessandria con Antonio Maconi e Mariateresa Dacquino.

Profonda gratitudine per la qualità del lavoro e la collaborazione a Nils Fietje e Calum Smith di OMS - Ufficio Regionale Europeo, a Daisy Fancourt di UCL - University College London, Kornelia Kiss di CAE - Culture Action Europe e Rarita Zbranca di Cluj Cultural Center.

Infine, a Fondazione Compagnia di San Paolo, il primo investitore sociale ad aver pionieristicamente accolto, quasi una decade fa, le nostre sollecitazioni per un investimento strategico sulla Cultura come risorsa per la Salute a favore della crescita di scala dei territori dobbiamo l'attenzione per la nascita e lo sviluppo del nostro Centro.



2.

Sintesi introduttiva

A cura di Annalisa Cicerchia

2.1 Un campo che esiste, una ricerca che lo rende leggibile

Prima indagine nazionale sulle organizzazioni italiane che usano arte e cultura per la salute e il ben-essere

In Italia, migliaia di persone ogni anno partecipano ad attività artistiche e culturali prescritte o consigliate da un medico, uno psicologo, un assistente sociale. Visitano un museo con una guida che conosce la loro storia. Leggono ad alta voce in una biblioteca che è anche un presidio di cura. Camminano in un parco con un gruppo che non si è scelto ma che è diventato, nel tempo, una rete di sostegno. Fino a oggi, nessuno aveva mai contato quante organizzazioni, in tutta Italia, fanno questo lavoro, come lo fanno, con chi, con quali risultati. Questo rapporto lo fa per la prima volta.

CINQUE COSE CHE TROVERETE IN QUESTO RAPPORTO

918	Le organizzazioni che in Italia usano arte e cultura per la salute e il ben-essere – istituzioni culturali, enti sanitari, cooperative sociali, associazioni, singoli professionisti e professioniste. Un campo che non aveva ancora un nome collettivo, né una mappa.
97%	Le persone che iniziano un percorso di prescrizione culturale lo portano a termine. Un tasso di completamento che molti interventi sanitari tradizionali non raggiungono – e che dice qualcosa di importante su come funziona la cura quando non somiglia alla cura.
75%	Le organizzazioni che svolgono attività artistiche e culturali su prescrizione e che dichiarano i propri obiettivi in termini di miglioramento del ben-essere mentale e sviluppo di capacità relazionali. L'inclusione sociale segue al 68%. La salute fisica è secondaria: questo campo agisce prima di tutto sulla mente e sulle relazioni.
8%	La quota di organizzazioni che indica il Medico o la Medica di Medicina Generale come figura prescrivente. È il dato più sorprendente del rapporto: la figura centrale nei modelli teorici della prescrizione sociale è, nella pratica italiana, quasi assente. Il campo cresce per spinta comunitaria, non per integrazione istituzionale. La figura che prescrive maggiormente le attività è quella dello psicologo o della psicologa (32%).
53%	I percorsi delle Unità di Welfare Culturale che si chiudono senza alcun seguito. È il punto critico del sistema: i benefici ci sono, ma si disperdono in assenza di continuità. Risolvere questo nodo è la priorità operativa più urgente per chi lavora nel campo.

2.2 Perché questo rapporto merita attenzione

La ricerca non racconta solo ciò che esiste. Racconta anche dove il sistema si inceppa e dove, invece, funziona meglio del previsto. Traccia la geografia di un campo che è forte al Nord e al Centro, quasi invisibile al Sud – non perché non esista, ma perché non è ancora stato reso leggibile. Confronta due modelli operativi: le 617 organizzazioni che già praticano la prescrizione sociale (UPS²) e le 301 che operano nel *welfare* culturale senza la formalità della prescrizione (UCW³). Le prime hanno più competenze sanitarie; le seconde, interessate alla prescrizione, hanno più replicabilità e scala. Nessuno dei due modelli è completo, ma insieme potrebbero esserlo.

Questo rapporto è anche una mappa dei nodi irrisolti: la figura dell'operatore di collegamento, che dovrebbe garantire la continuità dei percorsi, ma è presente in modo strutturato solo nel 24% delle organizzazioni; la distanza dal medico o medica di famiglia, che resta il grande assente del sistema; la carenza di risorse, che per il 73% delle organizzazioni di *welfare* culturale è il principale ostacolo alla crescita. Sul versante delle risorse, il rapporto documenta che il 28% delle UPS sostiene le proprie attività su prescrizione senza finanziamenti strutturati, e che il costo dell'accesso ricade sulla persona partecipante in una quota non trascurabile di esperienze (19% nelle UPS, 24% nelle UCW): segnali che rendono urgente una politica del finanziamento accanto a quelle del riconoscimento e del raccordo.

Leggere questo rapporto significa fare un'esperienza insolita: scoprire che qualcosa di importante esiste già, da tempo, intorno a noi e riconoscerlo è il primo passo per sostenerlo.

2. Unità, organizzazioni rispondenti che praticano o hanno praticato negli ultimi cinque anni attività artistico-culturali su prescrizione sociale. Si rimanda a [Profili a confronto: welfare culturale e prescrizione di arte e cultura](#) →

3. Unità, organizzazioni rispondenti che praticano o hanno praticato negli ultimi cinque anni attività artistico-culturali per la salute e il ben-essere (senza prescrizione). Si rimanda a [Profili a confronto: welfare culturale e prescrizione di arte e cultura](#) →

3.

Introduzione

A cura di Annalisa Cicerchia

3.1 Arte, cultura e salute: un campo in costruzione

La salute non dipende solo dalla biologia e dalla medicina. Dipende anche da dove si nasce e cresce, da come si lavora e si invecchia, dal livello di istruzione raggiunto, dalla qualità delle relazioni sociali, dalla capacità di partecipare alla vita culturale della propria comunità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità chiama questi fattori determinanti sociali della salute e stima che il settore sanitario in senso stretto ne governi, direttamente, tra il 10 e il 30 %⁴. Il resto dipende dalle condizioni di vita.

Tra questi determinanti, la partecipazione culturale e artistica occupa un posto che la ricerca scientifica ha cominciato a esplorare sistematicamente a partire dagli anni Novanta del Novecento. I risultati accumulati nel tempo sono oggi sufficientemente solidi da orientare politiche sanitarie e pratiche istituzionali in diversi Paesi. La sintesi più autorevole di questo percorso è la rassegna commissionata dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e pubblicata nel 2019 da Daisy Fancourt e Saoirse Finn: oltre 3.000 studi esaminati, che documentano come il coinvolgimento regolare in attività artistiche e culturali influenzi la salute delle persone – la promozione del ben-essere, la prevenzione di alcune condizioni, la gestione di sintomi e malattie⁵.

Fancourt e Finn descrivono le attività artistiche come interventi per loro natura compositi: mettono insieme, nello stesso tempo, stimolazione cognitiva, coinvolgimento emotivo, attivazione sensoriale e, spesso, relazione con gli altri. È questa combinazione – e non un singolo meccanismo – a spiegare la varietà e la robustezza degli effetti documentati, che vanno dalla riduzione dello stress cronico al rafforzamento del sistema immunitario, dal miglioramento dell'umore alla costruzione di risorse di resilienza⁶.

Detto questo, è utile tenere i piedi per terra. Il campo è relativamente giovane, le evidenze non sono uniformi per tutte le forme d'arte e per tutti i contesti, e la qualità degli studi è variabile. Ciò che la ricerca ci consegna non è una panacea, ma una direzione: arte e cultura sono risorse per la salute che vale la pena mobilitare, purché lo si faccia con metodo.

4. Solar O., Irwin A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. La stima del 10-30% è ripresa in: CSDH (2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva: WHO.

5. Fancourt D., Finn S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network synthesis report, 67).

6. Fancourt D. (2017). *Arts in health: designing and researching interventions*. Oxford: Oxford University Press.

3.2 La prescrizione sociale: che cos'è

La **prescrizione sociale** è un approccio nato nel Regno Unito negli anni Novanta e diffusosi progressivamente nel Nord Europa, Canada, Australia e Nuova Zelanda⁷. Nella sua forma più consolidata, permette a professionisti e professioniste sanitarie - Medici e Mediche di Medicina Generale, psicologi e psicologhe, pediatri e pediatre - di indirizzare i pazienti verso risorse e attività non cliniche presenti nella comunità locale, per rispondere a bisogni che la medicina da sola fatica a soddisfare: bisogni di socialità, di senso, di movimento, di espressione, di appartenenza.

Le attività verso cui i pazienti vengono indirizzati sono molto varie: pratica sportiva, contatto con la natura, supporto per problemi lavorativi o familiari, gruppi di mutuo aiuto e, in misura crescente, pratiche artistiche e culturali. Nei sistemi più strutturati, il percorso prevede una figura di raccordo, il/la **link worker**, che lavora con la persona per costruire un piano di ben-essere personalizzato e la accompagna verso le risorse individuate, monitorando i progressi nel tempo⁸.

La prescrizione sociale non è una terapia alternativa alla medicina, né un sostituto dell'intervento clinico. È, piuttosto, un'estensione del percorso di cura verso i determinanti sociali e culturali della salute: un modo per riconoscere che alcune condizioni – l'isolamento, la perdita di senso, la difficoltà a gestire emozioni difficili – trovano risposta più efficace nella vita comunitaria che nel ricettario medico.

La definizione del campo è ancora in evoluzione e la terminologia non è del tutto stabilizzata. Molte delle esperienze censite in questa ricerca si avvicinano al modello della prescrizione sociale non per adesione esplicita a un'etichetta, ma per una visione della salute che incorpora il ben-essere nella sua dimensione relazionale e culturale. Questa fluidità non è necessariamente un problema: riflette la giovinezza di un campo che sta ancora cercando le forme più appropriate per esprimere qualcosa che nella pratica esiste già da tempo.

7. Khan H., Chiva Giurca B. (2024). *Social Prescribing Around the World. A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Contexts*. National Academy for Social Prescribing (NASP). [Vai alla pubblicazione](#)

8. WHO Regional Office for the Western Pacific (2022). *Implementing social prescribing*. Manila: WHO (tr. it. 2024 di M.Caroleo a cura del CCW e dell'ISS).

Questa fluidità si riflette anche nell'uso del termine *prescrizione* all'interno delle organizzazioni stesse. Non tutte lo adottano, e non sempre per ragioni di inconsapevolezza. Alcune preferiscono parlare di *prescrizione di salute* per sottolineare la visione olistica del ben-essere - in linea con la Carta di Ottawa - e per distinguere il proprio lavoro da un intervento puramente assistenziale. Altre evitano il termine nella comunicazione verso le persone beneficiarie, perché evoca il medico/a, il problema, la diagnosi: il nome giusto, in quel contesto, è *proposta, invito, percorso*. Altre ancora non producono una *ricetta* formale, ma costruiscono un processo collaborativo di comunità che solo dall'esterno somiglia a una prescrizione. Questa pluralità non è una debolezza metodologica della ricerca: è una caratteristica costitutiva del campo. Il questionario ha usato una definizione operativa deliberatamente ampia, per intercettare organizzazioni che si riconoscono nella pratica senza necessariamente adottare l'etichetta. I dati che seguono descrivono quel campo nella sua varietà reale: non un modello unico, ma un arcipelago di pratiche che convergono su una stessa visione della salute.

3.3 Arte e cultura su prescrizione

All'interno del campo della prescrizione sociale, le attività artistiche e culturali occupano uno spazio specifico. La prescrizione di arte e cultura integra nei percorsi di cura, prevenzione e promozione della salute un insieme di pratiche: attività musicali, teatrali, di scrittura e lettura, arti visive, percorsi museali, danza. Ciò che le accomuna è la funzione: usare l'esperienza artistica per attivare risorse di salute nella persona.

Le evidenze disponibili ne documentano l'efficacia in particolare nel contrastare l'isolamento sociale, nel migliorare il tono dell'umore e il ben-essere psicologico, e nel rafforzare l'autostima. Alcune applicazioni sono più studiate di altre: i programmi musicali per la depressione *post partum*, le attività museali per le demenze, la danza per il Parkinson, la scrittura narrativa per la gestione del dolore cronico. I risultati più solidi provengono da interventi progettati con una logica esplicita - obiettivi chiari, ingredienti definiti, valutazione sistematica degli esiti.

In Italia questa pratica non ha ancora un riconoscimento formale a livello nazionale, ma esperienze significative sono attive da tempo in molti contesti locali. Il Paese ha risorse che potrebbero sostenere la costruzione di un sistema strutturato: una rete diffusa di organizzazioni culturali e artistiche sul territorio, un sistema di cure primarie capace di intercettare i bisogni a livello locale, una tradizione consolidata di *welfare* municipale e di Terzo Settore.

Il Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, che ha previsto le Case di Comunità come snodo delle cure primarie di prossimità, offre una cornice istituzionale potenzialmente favorevole. Sul piano europeo, il rapporto *Culture and Health: Time to Act* della Commissione Europea⁹ (2025), realizzato dai Ministeri della Cultura e della Salute dei Paesi membri, indica la prescrizione culturale come una delle frontiere su cui l'Europa intende investire nei prossimi anni.

3.4 Questa ricerca

Il CCW - Cultural Welfare Center, in collaborazione con la Fondazione Compagnia di San Paolo, ha promosso nell'estate del 2025 la prima indagine su scala nazionale sulle organizzazioni che in Italia usano arte e cultura per la salute e il ben-essere, con particolare attenzione alle pratiche di prescrizione sociale. Si tratta di un campo che non aveva ancora una mappatura sistematica a livello nazionale.

La ricerca è stata costruita su tre livelli complementari: una revisione della letteratura scientifica; un'indagine quantitativa condotta tramite questionario online autosomministrato; un approfondimento qualitativo attraverso interviste in profondità e focus group con esperti ed esperte del settore.

I risultati che seguono descrivono chi sono i soggetti che in Italia operano all'intersezione tra arte, cultura e salute - istituzioni culturali, enti sanitari, cooperative sociali, singoli professionisti e professioniste -, come sono organizzati, con chi collaborano, quali difficoltà incontrano e quali risorse mobilitano. L'obiettivo non è disegnare un quadro definitivo, ma offrire una prima fotografia di un campo che sta crescendo e fornire elementi utili a chi quel campo vuole sostenere e sviluppare.

9. La traduzione italiana di "Culture and Health: Time to Act", il rapporto della Commissione Europea frutto del lavoro biennale del primo tavolo in tema di Open Method of Coordination composto dai Ministeri della Cultura e della Salute degli Stati Membri, è disponibile sul [sito di CCW](#), che ne ha curato la traduzione: [Vai alla pubblicazione](#)

Prima parte:

l'indagine



Arte e cultura per il ben-essere e la salute

4.	Chi e dove	29
5.	Dimensione e risorse umane	39
6.	Maturità dell'impegno nelle attività di arte e cultura	42
7.	Apertura e connessioni nazionali e internazionali	44
8.	Profili a confronto: <i>welfare</i> culturale e prescrizione di arte e cultura	46
9.	In sintesi	54



4.

Chi e dove

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Il *welfare* culturale è un campo ancora in fase di definizione istituzionale in Italia. I soggetti che vi operano sono eterogenei per natura: istituzioni culturali pubbliche e private, enti del Terzo Settore, strutture sanitarie e socio-sanitarie, servizi sociali, singoli professionisti e professioniste. Ciò che li accomuna è l'uso dell'arte e della cultura come strumento per la salute, il ben-essere e l'inclusione sociale, rivolto in particolare a popolazioni vulnerabili: anziani, persone con disabilità, minori in condizione di povertà educativa, detenuti, migranti.

La rilevazione quantitativa ha individuato circa 1.300 tra organizzazioni e singoli operatori, in ambito sanitario, sociale, artistico e culturale, che nel corso degli ultimi 5 anni hanno svolto attività di arte e cultura con finalità di salute e ben-essere.

Si tratta del primo carotaggio dell'arcipelago Cultura e Salute in Italia e la ricostruzione dell'universo è stata tentata per la prima volta, secondo una metodologia mista, illustrata in appendice.

Per apprezzare la congruità quantitativa dei dati raccolti, è utile un confronto con il progetto europeo Culture for Health¹⁰, che, attraverso un meccanismo di autoselezione, ha censito 675 soggetti attivi prevalentemente su scala europea. In quella mappatura, il Regno Unito risultava il Paese più rappresentato (19%), seguito dai tre Paesi scandinavi complessivamente attorno al 15%, dall'Italia con l'11%, dalla Spagna (10%), dalla Francia (9%) e dalla Romania (6%); il restante 30% circa era distribuito tra un insieme numeroso di Paesi, compresi alcuni extraeuropei. Alla luce di questo termine di paragone, tanto il numero di soggetti italiani identificati come attivi nel campo cultura e salute, quanto quello delle unità rispondenti valide alla presente indagine, si confermano adeguati.

A questi soggetti è stato proposto un questionario online autosomministrato, che ha ottenuto 918 risposte valide. Il 67% delle persone rispondenti è o è stato impegnato nella prescrizione sociale di arte e cultura; il rimanente 33% (301) non pratica ancora questa modalità, ma la quasi totalità (97%) si dichiara intenzionati ad attivarla in futuro. Questa prima parte è dedicata alla descrizione dell'indagine e offre un profilo di chi ha risposto. Nella [seconda parte](#) → di questo rapporto, descriveremo le caratteristiche dell'intero insieme; dopo aver costruito e confrontato per sommi capi i due profili, nella [terza parte](#) → e ci concentreremo sul sottoinsieme che è attivo nella realizzazione di interventi di arte e cultura su prescrizione.

10. La traduzione del rapporto (2022) è disponibile sul [sito di CCW](#), che ne ha curato la traduzione: [Vai alla pubblicazione](#)

La distribuzione geografica delle unità¹¹ è fortemente sbilanciata verso il Centro-Nord. Le sole macroaree Nord-Ovest e Centro assorbono rispettivamente il 39% e il 27% delle unità rispondenti, a fronte di quote di popolazione del 27% e 20%. Il Sud e le Isole, che insieme raccolgono il 34% della popolazione, ospitano appena il 14% dei soggetti censiti.

Nord-Ovest e Centro sono le aree a maggiore densità di *welfare* culturale in rapporto alla popolazione: rispettivamente 2,22 e 2,13 unità per 100.000 abitanti, contro una media nazionale di 1,55. Sud e Isole si fermano a 0,66 e 0,59 – meno della metà della media. Il Nord-Est, con 1,62, si colloca appena sopra la media.

11. Le unità si riferiscono al totale delle risposte, organizzazioni che praticano o hanno praticato attività artistico-culturali con o senza prescrizione. Di queste, 464 hanno fornito la propria posizione geografica e sono state attribuite alla Regione di appartenenza; le restanti 454, prive di georeferenziazione, sono state distribuite tra le Regioni in modo proporzionale alle 464 note – un'ipotesi di lavoro che preserva i rapporti relativi tra territori pur non potendo escludere distribuzioni alternative.

CARATTERISTICHE, ATTIVITÀ, BENEFICIARI E CURANTI DELLE 617 UNITÀ che nell'ultimo quinquennio hanno attuato percorsi di prescrizione sociale

MACROAREA	% SOGGETTI WELFARE CULTURALE	% POPOLAZIONE	PER 100.000 ABITANTI	INDICE DI CONCENTRAZIONE*
Nord-Ovest	39%	27,0%	2,224	1,43
Nord-Est	20%	19,6%	1,623	1,04
Centro	27%	19,8%	2,127	1,37
Sud	10%	22,8%	0,662	0,43
Isole	4%	10,8%	0,589	0,38
Italia	100%	100%	1,554	1,00

* L'indice di concentrazione è il rapporto tra la quota percentuale di unità rispondenti e la quota percentuale di popolazione. Valore >1 indica sovra-rappresentazione rispetto al peso demografico.

All'interno di questo quadro di sintesi, la variabilità tra Regioni è ancora più pronunciata. Valle d'Aosta e Umbria hanno la densità più alta in assoluto (6,4 e 5,8 unità per 100.000 ab.), seguite da Piemonte (4,6) e Toscana (3,1). All'opposto, Campania e Abruzzo registrano meno di 0,5 unità per 100.000 abitanti.

Va tenuto presente che la distribuzione riflette non solo la reale densità del fenomeno, ma anche la capacità dei soggetti di rendersi visibili. È possibile che nelle Regioni con bassa densità esista un sottobosco di pratiche informali o non censite. Questo limite strutturale della rilevazione deve accompagnare la lettura di tutti i confronti.

Il divario non è tuttavia riducibile solo a un problema di visibilità. Al di là delle organizzazioni che non si rendono visibili nei canali istituzionali, esiste un problema più profondo di condizioni abilitanti che nel Mezzogiorno mancano in modo sistematico e simultaneo. La prima condizione è un quadro normativo regionale favorevole all'integrazione tra cultura e salute. Alcune Regioni del Centro-Nord hanno adottato delibere, piani locali per la salute o protocolli tra assessorati che riconoscono formalmente le organizzazioni di *welfare* culturale come risorse del sistema di cura.

Nel Mezzogiorno questa cornice normativa è quasi assente, il che non impedisce alle organizzazioni di operare, ma le priva di legittimità istituzionale e di accesso ai canali di finanziamento ordinario. La seconda condizione è la presenza di fondazioni attive capaci di agire da catalizzatori: finanziare

le fasi sperimentali, costruire le infrastrutture (piattaforme, protocolli, formazione), tenere insieme gli attori senza aspettare che le istituzioni pubbliche si coordinino spontaneamente. Fondazioni di origine bancaria, fondazioni di comunità, fondazioni d'impresa: la loro distribuzione geografica non è uniforme e il Mezzogiorno ne è storicamente meno dotato. La terza condizione – la più difficile da costruire – è la capacità di cortocircuitare i silos tra assessorati regionali alla cultura e alla salute. Il *welfare* culturale vive nello spazio di mezzo tra due sistemi che raramente si parlano. Dove esiste un soggetto terzo – una fondazione, un'università, un'azienda sanitaria con una direzione illuminata – questo dialogo può essere forzato. Dove manca, i due mondi continuano a procedere su binari paralleli anche quando entrambi disporrebbero delle risorse per collaborare. La sfida per il Mezzogiorno, quindi, non è replicare i modelli del Nord: è costruire le condizioni che hanno reso possibili quei modelli. Un'operazione che richiede investimenti di lungo periodo nella governance intersettoriale, non solo nella visibilità delle organizzazioni esistenti.

4.1 Elementi di contesto: la variabilità degli ecosistemi culturali

Inquadrare le realtà studiate nell'ecosistema sociale e territoriale permette di comprenderne meglio il contesto operativo. Abbiamo quindi selezionato alcune dimensioni – dotazioni di musei e biblioteche, spesa comunale per la cultura, partecipazione culturale e sociale – per ricostruire l'ambiente in cui agiscono. Sebbene tali soggetti operino anche nei settori della salute e dell'assistenza, la loro attività è di natura artistica, culturale e legata al patrimonio: i dati ufficiali ci aiutano a definirne le specificità territoriali.

La tavola che segue riassume gli indicatori e le fonti utilizzate.

INDICATORE	FONTE	ANNO
Spesa Comuni per la cultura (09PAE001)	Istat BES 2024 - Appendice statistica	2023
Densità patrimonio museale (09PAE002)	Istat - Microdati Musei	2022
Fruizione biblioteche (02IST024)	Istat BES 2024	2023
Partecipazione culturale (02IST022)	Istat BES 2024	2023
Partecipazione sociale (05REL010)	Istat BES 2024	2023
Soggetti rilevati (<i>welfare</i> culturale)	Rilevazione nazionale CCW (n = 918)	2025
Musei - microdati	Istat Musei e istituzioni similari (n = 4.416)	2022
Biblioteche pubbliche - microdati	Istat (n = 6.453 su 8.131 totali)	2022

Mettere insieme cinque dimensioni del sistema culturale locale – la densità di soggetti di *welfare* culturale per abitante, la spesa corrente pro capite dei Comuni per la cultura, la copertura comunale di musei e biblioteche pubbliche, la partecipazione culturale fuori casa e la partecipazione sociale – rivela un quadro più articolato di quanto la semplice frattura Nord-Sud lasci intuire.

Esistono Regioni in cui le cinque dimensioni si muovono in modo coerente, rafforzandosi a vicenda. Ed esistono Regioni in cui alcune dimensioni compensano o contraddicono le altre, rivelando squilibri strutturali tra offerta pubblica, tessuto associativo e comportamenti culturali della cittadinanza.

L'analisi congiunta delle cinque dimensioni permette di identificare almeno **quattro profili ricorrenti** nel sistema culturale locale italiano.



1. Ecosistema integrato

Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Veneto, Trentino-Alto Adige: spesa pubblica medio-alta, buona copertura di biblioteche e musei, alta partecipazione culturale e sociale, presenza adeguata di soggetti di *welfare* culturale. Sono contesti in cui le cinque dimensioni si rafforzano reciprocamente, con variazioni di equilibrio – il Trentino-Alto Adige ha pochissime unità rispondenti ma compensa con altissima spesa pubblica; il Veneto ha bassa copertura museale per comune ma alta partecipazione.

2. Supplenza associativa

Piemonte, Umbria: i soggetti di *welfare* culturale sono i più densi d'Italia e presidiano spazi culturali che l'investimento pubblico locale non copre proporzionalmente. La partecipazione culturale è nella media, quella sociale discreta. Un modello che dipende dalla capacità dei soggetti stessi di reperire risorse proprie o finanziamenti alternativi.

3. Patrimonio senza ecosistema

Lazio, Toscana, Campania: densità museale alta o altissima, ma con dinamiche molto diverse. La Toscana integra patrimonio con alta copertura e buona partecipazione. Il Lazio ha altissima concentrazione museale (6,1 musei ogni 100 km²) ma bassa copertura bibliotecaria, bassa densità di rispondenti e partecipazione sociale e culturale pur alta grazie al peso demografico di Roma. La Campania ha il paradosso più acuto: terzo patrimonio museale d'Italia per numero di istituzioni, ultima per spesa comunale e tra le ultime per partecipazione.

4. Deficit sistemico

Calabria, Molise, Puglia, Basilicata, Abruzzo, Sicilia: tutte le dimensioni si collocano al di sotto della media nazionale. Non si tratta solo di assenza di risorse: la Sardegna ha alta spesa e altissima copertura bibliotecaria; eppure, partecipazione bassa – il che suggerisce che le risorse, da sole, non bastano. Nel Mezzogiorno il problema sembra essere insieme di offerta, accessibilità e costruzione di domanda culturale.

TAVOLA SINOTTICA - TUTTI GLI INDICATORI PER REGIONE
(Ordinata per spesa decrescente)

REGIONE	SPESA COMUNALE IN CULTURA (€ / ABITANTE)	% COMUNI DOTATI DI BIBLIOTECHE	% COMUNI DOTATI DI MUSEI	PARTECIPAZIONE CULTURALE FUORI CASA (PER 100 ABITANTI)	PARTECIPAZIONE SOCIALE (PER 100 ABITANTI)	WC / 100K*
1. Trentino-Alto Adige	56,7	70,0%	36,9%	43,2%	36,8%	1,279
2. Friuli-Venezia Giulia	45,7	87,9%	34,4%	37,2%	27,9%	1,825
3. Emilia-Romagna	37,4	87,6%	53,6%	38,5%	28,6%	2,266
4. Toscana	36,5	81,3%	66,3%	37,6%	25,8%	3,136
5. Sardegna	34,8	92,6%	33,4%	32,6%	25,9%	0,759
6. Valle d'Aosta	31,4	67,6%	47,3%	36,2%	25,2%	6,432
7. Liguria	29,5	48,7%	33,8%	36,2%	25,3%	1,702
8. Marche	27,0	57,3%	52,9%	33,1%	27,2%	1,728
9. Lombardia	24,6	79,4%	15,0%	41,1%	28,8%	1,244
10. Veneto	24,2	87,7%	25,0%	39,7%	30,1%	1,061
11. Piemonte	22,1	54,3%	18,5%	35,1%	25,2%	4,586
12. Umbria	21,2	65,2%	57,6%	34,3%	25,4%	5,772
13. Lazio	21,2	50,8%	32,0%	40,6%	27,9%	1,039
14. Basilicata	13,0	42,7%	16,8%	25,5%	21,7%	1,483
15. Abruzzo	12,4	27,5%	20,0%	30,9%	26,0%	0,467
16. Calabria	11,2	39,4%	19,6%	24,9%	20,9%	0,637
17. Sicilia	11,0	72,1%	29,0%	24,7%	19,7%	0,533
18. Puglia	10,7	67,8%	28,3%	28,0%	24,0%	0,861
19. Molise	8,8	33,8%	16,2%	29,6%	22,9%	1,361
20. Campania	5,4	49,1%	19,3%	30,6%	21,6%	0,460

* WC / 100 K = Unità di Welfare Culturale per 100.000 abitanti (stima su 918 totali, di cui 464 georeferenziate e 454 distribuite proporzionalmente).

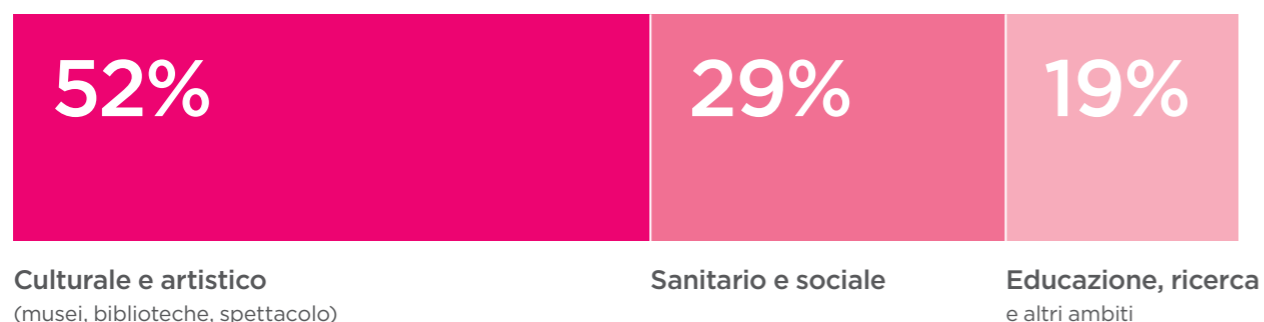
4.2 Settori, missione, area di intervento

Il campo del *welfare* culturale italiano è multidisciplinare per natura. Poco più della metà delle organizzazioni (52%) ha una collocazione culturale e artistica - musei e archivi (19%), spettacolo (21%), biblioteche (12%) - ma il quadro è tutt'altro che monolitico: il 15% opera nel settore sanitario, il 14% in quello sociale, quote minori nell'educazione, nella ricerca e nei servizi pubblici.

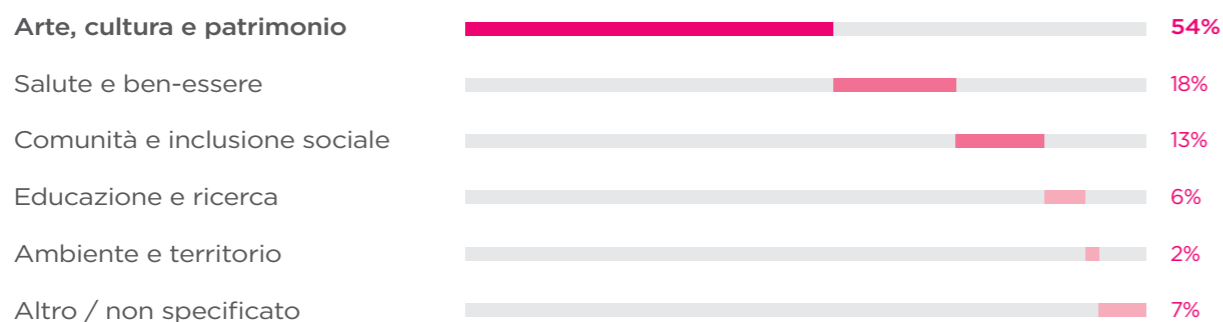
Non si tratta di un campo specialistico: è un campo di confine, in cui identità diverse convergono su una missione condivisa.

Questa pluralità si riflette, con variazioni minime, nella missione dichiarata e nell'area operativa. Le tre tavole che seguono leggono lo stesso fenomeno da tre angolazioni successive: che cosa si è (settore), per che cosa si lavora (missione), dove si agisce concretamente (area d'intervento).

SETTORE DI APPARTENENZA

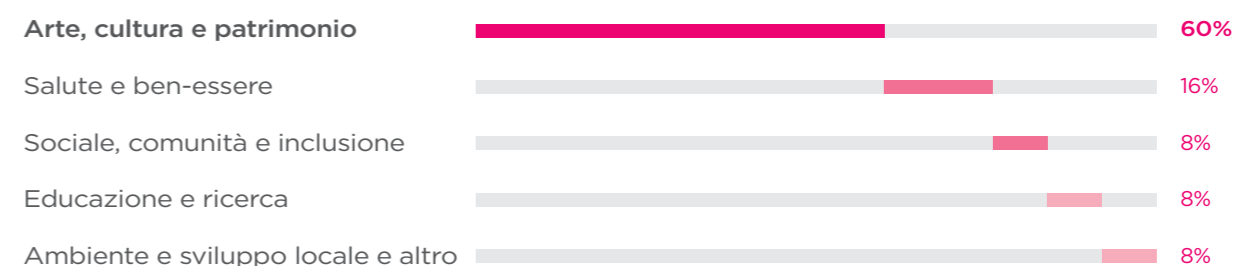


MISSIONE PRINCIPALE DICHIARATA



I tre profili prevalenti - arte e patrimonio (54%), salute e ben-essere (18%), comunità e inclusione (13%) - coprono insieme l'85% del campione rispondente. La restante quota è distribuita in ambiti contigui: educazione, ambiente, servizi.

AREA PRINCIPALE DI INTERVENTO



L'area d'intervento allarga l'identità settoriale: quando si guarda a cosa si fa concretamente, i confini tra cultura, salute e sociale sfumano. Organizzazioni nate nel mondo sanitario portano arte negli ospedali; organizzazioni culturali costruiscono percorsi di cura nei musei. La denominazione di settore non cattura la complessità dell'azione. La denominazione di settore non cattura la complessità dell'azione.

5.

Dimensione e risorse umane

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Le organizzazioni del *welfare* culturale sono strutturalmente più grandi di quanto i settori contigui lascino attendersi. Il confronto con i sistemi informativi Istat – musei, biblioteche, organizzazioni non profit dei settori cultura e assistenza – rivela uno scarto significativo.

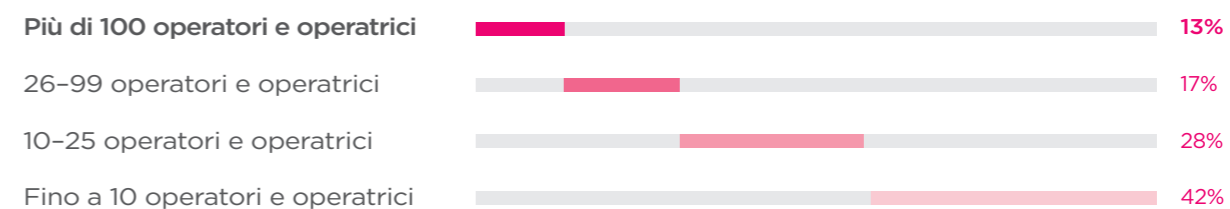
DIMENSIONE: WELFARE CULTURALE A CONFRONTO CON I SETTORI CONTIGUI
(Dati Istat)

SETTORE DI CONFRONTO	DATO CHIAVE	NOTA
Biblioteche pubbliche (Istat 2022)	66% con 0-2 operatori e operatrici	media: 3,1 operatori e operatrici; solo il 12% supera i 6
Musei (Istat 2022)	49% con meno di 6 operatori e operatrici	la media (11) è sospinta dai grandi istituti statali
Organizzazioni non profit (cultura + assistenza)	70% senza operatori e operatrici	si reggono su volontari; solo il 10% ha più di 10 operatori e operatrici
Organizzazioni <i>welfare</i> culturale (questa ricerca)	58% con 10 e più operatori e operatrici	28% tra 10 e 25 operatori e operatrici; 31% con 26 operatori e operatrici e più

Il dato è rilevante: il 58% delle organizzazioni di *welfare* culturale dispone di più di 10 persone impiegate, contro il 10% delle non profit culturali e assistenziali monitorate da Istat.

Non si tratta di strutture fragili che sopravvivono grazie al volontariato: sono realtà con una capacità organizzativa consolidata, in grado di gestire progetti complessi, attrarre finanziamenti e garantire continuità.

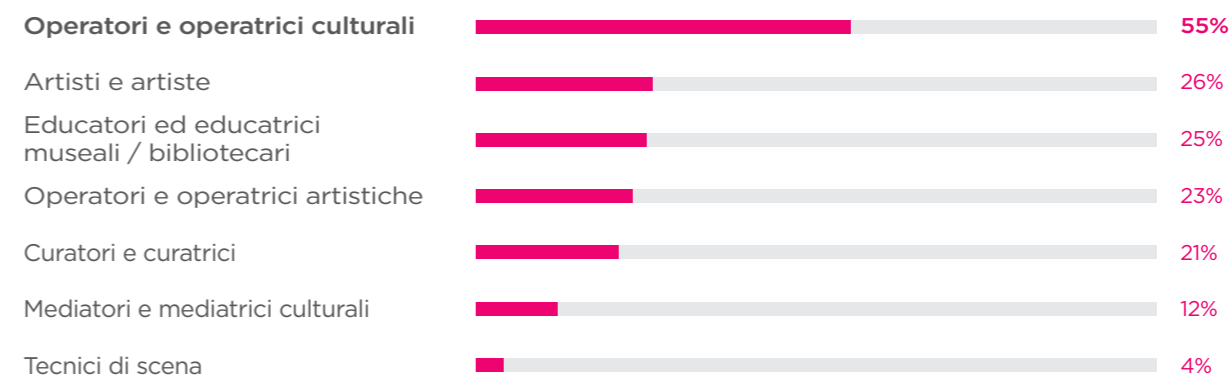
DISTRIBUZIONE PER DIMENSIONE



5.1 Il capitale umano: tre famiglie di competenze

All'interno delle organizzazioni convivono tre famiglie di profili professionali – creativi, socio-sanitari, gestionali – che si combinano in proporzioni diverse a seconda della natura dell'organizzazione e del modello operativo adottato.

FIGURE CULTURALI E CREATIVE
(% risposte multiple)



Il motore operativo del campo è artistico e curatoriale. Le attività non sono "somministrate": sono progettate da professionisti e professioniste con formazione specifica, che garantiscono qualità estetica e pertinenza culturale ai percorsi.

FIGURE SOCIO-SANITARIE
(% risposte multiple)

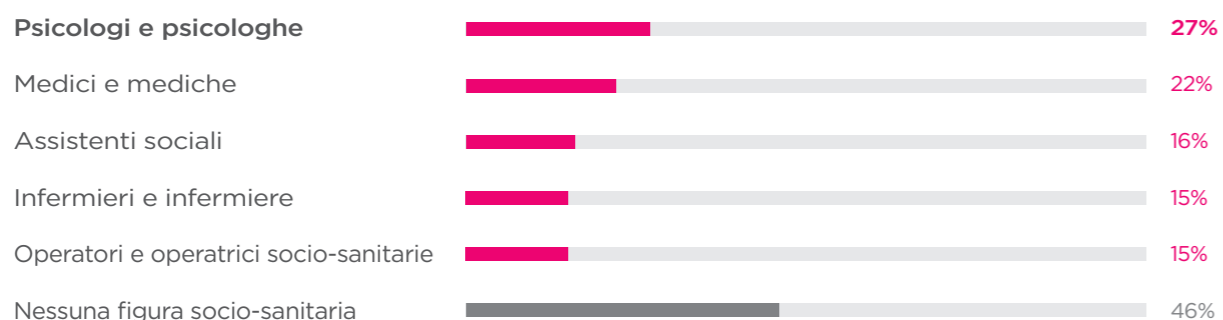
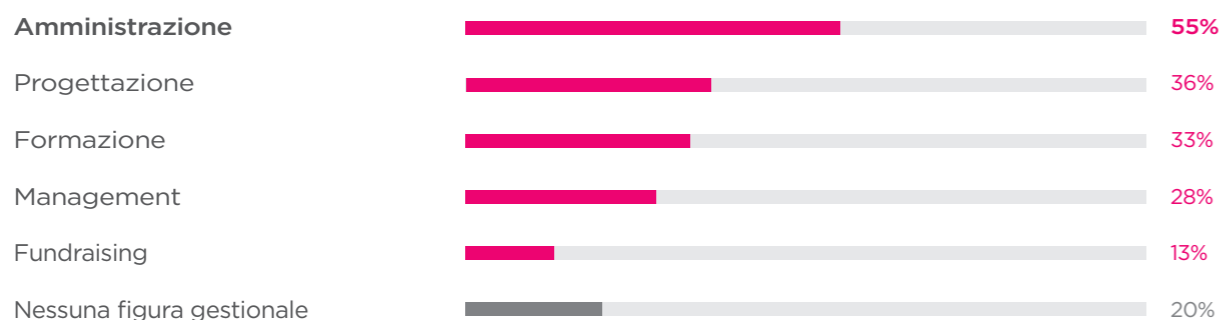


FIGURE GESTIONALI E AMMINISTRATIVE
(% risposte multiple)



Il 46% delle organizzazioni non ha figure socio-sanitarie interne.

Non è una lacuna: è un modello.

Il *welfare* culturale funziona spesso attraverso collaborazioni esterne e reti tra realtà diverse - un'istituzione culturale che si connette con un servizio sanitario territoriale, un museo che lavora con uno psicologo o una psicologa in regime di consulenza. La competenza sanitaria non deve essere interna per essere presente.

La rilevante presenza di figure di progettazione (36%), formazione (33%) e management (28%) segnala che la visione creativa è sostenuta da un apparato gestionale strutturato, capace di tradurre le idee in progetti finanziabili e replicabili.

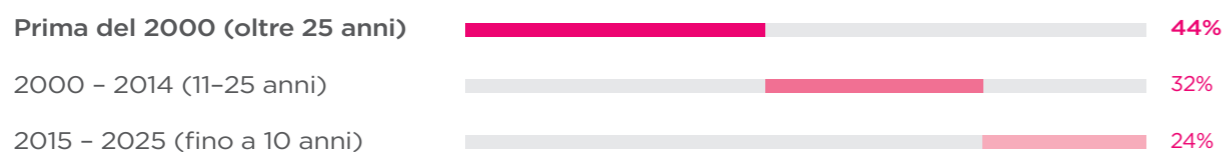


6. Maturità dell'impegno nelle attività di arte e cultura

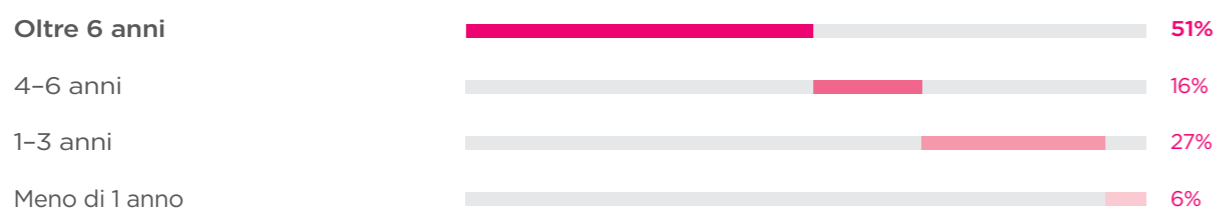
A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Il *welfare* culturale italiano non è un fenomeno recente. Le organizzazioni che compongono il campione sono prevalentemente radicate nel tempo: il 76% ha più di 10 anni di attività complessiva; quasi la metà è nata prima del 2000.

ANNO DI COSTITUZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

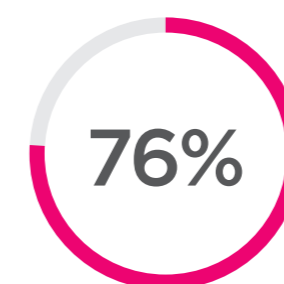


ANNI DI IMPEGNO SPECIFICO NEL CAMPO ARTE - CULTURA - SALUTE

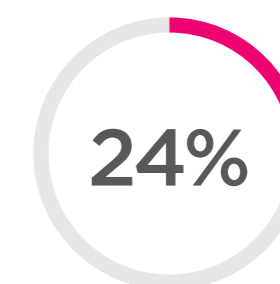


Il 27% delle organizzazioni ha cominciato a operare in questo campo negli ultimi 3 anni: un segnale di vitalità, non di fragilità.

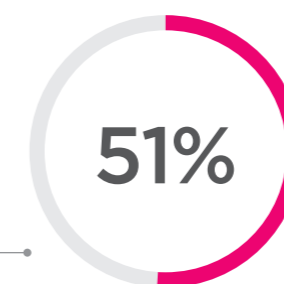
LE ORGANIZZAZIONI



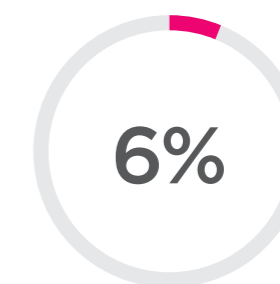
attive da oltre 10 anni
storia radicata nel territorio



costituite dal 2015 in poi
quota più giovane del campione



impegno specifico da oltre 6 anni
nel campo arte - cultura - salute



attive da meno di 1 anno
nel campo specifico

La prescrizione sociale attrae realtà che stanno strutturando percorsi nuovi, a conferma che il campo è in espansione.

La base consolidata - il 51% attivo da più di 6 anni - garantisce continuità e trasmissione di pratiche.

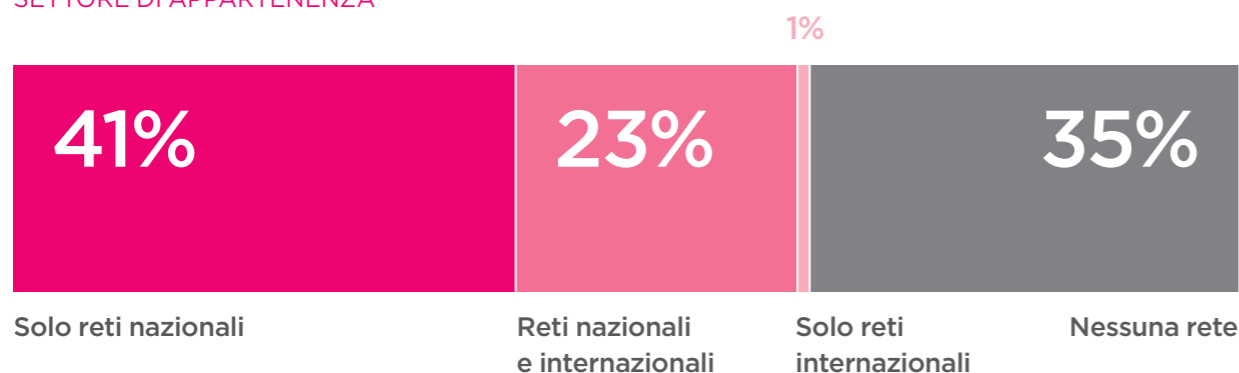
7.

Apertura e connessioni nazionali e internazionali

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Il *welfare* culturale italiano è un campo localmente radicato – l'83% delle organizzazioni opera esclusivamente nella propria Regione – ma non isolato. Il 65% fa parte di reti nazionali o internazionali; il 63% ha già condiviso le proprie pratiche all'interno di questi circuiti. Il **networking** non è un'opzione: è una delle condizioni che permettono a esperienze locali di diventare patrimonio collettivo.

SETTORE DI APPARTENENZA



VANTAGGI PERCEPTI DALLA PARTECIPAZIONE ALLE RETI (% risposte multiple)



La rete, ben lungi dall'essere vissuta come contenitore formale, per il 65% delle organizzazioni offre supporto continuativo; per il 61% è uno spazio di formazione; per il 54% un modo per condividere risorse che la singola struttura non potrebbe sostenere da sola. Solo il 3% dichiara di non trarne alcun vantaggio.

Il 17% delle organizzazioni svolge attività anche fuori dalla propria Regione di residenza, con una concentrazione nell'offerta verso Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana.

La dimensione nazionale del campo è però ancora un orizzonte più che una realtà strutturata: l'83% opera esclusivamente nella propria Regione. **Costruire connessioni tra esperienze locali – senza richiedere spostamenti – è la forma di crescita più sostenibile per un settore distribuito su scala nazionale ma radicato nella prossimità.**

8.

Profili a confronto: *welfare* culturale e prescrizione di arte e cultura

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Il campione di 918 organizzazioni che stiamo analizzando, come abbiamo anticipato, è composto da due gruppi, con un modo diverso di operare nell'ambito del rapporto tra cultura e salute:

- Un gruppo di organizzazioni che svolgono attività di arte e cultura prescritte o consigliate da figure mediche e socio-sanitarie. È il gruppo maggioritario, con il 67% delle unità rispondenti. Le indicheremo come **Unità della Prescrizione Sociale (UPS)**.
- Un gruppo di organizzazioni che, pur non adottando ancora il modello della prescrizione sociale, sono attive nella promozione della salute e del ben-essere attraverso l'arte e la cultura. Costituiscono il 33% del campione e le indicheremo come **Unità di Welfare Culturale (UCW)**.

Nelle sezioni che seguono, proponiamo una descrizione delle differenze fra i due profili. Cinque dimensioni a confronto: **natura e missione, struttura e competenze, anzianità, distribuzione geografica, connessioni di rete.**

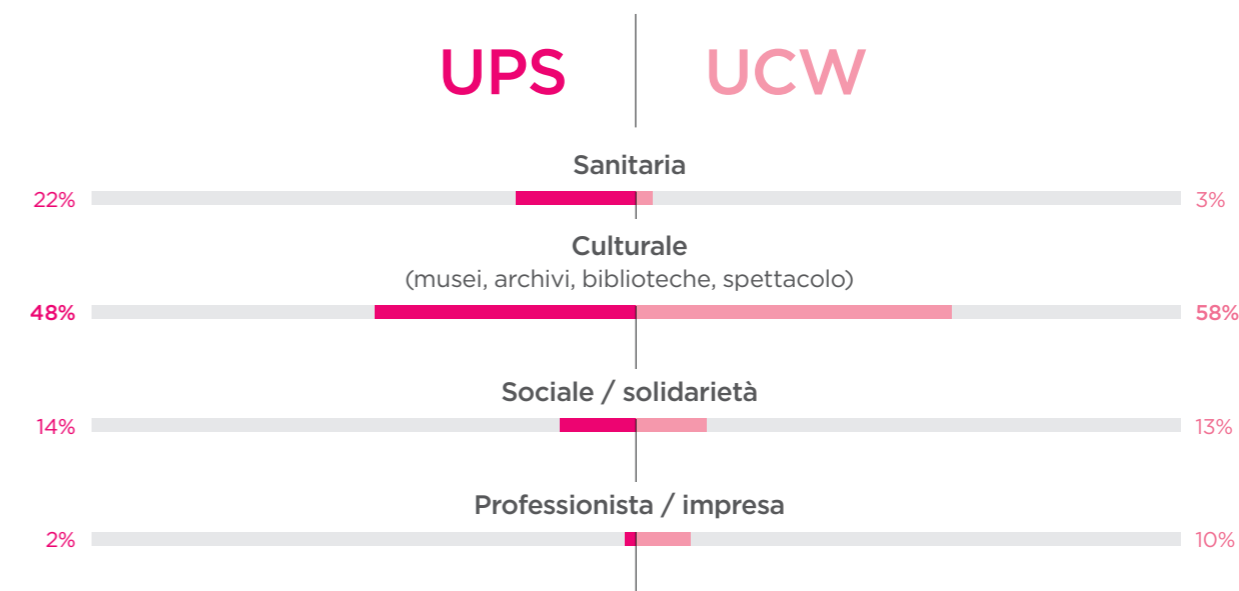


8.1 Natura e missione: la salute al centro, o la cultura?

La componente sanitaria delle UPS è 7 volte quella delle UCW

I due profili partono da identità organizzative diverse. Le UPS sono radicate nel sistema della cura: oltre un quinto di esse è di natura sanitaria. Le UCW si concentrano invece nell'ambito culturale in senso ampio – musei, archivi, biblioteche, spettacolo – che raccoglie quasi il 58% del gruppo contro il 48% delle UPS.

NATURA DELL'UNITÀ



Il punto comune è la dimensione sociale: la quota di unità orientate alla solidarietà e all'inclusione è quasi identica nei due gruppi (≈14% e ≈13%), a conferma che il sociale è l'infrastruttura trasversale di entrambi i modelli.

MISSIONE PRINCIPALE DICHIARATA

MISSIONE	UPS	UCW
Arte, cultura e patrimonio	52%	58%
Salute e ben-essere	23%	8%
Sociale, comunità e inclusione	12%	14%
Educazione, formazione e ricerca	5%	8%
Ambiente e territorio	1%	3%
Altro / non specificato	7%	9%

L'area di intervento accentua ulteriormente la differenza: nelle UPS l'operatività in ambito salute tocca il 20%, contro l'8% delle UCW. Le UCW, a loro volta, restano ancorate all'ambito culturale nel 71% dei casi (vs 54% delle UPS).

8.2 Struttura e competenze: stessa materia prima, diverso apparato

Le UPS hanno 3 volte più figure mediche e 2 volte più figure psicologiche delle UCW

Le realtà che praticano o hanno praticato la prescrizione sociale mostrano una maggiore propensione verso strutture più grandi e articolate. Nel welfare culturale che ancora non lavora su prescrizione, quasi la metà delle organizzazioni (47%) è composta da piccoli nuclei con meno di 10 persone, a conferma di un approccio spesso basato sulla prossimità e sulla flessibilità associativa.

Nella prescrizione sociale, pur restando le piccole realtà la quota maggiore (39%), si osserva una presenza più significativa di organizzazioni di medie dimensioni: il 19% conta tra le 26 e le 99 collaborazioni, contro il 14% del gruppo del welfare culturale. In tal senso, la gestione di flussi prescritti richiede spesso una capacità organizzativa più robusta per coordinare i rapporti con le figure mediche e i servizi territoriali.

La fascia tra le 10 e le 25 persone vede percentuali quasi identiche tra i due gruppi (28% UPS e 26% per il UCW) e rappresenta il nucleo vitale di entrambi i settori. Le organizzazioni con oltre 99 persone impiegate sono proporzionalmente più numerose nella prescrizione sociale (14% complessivo tra medie e grandi) rispetto al ben-essere generale (12%), a conferma della necessità di una struttura più solida per coordinare i flussi sanitari.

La materia prima artistica è comune: operatori e operatrici culturali, artisti e artiste, progettisti e progettiste hanno quote quasi identiche nei due profili. Il vero discriminante è nella densità delle competenze socio-sanitarie internalizzate, che nelle UPS è radicalmente più alta.

DIMENSIONE ORGANIZZATIVA (% per fascia)

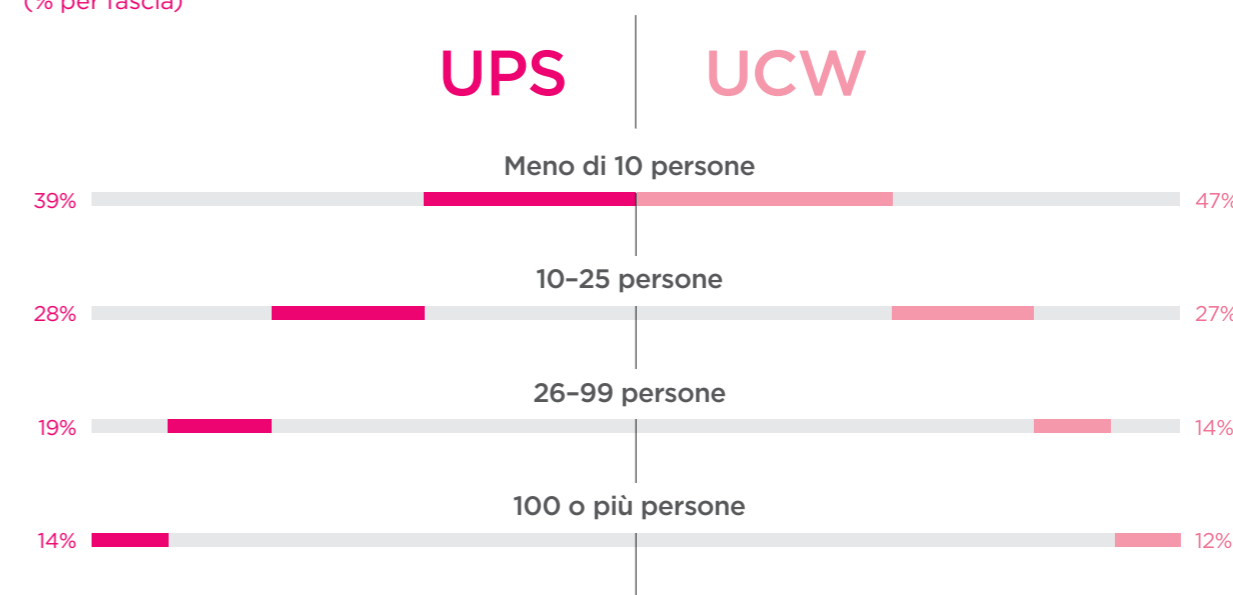
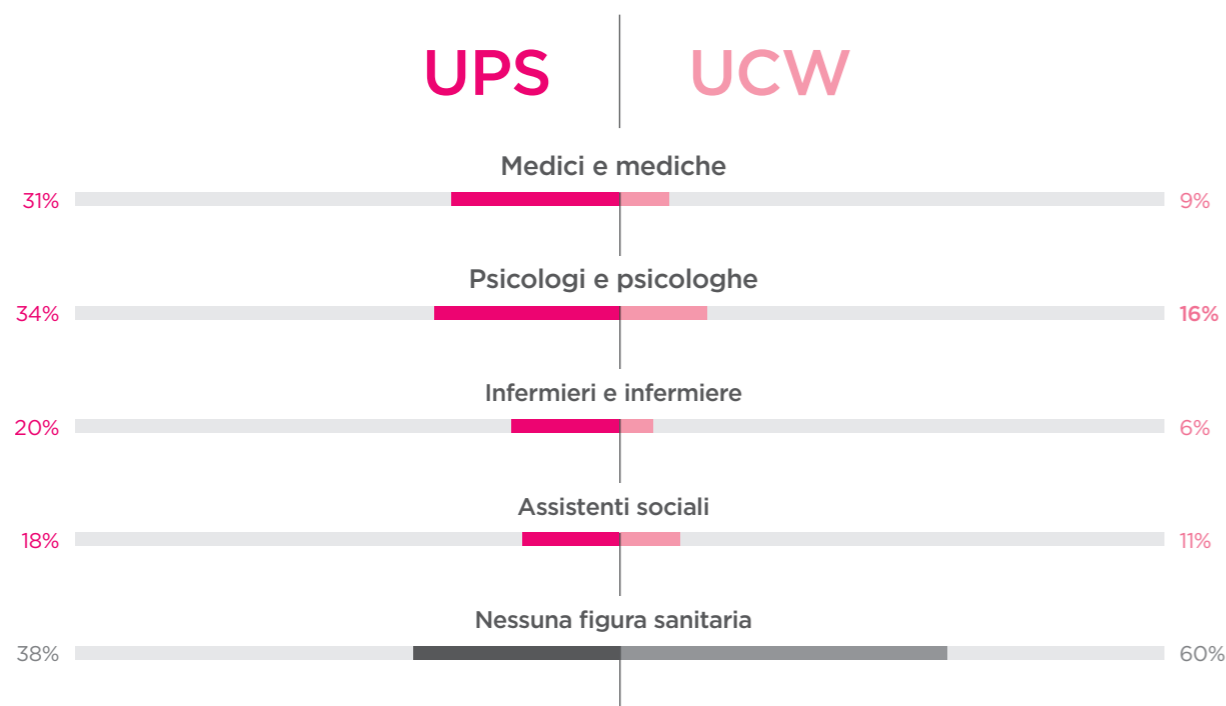


FIGURE CULTURALI E GESTIONALI (comuni a entrambi)

FIGURA PROFESSIONALE	UPS	UCW
Operatori e operatrici culturali	55%	55%
Artisti e artiste	27%	25%
Progettisti e progettiste	36%	37%
Amministrativi e amministrative	53%	57%
Formatori e formatrici	35%	29%
Manager	25%	33%

COMPETENZE SOCIO-SANITARIE
(dimensione rispetto alla quale le UPS divergono nettamente)



Sintesi: la prescrizione sociale non cambia la materia prima artistica, ma la integra con un apparato tecnico-sanitario più denso. Le UPS sono un'evoluzione specialistica delle UCW, non un modello alternativo.

8.3 Anzianità: radici profonde per la prescrizione, campo aperto per il welfare

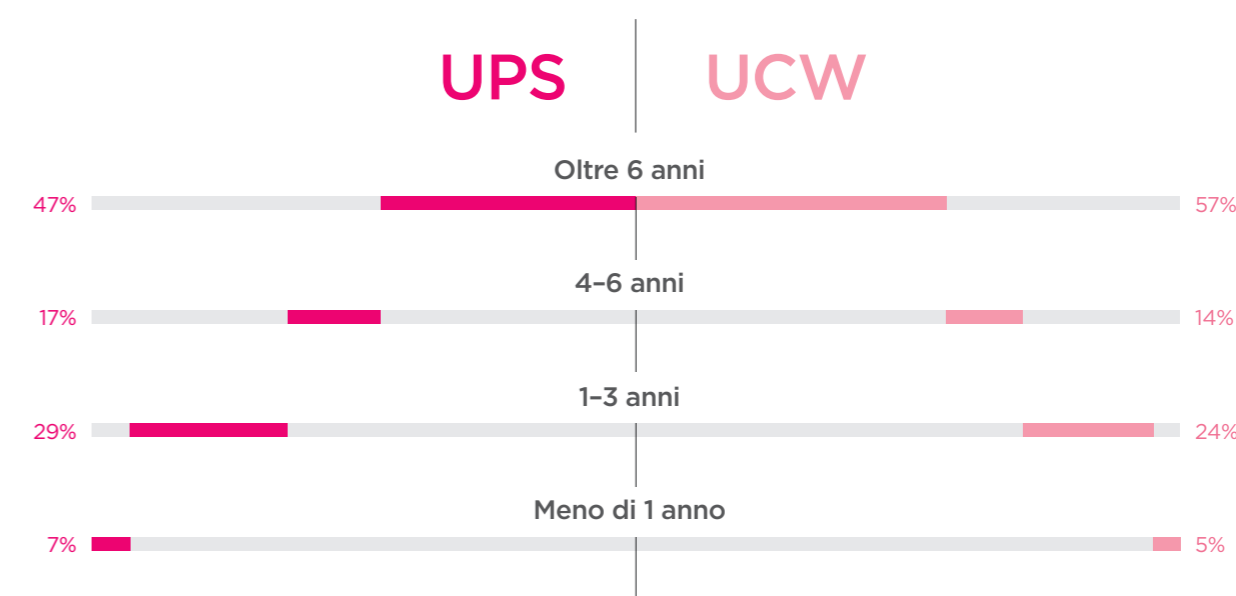
Il 46% delle UPS attivo da oltre 26 anni vs 40% delle UCW

La prescrizione sociale cresce su terreni consolidati. Le UPS tendono a essere unità con radici profonde: quasi la metà è attiva da oltre 26 anni. Le UCW mostrano una distribuzione più equilibrata, con una quota più alta di unità giovani e mature.

ANZIANITÀ DELL'UNITÀ

CLASSE	UPS	UCW
Lunga esperienza (oltre 26 anni)	46%	40%
Matura (11-25 anni)	31%	34%
Giovane (0-10 anni)	23%	26%

ANNI DI IMPEGNO SPECIFICO IN ARTE E CULTURA PER LA SALUTE



Le UCW sono la casa storica del *welfare* culturale – più anziane nell'impegno specifico (57% oltre 6 anni). Le UPS mostrano più vivacità nei segmenti recenti (29% attive da 1-3 anni), segnale che la prescrizione è la nuova frontiera verso cui si orientano molte unità in fase di strutturazione.

8.4 Territorio: il Centro come laboratorio della prescrizione

30% delle UPS al Centro vs 21% delle UCW Sud e Isole: campo aperto

Il Nord è il baricentro operativo per entrambi i profili. La divergenza più significativa emerge nelle aree centrali – dove si concentra il 30% delle UPS – e nel Mezzogiorno, dove il *welfare* culturale non formalizzato è proporzionalmente più presente della prescrizione strutturata.

DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA PER MACROAREA (% georeferenziate)

MACROAREA	UPS	UCW
Nord-Ovest	37%	42%
Nord-Est	22%	19%
Centro	30%	22%
Sud	9%	11%
Isole	2%	7%
Fuori dalla propria Regione	16%	17%

Entrambi i profili sono profondamente locali: l'84% delle UPS e l'83% delle UCW opera esclusivamente nella propria Regione. Per scalare queste pratiche a livello nazionale non servono spostamenti, ma reti locali che dialoghino tra loro.

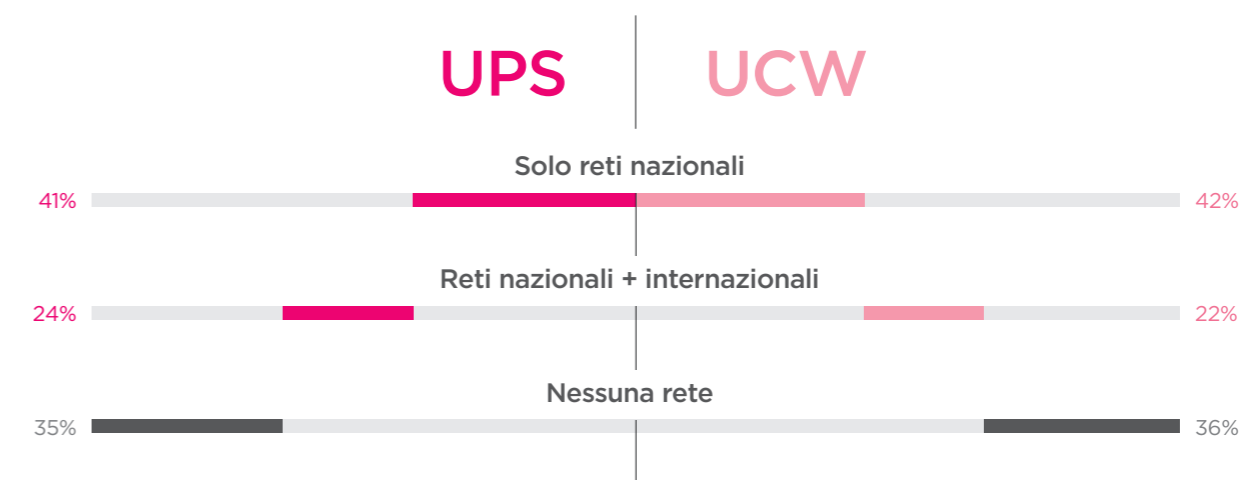
Il Mezzogiorno e le Isole rappresentano un'area di **crescita potenziale** per la prescrizione. Qui il *welfare* culturale non formalizzato è già presente; mancano i protocolli strutturati e le connessioni con il sistema sanitario che consentirebbero la transizione al modello UPS.

8.5 Reti: supporto vs specializzazione

65% di entrambi in reti le UPS cercano formazione, le UCW cercano supporto

La partecipazione a reti è alta e simile per entrambi i profili. Cambia il perché: le UPS cercano formazione e scambio tecnico; le UCW cercano supporto e sostegno generico.

APPARTENENZA A RETI (% sul totale di rispondenti)



MOTIVAZIONI E VANTAGGI DELLA PARTECIPAZIONE

MOTIVAZIONE / VANTAGGIO	UPS	UCW
Formazione e aggiornamento	65%	55%
Condivisione di strumenti e mezzi	56%	50%
Supporto generico	63%	68%
Ha già condiviso le proprie pratiche	64%	63%

Le reti sono usate diversamente: le UPS le trasformano in piattaforme di scambio tecnico e legittimazione scientifica. Le UCW le usano come base di sostegno. Il risultato finale è lo stesso: oltre il 63% in entrambi i gruppi ha già condiviso le proprie pratiche.

9.

In sintesi

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Le 918 unità rispondenti si dividono in due profili che esprimono **approcci distinti alla stessa missione di fondo**.

UPS

Unità della Prescrizione Sociale

617 unità



Le UPS – il 67% del campione – sono radicate nel sistema della cura: un quinto è di natura sanitaria, le figure mediche e psicologiche sono presenti rispettivamente nel 31% e nel 34% dei casi. Le UCW – il restante 33% – si concentrano nell’ambito culturale in senso ampio (musei, archivi, biblioteche, spettacolo), che raccoglie il 58% del gruppo contro il 48% delle UPS. Il denominatore comune è la dimensione sociale: la quota di unità orientate alla solidarietà e all’inclusione è quasi identica nei due gruppi (14% e 13%).

UCW

Unità di Welfare Culturale

301 unità



Le UCW sono strutturalmente più piccole e più anziane nell’impegno specifico: il 57% opera in questo campo da oltre 6 anni, contro il 47% delle UPS. Queste ultime mostrano più vivacità nei segmenti recenti – il 29% ha iniziato negli ultimi 3 anni – segnale che la prescrizione sociale attrae organizzazioni che stanno strutturando percorsi nuovi.

Sul piano geografico, il Centro è il principale terreno di sperimentazione della prescrizione (30% delle UPS contro il 22% delle UCW), mentre Sud e Isole restano un’area di crescita potenziale per entrambi i modelli.

Entrambi i profili partecipano a reti in misura simile (circa il 65%), ma con finalità diverse: le UPS cercano formazione specialistica e scambio tecnico; le UCW cercano sostegno. La condivisione delle pratiche è analoga: oltre il 63% in ciascun gruppo ha già diffuso le proprie esperienze nella rete.

Seconda parte:

la prescrizione



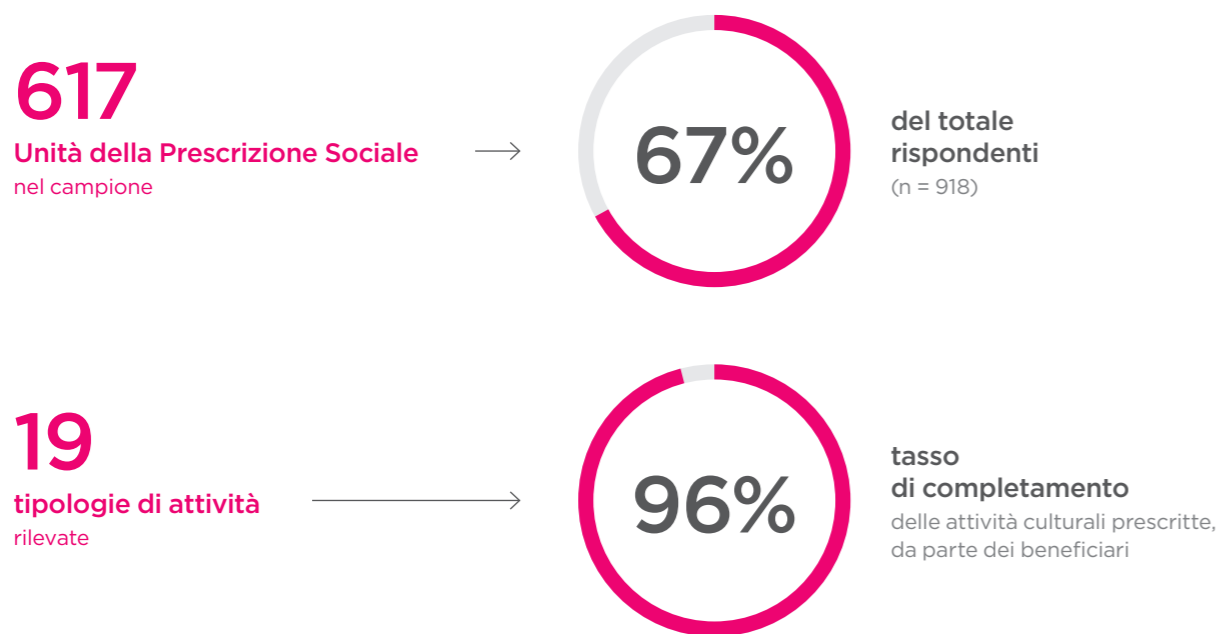
Arte e cultura per il ben-essere e la salute

- | | | |
|-----|-----------------------|----|
| 10. | Che cosa si fa e come | 59 |
| 11. | Le persone | 65 |
| 12. | I processi | 77 |



In questa sezione del rapporto di ricerca, l'attenzione è focalizzata esclusivamente sul gruppo delle organizzazioni che nell'ultimo quinquennio hanno già attuato o stanno attuando percorsi di prescrizione sociale. Il collettivo di riferimento è composto da 617 realtà operanti sul territorio nazionale.

CARATTERISTICHE, ATTIVITÀ, BENEFICIARI E CURANTI DELLE UNITÀ che nell'ultimo quinquennio hanno attuato percorsi di prescrizione sociale



10. Che cosa si fa e come

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

10.1 Le attività

La parola e il corpo prima degli strumenti

Le attività svolte su prescrizione coprono un **ventaglio ampio di linguaggi artistici**, ma seguono una gerarchia precisa. Al vertice si collocano le pratiche che lavorano sulla parola, sull'ascolto e sul movimento nello spazio: lettura ad alta voce (42%), attività educative in musei e siti del patrimonio (35%) e passeggiate culturali o narrative (32%). Seguono teatro, arti visive e scrittura, che agiscono sull'espressione di sé e sulla coesione di gruppo.

ATTIVITÀ SVOLTE SU PRESCRIZIONE (% risposte multiple, n = 617)



Da segnalare che il 23% delle organizzazioni propone attività di formazione artistica: la prescrizione non si limita a erogare ben-essere, ma costruisce competenze che rimangono al beneficiario anche dopo la fine del percorso.

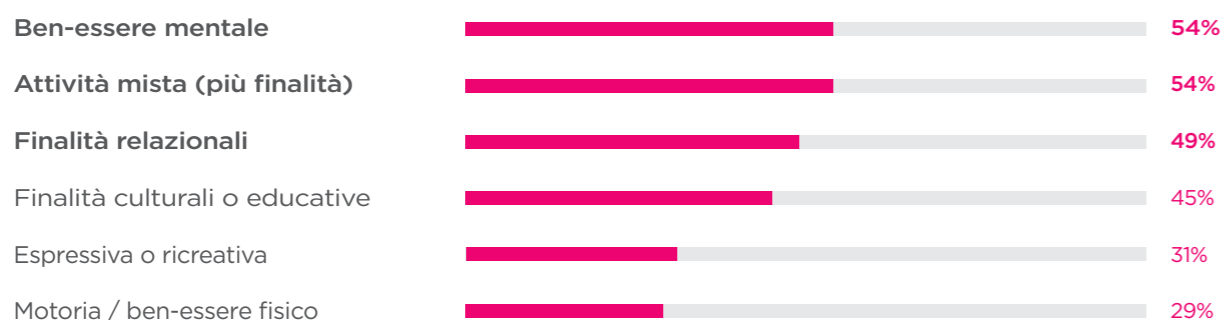
10.2 Le finalità

Ben-essere mentale e connessione sociale al centro

Le finalità dichiarate rivelano con chiarezza la vocazione del campo. Il ben-essere mentale guida le attività del 54% delle organizzazioni; le finalità relazionali seguono al 49%, quelle culturali ed educative al 45%. L'attività motoria si ferma al 29%: la prescrizione di arte e cultura si configura anzitutto come strumento di cura psicologica e di connessione tra persone.

Poco meno della metà delle unità (54%) dichiara finalità miste, che combinano più obiettivi contemporaneamente: un segnale che l'efficacia della prescrizione risiede spesso proprio nell'integrazione di benefici diversi - relazionali, espressivi, cognitivi - attivati dalla stessa esperienza artistica.

FINALITÀ DELLE ATTIVITÀ
(% risposte multiple, n = 617)



10.3 Frequenza e durata

Un modello flessibile, con un nodo irrisolto sul follow-up

Il modello operativo è **flessibile per vocazione**. Oltre il 44% delle unità propone percorsi di lunga durata (più mesi), mentre il 43% organizza incontri di poche ore - utili per un primo avvicinamento o per risposte puntuali a bisogni immediati. I due approcci coesistono e si rivolgono spesso a target e obiettivi diversi.

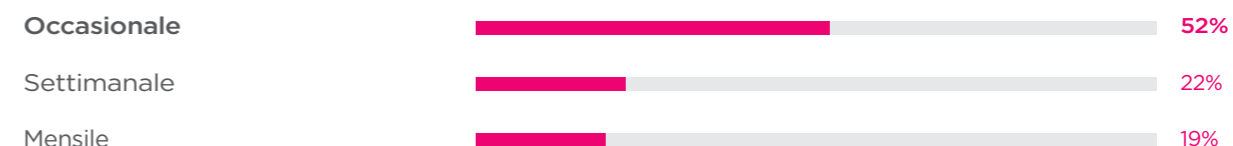
Sul fronte della frequenza, la modalità occasionale è la più diffusa (52%), ma quasi un quarto delle unità mantiene cadenze regolari: settimanali (22%) o mensili (19%). Questo equilibrio tra continuità e apertura è uno dei tratti distintivi del modello rispetto alla presa in carico clinica tradizionale.

Una criticità strutturale emerge sul **follow-up**: quasi il 40% dei percorsi si chiude senza alcun intervento successivo. Solo il 14% prevede un accompagnamento strutturato, con tutoraggio o sessioni di verifica regolari; il 38% offre un supporto informale. La prevalenza di chiusure senza continuità rischia di disperdere i benefici raggiunti nel corso del percorso.

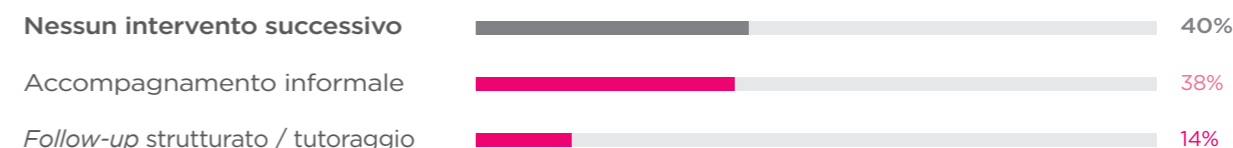
DURATA TIPICA



FREQUENZA DEGLI INCONTRI



FOLLOW-UP AL TERMINE DEL PERCORSO



Oltre che la dispersione dei benefici, l'assenza di *follow-up* in alcuni casi produce un effetto opposto a quello atteso. Quando un percorso crea un contesto accogliente e protetto - un gruppo coeso, un luogo sicuro, relazioni significative - e poi si interrompe senza alcun accompagnamento, il rischio è quello che viene definito **effetto bolla**: la persona ha partecipato attivamente, ha sviluppato legami e capacità, ma questi rimangono confinati all'interno del percorso strutturato e non si trasferiscono nella vita ordinaria. L'obiettivo dichiarato della prescrizione di arte e cultura non è creare spazi protetti dove stare bene durante le attività: è favorire l'interazione con la comunità più ampia, costruire reti che persistono, attivare risorse che la persona porta con sé fuori dal gruppo. Quando questo trasferimento non avviene, il percorso ha prodotto un beneficio temporaneo - prezioso, ma non trasformativo. Questo effetto è particolarmente rilevante per le popolazioni con fragilità psichica o dipendenze, dove il rischio di incoraggiare dipendenza dal gruppo terapeutico invece dell'autonomia è noto in letteratura clinica. Progettare il ponte verso la comunità - un collegamento con un'associazione locale, la partecipazione a un evento aperto, l'invito a tornare come volontari - è parte integrante del lavoro, non un optional da aggiungere se avanzano risorse. Il *follow-up* strutturato attuato dal 14% del campione rispondente non serve solo a misurare: serve a costruire questo ponte.

La discontinuità dei percorsi: il nodo che il campo può sciogliere adesso

Il 40% dei percorsi UPS si conclude senza alcun intervento successivo. Letto insieme al 97% di completamento, il dato genera un'apparente contraddizione: se le persone finiscono i percorsi, perché il campo non garantisce continuità? La risposta è nella progettazione, non nelle risorse. Il *follow-up* viene spesso pensato come aggiunta opzionale - qualcosa da inserire «se avanza tempo» - anziché come fase strutturale del percorso.

Le esperienze più consolidate documentate in questo rapporto - dal programma SOMA ai percorsi di *Ri-trovarsi in museo*, dal progetto *Convoglio* a *Nati per Leggere* - mostrano un pattern comune: il *follow-up* è progettato prima dell'avvio, con un referente nominato, tempi definiti e strumenti già predisposti. Questo non richiede risorse aggiuntive significative: richiede di spostare il *follow-up* dalla categoria «extra» alla categoria «standard». La discontinuità non è un destino del campo: è una scelta di progettazione che il campo può invertire adesso, senza aspettare interventi istituzionali.

10.4 I luoghi

La cura abita gli spazi della cultura e della comunità

Le attività si svolgono prevalentemente in luoghi della vita culturale e quotidiana: musei (37%), biblioteche (36%), ambienti naturali come parchi e giardini (33%), sedi di associazioni del Terzo Settore (33%). I contesti sanitari istituzionali - strutture ospedaliere (14%), RSA (11%), centri di salute mentale (10%) - sono presenti, ma minoritari.

LUOGHI DI SVOLGIMENTO (% risposte multiple, n = 617)

LUOGO	%
Musei	37%
Biblioteche	36%
Ambienti naturali (parchi, giardini)	33%
Sedi di associazioni del Terzo Settore	33%
Centri di aggregazione sociale	20%
Teatri / luoghi di spettacolo	18%
Strutture ospedaliere	14%
RSA	11%
Palestre / centri sportivi	11%
Centri di salute mentale	10%
Online / piattaforme digitali	10%
Consultori	8%

Questa distribuzione non è casuale. Portare la prescrizione fuori dagli ambienti clinici riduce lo stigma associato ai luoghi di cura e abbassa la soglia di accesso per le persone più difficili da raggiungere - giovani fuori da scuola e lavoro, persone con fragilità psichica, anziane e anziani in isolamento. Ma la scelta del luogo non è solo una strategia di comunicazione: è una decisione metodologica con effetti diretti sull'efficacia del percorso. Un museo, una biblioteca, un giardino pubblico non sono contenitori neutri. Sono ambienti che comunicano un messaggio alla persona che li attraversa: qui sei qualcuno, non un paziente.

11.

Le persone

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

11.1 Chi beneficia della prescrizione di arte e cultura

Un intervento che coinvolge l'intero sistema di prossimità

Questa **de-sanitarizzazione dello spazio** permette a chi partecipa di sperimentare la propria identità al di là della diagnosi, sottraendosi al ruolo di beneficiario che i contesti clinici tendono a evocare. La bellezza dell'ambiente – la qualità estetica, i dettagli, la cura degli allestimenti – non è un lusso: agisce come catalizzatore per l'immaginazione, la percezione e, secondo alcune evidenze, la neuroplasticità. Un caso emblematico è quello degli *Archivi e Salute*: un Archivio di Stato diventa il luogo in cui persone anziane con demenza costruiscono la propria *Scatola della Memoria*, manipolando materiali d'archivio e attivando la narrazione autobiografica. Il luogo – con la sua fisicità, la sua storia, il suo peso simbolico – non è sfondo dell'intervento: ne è parte costitutiva. Rimuoverlo, trasportando la stessa attività in un centro diurno, produrrebbe un effetto diverso. La co-progettazione con enti e associazioni locali coinvolge quasi il 70% del campione, a conferma che **la qualità del setting è considerata una dimensione progettuale**, non un dato di partenza su cui non si può intervenire.

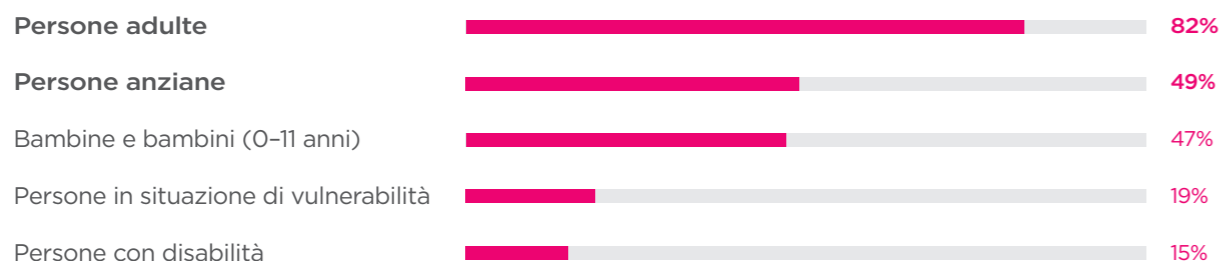
Accessibilità

Il 71% delle unità offre attività gratuite o a costo ridotto; il 60% personalizza contenuti, tempi e metodi alle esigenze di chi partecipa; il 45% ha rimosso barriere architettoniche o sensoriali. La co-progettazione con enti e associazioni locali coinvolge quasi il 70% del campione.

La popolazione alla quale si rivolgono gli interventi è in prevalenza adulta (82%) e anziana (49%), con un coinvolgimento significativo della fascia di età tra 0 e 11 anni (47%). Tra i criteri di accesso emergono la vulnerabilità sociale (19%) e la disabilità (15%). I dati per fasce d'età aggregano categorie molto eterogenee. Un target che merita attenzione specifica è quello dei giovani NEET - *Not in Education, Employment, or Training*: giovani fuori dai percorsi di istruzione e lavoro, spesso in condizioni di disagio psicologico o isolamento relazionale, difficili da intercettare attraverso i canali sanitari tradizionali. Per questa fascia, la prescrizione sociale di arte e cultura si è rivelata un intervento particolarmente efficace proprio per le sue caratteristiche: è breve, flessibile e non percepito come presa in carico. Un giovane NEET che rifiuta il supporto psicologico formale accetta più facilmente una proposta culturale, perché non la riconosce come *terapia*: questa **non-riconoscibilità** è un punto di forza, non una debolezza del modello. Il fenomeno dell'auto-invio, già documentato nel campione (12% delle organizzazioni indica la scelta autonoma della persona beneficiaria come canale di accesso), si concentra in modo significativo su questa fascia: i giovani che si auto-inviano lo fanno perché percepiscono nella proposta culturale un'alternativa non minacciosa al sistema dei servizi. Questo profilo ha implicazioni operative: i canali di comunicazione devono evitare il linguaggio dei servizi; il formato deve essere breve e reversibile; la soglia di accesso deve essere bassissima. Lavorare con i giovani NEET richiede anche di ripensare chi può fare l'*invio*: non necessariamente un professionista o una professionista sanitaria, ma un educatore o un'educatrice di strada, un animatore o un'animatrice di comunità, o semplicemente un pari che ha già partecipato.

Le interviste qualitative segnalano che la prescrizione funziona come **intervento percepito come leggero e non stigmatizzante**, per molte persone preferibile alla presa in carico tradizionale dei servizi.

FASCE DI ETÀ E TIPOLOGIA DI BENEFICIARI COINVOLTI
(% risposte multiple, n = 617)



La modalità prevalente è quella **di gruppo** (54%), seguita da un approccio misto - individuale e collettivo - nel 33% dei casi. **Il 96% delle unità dichiara che le persone coinvolte portano a termine il percorso intrapreso**, con abbandoni che nell'82% dei casi non superano le 10 persone l'anno. Un dato che indica una buona corrispondenza tra le proposte e i bisogni reali.

Le persone beneficiarie partecipano attivamente alla scelta delle attività nel 40% delle unità; in un ulteriore 12% la scelta avviene in co-progettazione con la figura di collegamento. Anche quando la progettazione tecnica resta in capo alle équipes, un terzo delle unità prevede comunque una fase di consultazione con chi partecipa.

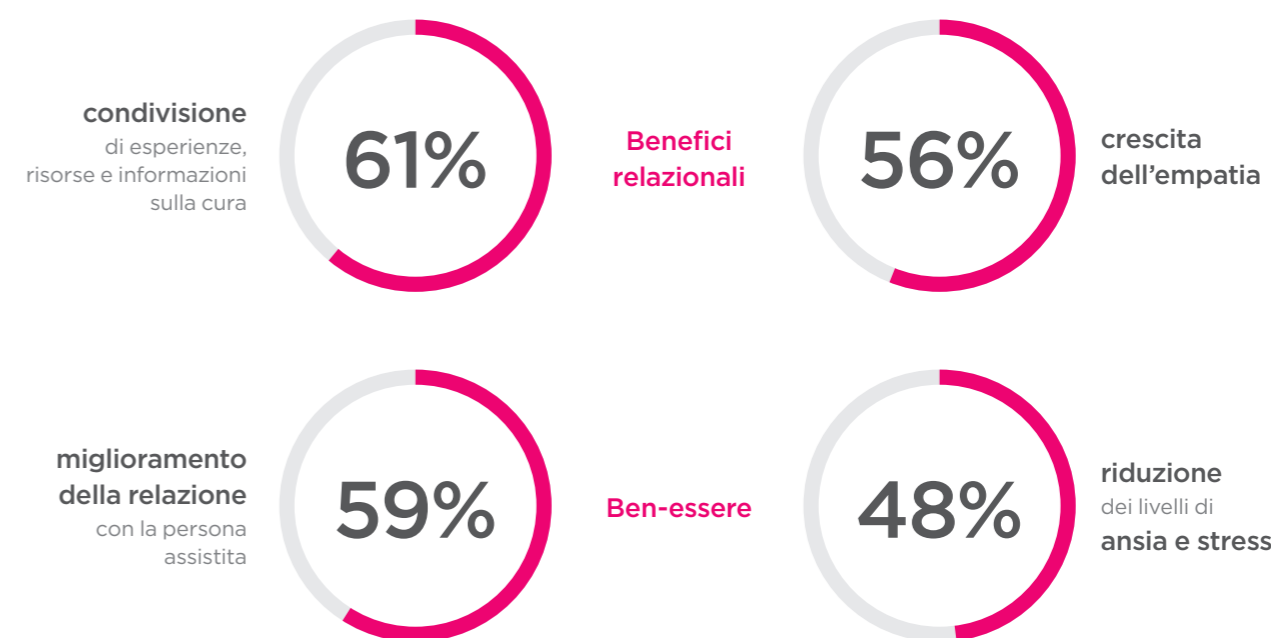
DISTRIBUZIONE PER NUMERO DI PERSONE BENEFICIARIE - TREND 2023-2024

FASCIA	2023 (%)	2024 (%)	VARIAZIONE (P.P.)
Meno di 10	47,5%	42,6%	▼ -4,9
10-24	15,6%	13,8%	▼ -1,8
25-39	7,3%	9,4%	▲ +2,1
40-59	7,8%	7,3%	≈ -0,5
60-99	4,1%	6,6%	▲ +2,5
100 o più	17,7%	20,3%	▲ +2,6

La quota di unità che raggiunge 100 o più persone cresce di 2,6 punti percentuali in un anno; si riduce la fascia dei micro-interventi sotto le 10 persone. Il campo si sta espandendo, pur mantenendo una base significativa di interventi a piccola scala.

Il modello abbraccia l'intero sistema di cura: il **61% delle unità coinvolge chi presta assistenza** - figure professionali o familiari - attraverso la partecipazione diretta alle attività (68%), momenti formativi (41%), supporto emotivo (27%) e pratico (25%).

EFFETTI DEL PERCORSO SU CHI PRESTA CURA
(% risposte multiple, n = 617)



La prescrizione di arte e cultura produce effetti documentati non solo sulla persona beneficiaria, ma su chi le è vicino. Includere le figure di cura nelle attività rafforza la rete di sostegno e contribuisce a ridurre il rischio di *burnout* in chi presta assistenza.

11.2 Chi prescrive

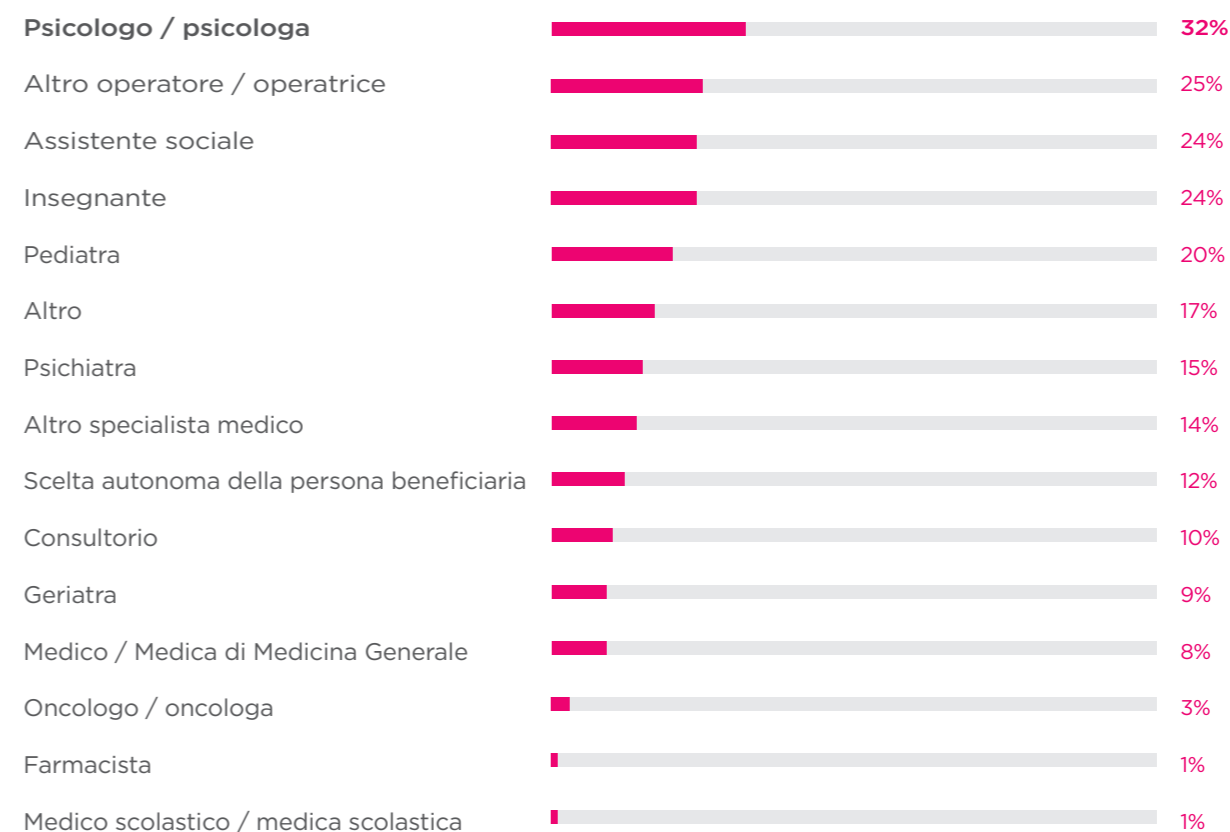
La figura psicologica guida il processo, la figura medica di base resta marginale

La prescrizione sociale è il risultato di un **lavoro di rete** che coinvolge figure professionali diverse. La figura più frequentemente indicata come promotrice e inviante è lo psicologo o la psicologa (32%), seguita dall'assistente sociale (24%) e dall'insegnante (24%), a conferma del radicamento della prescrizione nel tessuto educativo e assistenziale locale. In ambito medico, il ruolo più rilevante spetta al/alla pediatra (20%) e allo/alla psichiatra (15%), con una particolare attenzione alle fasce più giovani e alle situazioni di fragilità mentale.

Il dato che si discosta più nettamente dai modelli teorici riguarda MGG – il **Medico o la Medica di Medicina Generale**: è indicato solo dall'8% delle organizzazioni – una percentuale inferiore perfino alla scelta autonoma della persona beneficiaria (12%).

Le evidenze qualitative aiutano a leggere questo scarto – e a correggerlo nella direzione giusta. L'8% di MMG non segnala che i medici e le mediche di famiglia siano disinteressate alla prescrizione sociale: segnala che il modello attuale non è adattato al loro contesto operativo. Un/una MMG in Italia gestisce mediamente 1.500 pazienti. Aggiungere a questo carico una nuova pratica – anche se semplice – richiede un investimento di tempo che, senza strumenti *ad hoc*, non è disponibile. Le esperienze più avanzate hanno risposto a questo problema con soluzioni infrastrutturali: piattaforme digitali integrate nel *software* di studio medico, che riducono il tempo dell'atto prescrittivo a pochi minuti e offrono un catalogo aggiornato delle risorse culturali disponibili sul territorio. La prescrizione diventa così un gesto routinario, non un carico aggiuntivo. Dove questa infrastruttura non esiste, il/la MMG resta fuori dal sistema non per scelta, ma per impossibilità operativa. Il/la pediatra offre un modello alternativo, già collaudato: non prescrive in senso clinico, ma raccomanda nella relazione – suggerisce la lettura o le attività musicali nel corso della visita, in un dialogo con la famiglia che sfrutta la fiducia costruita nel tempo. È il meccanismo che ha consentito a *Nati per Leggere e Nati per la Musica* di radicarsi in migliaia di studi pediatrici italiani: il valore della raccomandazione non dipende dalla sua formalità, ma dall'autorevolezza della figura che la fa. Questa distinzione – tra **prescrizione formale** (atto clinico con codice, traccia nella cartella, *follow-up*) e **raccomandazione relazionale** (consiglio autorevole nella relazione di cura) – è concettualmente importante e non è mai nominata nel dibattito italiano sulla prescrizione sociale. Chiarirla aiuterebbe sia a valorizzare ciò che già accade (le raccomandazioni dei pediatri e delle pediatre, le indicazioni informali degli psicologi e delle psicologhe), sia a costruire percorsi realistici per coinvolgere i medici di famiglia senza aspettarsi che adottino il modello britannico del *Social Prescribing* dall'oggi al domani. Più in generale, chi prescrive deve poter operare in una **cornice intersettoriale**: non un invio senza seguito, ma una co-progettazione in cui ASL e istituzioni culturali condividono obiettivi, strumenti di monitoraggio e canali di restituzione.

CHI PRESCRIVE (% risposte multiple, n = 617)



Il medico di base: un dato che chiama intervento immediato

L'8% di MMG come prescrittori – il dato più basso tra tutte le figure sanitarie censite – non segnala disinteresse professionale. Segnala l'assenza di un'infrastruttura. Un medico di base gestisce in media 1.500 pazienti e dispone, nel colloquio clinico, di minuti contati per ogni visita. In questo contesto, la prescrizione sociale è concretamente praticabile solo se tre condizioni si verificano insieme: il professionista sa che cosa prescrivere (catalogo delle risorse culturali locali, aggiornato e filtrato per profilo del paziente); sa come prescriverlo (protocollo semplice, integrato nel *software* gestionale dello studio); sa a chi passare il testimone (*link worker* identificato, con contatto diretto e tempi di risposta certi). Nessuna di queste condizioni è garantita oggi in modo sistematico.

Costruire queste condizioni è un intervento di infrastruttura, non di convincimento. Il sistema inglese del NHS – che ha integrato la prescrizione sociale come percorso standard nelle cure primarie – ha impiegato dieci anni per farlo a livello nazionale. L'Italia ha già le organizzazioni. Le mancano i protocolli che le rendano accessibili alla medicina di base.

11.3 Chi collega (*link worker*)

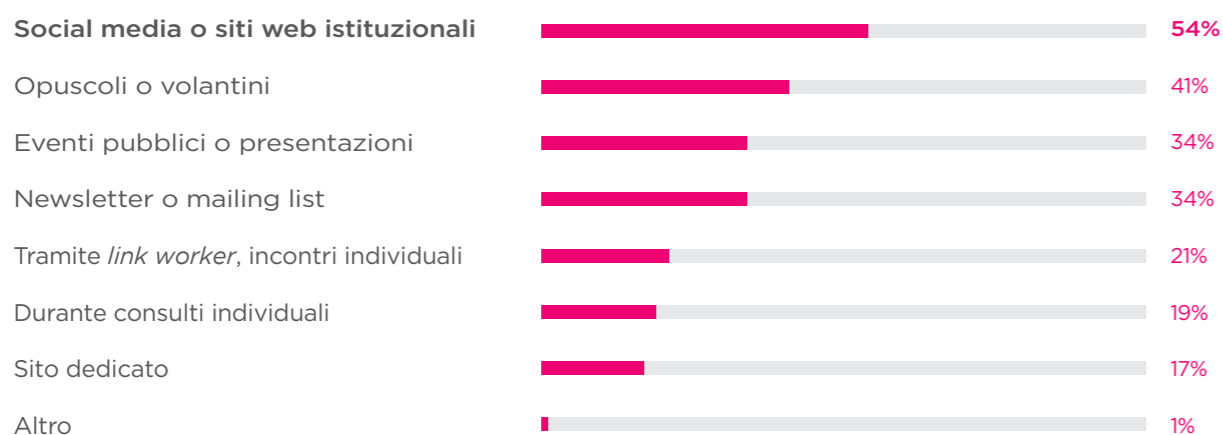
Figura strategica, ancora sottoutilizzata nella promozione

Una sezione del questionario ha approfondito la figura di collegamento (*link worker*), con l'obiettivo di ricostruirne il ruolo nei processi di facilitazione.

I dati restituiscono un quadro in chiaroscuro: il valore strategico attribuito a questo ruolo è ampiamente riconosciuto, ma la sua presenza operativa sul territorio è ancora limitata e disomogenea.

Le attività su prescrizione raggiungono le persone prevalentemente attraverso canali generalisti: il 54% delle organizzazioni indica i *social media* e i siti istituzionali come veicolo principale, seguite dal materiale cartaceo come opuscoli e volantini (41%). La diffusione attraverso *link worker* durante gli incontri individuali riguarda 1 organizzazione su 5 (21%): un canale ancora sottodimensionato, rispetto alle potenzialità di un accompagnamento su misura.

CANALI DI COMUNICAZIONE DELLE ATTIVITÀ SU PRESCRIZIONE (% risposte multiple, n = 510)



Il quadro si completa guardando a chi gestisce la regia della promozione. La responsabilità ricade in larga misura sulle organizzazioni stesse: il 44% provvede autonomamente alla propria visibilità, il 18% si appoggia all'ente promotore del progetto, mentre il 11% segnala l'assenza di una regia definita. L'operatore o l'operatrice di collegamento sono indicati come principali responsabili della promozione solo dal 7% delle organizzazioni. Le figure sanitarie - ASL (9%), servizi sanitari o sociosanitari (5%), MMG (1%) - contribuiscono in misura ancora più contenuta.

RESPONSABILITÀ DELLA PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ SU PRESCRIZIONE

SOGGETTO RESPONSABILE	%
Proprio ente o organizzazione	44%
Ente promotore del progetto	18%
Nessuno in particolare / promozione spontanea	11%
ASL di competenza	9%
Operatore / operatrice di collegamento	7%
Servizi sanitari o sociosanitari	5%
Altro	5%
MMG	1%

Il contatto diretto con un operatore o un'operatrice di collegamento non è ancora una pratica prevalente: solo il 24% delle organizzazioni dichiara di avervi avuto accesso, mentre il 54% non ha avuto contatti. Dove la figura è conosciuta, le è attribuita prevalentemente una funzione di coordinamento e raccordo di rete (26%), seguita dal supporto a percorsi di cura o assistenziali (24%) e, in misura minore, a contesti educativi e culturali (15%).

Le figure che in concreto ricoprono questo ruolo appartengono soprattutto all'area sociale ed educativa: educatori ed educatrici professionali (48%), professionisti e professioniste del Terzo Settore (47%), e psicologi e psicologhe (33%). Completano il quadro assistenti sociali (28%), volontarie e volontari (25%) e mediatrici, mediatori e facilitatrici, facilitatori (22-23%). Le figure sanitarie in senso stretto sono poco rappresentate: MMG al 4%, pediatri e pediatre all'11%.

Da evidenziare

L'operatore o l'operatrice di collegamento è riconosciuto come figura strategica, ma nella pratica la regia della promozione resta in carico alle organizzazioni (44%). Lo spazio di crescita di questa figura risiede proprio nel diventare il punto di riferimento stabile per l'accesso ai percorsi – un ruolo che i canali digitali generalisti non possono sostituire.

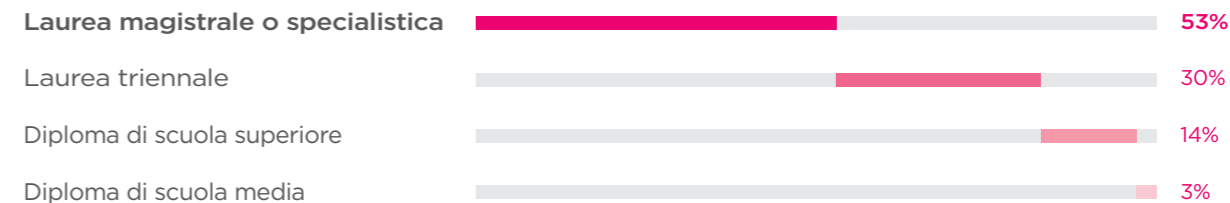
Chi svolge il ruolo di *link worker* ha in genere un livello di istruzione elevato: il 53% delle organizzazioni segnala la presenza di figure con laurea magistrale o specialistica, il 30% con laurea triennale, il 14% con diploma di scuola superiore.

La formazione specifica per questo ruolo è ancora prevalentemente informale. Il 49% delle organizzazioni dichiara che le figure di collegamento hanno ricevuto una formazione strutturata – ripartita tra percorsi accreditati (27%) e formazione interna all'organizzazione (22%) – ma la modalità più diffusa rimane l'apprendimento basato sull'esperienza diretta (33%). I modelli operativi più avanzati suggeriscono che la formazione efficace per il/la *link worker* non è quella teorica trasmessa in aula, ma quella esperienziale e bidirezionale. **Bidirezionale** in un duplice senso: da un lato, chi forma deve prima sperimentare in prima persona l'attività che poi proporrà – un/una terapeuta occupazionale che costruisce la propria *Scatola della Memoria* capisce le dinamiche emotive che quell'oggetto attiva in una persona con demenza; dall'altro, la formazione deve raggiungere sia gli operatori e le operatrici sanitarie – per aiutarli a riconoscere il potenziale terapeutico dell'arte – sia gli operatori e le operatrici culturali, che devono acquisire strumenti per accogliere e gestire la fragilità senza sentire di dover aggiungere competenze cliniche a un profilo già definito. Gli operatori e le operatrici che acquisiscono esperienza sul campo diventano esse stesse moltiplicatrici: formano i colleghi e le colleghe, trasmettono pratiche, costruiscono comunità di apprendimento interne. È il meccanismo che ha consentito a programmi come *Nati per Leggere* di formare migliaia di bibliotecari, bibliotecarie, pediatri e pediatre in oltre 25 anni di attività, mantenendo qualità e coerenza metodologica.

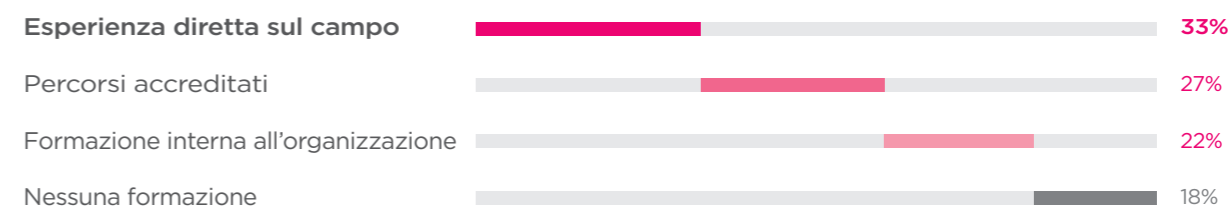
La raccomandazione che emerge con più forza dall'approfondimento qualitativo è l'inserimento dei temi della prescrizione sociale nei *curricula* universitari di medicina, infermieristica, servizio sociale e scienze dei beni culturali. Non come corso monografico, ma come asse trasversale che contamina percorsi già esistenti.

Finché la prescrizione sociale rimane fuori dai percorsi accademici formali, la formazione resterà dipendente dalla sensibilità dei singoli e dall'iniziativa delle organizzazioni, senza mai diventare una competenza di sistema.

TITOLI DI STUDIO

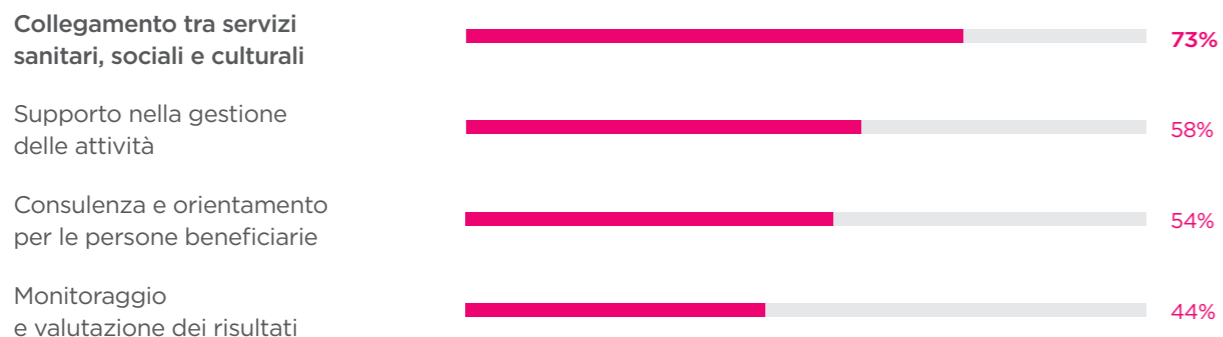


TIPO DI FORMAZIONE RICEVUTA



Le responsabilità attribuite alla figura sono ampie e intersettoriali. Il 73% delle organizzazioni indica come compito principale il collegamento tra i servizi sanitari, sociali e culturali; il 58% le assegna funzioni di supporto nella gestione delle attività; il 54% compiti di consulenza e orientamento per le persone beneficiarie; il 44% un ruolo nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati.

RESPONSABILITÀ ATTRIBUITE ALLA FIGURA DI COLLEGAMENTO
(% risposte multiple)



Il focus group mette in luce la tensione formativa al cuore di questo profilo. L'operatore o l'operatrice di collegamento svolge una funzione quasi traduttiva tra sistemi che parlano linguaggi diversi - quello sanitario e quello artistico-culturale. La sfida è costruire un terreno di scambio in cui chi opera in ambito sanitario impara a riconoscere il potenziale di salute di un'attività artistica e chi opera in ambito culturale acquisisce gli strumenti per accogliere e gestire la fragilità e non aggiungere competenze tecniche a un profilo già definito. Un profilo ibrido che, allo stato attuale, è ancora in cerca di una collocazione contrattuale e formativa riconosciuta.

La modalità di interazione prevalente è la comunicazione diretta - incontri e telefonate - indicata dal 75% delle organizzazioni. Il 58% riconosce al/alla *link worker* il compito di mediare tra le persone beneficiarie e i servizi; il 52% quello di fornire supporto durante lo svolgimento delle attività prescritte.

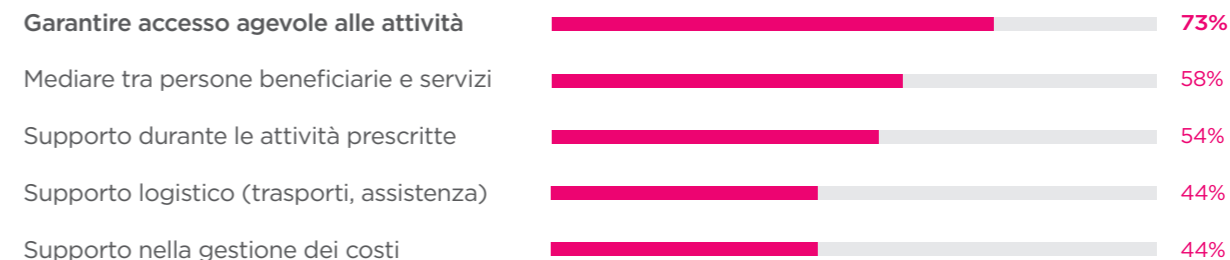
L'84% delle organizzazioni identifica come priorità principale garantire un accesso agevole alle attività; per il 43% questo si traduce in supporto concreto - gestione dei trasporti, assistenza diretta; il 13% segnala anche il sostegno nella gestione dei costi.

Per mantenere la continuità della partecipazione nel tempo, le organizzazioni individuano tre leve principali che agiscono in modo complementare: l'**affiancamento** tramite colloqui e *follow-up* (55%), il **monitoraggio** regolare della partecipazione (54%) e il **coinvolgimento della rete affettiva** - famiglia, amici e amiche (54%).

LEVE PER LA CONTINUITÀ DELLA PARTECIPAZIONE
(% risposte multiple)



COMPITI RICONOSCIUTI
(% risposte multiple)



L'86% delle organizzazioni considera la figura di collegamento essenziale per garantire il coinvolgimento delle persone beneficiarie e il monitoraggio dell'efficacia delle attività.

Il/la *link worker*: la distanza tra essenzialità e utilizzo

L'86% delle organizzazioni UPS indica il *link worker* come figura essenziale. Il 24% lo utilizza in forma strutturata. Questa distanza - sessantadue punti percentuali - è forse il dato più eloquente dell'intera ricerca: indica con precisione dove il sistema ha bisogno di investimento.

La causa non è di difficoltà concettuale - tutte le organizzazioni sanno che cosa fa il *link worker* e perché serve - ma di sostenibilità economica e riconoscimento istituzionale. Un *link worker* non può essere finanziato da un singolo progetto: ha bisogno di un mandato continuativo, di una collocazione contrattuale riconosciuta, di una formazione certificata. Nessuno dei tre elementi è garantito oggi in modo sistematico: il 33% apprende sul campo; la collocazione contrattuale è indefinita; il mandato dipende dalla durata dei progetti.

Ciò che non può variare, indipendentemente dal modello scelto, è la continuità: un operatore di collegamento che si rinnova ogni anno non costruisce le relazioni di fiducia su cui si fonda la prescrizione.

11.4 Come si colloca il/la *link worker*: due modelli a confronto

I dati fotografano la presenza del/della *link worker* sul territorio, ma non descrivono il meccanismo attraverso cui questa figura si inserisce nei percorsi di prescrizione. Il confronto tra esperienze operative permette di distinguere due modelli di posizionamento istituzionale, con implicazioni diverse in termini di sostenibilità e dipendenza da finanziamenti esterni. Il **modello endogeno** ricerca il/la *link worker* all'interno delle professionalità già esistenti nel sistema sanitario – infermiere o infermiera di comunità, assistente sociale di distretto – e lo "innesta" (*grafting*) in processi istituzionali già attivi, come le Unità di Valutazione Multidimensionali. Questa scelta garantisce la sostenibilità nel tempo senza dipendenza da fondi dedicati, ma richiede una condizione abilitante precisa: un mandato formale da parte della direzione aziendale. Senza questo mandato, il/la *link worker* interna non dispone né del tempo né della legittimità per svolgere il ruolo. Il **modello esogeno** colloca invece il/la *link worker* nel Terzo Settore, come interfaccia neutrale tra il sistema sanitario e le organizzazioni culturali. Questa soluzione nasce da una valutazione realistica del carico di lavoro dei professionisti e delle professioniste sanitarie, già gravate da altre responsabilità. Il/la *link worker* esogena svolge tre compiti distinti e non delegabili: contattare la persona a cui è stata fatta la prescrizione; verificare che non vi sia abbandono nella fase iniziale del percorso; restituire un *feedback* strutturato al/alla professionista che ha prescritto. I dati dell'attività non arrivano direttamente all'ente culturale, ma transitano attraverso il/la *link worker*, che funge da nodo informativo del sistema.

Nessuno dei due modelli è universalmente applicabile. Il modello endogeno funziona dove il sistema sanitario è già coinvolto nella co-progettazione; il modello esogeno è più adatto dove le fondazioni o il Terzo Settore hanno già una presenza consolidata sul territorio. In entrambi i casi, la **sostenibilità non è un problema da risolvere a posteriori: è un obiettivo da progettare fin dall'inizio.**

12.

I processi

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

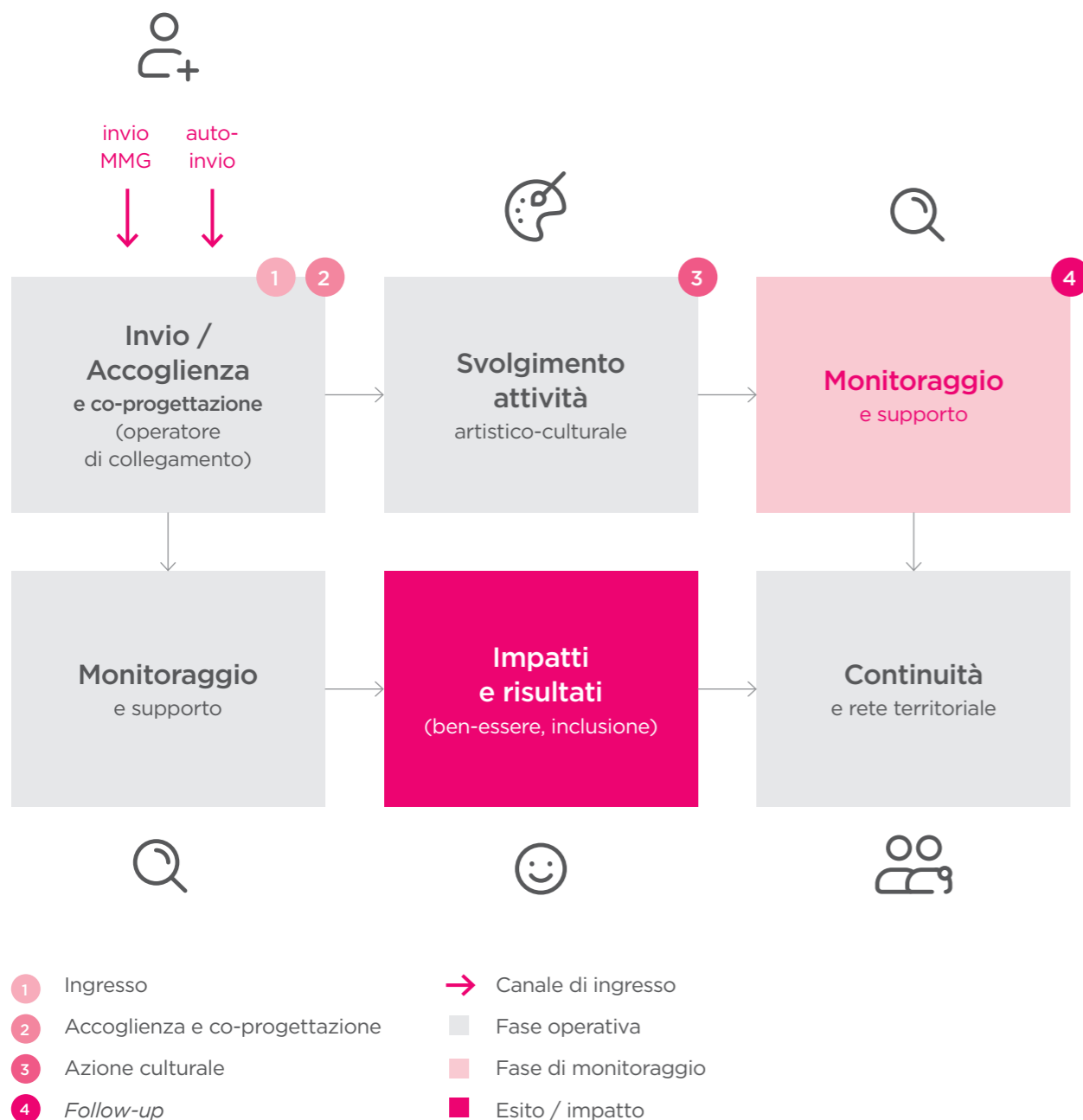
12.1 Il ciclo dell'invio

Da atto amministrativo a percorso di relazione

L'analisi qualitativa ha contribuito a ricostruire il percorso della prescrizione, restituendo un modello dinamico articolato in quattro momenti. **La tenuta dell'intero ciclo dipende dalla qualità della relazione costruita nella fase di co-progettazione:** senza questo passaggio di ascolto e personalizzazione, la prescrizione rischia di trasformarsi in un atto subito, meno efficace nel tempo.



PROCESSO DI PRESCRIZIONE SOCIALE DI ARTE E CULTURA



Rilevazione nazionale CCW - Cultural Welfare Center 2025

12.2 Progettazione, efficacia e impatto

Progettazione mirata, monitoraggio diffuso, impatto prevalentemente duraturo

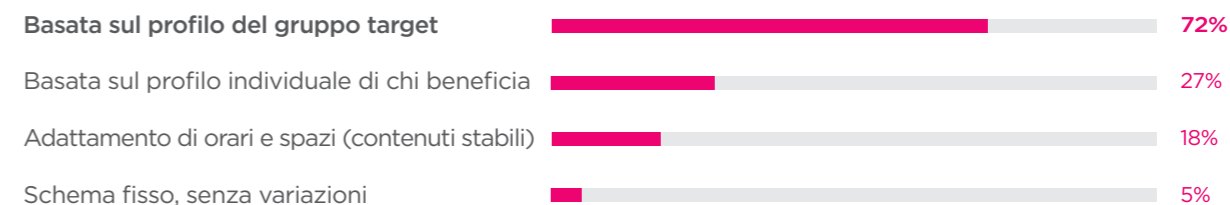
Progettazione e adattamento

La quasi totalità delle organizzazioni progetta le attività in funzione delle caratteristiche delle persone beneficiarie. Il 72% disegna i contenuti sul profilo specifico del gruppo target; un ulteriore 27% arriva a una progettazione individuale per singola persona. Solo il 5% segue uno schema fisso senza variazioni.

Quasi nessun intervento è generico

La flessibilità si estende anche ai parametri organizzativi: il 18% delle organizzazioni adatta orari e spazi alle esigenze delle persone partecipanti, anche quando i contenuti rimangono stabili.

APPROCCIO ALLA PROGETTAZIONE DELLE ATTIVITÀ (% risposte multiple)



Sviluppo e qualità nel tempo

Il 64% delle organizzazioni segnala una crescita e un miglioramento qualitativo dei propri progetti nel tempo. La replicabilità è indicata dal 58%, la flessibilità dal 51%; circa un terzo (31%) ritiene che i propri interventi abbiano raggiunto una sufficiente autonomia operativa.

Crescita qualitativa diffusa, replicabilità come punto di forza

CARATTERISTICHE DELLO SVILUPPO DEI PROGETTI (% risposte multiple)



Monitoraggio e valutazione

*Pratica consolidata,
responsabilità
distribuita, uso orientato
alla correzione*

Il monitoraggio è una pratica consolidata per il 62% delle organizzazioni. La responsabilità è distribuita tra più figure: quelle sanitarie guidano il processo nel 46% dei casi, seguite dalle persone beneficiarie stesse (36%) e dalle figure culturali (32%) – un dato che segnala una diffusa cultura dell'auto-valutazione.

CHI CONDUCE IL MONITORAGGIO (% risposte multiple)



STRUMENTI DI VERIFICA UTILIZZATI (% risposte multiple)



UTILIZZO DEI RISULTATI DELLA VALUTAZIONE (% risposte multiple)



Il quadro degli strumenti di verifica si limita agli approcci più diffusi. Le organizzazioni che operano con metodologie più strutturate fanno ricorso a un set più ampio: la TOC - *Theory of Change* e il *Most Significant Change* per mappare i percorsi causali dell'intervento; lo SROI - *Social Return on Investment* per tradurre l'impatto in termini economicamente comprensibili agli enti finanziatori; questionari T0-T1 per misurare il miglioramento del ben-essere e delle reti sociali prima e dopo il percorso; in alcuni casi, indicatori sanitari oggettivi – consumo di farmaci, numero di accessi al MMG – che parlano ai decisori istituzionali in un linguaggio immediatamente comprensibile. I programmi pluriennali più consolidati, come *Nati per Leggere*, adottano approcci misti: strumenti quantitativi per monitorare la diffusione su base nazionale e studi di impatto

periodici in collaborazione con università per misurare gli effetti su bambini, bambine e famiglie nel tempo. Accanto a questi modelli, emerge però una tensione che il dato del 62% non rende visibile: il rischio che la valutazione diventi un onere burocratico insostenibile per le organizzazioni più piccole. La risposta non è rinunciare alla valutazione, ma scegliere un approccio adeguato al contesto e alle risorse disponibili – una valutazione d'impatto imprecisa e sartoriale, che resti sostenibile per gli operatori e le operatrici sul campo senza trasformarsi in un adempimento. Questa tensione è rilevante anche per gli enti finanziatori: richiedere rendicontazioni di impatto standardizzate a organizzazioni con meno di 10 persone può scoraggiare le pratiche migliori, che spesso nascono in contesti piccoli e informali.

UNA DIREZIONE CONDIVISA PER LA VALUTAZIONE D'IMPATTO

I dati sul monitoraggio rivelano un campo che sa misurare, ma non ancora in modo comparabile. Il 62% delle organizzazioni pratica il monitoraggio in modo consolidato; gli strumenti variano però in misura radicale – dalla consultazione informale alle misurazioni neurobiologiche – e i dati raccolti non sono né condivisi né aggregabili su scala nazionale. Questa variabilità non è un problema in sé: la diversità dei contesti richiede diversità degli strumenti. Il problema è l'assenza di un livello minimo comune che consenta di confrontare le esperienze, accumulare evidenze nel tempo e costruire argomenti utilizzabili dai decisori.

Una direzione condivisa per la valutazione d'impatto non significa standardizzare tutto: significa concordare su un insieme minimo di indicatori – un «nucleo comune» – che tutte le organizzazioni raccolgono, lasciando libera la scelta degli strumenti aggiuntivi.

Il nucleo comune potrebbe includere tre famiglie di misure.

- **Indicatori di processo:** tasso di completamento, numero di sessioni, profilo demografico dei beneficiari, presenza del *follow-up*, figura del prescrittore.
- **Indicatori di esito percepito:** ben-essere mentale e relazionale misurato con strumenti validati – tra i più citati in letteratura: la Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale o la UCLA Loneliness Scale – in versione breve, somministrabili da qualsiasi operatore anche senza formazione specialistica.
- **Indicatori di sistema:** tipo di prescrittore, presenza del *link worker*, modalità di finanziamento, eventuale raccordo istituzionale con ASL o ente locale.

Questo nucleo sarebbe sufficiente per produrre un dataset nazionale aggregabile, comparabile con i sistemi europei più avanzati e utilizzabile per il dialogo con i decisori regionali e ministeriali.

La definizione di questo nucleo non può essere delegata a un singolo soggetto: richiede un processo partecipato che coinvolga le organizzazioni, i ricercatori, i finanziatori e le istituzioni. Il percorso più realistico è un tavolo tecnico – promosso da CCW con il supporto scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità e la partecipazione delle principali reti nazionali – con un mandato di dodici mesi e un obiettivo concreto: produrre una proposta condivisa di standard minimi nazionali.

Il modello di riferimento non manca. Il Social Prescribing Network britannico ha costruito un framework di indicatori standard in tre anni, ora adottato dal NHS come strumento ordinario di rendicontazione. L'Italia, con 918 organizzazioni già attive, con un sistema di monitoraggio diffuso e con esperienze di ricerca applicata tra le più avanzate in Europa, ha tutte le condizioni per costruire qualcosa di analogo in tempi significativamente più rapidi.

12.3 Obiettivi

Ben-essere mentale e relazioni in primo piano, salute fisica secondaria

Gli obiettivi perseguiti più frequentemente, secondo i soggetti intervistati, sono il miglioramento del ben-essere mentale e lo sviluppo di capacità relazionali (entrambi al 75%) e l'inclusione sociale (68%). Il miglioramento della salute fisica, presente nel 40% dei casi, resta secondario: la prescrizione di arte e cultura agisce prima di tutto sulla dimensione psicologica e relazionale.

I dati aggregati sugli obiettivi raggiunti non catturano una variabile qualitativa che l'approfondimento con gli esperti e le esperte indica come decisiva: il livello di coinvolgimento di chi partecipa nel processo culturale. Non tutte le attività producono lo stesso tipo di impatto e la differenza non dipende solo dalla forma d'arte o dalla durata del percorso, ma dal ruolo attribuito – o conquistato – dalla persona al suo interno.

È possibile distinguere tre livelli progressivi. Nel primo, la **fruizione guidata**, la persona è spettatrice: assiste a un'opera creata da altri, in un contesto progettato per essere accogliente e non giudicante. L'impatto è reale, ma dipende dalla qualità dell'esperienza e dalla sua singolarità. Nel secondo, la **partecipazione attiva**, il beneficio risiede nel *fare*: il processo relazionale ed espressivo conta più del prodotto finale. Chi danza con persone con Parkinson, chi costruisce la propria *Scatola della Memoria*, chi scrive in un gruppo di scrittura autobiografica – in tutti questi casi il valore sta nell'esperienza vissuta, non nell'opera prodotta. Il terzo livello, la **co-creazione** e il **protagonismo**, è quello con il più alto potenziale di impatto duraturo. La persona smette di essere beneficiaria e diventa autrice: produce qualcosa che offre alla comunità, trasformando la propria identità da fruitrice a *provider*. Chi crea una webradio per fare sensibilizzazione, chi diventa guida di un museo per altri visitatori e visitatrici, chi realizza una guida a un festival fotografico – in questi casi la prescrizione innesca una trasformazione identitaria che non si disperde alla fine del percorso. Questa progressione aiuta anche a leggere il dato sul 49% di

impatto moderato che tende ad attenuarsi: i percorsi che si fermano al livello della fruizione difficilmente producono cambiamenti duraturi. Progettare attività che offrano la possibilità di avanzare verso il protagonismo – anche solo in forma parziale – è uno dei margini operativi più efficaci a disposizione delle organizzazioni.

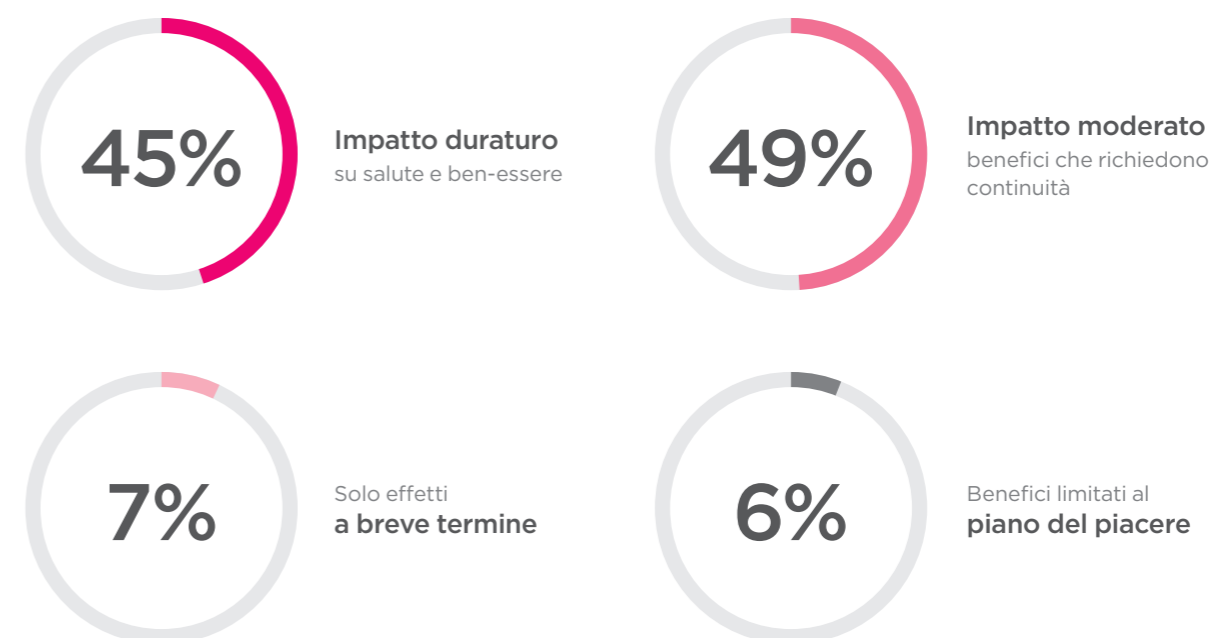
OBIETTIVI PERSEGUITI (% risposte multiple)



12.4 Impatto sulle persone beneficiarie

Impatto duraturo prevalente, ma la continuità è condizione necessaria

Il 45% delle organizzazioni osserva **benefici duraturi** sulla salute e sul ben-essere delle persone beneficiarie; il 49% rileva un **impatto moderato**, con benefici che tendono ad attenuarsi in assenza di un rinforzo continuativo. Chi riporta solo effetti a breve termine (7%) o benefici limitati al piano del piacere (6%) è una minoranza.



Da evidenziare

La quota di organizzazioni che osserva impatto moderato (49%) supera quella che osserva impatto duraturo (45%). I benefici della prescrizione di arte e cultura non si consolidano automaticamente: richiedono continuità del percorso e una rete di supporto attiva.

12.5 Il finanziamento

Un mix ibrido tra supporto istituzionale, contributo individuale e lavoro volontario

COME SI FINANZIANO LE ATTIVITÀ SU PRESCRIZIONE

La domanda sul finanziamento delle attività su prescrizione restituisce un panorama variegato, che riflette la natura ibrida del campo. Il dato più rilevante è la prevalenza del supporto pubblico indiretto: il 30% delle organizzazioni beneficia di voucher o incentivi pubblici – la quota più alta tra le voci censite. I contributi di enti culturali (28%), le donazioni o raccolte fondi (20%) e il pagamento individuale da parte delle persone partecipanti (19%) completano il quadro delle fonti principali. La categoria Altro raccoglie il 28% delle risposte, una quota che le organizzazioni stesse descrivono in prevalenza come attività basate su lavoro volontario o, in alcuni casi, sull'assenza di qualsiasi finanziamento strutturato.

FONTI DI FINANZIAMENTO UPS
(% risposte multiple, n = 617)

FONTI DI FINANZIAMENTO	%
Voucher o incentivi pubblici	30%
Contributi di enti culturali	28%
Altro (comprende: lavoro volontario, assenza di finanziamenti strutturati)	28%
Donazioni o raccolte fondi	20%
Pagamento individuale della persona partecipante	19%

La lettura di questo quadro suggerisce tre osservazioni.

La prima riguarda il **peso congiunto del sostegno** istituzionale: sommando voucher pubblici (30%) e contributi di enti culturali (28%), il 58% delle organizzazioni dispone di un canale di finanziamento istituzionale – segnale che **la prescrizione è già percepita come una politica di governance territoriale della salute**. Le istituzioni culturali, in particolare, svolgono un doppio ruolo: erogano le attività e ne sostengono finanziariamente la realizzazione.

La seconda osservazione riguarda la **presenza non marginale del pagamento individuale** (19%). Per quasi un quinto delle esperienze, il costo dell'attività è a carico della persona partecipante: ciò significa che, in questi casi, la prescrizione non è ancora parte di un sistema di *welfare* universalistico e gratuito. **L'accessibilità economica** – già indicata come priorità nella [sezione sulla partecipazione](#) – **rimane un nodo aperto**.

La terza osservazione è la più critica. **La quota Altro** (28%) è sistematicamente sottovalutata nelle rilevazioni di questo tipo perché non **corrisponde a una voce di bilancio**: corrisponde, spesso, all'assenza di bilancio. Le organizzazioni che hanno selezionato questa opzione descrivono situazioni in cui le attività vengono sostenute esclusivamente da lavoro volontario o da risorse proprie non rendicontabili, senza alcun finanziamento strutturato. È un dato che pone una domanda diretta alle politiche: **se quasi un terzo del campo sopravvive senza fondi certi, la sostenibilità del sistema è più fragile di quanto i tassi di completamento dei percorsi lascerebbero supporre**.

Terza parte:

il *welfare* culturale



- 13. Arte e cultura per la salute e il ben-essere orientate alla prescrizione 88
- 14. Focus Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria 108
- 15. Nord-Ovest: Cantieri pilota e sperimentazioni 118



13.

Arte e cultura per la salute e il benessere orientate alla prescrizione

Le Unità di Welfare Culturale (UCW)

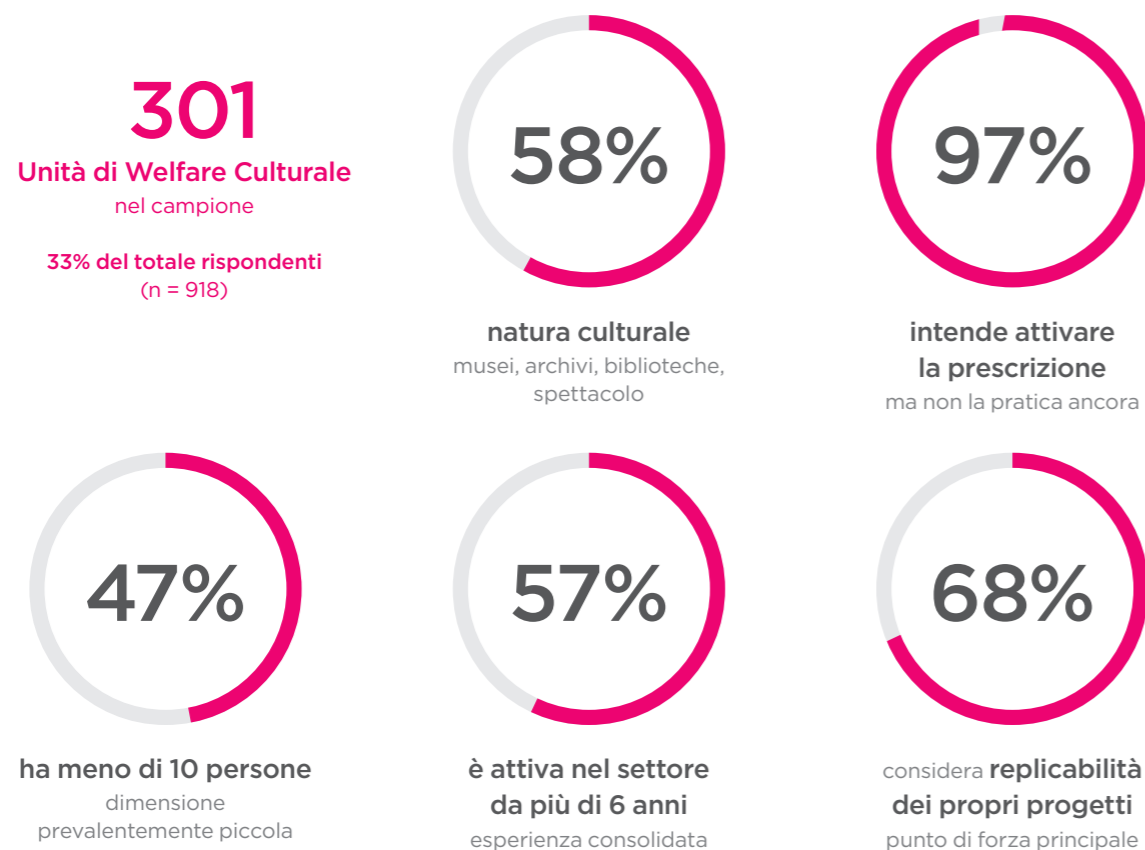
A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

Le 301 organizzazioni che compongono il gruppo delle Unità di Welfare Culturale non vanno considerate *unità della prescrizione in attesa di formalizzazione*¹². Sono un campo con una propria logica: radicamento nei luoghi della cultura - musei, biblioteche, ambienti naturali - accesso prevalentemente spontaneo o su base comunitaria, scala mediamente più ampia rispetto alle UPS, assenza di una mediazione sanitaria strutturata. Il 97% dichiara l'intenzione di attivare la prescrizione in futuro, ma nel presente operano con modalità e orientamenti propri, che meritano una lettura autonoma.

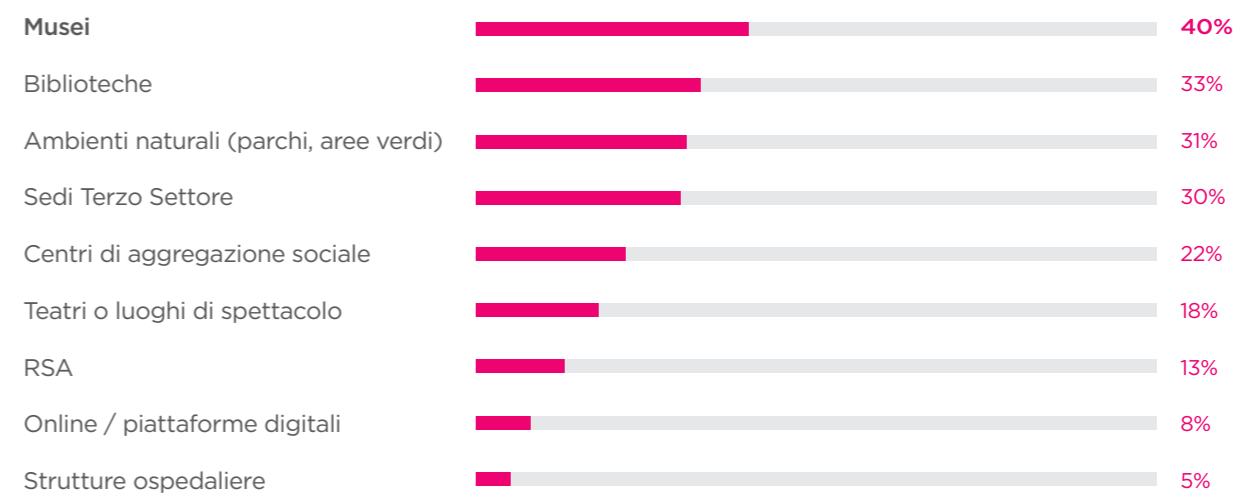
I luoghi dell'attività riflettono l'identità culturale delle UCW: musei (40%), biblioteche (33%) e ambienti naturali (31%) sono i contesti prevalenti, seguiti dalle sedi del Terzo Settore (30%) e dai centri di aggregazione sociale (22%). Strutture sanitarie - ospedali (5%), consultori (2%), centri di salute mentale (2%) - compaiono in misura molto più contenuta rispetto alle UPS.

13.1 Carta d'identità

Chi sono, dove operano, quanto raggiungono. I dati essenziali del profilo UCW in un colpo d'occhio



LUOGHI DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ (% risposte multiple)



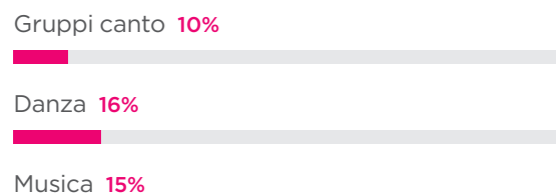
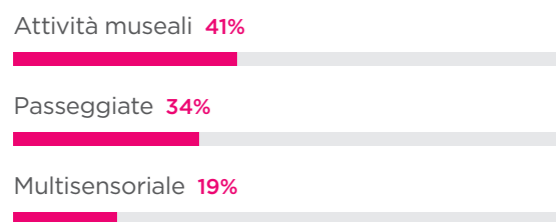
12. Alla domanda "Negli ultimi cinque anni, la sua organizzazione, (culturale, artistica, sociale, o sanitaria) o lei personalmente avete integrato nei vostri programmi o avete svolto attività artistiche e culturali prescritte o consigliate da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, psicologi, psicoterapeuti, educatori professionali, infermieri di comunità, operatori socio-sanitari, terapisti occupazionali, ecc.?" il 97% delle persone rispondenti afferma di essere interessate alla prescrizione sociale.

13.2 Il repertorio delle attività

Quattro famiglie, una prevalenza chiara

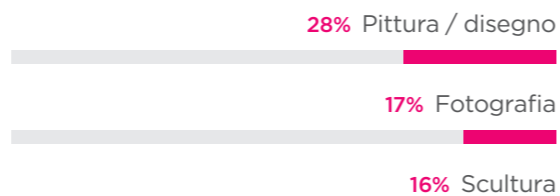
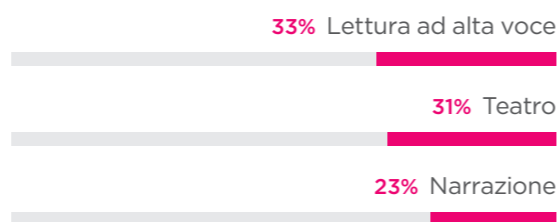
Le 18 attività censite si lasciano raggruppare in quattro famiglie tematiche. La loro distribuzione rivela una preferenza netta per il patrimonio culturale e la parola, rispetto al corpo e al segno.

Patrimonio in movimento



Corpo e sensi

Parola e scena



Segno e materia

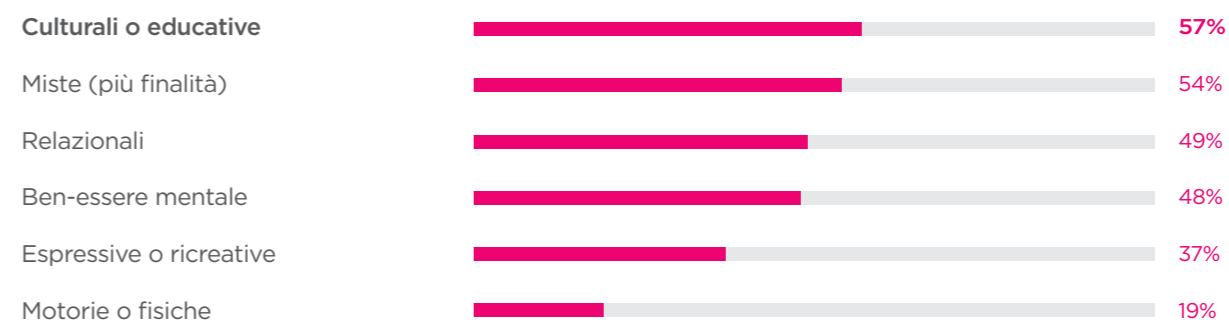
I valori indicano la % di organizzazioni che pratica almeno un'attività della famiglia. Le voci riportano le attività principali. Le famiglie non sono mutualmente esclusive.

DURATA PREVALENTE



Le UCW operano su due registri temporali. La maggioranza (52%) lavora per incontri brevi, facilmente integrabili nella routine, ma il 44% costruisce percorsi di più mesi. **La brevità non esclude la profondità.**

FINALITÀ PRINCIPALI (% risposte multiple)



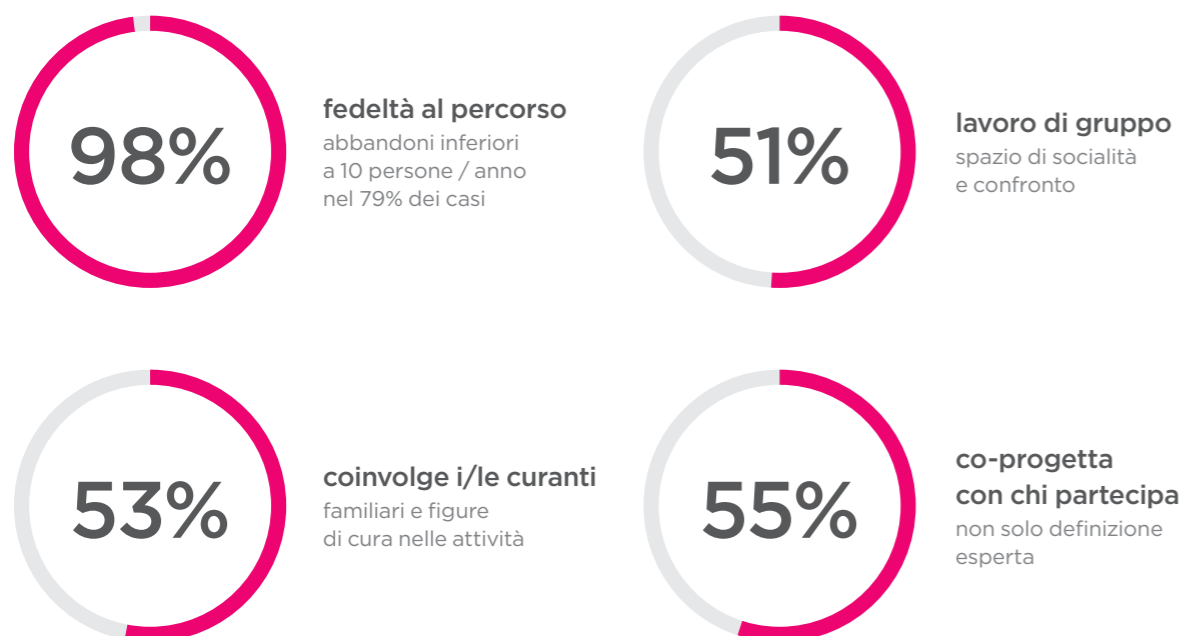
Il punto critico

Il 53% dei percorsi si interrompe senza alcun intervento successivo. Solo il 10% delle organizzazioni garantisce un accompagnamento strutturato (tutoraggio, *follow-up* regolari). È il nodo più fragile del modello UCW e il principale ostacolo alla trasformazione dei benefici occasionali in cambiamenti duraturi.

13.3 La partecipazione

Chi viene, quanti sono, come cresce

Le attività UCW raggiungono un pubblico ampio e diversificato. Adulti e anziani sono i destinatari principali (rispettivamente 53% e 50%), ma le organizzazioni registrano un'adesione altrettanto significativa nella fascia 0-11 anni (53%). La modalità prevalente è il lavoro di gruppo (51%), mentre il 37% alterna formato collettivo e individuale.



DISTRIBUZIONE PER NUMERO DI PERSONE BENEFICIARIE - TREND 2023-2024

FASCIA	2023 (%)	2024 (%)	VARIAZIONE (P.P.)
Meno di 10	42,4%	37,4%	▼ -5,3
10-24	14,4%	13,2%	= 0,0
25-59	16,3%	17,1%	▼ -1,0
60-99	4,4%	7,0%	▲ +3,0
100 o più	22,5%	25,4%	▲ +3,3

Il baricentro si sposta verso la scala ampia: il segmento 100 e più cresce dal 22,5% al 25,4%, mentre la quota di organizzazioni con meno di 10 persone scende dal 42,4% al 37,4%.

IMPATTO SULLE FIGURE DI CURA COINVOLTE (% risposte multiple)



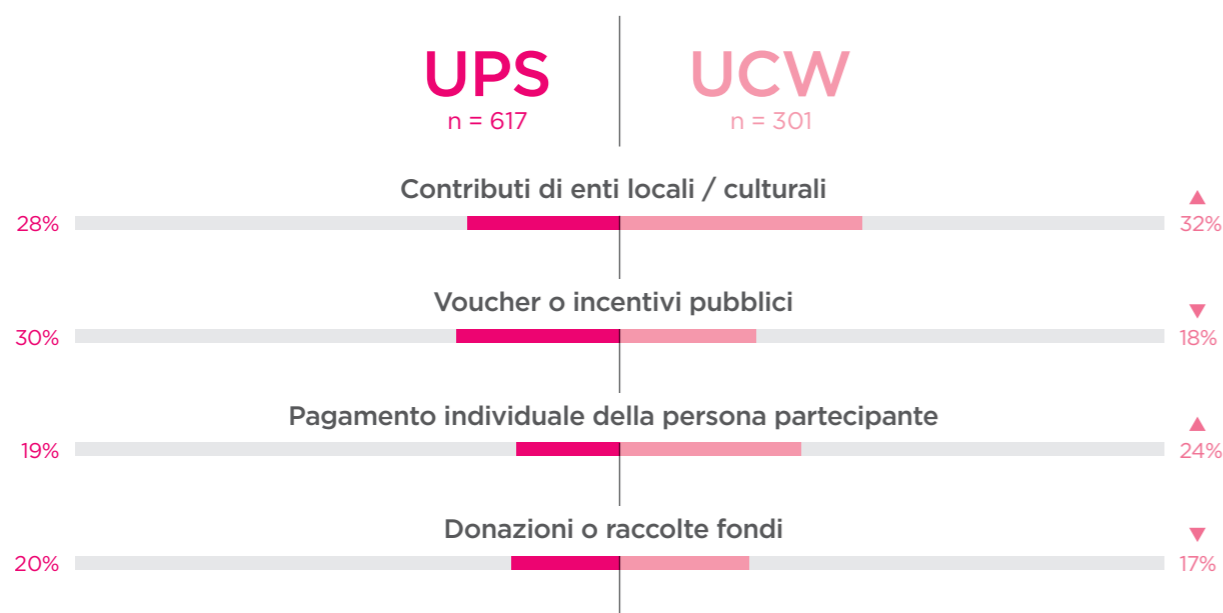
13.4 Il finanziamento

Più radicamento locale, meno sostegno pubblico diretto: un confronto con le UPS

Il profilo finanziario delle UCW si distingue da quello delle UPS in modo significativo e la differenza non è di scala ma di struttura. La prima fonte di finanziamento delle UCW sono i contributi di enti locali e culturali (32%), più frequenti rispetto alle UPS (28%): una conferma del radicamento delle UCW nel territorio, dove i soggetti istituzionali di riferimento - Comuni, fondazioni bancarie, istituzioni culturali - tendono a sostenere direttamente le attività.

Il dato che più distingue le due popolazioni è però il peso dei voucher e degli incentivi pubblici: il 30% delle UPS ne beneficia, contro il 18% delle UCW. Questo divario di circa 12 punti percentuali riflette una differenza strutturale: i circuiti pubblici della prescrizione - i sistemi di voucher, i fondi regionali per la prescrizione sociale, gli incentivi per l'integrazione socio-sanitaria - sono costruiti intorno alle organizzazioni che già operano con un mandato sanitario esplicito. Le UCW, che non hanno ancora formalizzato la prescrizione, faticano ad accedere a questi canali.

CONFRONTO FINANZIAMENTO UPS VS UCW (% risposte multiple)



La somma può superare il 100%. Le frecce indicano la direzione del confronto rispetto alle UPS.

Il costo a carico della persona partecipante è più alto nelle UCW (24%) rispetto alle UPS (19%): il 5% in più non è trascurabile in un campo che dichiara l'accessibilità economica come priorità assoluta. La minor copertura tramite voucher pubblici - che nelle UPS aiuta proprio a ridurre l'onere diretto sul singolo - si traduce, per le UCW, in un maggior trasferimento del costo sull'utente finale. Il passaggio al modello UPS non modifica solo le pratiche di lavoro: cambia anche l'architettura finanziaria che sostiene quelle pratiche.

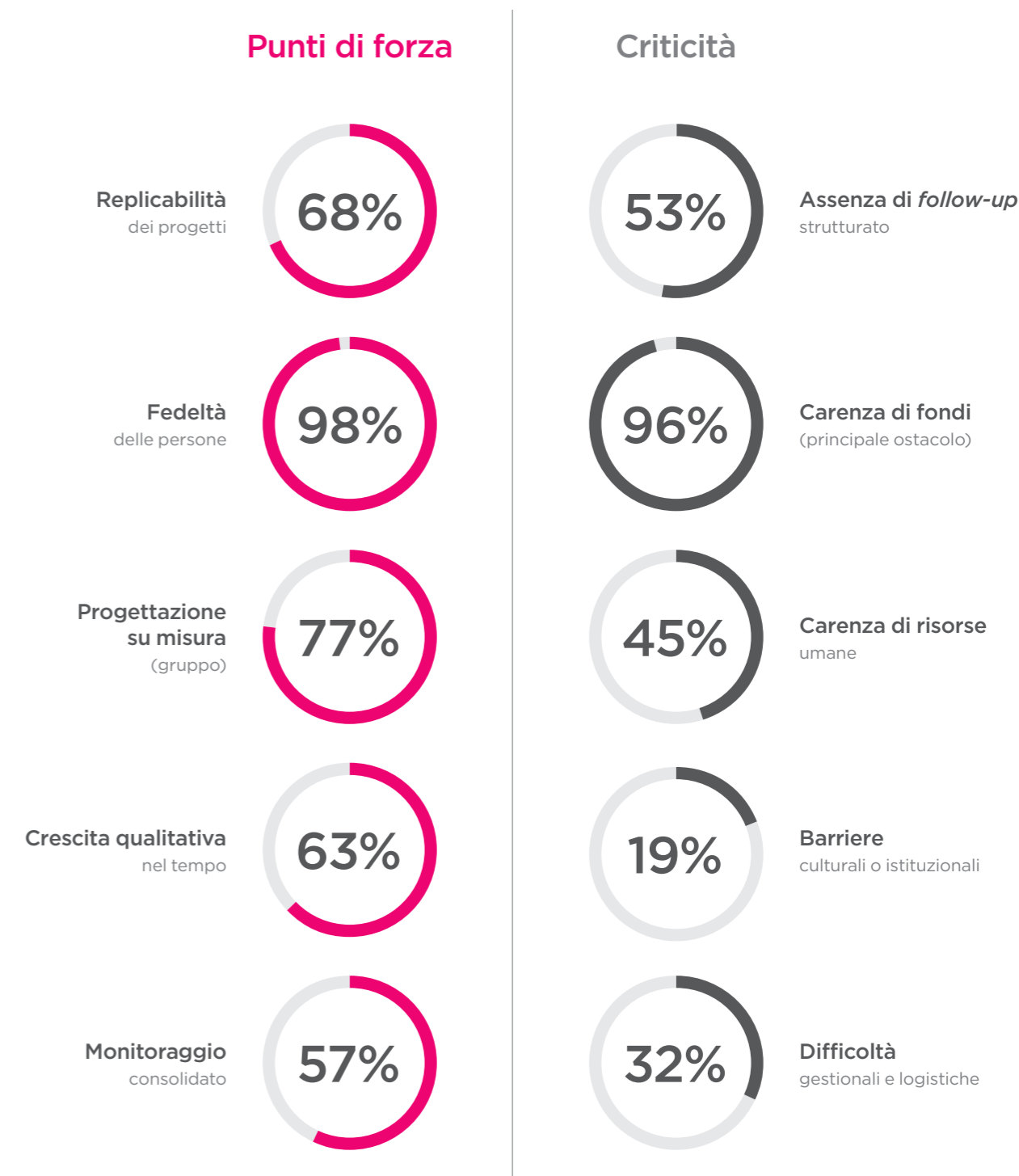
La lettura d'insieme è coerente con il profilo istituzionale delle UCW descritto nelle sezioni precedenti: organizzazioni radicate nel territorio, sostenute prevalentemente dai soggetti locali che già conoscono il loro lavoro, ma ancora al di fuori dei circuiti più strutturati della prescrizione pubblica.

La costruzione di un accesso ai fondi pubblici destinati alla prescrizione sociale - e la creazione di voucher culturali specifici per le UCW che intendono avviare la prescrizione - è una delle leve di politica più dirette disponibili per sostenere la transizione di questo segmento verso pratiche più formalizzate.

13.5 Forza e fragilità

Un campo vitale con un collo di bottiglia strutturale

Il profilo delle UCW combina punti di forza con criticità che riguardano soprattutto la continuità e le risorse. La lettura affiancata permette di cogliere la tensione tra un modello che funziona - quando funziona - e le condizioni che ne limitano la diffusione.



Le aree di attività che generano impatto più significativo sono le arti e le terapie espressive (40%) e il mondo della lettura e delle biblioteche (19%). **L'accessibilità economica è una priorità dichiarata:** il 66% delle organizzazioni offre attività gratuite o a costo ridotto; il 49% rimuove barriere fisiche e sensoriali; il 40% adatta il linguaggio.

OBIETTIVI PRINCIPALI (% risposte multiple)



Il 28% delle organizzazioni osserva miglioramenti duraturi sulle persone beneficiarie; il 58% rileva benefici moderati. Come per le UPS, la continuità del percorso è la condizione che trasforma il beneficio transitorio in cambiamento strutturale.

13.6 Riflessioni conclusive

CONOSCERE PER SOSTENERE, SOSTENERE PER CRESCERE

Tre letture dei risultati: per chi finanzia la ricerca, per chi governa il sistema, per chi lo abita ogni giorno

Questa ricerca inizia con una domanda semplice: quante organizzazioni in Italia usano arte e cultura per la salute e il ben-essere, e come lo fanno? La risposta – **918 organizzazioni, distribuite su tutto il territorio nazionale, con pratiche consolidate, reti attive e risultati documentati** – è già, di per sé, una notizia. Non perché il fenomeno non esistesse: esisteva, eccome. Ma perché nessuno lo aveva ancora misurato. E ciò che non si misura non si può sostenere, scalare, replicare, finanziare con argomenti solidi.

I dati che seguono non parlano da soli. Parlano a pubblici diversi, con implicazioni diverse. Questo capitolo conclusivo li declina in tre direzioni: verso chi finanzia la ricerca su questo campo, verso chi ne governa le condizioni istituzionali, verso chi ci lavora ogni giorno.

→ Per chi finanzia la ricerca

CONOSCERE QUESTO CAMPO NON È UN LUSO, È UNA CONDIZIONE PER NON SPRECAR RISORSE

Il *welfare* culturale italiano è un patrimonio non esplorato. Fino a oggi, chi voleva sostenere questo campo – fondazioni, enti pubblici, ministeri – doveva farlo sulla base di evidenze parziali, esperienze locali, intuizioni. Questa ricerca cambia la base informativa disponibile. Per la prima volta, sappiamo quante organizzazioni esistono, dove sono, cosa fanno, con quali risorse, con quali risultati.

Ma sappiamo anche cosa non sappiamo ancora. La rilevazione ha raggiunto 918 organizzazioni: una mappatura significativa, non un censimento esaustivo. Il Mezzogiorno è probabilmente sottorappresentato: le organizzazioni che non si rendono visibili nei canali istituzionali e associativi – e sono molte, al Sud – non sono state intercettate. Le pratiche informali, le esperienze non formalizzate, le figure professionali singole che lavorano all'intersezione tra arte e cura senza appartenere a reti riconoscibili: tutto questo resta fuori dalla fotografia.

Investire nella continuità di questa ricerca significa colmare progressivamente questi vuoti. Significa costruire nel tempo una base di conoscenza che consenta di allocare risorse dove servono, misurare l'impatto degli investimenti, dimostrare con dati – non solo con storie – che arte e cultura sono strumenti di salute pubblica.

Il confronto europeo offre una misura della posta in gioco. Il progetto *Culture for Health* – la mappatura più ampia mai condotta a livello continentale – ha censito 675 organizzazioni in tutta Europa, attraverso un meccanismo di autoselezione. L'Italia, con 918 organizzazioni censite in un'unica rilevazione nazionale, dimostra di avere un campo proporzionalmente più ricco della media europea. Questo non è un punto di arrivo: è un punto di partenza per costruire un sistema di monitoraggio longitudinale che permetta di seguire l'evoluzione del campo nel tempo, misurare l'impatto degli interventi di policy e comparare i modelli italiani con quelli europei più avanzati – come il *Social Prescribing* inglese, ora inserito nel NHS England o il sistema danese di *kulturel medicinering*.

Tre direzioni di ricerca che i dati attuali indicano come prioritarie: la costruzione di un sistema di monitoraggio longitudinale che segua le stesse organizzazioni nel tempo; l'approfondimento dell'impatto sulle persone beneficiarie, con misurazioni standardizzate degli esiti di salute; la mappatura delle Regioni e dei contesti territoriali oggi sottorappresentati – in primo luogo il Mezzogiorno.

→ Per chi governa il sistema

I DATI INDICANO DOVE AGIRE, LA SCELTA DI FARLO È POLITICA

Le politiche culturali e sanitarie italiane si sono sviluppate, storicamente, come sistemi paralleli con pochi punti di contatto. Il *welfare* culturale vive esattamente in quello spazio di mezzo: non è né sanità né cultura, ma ha bisogno di entrambe per funzionare. I decisori che governano questi sistemi – ministeri, Regioni, aziende sanitarie, Comuni, fondazioni di comunità – hanno oggi, per la prima volta, dati sufficienti per intervenire.

Quattro leve di intervento, in ordine crescente di complessità strutturale:

LEVA 1	<p>Riconoscimento: rendere visibile ciò che già esiste</p> <p>La leva più immediata non richiede nuove risorse: richiede di includere le attività di <i>welfare</i> culturale nei sistemi di riconoscimento istituzionale già esistenti. I Piani di Zona, i Piani Locali per la Salute, i Piani Integrati di Salute possono recepire le organizzazioni censite come risorse del territorio – non come fornitori di servizi, ma come partner di cura. Il riconoscimento formale abbassa il costo dell'accesso per le organizzazioni stesse e apre canali di finanziamento ordinario oggi preclusi.</p>
LEVA 2	<p>Raccordo: usare le Case di Comunità come snodo</p> <p>Il Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 ha istituito le Case di Comunità come punto di integrazione tra cura primaria e risorse del territorio. Questa cornice istituzionale esiste già: manca il contenuto. Protocolli di collaborazione tra le Case di Comunità e le organizzazioni di <i>welfare</i> culturale locali – con schede di segnalazione condivise, percorsi di orientamento per le professioni sanitarie, referenti dedicati – sono la traduzione operativa più diretta di un investimento che è già stato fatto. Non servono nuove strutture: servono connessioni tra strutture che esistono.</p>
LEVA 3	<p>L'operatore o l'operatrice di collegamento è la figura che tiene insieme il sistema</p> <p>È indicata come essenziale dall'86% delle organizzazioni UPS, ma solo il 24% lo ha incontrato in forma strutturata. Il suo profilo formativo è prevalentemente informale (33% apprende sul campo); la sua collocazione contrattuale è indefinita. Definire un profilo professionale riconosciuto – con un percorso formativo interdisciplinare certificato, una collocazione nei contratti collettivi del Terzo Settore o del comparto sanitario, un mandato istituzionale esplicito – è l'intervento strutturale con il più alto potenziale di sistema.</p>
LEVA 4	<p>Finanziamento: costruire un accesso alle risorse pubbliche della prescrizione</p> <p>Il 28% delle UPS sostiene le attività su prescrizione senza alcun finanziamento strutturato; il 19% delle UPS e il 24% delle UCW caricano il costo sull'utente finale. La sostenibilità del campo è più fragile di quanto i tassi di completamento dei percorsi suggerirebbero. Tre interventi strutturali: estendere i sistemi di voucher regionali per la prescrizione sociale alle UCW che stanno formalizzando la propria attività; riconoscere le attività di prescrizione culturale come voce ammissibile nei fondi integrati socio-sanitari; costruire linee guida per la rendicontazione del lavoro volontario come co-finanziamento, rendendolo computabile nei requisiti di accesso ai fondi pubblici.</p>

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE A MINISTERI E REGIONI: BREVE TERMINE (ENTRO 18 MESI)

- Ministero della Salute**
- Emanare una circolare che riconosca le attività di *welfare* culturale come interventi ammissibili nei Piani Attuativi Locali delle aziende sanitarie, aprendo la strada al loro finanziamento attraverso il Fondo Sanitario Nazionale.
 - Includere la prescrizione sociale nella formazione obbligatoria continua (ECM) per medici di medicina generale, introducendo crediti formativi dedicati alla conoscenza delle risorse culturali territoriali e ai protocolli di segnalazione.
 - Prevedere, nelle linee operative per le Case di Comunità (DM 77/2022), un modello standard di accordo tra struttura sanitaria e organizzazione di *welfare* culturale – comprensivo di scheda di segnalazione, criteri di idoneità delle organizzazioni partner e indicatori minimi di monitoraggio.

- Ministero della Cultura**
- Avviare una ricognizione sistematica delle istituzioni culturali – musei, biblioteche, archivi, teatri – che erogano attività su prescrizione o su consiglio di figure sanitarie o sociali, e includerle in un'apposita sezione dei sistemi informativi nazionali sui beni e le attività culturali, rendendole visibili come risorsa per il sistema sanitario e sociale.
 - Introdurre, nei criteri di accesso al Fondo Unico per lo Spettacolo e agli altri strumenti di sostegno alle istituzioni culturali, un indicatore premiale per le organizzazioni che documentano attività di *welfare* culturale con target vulnerabili, in raccordo con servizi sanitari o sociali.

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**
- Avviare un tavolo tecnico interministeriale per la definizione del profilo professionale del *link worker*, con l'obiettivo di inserirlo nel nomenclatore delle professioni del Terzo Settore o in una sezione specifica dei contratti collettivi nazionali di settore entro la legislatura in corso.
 - Riconoscere le attività di *welfare* culturale come intervento ammissibile nei Piani di Zona (L. 328/2000), con indicazioni operative per le zone sociali che intendano integrare risorse culturali nella programmazione socio-sanitaria locale.

- Regioni**
- Recepire formalmente, nei Piani Regionali per la Salute e nel Piano Regionale Socio-Sanitario, la prescrizione sociale di arte e cultura come pratica da promuovere e monitorare, con obiettivi misurabili di copertura territoriale.
 - Estendere, ove già esistente, il sistema regionale di voucher per la prescrizione sociale alle UCW che soddisfino criteri minimi di strutturazione (presenza di un referente, protocollo di segnalazione, monitoraggio degli esiti).
 - Costituire, nelle ASL che già operano con le Case di Comunità, un registro locale delle organizzazioni di *welfare* culturale aggiornato annualmente e condiviso con i medici di medicina generale del territorio.

RACCOMANDAZIONI OPERATIVE A MINISTERI E REGIONI: MEDIO TERMINE (2-4 ANNI)

- Promuovere, attraverso il sistema delle Conferenze Stato-Regioni, un accordo quadro che definisca standard minimi nazionali per la prescrizione sociale di arte e cultura: requisiti delle organizzazioni accreditate, criteri di formazione del *link worker*, indicatori comuni di monitoraggio.
- Avviare, in raccordo con l'Istituto Superiore di Sanità, una sperimentazione controllata per la misurazione degli esiti della prescrizione sociale su indicatori sanitari oggettivi – consumo di farmaci, accessi al pronto soccorso, giorni di degenza – su un campione rappresentativo di organizzazioni UPS distribuito per area geografica e tipologia di beneficiario.
- Istituire un Osservatorio permanente sulla prescrizione sociale e il *welfare* culturale, con mandato triennale, incaricato di aggiornare la mappatura nazionale, produrre report comparabili a livello europeo e supportare le Regioni nella progettazione di sistemi locali di governance.

Una nota sulla distribuzione territoriale. Il Mezzogiorno non è assente da questo rapporto per mancanza di interesse o di vocazione: è assente perché le pratiche di *welfare* culturale esistenti non sono state ancora rese leggibili dai sistemi istituzionali locali. **La sfida per i decisori del Sud non è importare modelli dal Nord, ma costruire le condizioni – dati locali, protocolli, risorse – che rendano visibili e sostenibili le pratiche già in corso.** Le organizzazioni più piccole, le esperienze più informali, i professionisti e le professioniste singole che lavorano senza reti riconoscibili: sono questi i soggetti che una politica attenta al Mezzogiorno deve raggiungere per prima.

GOVERNANCE: RUOLI E RESPONSABILITÀ DEGLI ATTORI PER LA SCALABILITÀ

La scalabilità della prescrizione sociale di arte e cultura non dipende da una singola istituzione: dipende dalla qualità delle relazioni tra istituzioni diverse. I dati di questa ricerca - 918 organizzazioni, distribuite in modo eterogeneo, con profili di finanziamento ibridi e percorsi formativi ancora prevalentemente informali - descrivono un campo che ha già raggiunto una massa critica significativa, ma che non ha ancora una governance sistemica. La domanda non è se scalare, ma chi fa che cosa per rendere possibile la scalabilità. Una **governance funzionale** richiede la definizione di ruoli distinti per ciascun livello istituzionale e per ciascun tipo di attore.

→ Il livello nazionale

Il livello nazionale ha una funzione di indirizzo e standardizzazione: definisce i criteri di riconoscimento delle organizzazioni, i profili formativi, le soglie minime di monitoraggio. È il territorio dei Ministeri competenti (Salute, Cultura, Lavoro e Politiche Sociali), dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Agenzie per i servizi sanitari regionali. Senza un quadro di indirizzo nazionale, ogni Regione costruisce il proprio sistema in modo isolato, rendendo impossibile la comparabilità delle pratiche e dispersiva l'innovazione.

→ Il livello regionale

Il livello regionale ha una funzione di regolazione e finanziamento: traduce l'indirizzo nazionale in strumenti operativi - voucher, accordi quadro, piani di zona - garantisce l'equità di accesso tra territori diversi e costruisce i sistemi di monitoraggio che consentono di comparare le pratiche locali. Le Regioni sono anche il livello in cui si definisce la collocazione del *link worker* nei contratti e nei sistemi di accreditamento dei servizi.

→ Il livello locale

Il livello locale - ASL, Comuni, Case di Comunità - ha una funzione di integrazione operativa: istituisce i protocolli di collaborazione con le organizzazioni di *welfare* culturale presenti sul territorio, forma i professionisti sanitari alla segnalazione, costruisce i cataloghi di risorse locali. È a questo livello che la prescrizione sociale diventa pratica quotidiana o rimane aspirazione strategica.

La frammentazione attuale - ogni attore che lavora nel proprio silo istituzionale - non è una caratteristica permanente del campo: è una fase che può essere superata con strumenti di governance deliberatamente progettati. Il punto di partenza è la chiarezza sui ruoli: chi decide, chi finanzia, chi eroga, chi monitora, chi connette.

→ Le istituzioni culturali

Musei, biblioteche, archivi, teatri, fondazioni di produzione non sono semplici fornitori di servizi: sono partner di cura. Sul lato dell'offerta, definiscono e aggiornano i cataloghi di attività prescrivibili, garantiscono la qualità e la continuità dei percorsi, formano il proprio personale all'accoglienza di persone con fragilità. Sul lato dell'integrazione sistemica, partecipano ai tavoli locali di co-progettazione e contribuiscono al monitoraggio degli esiti.

→ Le organizzazioni del Terzo Settore

Spesso al confine tra *welfare* sociale e *welfare* culturale, le organizzazioni del Terzo Settore svolgono una funzione di prossimità insostituibile: raggiungono le persone più difficili da intercettare, colmano i gap tra sistema sanitario e sistema culturale, forniscono il terreno su cui si sviluppano le sperimentazioni più innovative. La loro sostenibilità dipende dal riconoscimento formale di questa funzione nei sistemi di finanziamento pubblico.

→ La ricerca e la formazione universitaria

La ricerca accademica e la formazione universitaria completano l'architettura di governance: producono le evidenze su cui si fondano le decisioni, formano i professionisti - medici, assistenti sociali, operatori culturali, *link worker* -, e costruiscono le connessioni con i sistemi internazionali di conoscenza e comparazione.

→ Per chi abita il campo ogni giorno

ALCUNE DELLE CRITICITÀ NON ASPETTANO LE ISTITUZIONI, SI POSSONO AFFRONTARE ADESSO

I dati restituiscono un campo vitale, competente, generoso. Le organizzazioni che hanno risposto a questa ricerca lavorano spesso con risorse scarse, in condizioni di incertezza finanziaria, senza riconoscimento formale. Eppure, nel 96% delle organizzazioni, chi inizia un percorso lo porta a termine. Il 75% degli obiettivi di ben-essere mentale e relazionale viene raggiunto. La fedeltà delle persone partecipanti è quasi assoluta.

Questi risultati non sono casuali: dipendono dalla qualità del lavoro di chi opera nel campo. Ma i dati mostrano anche quattro nodi critici che il campo può affrontare dall'interno, senza aspettare interventi istituzionali.

→ Progettare il *follow-up* dall'inizio, non aggiungerlo dopo

Il 40% dei percorsi UPS e il 53% dei percorsi UCW si chiudono senza alcun intervento successivo. Questo non è un problema di risorse: è un problema di progettazione. Il *follow-up* - anche nella forma minima di un contatto a distanza di 30 giorni, di un gruppo di mantenimento mensile, di un collegamento con i servizi territoriali - va costruito nel progetto iniziale, non pensato come extra da aggiungere se avanzano risorse. Le organizzazioni che già lo fanno (il 14% delle UPS con accompagnamento strutturato) documentano impatti più duraturi. La continuità non è un lusso: è la condizione che trasforma un'esperienza in un cambiamento.

→ Usare i dati che già si producono

Il 62% delle organizzazioni UPS pratica il monitoraggio in modo consolidato. Ma solo una parte usa quei dati per dialogare con i decisori politici e gli enti finanziatori. Il monitoraggio interno - questionari alle persone beneficiarie, focus group, registrazioni delle presenze - è materia prima per dimostrare l'impatto del proprio lavoro. Organizzare e rendere comunicabili questi dati, anche in forme semplici, è il passo che trasforma un'esperienza locale in un argomento per chi alloca risorse.

→ Costruire scambi orizzontali tra UPS e UCW

Le UPS hanno competenze sanitarie che le UCW non hanno: figure mediche (31% vs 9%), figure psicologiche (34% vs 16%), protocolli di invio strutturati. Le UCW hanno replicabilità che le UPS non raggiungono (88% vs 58%) e una scala operativa in crescita più rapida. I due profili si sono sviluppati in modo sequenziale, spesso senza saperlo. Costruire occasioni di scambio orizzontale - osservazioni reciproche, co-progettazione, formazione condivisa - è il modo più efficiente per trasferire competenze senza reinventarle.

→ Rendere visibili le pratiche del Mezzogiorno

Le organizzazioni del Sud e delle Isole sono sottorappresentate in questa ricerca: il 14% del campione contro il 34% della popolazione. Questo non riflette necessariamente una minore vitalità del campo, ma una minore capacità di rendersi visibili nei canali istituzionali e associativi attraverso cui la ricerca ha operato. Le organizzazioni meridionali che hanno partecipato mostrano profili analoghi a quelli del Nord per qualità e impatto. Il passo che manca è la connessione: con le reti nazionali, con i sistemi di monitoraggio, con gli enti finanziatori. Chi già opera al Sud e alle Isole ha la responsabilità di farsi contare.

TRASFORMARE I DATI IN ARGOMENTI POLITICI

I quattro nodi critici descritti sopra condividono una radice comune: il campo del *welfare* culturale italiano produce risultati, ma fatica a trasformarli in argomenti per chi decide le politiche e alloca le risorse. La distanza tra una *sperimentazione molto virtuosa* e una *pratica normalizzata* non dipende dalla qualità dell'intervento: dipende dalla capacità di percorrere un ciclo che poche realtà riescono a completare. Il ciclo ha quattro fasi. La prima – la **sperimentazione locale**, spesso basata su entusiasmi individuali e finanziamenti di fondazione – è quella in cui il campo è più forte. La seconda – il **monitoraggio come strumento di legittimazione**, non solo di valutazione interna – è quella in cui molti si fermano: i dati vengono raccolti per verificare l'efficacia del progetto, ma non vengono organizzati per essere comunicati all'esterno. La terza fase – il **dialogo con il decisore**, ovvero l'uso delle evidenze per costruire un argomento politico – richiede competenze che non fanno parte del profilo tradizionale delle organizzazioni culturali o sanitarie. La quarta – l'**integrazione nelle politiche ordinarie** – è quella che trasforma una sperimentazione in un sistema. Il ciclo si interrompe quasi sempre nella seconda o nella terza fase. Non per mancanza di risultati, ma per mancanza di un passaggio di traduzione: qualcuno che prenda i dati prodotti dall'organizzazione e li trasformi in un argomento comprensibile per un assessore o un'assessora regionale, un/una responsabile aziendale, un comitato di valutazione di una fondazione. Questo lavoro di traduzione – politico, narrativo, quantitativo – è oggi la competenza più rara e più necessaria nel campo. Le organizzazioni che già lo fanno – che usano i propri dati di monitoraggio per costruire proposte di sistema, che portano le proprie evidenze ai tavoli istituzionali, che si rendono confrontabili con esperienze internazionali – sono quelle che riescono a trasformare la propria pratica da *ciliogina sulla torta* a *fetta della torta* delle politiche di *welfare*. Costruire questa capacità, anche in forma cooperativa tra organizzazioni diverse, è forse il passo più urgente che il campo può compiere senza aspettare interventi istituzionali.

COSTRUIRE LA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA COME PROGETTO, NON COME FORTUNA

I dati sul finanziamento dicono che quasi un terzo del campo sopravvive senza fondi certi. Questo non è un problema che le istituzioni possono risolvere da sole, né uno che le singole organizzazioni possono ignorare in attesa di un intervento sistemico. Le pratiche più solide – quelle che riescono ad accedere a voucher pubblici, a contributi di enti culturali, a fondi di fondazione – si distinguono per un elemento comune: **hanno investito tempo nel rendere il proprio modello comprensibile a chi eroga risorse**. Documentare i costi reali delle attività, costruire un preventivo di sostenibilità che includa il lavoro volontario, partecipare ai tavoli locali

dove si allocano fondi socio-sanitari: sono azioni che richiedono competenze gestionali che molte organizzazioni non hanno ancora, ma che possono essere sviluppate in modo cooperativo, con il supporto delle reti nazionali. La fragilità finanziaria non è un destino, è un problema di progettazione che il campo può cominciare ad affrontare ora.

UNA DOMANDA APERTA

Dopo questa ricerca, la domanda **se** il *welfare* culturale funziona ha una risposta: funziona, con le condizioni giuste. La domanda che resta aperta – e che questa ricerca consegna a chi la legge – è **a quali condizioni**. Le condizioni sono costruibili. Richiedono continuità di investimento nella conoscenza, volontà politica di attraversare i confini tra cultura e salute e la disponibilità di chi lavora nel campo a fare della propria pratica un argomento condivisibile.

Il *welfare* culturale italiano non ha bisogno di essere inventato. Ha bisogno di essere riconosciuto da chi finanzia, sostenuto da chi governa, e reso più solido da chi lo pratica. Questo rapporto è il punto di partenza per tutte e tre le conversazioni.

14.

Focus Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria

Arte e cultura su prescrizione nelle tre Regioni del Nord-Ovest
Analisi dei dati dell'indagine nazionale

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri

CINQUE NUMERI PER IL NORD-OVEST (Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria)



14.1 Chi sono le organizzazioni del Nord-Ovest

Il Nord-Ovest - comprendendo in questa analisi Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria - è una delle aree con la maggiore concentrazione di soggetti di *welfare* culturale in Italia. Le 116 persone rispondenti di quest'area compongono un ecosistema eterogeneo e maturo, in cui le pratiche di prescrizione sociale e le attività di *welfare* culturale si sovrappongono e si distinguono.

Di questi 116 soggetti, 70 (60%) dichiarano di svolgere attività di arte e cultura su prescrizione o su consiglio di professionisti e professioniste sanitarie o sociali - nel resto del rapporto, questo gruppo sarà indicato come UPS (Unità di Prescrizione Sociale). Le restanti 46 organizzazioni (40%) operano nel campo del *welfare* culturale senza una componente formale di prescrizione - le UCW (Unità di Welfare Culturale).

DISTRIBUZIONE PER REGIONE

REGIONE	UPS (n. e %)		UCW (n. e %)	
Piemonte	62	88,6%	37	80,4%
Liguria	6	8,6%	7	15,2%
Valle d'Aosta	2	2,9%	2	4,4%
Totale	70	100%*	46	100%

* Per effetto degli arrotondamenti non sempre la somma delle singole percentuali restituisce il 100%.

Il Piemonte domina il quadro con l'88,6% delle organizzazioni di prescrizione sociale, seguito da Liguria (8,6%) e Valle d'Aosta (2,9%). Questa distribuzione rispecchia la densità del *welfare* culturale piemontese, sostenuta da un ecosistema di fondazioni attive - a partire dalla Fondazione Compagnia di San Paolo - e da una consolidata tradizione di innovazione nel Terzo Settore.

ANZIANITÀ E NATURA DELL'ORGANIZZAZIONE

ANZIANITÀ	UPS (n = 70)	UCW (n = 46)
Giovane (0-10 anni)	30%	22%
Matura (11-25 anni)	31%	35%
Lunga esperienza (26+ anni)	39%	43%

(% risposte multiple)

Le organizzazioni Nord-Ovest sono prevalentemente mature: il 39% delle UPS esiste da più di 26 anni, il 31% tra 11 e 25 anni. Solo il 30% è di costituzione recente (ultimi 10 anni). Il campo ha una storia, non è una moda.

Sul piano della natura organizzativa, il profilo delle UPS differisce significativamente da quello delle UCW. Tra le organizzazioni con prescrizione sociale, spiccano gli enti sanitari (29%) e il settore sociale/solidarietà (17%), a conferma che **la prescrizione richiede una prossimità al mondo clinico**. Le UCW si concentrano invece sulla cultura e lo spettacolo (37%) e sui musei e archivi (13%). La missione dichiarata rispecchia questa distinzione: il 27% delle UPS indica salute e ben-essere come missione principale, contro il 10% delle UCW.

14.2 Che cosa si fa e come

Le attività artistiche e culturali su prescrizione nel Nord-Ovest coprono uno spettro molto ampio. La forma più diffusa tra le UPS sono le attività educative in ambito museale, archeologico o presso siti del patrimonio storico-artistico (41%), seguite dalla lettura ad alta voce (39%) e dalle passeggiate culturali o narrative (26%). Sul versante delle arti visive, pittura, disegno e collage raggiungono il 33%. La danza (23%), il teatro (23%) e le esperienze multisensoriali e inclusive nei musei (20%) completano un repertorio che abbraccia tanto le dimensioni contemplative quanto quelle partecipative.

PRINCIPALI ATTIVITÀ	UPS (n = 70)	UCW (n = 46)
Attività educative museali e del patrimonio	41%	43%
Lettura ad alta voce	39%	35%
Pittura, disegno, collage	33%	37%
Passeggiate culturali o narrative	26%	41%
Teatro (ricevuto o praticato)	23%	39%
Danza (ricevuta o praticata)	23%	26%
Esperienze multisensoriali inclusive	20%	26%
Sedute di musica strumentale	20%	26%

(% risposte multiple)

FINALITÀ E DESTINATARI

Le finalità delle attività riflettono una visione integrata del ben-essere. Il 59% delle UPS dichiara come finalità principale il ben-essere mentale, seguito dalle finalità relazionali (57%) e dalle finalità culturali ed educative (54%). La finalità motoria o di ben-essere fisico è presente ma secondaria (27%), confermando che il campo agisce prima di tutto sulla mente e sulle relazioni. I destinatari privilegiati delle UPS sono gli adulti tra 36 e 64 anni (96%) e le persone anziane dai 65 anni in su (49%). Una quota rilevante riguarda bambini e bambine (42%), persone in situazioni di vulnerabilità (33%) e persone con disabilità (28%). Il profilo dei destinatari delle UCW è più distribuito tra le fasce di età, con una presenza più consistente di persone anziane (63%), bambini e bambine (57%), giovani (46%) e adolescenti (46%).

LUOGHI E FREQUENZA

I musei sono il luogo di svolgimento più frequente (50% delle UPS), seguiti da sedi di associazioni del Terzo Settore (40%), biblioteche (36%) e ambienti naturali (33%). La struttura ospedaliera compare nel 14% dei casi - una specificità delle UPS rispetto alle UCW (7%). I centri di salute mentale (11%) e le RSA (7%) segnalano l'avanzamento del modello di prescrizione in contesti clinici e residenziali. La frequenza delle attività è prevalentemente occasionale (49%) o settimanale (24%). Il 47% delle UPS dichiara attività distribuite su più mesi - un segnale positivo di continuità. Nelle UCW, la distribuzione su più mesi sale al 63%.

14.3 Le persone: chi prescrive, chi collega, chi beneficia

Il quadro dei prescrittori nel Nord-Ovest riproduce una delle anomalie più rilevanti rilevate a livello nazionale: la figura di MMG è quasi assente come prescrittore. Nelle UPS del Nord-Ovest, il MMG è indicato solo nel 10% dei casi – una quota marginale rispetto a psicologi e psicologhe (39%), altri operatori e operatrici (36%), insegnanti (29%), pediatri e pediatre (21%).

FIGURA PRESCRIVENTE	UPS (n = 70)
Psicologo / psicologa	39%
Altro operatore / operatrice	36%
Altro / altra specialista medico	24%
Insegnante	29%
Pediatra	21%
Assistente sociale	16%
Psichiatra	14%
Medico / Medica di Medicina Generale	10%
Geriatra	9%

(% risposte multiple)

La spiegazione è nella genesi: la prescrizione sociale nel Nord-Ovest è cresciuta per spinta comunitaria – dal Terzo Settore, dal mondo educativo, dai servizi sociali – e meno per integrazione istituzionale con la medicina di base. **Il MMG rimane il grande assente, come in tutta Italia**, ma le sue potenzialità come moltiplicatore sistemico sono intatte.

IL/LA LINK WORKER NEL NORD-OVEST

La figura di collegamento (*link worker*) è conosciuta ma ancora poco strutturata. Solo il 24% delle UPS Nord-Ovest dichiara di essere entrato in contatto con un operatore o un'operatrice di collegamento; il 50% non ne ha mai avuto esperienza e oltre un quarto (26%) non saprebbe rispondere. Tra le 17 persone rispondenti che hanno avuto contatti diretti con la figura, il profilo prevalente è quello del professionista del Terzo Settore (47%) e dell'educatore o dell'educatrice professionale (47%), seguito dallo psicologo o dalla psicologa (47%).

Chi conosce la figura la valuta in modo molto positivo: la responsabilità principale attribuita è il collegamento tra i servizi sanitari, sociali e culturali (82%), seguita dalla consulenza e orientamento delle persone beneficiarie (59%), dal monitoraggio e valutazione dei risultati (58,8%) e dal supporto nella gestione delle attività (53%).

I BENEFICIARI E LA PARTECIPAZIONE

Il numero di persone beneficiarie raggiunte è cresciuto tra il 2023 e il 2024. Nelle UPS, la quota di organizzazioni che hanno raggiunto più di 100 persone è passata dal 27% al 31%. Nelle UCW, questa quota è già molto alta (59% nel 2023, 63% nel 2024), a indicare una scala operativa più ampia.

I tassi di abbandono sono molto contenuti: il 64% delle organizzazioni segnala meno di 10 rinunce all'anno per le UPS nel 2023 e 66% nel 2024. Le attività si svolgono **prevalentemente in gruppo** (53%) o in modalità mista individuale/gruppo (39%) per le UPS. La quasi totalità dei beneficiari porta a termine le attività: 97% nelle UPS, 93% nelle UCW – **un tasso di completamento che supera molti interventi sanitari tradizionali.**

EFFICACIA E IMPATTO

Il 57% delle UPS del Nord-Ovest ha valutato in qualche modo l'efficacia delle proprie attività – un tasso inferiore a quello delle UCW (65%). Tra chi valuta le attività su prescrizione, lo strumento più utilizzato è la consultazione diretta delle persone beneficiarie (70%), seguita dal monitoraggio continuo da parte dei professionisti e delle professioniste (45%) e dalle misurazioni basate su indicatori (45%). La valutazione di professionisti e professioniste esterne riguarda solo il 20% delle UPS.

La finalità principale della valutazione è verificare che le attività abbiano l'effetto desiderato sulle persone beneficiarie (83%), ma una quota significativa la usa anche per pianificare nuove attività (58%) e per correggere quelle in corso (55%).

OBIETTIVI E BENEFICI DICHIARATI

Lo sviluppo di capacità relazionali è l'obiettivo più citato dalle UPS Nord-Ovest (81%), seguito dal miglioramento del ben-essere mentale (76%), dall'inclusione sociale (74%) e dalla riduzione dell'isolamento (71%). Questi dati mostrano **una visione integrata dell'impatto sociale delle attività**.

BENEFICI OSSERVATI	UPS (n = 70)	UCW (n = 46)
Inclusione sociale	77%	85%
Sviluppo capacità relazionali	63%	59%
Benefici psicologici	66%	67%
Riduzione dell'isolamento	63%	63%
Accesso alla cultura	61%	74%
Ben-essere mentale	60%	54%
Miglioramento dell'autostima	47%	41%
Miglioramento della salute fisica	27%	26%

(% risposte multiple)

L'impatto è nella maggioranza dei casi definito come moderato, con benefici che si attenuano in assenza di rinforzo (53% nelle UPS). Il 41% delle UPS segnala un impatto duraturo. Questo dato, letto insieme alla scarsa strutturazione dell'accompagnamento post-attività e al fatto che il 59% delle UPS non prevede che le persone beneficiarie partecipino alla progettazione, indica una delle lacune sistemiche più urgenti da colmare.

14.4 Difficoltà e prospettive

Il panorama delle difficoltà nel Nord-Ovest è dominato dalla **carenza di risorse**: il 51% delle UPS e il 76% delle UCW la indicano come principale ostacolo. Tra le organizzazioni che segnalano risorse insufficienti, il 94% delle UPS indica le risorse finanziarie come il nodo critico - una concentrazione tra le più alte in assoluto nel campione nazionale.

TIPO DI RISORSE INSUFFICIENTI	UPS (n = 70)	UCW (n = 46)
Finanziarie	94%	97%
Umane	33%	40%
Logistiche	31%	26%
Organizzative	17%	17%
Informative	8%	17%
Tecnologiche	17%	11%
Temporal	8%	11%

(% risposte multiple)

Accanto alla carenza di risorse, le organizzazioni del Nord-Ovest segnalano difficoltà nel coinvolgere le persone beneficiarie (39%), nella relazione con il settore sanitario (21%) e nella garanzia di un'offerta artistica e culturale di livello adeguato (19%). Le difficoltà logistiche e di progettazione si collocano a distanza rispetto alla mancanza di risorse.

SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

Le attività delle UPS del Nord-Ovest si reggono principalmente su contributi di enti culturali (39%), voucher o incentivi pubblici (29%) e donazioni o raccolte fondi (29%). Il pagamento individuale della persona partecipante riguarda una quota minore delle UPS (17%), con implicazioni significative in termini di equità di accesso.

La dipendenza da finanziamenti a progetto - frammentari e non strutturali - rappresenta uno dei principali rischi per la sostenibilità del campo.

RETI E CONNESSIONI

Le organizzazioni UPS del Nord-Ovest sono ben inserite in reti: il **67% appartiene a reti nazionali o internazionali** (43% solo nazionali, 24% entrambe). Tra chi fa parte di reti, il principale vantaggio percepito è la formazione (72%), seguita dal supporto (55%) e dalla condivisione delle risorse (48,9%). L'apertura verso altre Regioni delle UPS è contenuta: l'89% delle organizzazioni opera solo nella propria Regione di sede.

Il carattere reticolare delle attività è comunque elevato: il 51% delle UPS sviluppa le proprie iniziative interamente in rete con più enti, e solo il 14% opera in modo autonomo. **I principali attori di rete sono le organizzazioni sociali del Terzo Settore** (66%), seguite dalle organizzazioni culturali (59%) e dagli enti sociali e socio-sanitari (59%).

14.5 Riflessioni: il Nord-Ovest tra densità e fragilità

Il Nord-Ovest (Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria) emerge dall'indagine come un'area caratterizzata da un profilo operativo che combina radici storiche profonde, forte radicamento del Terzo Settore e una leadership di organizzazioni con missione sanitaria nel segmento della prescrizione sociale. Il Piemonte, in particolare, si conferma il laboratorio più avanzato - un primato che deve molto al supporto strategico della Fondazione Compagnia di San Paolo come catalizzatore di lungo periodo.

Tre nodi critici emergono con nitidezza dai dati e meritano attenzione prioritaria.

NODO 1	<p>La distanza dal medico o dalla medica di medicina generale</p> <p>Con appena il 10% di UPS che indicano il MMG come figura prescrivente, il Nord-Ovest condivide con il resto d'Italia la paradossale marginalità della figura che nei modelli teorici dovrebbe essere al centro del sistema. La strada verso una prescrizione culturale strutturata passa inevitabilmente da un dialogo più stretto con la medicina di base, che oggi avviene quasi solo attraverso pediatri, pediatre, psicologi, psicologhe e assistenti sociali.</p>
NODO 2	<p>La carenza di risorse finanziarie</p> <p>Che emerge con un'intensità fuori dal comune. Il 94% di chi segnala risorse insufficienti indica le risorse economiche come il problema principale. In un'area dove le fondazioni erogative sono numerose, presenti e attive, questa concentrazione segnala che i flussi di finanziamento ordinario - pubblico e privato - non bastano a sostenere un campo che è cresciuto largamente in modo volontaristico.</p>
NODO 3	<p>La continuità dei percorsi</p> <p>Con il 59% dei percorsi in cui le persone che ne beneficiano non partecipano alla progettazione e una quota significativa senza alcun seguito strutturato, il rischio è che i benefici prodotti si disperdano in assenza di rinforzo. Costruire modelli di accompagnamento post-attività - attraverso <i>link worker</i> o attraverso reti informali di comunità - è la priorità operativa più urgente per trasformare esperienze piacevoli in percorsi di cura che lasciano traccia.</p>

Queste fragilità non oscurano **la forza di un campo che ha dimostrato capacità di crescita, radicamento territoriale e un impatto rilevato su ben-essere mentale, relazioni sociali e inclusione**. Il Nord-Ovest ha tutte le condizioni per diventare un laboratorio nazionale della prescrizione culturale strutturata: la sfida è trasformare questa densità in sistema con azioni integrate nei servizi.

15.

Nord-Ovest: Cantieri pilota e sperimentazioni

Negli ultimi anni in Piemonte hanno preso avvio Cantieri pilota sulla **prescrizione sociale**, ovvero la possibilità per operatori e operatrici sanitarie di indirizzare i pazienti e le pazienti verso attività culturali, sociali e relazionali come parte integrante del percorso di cura, partendo dal riconoscimento dei determinanti sociali della salute: il ben-essere non dipende soltanto da interventi clinici, ma anche da fattori come l'inclusione sociale, la partecipazione culturale e la qualità delle relazioni.

Diverse esperienze sul territorio piemontese propongono un salto di scala rispetto alle singole attività progettuali, per azioni di sistema, fondate sulla ricerca, con potenzialità di diventare programma integrato.

Un caso particolarmente significativo sotto il profilo dell'attenzione mediatica, multicanale, a livello nazionale che indica un cambiamento profondo di sensibilità collettiva sul tema, è quello di **Museo Ben-Essere** promosso da **ASL TO3**. Il progetto nasce a partire dall'attenzione olistica del contesto territoriale del Centro di Salute di **Oulx, in area montana** e si è sviluppato attraverso una fase sperimentale in importanti istituzioni culturali sensibili alle relazioni intersettoriali per la creazione del ben-essere come il Castello di Rivoli e la Reggia di Venaria. In questo caso, il museo è stato concepito come una palestra cognitiva e relazionale di meraviglia. I percorsi proposti a persone in condizioni di fragilità emotiva su invio dei servizi sanitari, che organizzano anche il trasferimento verso i luoghi, combinano esperienza estetica, movimento, consapevolezza corporea e riflessione, con l'obiettivo di promuovere ben-essere psicofisico e cambiamento degli stili di vita. La sostenibilità dell'azione pilota è stata favorita dalla premialità Well Impact assegnata da FCSP - Fondazione Compagnia di San Paolo, nell'ottica della *trust-based philanthropy*, a organizzazioni che negli ultimi 5 anni si sono distinte per continuità e innovatività nella ricerca-azione sul ruolo della cultura come strumento concreto di salute pubblica, radicato nei territori e accessibile anche in contesti periferici.

Tra gli enti premiati da FCSP per il proprio impatto su cultura e salute a Torino troviamo la **Fondazione Medicina a Misura di Donna**, che ha deciso di orientare l'investimento sulla prescrizione sociale in ambito oncologico. In **collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza, l'Università di Torino e l'associazione NOMA World**, ha varato il progetto **SOMA**, che promuove un **programma di ricerca scientifica** su percorsi di espressione creativa e corporea (pittura aleatoria, fotografia e video, narrazione, movimento) accompagnati da artisti e artiste per donne con un vissuto oncologico. Le partecipanti vengono coinvolte in

laboratori artistici e corporei - dalla scrittura alla fotografia, dal movimento alla narrazione - con l'obiettivo di sostenere non solo la dimensione fisica, ma anche quella emotiva e identitaria. In questo contesto, la prescrizione sociale si traduce in un accompagnamento che valorizza l'espressione personale come risorsa per affrontare la malattia, rafforzando resilienza e senso di sé. Durante le azioni creative, il team psicologico e neuroscientifico del Gruppo di lavoro *Brain plasticity and behaviour changes* dell'Università di Torino ha monitorato l'attività neurobiologica cerebrale di 50 donne indirizzate dagli oncologi e dalle oncologhe ospedaliere: la loro produzione creativa viene restituita in modo partecipato con alti livelli curatoriali in Gallerie d'Italia - Torino.

Ancora a Torino, anche la **Fondazione Molo** è tra gli enti premiati FCSP per l'impegno verso le persone con afasia e demenza e le loro figure di cura. Con **Ri-trovarsi in museo**, per una crescita sistemica ha orientato l'investimento alla costruzione di competenze per musei *Alzheimer-friendly* (70 i/le partecipanti), in linea con l'esperienza apripista di Musei Toscani per l'Alzheimer, al fine di progettare attività adattate alle esigenze cognitive ed emotive dei e delle partecipanti. Attraverso l'arte, la narrazione e l'esperienza condivisa, si favoriscono stimolazione cognitiva e relazione, creando momenti di connessione che migliorano la qualità della vita. In questo caso, la prescrizione sociale agisce come un dispositivo di continuità tra cura sanitaria e vita quotidiana, sostenendo sia le persone malate sia chi se ne prende cura.

Nella città, nel 2024 hanno preso avvio percorsi di ricerca longitudinale.

Torino Social Prescription è una collaborazione che coinvolge l'**Amministrazione cittadina, l'ASL Città di Torino, il Centro Culturale Lombroso16**, hub in cui convivono ambulatori, biblioteca, servizi culturali e sociali, in un ambiente per la cura del sé che contempla sentirsi parte di una comunità. In questo caso, la prescrizione sociale mira a individuare nuovi modelli di cure primarie per il ben-essere globale delle persone in chiave antropologica, superando il trattamento clinico per integrarlo con l'accesso alle risorse comunitarie e culturali. Si sviluppa coinvolgendo le reti sociali attraverso percorsi guidati di dialogo, espressione creativa, movimento condiviso volti a contrastare ansia e stress prima che si trasformino in disagio cronico, per persone in condizioni di fragilità o a rischio di isolamento. Il centro culturale diventa uno spazio di confronto e partecipazione, dove le persone partecipanti possono dialogare e fare esperienza culturale reinterpretata come occasione di crescita personale e relazionale, per contribuire al ben-essere mentale e alla costruzione di legami sociali.

Un ulteriore tassello rilevante è rappresentato dal **progetto sperimentale di ricerca-azione *Convoglio*, condotto dalla Fondazione Ufficio Pio**. Questo intervento si colloca esplicitamente nell'ambito del contrasto alle solitudini, uno dei determinanti sociali della salute oggi più rilevanti a livello internazionale. Lavora sull'attivazione di reti di prossimità e sulla costruzione di occasioni di incontro, mettendo in relazione persone che vivono condizioni di isolamento con opportunità sociali, culturali e comunitarie, attraverso *link worker*. In questa prospettiva, la prescrizione sociale non è meramente un invio a singole attività, ma un processo più ampio di accompagnamento e ricostruzione di legami, in cui la dimensione relazionale diventa centrale nel percorso di cura, grazie a reti stabili come la collaborazione con l'ASL Città di Torino e il programma di sistema Cultura dietro l'Angolo della Città, che porta le opportunità nella prossimità.

Alcuni programmi nazionali sono stati introdotti in via sperimentale in Piemonte.

Dal 2023, proseguendo nel 2025 e 2026, l'ISS - Istituto Superiore di Sanità di concerto con il CCW ha avviato in Piemonte il programma OMS di canto corale ***Music & Motherhood***, coinvolgendo madri con depressione post partum, con ASL Città di Torino, ASL TO3, AOU Alessandria e AOU Città della Salute e della Scienza - Ospedale S. Anna.

Il progetto ***Archivi e Salute*** concepito dall'Archivio di Stato di Modena con l'Università di Chieti e Pescara e l'Azienda Ospedaliera è stato sperimentato all'Archivio di Stato di Torino, coinvolgendo persone over 65 con afasia e i loro *caregiver*.

Infine, un esempio ormai consolidato è il programma ***Nati per Leggere***, attivo a livello nazionale da oltre due decenni e forse considerabile il primo a prescrizione per il grande coinvolgimento dei pediatri e delle pediatre in collaborazione con aziende ospedaliere territoriali, le biblioteche e/o volontari e volontarie. Il progetto promuove la lettura ad alta voce fin dalla prima infanzia, riconoscendone i benefici sullo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale dei bambini e delle bambine. In questo caso, la prescrizione sociale assume una forte valenza preventiva: i pediatri e le pediatre possono indirizzare le famiglie verso pratiche di lettura condivisa, contribuendo a ridurre disuguaglianze e a sostenere lo sviluppo fin dai primi anni di vita. In Piemonte, la collaborazione sviluppata da due decenni tra la Regione e la FCSP ha generato un cambiamento culturale nelle organizzazioni, che si sta evolvendo con il programma "Cultura per Crescere" in ecosistemi intersettoriali a favore della prima infanzia e genitorialità in 14 Poli locali.

Questi casi piemontesi mostrano come la prescrizione sociale possa assumere forme diverse, adattandosi ai bisogni specifici delle persone e dei contesti. Elemento comune è la costruzione di alleanze strutturali tra sistema sanitario, istituzioni culturali e Terzo Settore, in una logica di integrazione e co-progettazione.

In prospettiva, la sfida sarà quella di consolidare queste esperienze e renderle sempre più accessibili, superando la dimensione sperimentale, integrandole nei servizi in modo sistematico in una fase di ridisegno del *welfare* e della sanità territoriale, puntando alle risorse comunitarie.

Lo testimoniano percorsi intrapresi da Aziende sanitarie come **ASL Asti**, che ha assunto una delibera per il Programma Integrato di Salute di Comunità, ***CommunitAction- comunità in azione***, che punta alla prescrizione sociale come strumento per integrare le risorse comunitarie: dall'AFA - Attività Fisica Adattata, i Gruppi di Cammino, le Palestre della Memoria, gli ambulatori infermieristici di Comunità, l'*Educaring* - il piano di formazione e informazione rivolto a diverse categorie di beneficiari -, con la valutazione degli esiti di salute in termini clinici, di qualità della vita, dimensione sociale e relazionale, psicologica e cognitiva.

Il Piemonte si configura già oggi come un laboratorio significativo, in cui la prescrizione sociale può contribuire a ridefinire il concetto stesso di salute, orientandolo verso una visione più ampia, inclusiva e centrata sulla persona.



Commenti

- 16. La prescrizione sociale: valore e limiti del concetto e della pratica 124
- 17. Fuori le mura - Territori della prescrizione sociale 139
- 18. Il *welfare* culturale italiano alla prova dei dati: meccanismi, architetture, condizioni di sistema 148

Giuseppe Costa, Luca Dal Pozzolo e Pier Luigi Sacco, soci fondatori del CCW, offrono qui tre letture autonome dei dati della ricerca, ciascuno a partire dalla propria prospettiva disciplinare. La loro presenza in questo volume dice qualcosa di rilevante sul campo che stiamo esplorando: vale la pena interrogarlo da angolazioni diverse, e accettare che le risposte non sempre convergano.



16.

La prescrizione sociale: valore e limiti del concetto e della pratica

A cura di **Giuseppe Costa**, socio fondatore CCW, professore emerito di epidemiologia Università di Torino, Presidente Centro HEI - Health Equity Italy Università di Torino



“La salute non dipende solo dalla sanità, anzi la sanità conta solo per il 10-20%.”

Questa è una delle affermazioni più comuni che si fanno nella retorica della promozione della salute. La percentuale da citare è molto variabile perché dipende dalla dimensione di salute di cui si sta parlando. La frequenza con cui ci si ammala di una malattia può dipendere dalla esposizione a fattori di rischio genetici, comportamentali, ambientali o psicosociali che hanno poco a che fare con la sanità; in questo caso la sanità conterà poco. Viceversa la mortalità per una malattia è influenzata non solo dai fattori che fanno insorgere la malattia, ma anche da quanto presto essa viene diagnosticata e da quanto bene viene curata, risultati che dipendono molto dalla sanità. **Ma se si considerasse la qualità della vita di un malato ancora una volta si scoprirebbe quanto possono essere importanti i fattori non sanitari**, come le relazioni sociali di aiuto. Recentemente in occasione della pandemia da Covid 19, il pubblico ha capito che a volte gli interventi non clinici, come il distanziamento fisico e sociale, sono così importanti che devono essere addirittura prescritti per legge.

La prescrizione sociale nasce da questa constatazione: i prodotti e le azioni che fanno salute non stanno solo nella cassetta delle medicine e del pronto soccorso, bisogna uscire fuori dalla sanità e trovare nella comunità e nel contesto di vita quelle soluzioni non cliniche che si sono mostrate capaci di promuovere la salute fisica, mentale e sociale; e fare in modo che vengano prescritte nei modi e con le risorse che la società si è data.

Questo capitolo si preoccupa di riflettere sulle giustificazioni e i limiti del concetto e della pratica della prescrizione sociale in questa fase nascente della sua introduzione in Italia, per suggerirne un uso consapevole.

La salute disuguale indica i bisogni

La storia delle disuguaglianze di salute ci offre un punto di vista inedito per la prescrizione sociale. Fino agli anni Ottanta del Novecento nessuno in Europa si preoccupava della salute disuguale; l'affermazione di sistemi sanitari universalistici aveva creato la convinzione che la salute uguale per tutti fosse un dato acquisito. Poi il *Black Report* venne a dimostrare che la classe sociale rimaneva la singola variabile capace di spiegare le variazioni più ampie che si osservavano nella salute della popolazione¹³. L'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità all'inizio degli anni Duemila ne fece l'oggetto di una delle sue più impegnative revisioni delle conoscenze e delle esperienze di contrasto¹⁴. L'Unione Europea a ruota fece proprie le conclusioni dell'OMS: se si voleva guadagnare salute, le politiche dovevano mirare a ridurre le disuguaglianze di salute e le loro cause, che sono riconoscibili nei cosiddetti **determinanti sociali** e nelle relative politiche (lavoro, formazione, casa, reddito, sicurezza, ambiente, cultura, determinanti commerciali, relazioni sociali, *welfare* e sanità)¹⁵. Sempre sotto l'egida dell'OMS e con l'iniziativa di alcuni Paesi e società all'avanguardia, prendevano forma strategie come *Salute in Tutte le Politiche*, che responsabilizzava le politiche non sanitarie ai fini della tutela e promozione della salute, e come *WellBeing Economy*, che enfatizzava il reciproco vantaggio per le politiche non sanitarie del capitale di salute della comunità. In questo contesto nasceranno poi iniziative e strumenti operativi che servono a mettere in pratica raccomandazioni e strategie¹⁶. Città Sane è una di queste iniziative dell'OMS che esemplifica lo sforzo di integrare questi processi e obiettivi nella governance delle città¹⁷. **La prescrizione sociale potrebbe essere lo strumento che connette i bisogni di salute con l'offerta di soluzioni non sanitarie**. A seguire il filo rosso di questi progressi dal *Black Report* alla Prescrizione Sociale vengono alla luce alcune riflessioni interessanti¹⁸.

13. Int J Health Serv. 1982;12(3):349-80 [Vai alla pubblicazione](#)

14. [Vai alla pubblicazione](#)

15. [Vai alla pubblicazione](#)

16. [Vai alla pubblicazione](#)

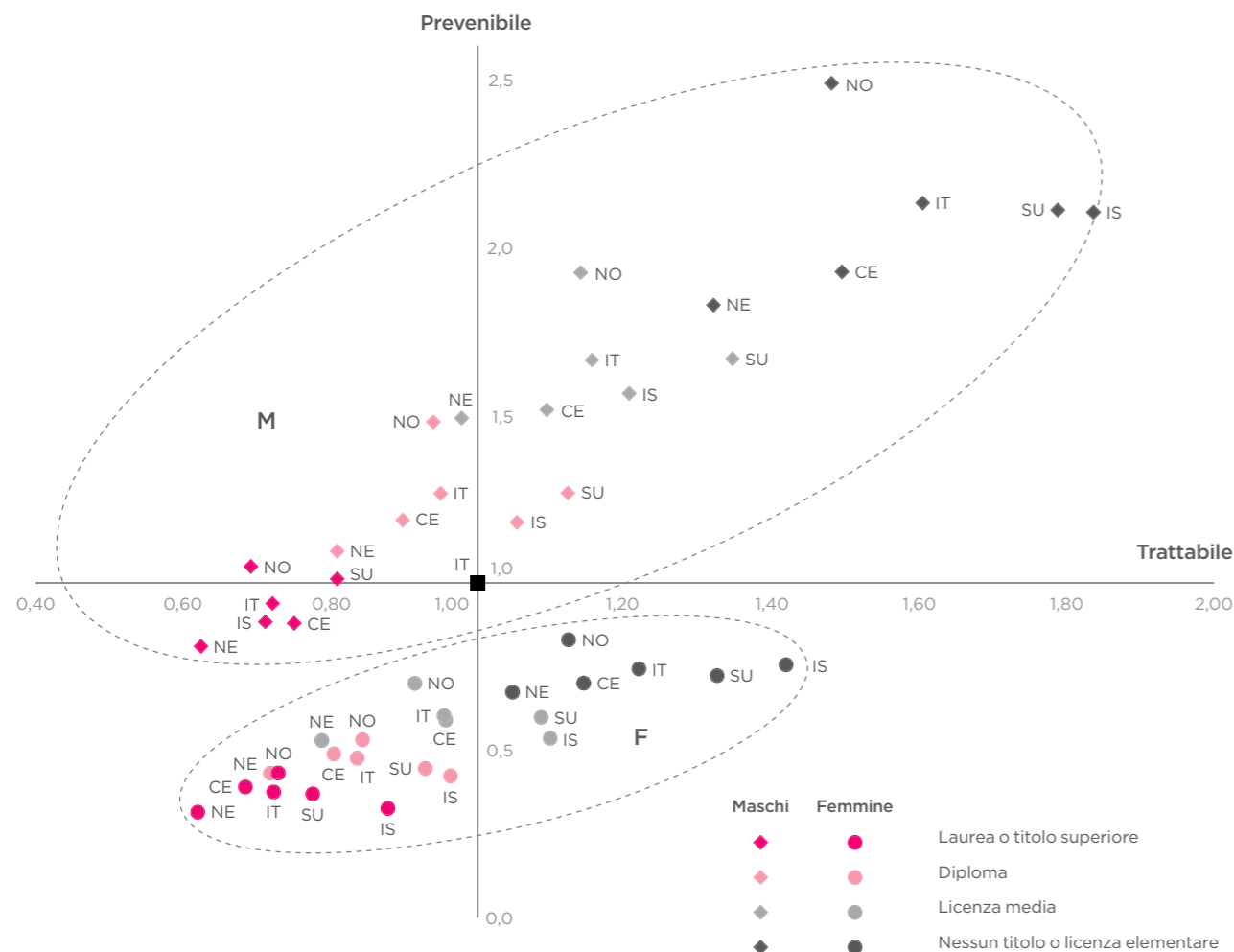
17. [Vai alla pubblicazione](#)

18. Costa G, Di Girolamo C. Salute disuguale: un metro per valutare l'impatto dei cambiamenti, Politiche Sociali 3/2023

[Vai alla pubblicazione](#)

I dati epidemiologici ci raccontano che **la salute si mostra disuguale lungo due dimensioni tra loro interagenti, quella dello svantaggio sociale della persona e quella dello svantaggio del contesto di vita**. Per semplicità si può parlare di importanza del *Chi sei* e del *Dove stai*. Ad esempio in Europa a parità di età in tutti i Paesi la mortalità diminuisce col crescere degli anni di scolarità, del reddito, della qualificazione professionale: tutte misure delle risorse e delle competenze di cui una persona dispone per stare sulla scena della vita più a lungo e in salute (*Chi sei*). Però nei Paesi dell'Europa Centro Orientale le differenze di mortalità tra Chi sei ricco e povero sono molto più ampie che tra i Paesi dell'Europa: c'è qualcosa che fa sì che il rischio di morire sia più alto in tutta la popolazione, ma ancor di più tra le persone più povere (*Dove stai*).

RAPPORTI TRA I TASSI DI MORTALITÀ TRATTABILE E PREVENIBILE PER SESSO, TITOLO DI STUDIO, RIPARTIZIONE, E IL TASSO MEDIO ITALIANO
Anno 2020, Fonte: Istat*



Queste due facce sono una cifra distintiva della salute disuguale ovunque venga osservata. In Italia ci sono 3,5 anni e 2,5 anni di aspettativa di vita che separano le persone laureate da coloro che hanno concluso il percorso di studi con la scuola dell'obbligo rispettivamente tra gli uomini e le donne; ma nelle Regioni del Sud e delle Isole a questo svantaggio si aggiunge un anno in meno di aspettativa di vita. Nel Regno Unito le disuguaglianze di mortalità per titolo di studio sono più intense in alcune Regioni, quelle del Nord; mentre in Spagna sono le Regioni del Sud ad essere più disuguali. Se passiamo dalle variazioni tra le Regioni alle variazioni locali, in ogni città italiana osserveremo un *Dove stai* che presenta eccessi di mortalità. La figura a lato sintetizza le disuguaglianze di mortalità a parità di età in Italia per le cause evitabili con la prevenzione (asse verticale) e con la cura (asse orizzontale). I simboli e i colori identificano il titolo di studio e i codici le ripartizioni geografiche¹⁹. La figura mostra che il titolo di studio spiega le differenze più ampie, e che dentro ad ogni titolo di studio si aggiungono le disuguaglianze a svantaggio delle Regioni del Mezzogiorno (*Dove stai*). Questo vale sia per la mortalità prevenibile che per quella curabile, in entrambi i sessi (con disuguaglianze meno intense tra le donne).

Tutte le dimensioni di salute - la morbosità acuta, quella cronica, la salute soggettiva, la salute mentale, le disabilità - si presentano disuguali a livello individuale (*Chi sei*) e geografico (*Dove stai*). Se si avesse la pazienza di controllare le disuguaglianze nelle altre dimensioni del funzionamento di una persona, come il successo scolastico o il successo lavorativo, si troverebbe lo stesso profilo a due facce. Cosa ci insegna questo profilo? Che ci sono due meccanismi generali che influenzano il funzionamento della salute, che dobbiamo in qualche modo affrontare se vogliamo guadagnare salute nella popolazione. Il primo meccanismo ha a che fare con **la distribuzione dello svantaggio sociale a livello individuale**: la salute migliora al crescere delle risorse e delle competenze della persona, il *Chi sei*; questo interpella la responsabilità sia delle politiche pre-distributive (quelle che aiutano la persona a prendere l'ascensore sociale e a migliorare le chance di crescita sociale) sia delle politiche re-distributive (quelle che soccorrono chi ha perso l'ascensore sociale affinché non si guasti troppo il suo funzionamento di salute). Il secondo meccanismo ha a che fare con **la qualità dei contesti di vita**, ad esempio la qualità e la sicurezza dell'organizzazione del lavoro e della scuola, la coesione sociale della comunità, la salubrità e la bellezza dell'ambiente. Le due facce interagiscono tra di loro: un *Dove stai* adeguato fa star meglio tutte le persone, ma soprattutto fa star meglio i *Chi sei* poveri perché è un fattore di loro capacitazione, che aumenta il rendimento in salute delle poche risorse e competenze a loro disponibili.

* Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

19. [Vai alla pubblicazione](#)

Una seconda cifra distintiva della salute disuguale è che in gran parte delle osservazioni di salute vale una regola: **ad ogni livello della scala sociale** (ad esempio anni di istruzione, quantili di reddito, posizione nella scala di classe sociale) **corrisponde un livello di salute peggiore di chi sta più in basso e migliore di chi sta più in alto**. Per mortalità, morbosità, salute soggettiva, salute mentale, disabilità non esiste una soglia di scala sociale sopra o sotto la quale ci sono benefici o tossicità per la salute; ad ogni punto della scala si osservano disuguaglianze a sfavore di chi sta sotto e a favore di chi sta sopra. Quella tra svantaggio sociale e salute è una associazione a *gradiente* e non a soglia. Anche questa caratteristica ha delle implicazioni importanti per le politiche perché se si vuole guadagnare salute non basta agire solo sui soggetti più svantaggiati, come se ci fosse una soglia di svantaggio, perché sono un gruppo minoritario e il guadagno di salute sarebbe modesto.

Bisogna invece agire su tutto lo spettro del vantaggio sociale abbassando la ripidità della pendenza che descrive l'associazione tra vantaggio sociale e salute: questo approccio assicura il massimo impatto sulla salute.

Questo argomento è la giustificazione più robusta del fatto che nelle politiche di contrasto contro le disuguaglianze nel *Chi sei* e nel *Dove stai* occorre adottare un approccio universalistico, perché un approccio solo selettivo sarebbe meno efficiente.

In questa scena che fine ha fatto la persona come agente di scelte che possono influenzare la sua salute? **Il fatto che le scelte individuali siano importanti è ben documentato dall'ampia variabilità che si osserva nella salute disuguale dentro ogni ceto sociale**: tra le persone più svantaggiate la media della salute è molto peggiore di quella tra le persone avvantaggiate, ma dentro la stessa situazione di svantaggio si dà una dispersione notevole nella salute. Sappiamo che molte delle cause prossimali della salute sono stili di vita pericolosi per la salute (ad esempio tabacco, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà, dipendenza da sostanze o da gioco, rapporti sessuali non protetti). Ma sappiamo anche che **la probabilità di adottare uno stile di vita pericoloso cresce all'aumentare dello svantaggio sociale, seppur non in modo deterministico**.

Nelle categorie svantaggiate rimangono molte persone che non adottano stili di vita pericolosi: si spiega così la maggiore variabilità della salute disuguale tra le persone povere, ma suggerisce anche che una delle vie di uscita dalla salute disuguale, per guadagnare salute nella popolazione, è esattamente quella di **capacitare le persone a non adottare stili di vita pericolosi o a rinunciarvi se ne sono investiti (la cosiddetta *promozione della salute*). Questa via d'uscita funziona se contemporaneamente sono attive le altre due azioni di cui abbiamo parlato sopra: le azioni distributive che rinforzano le risorse e le competenze della persona (*Chi sei*) e quelle che attivano i contesti che devono capacitare la persona (*Dove stai*).**

In assenza di queste due condizioni le azioni di promozione della salute hanno un'alta probabilità di allargare le disuguaglianze di salute. Gli stili di vita pericolosi per la salute sono dei meccanismi che danno gratificazione a breve termine e sono più spesso adottati dalle persone svantaggiate come strumento di adattamento e convivenza con lo stress psicosociale legato alle condizioni di svantaggio sociale: rinunciare o abbandonare lo stile di vita appagante a breve termine richiede che la persona sappia apprezzare i benefici di salute che riceverà tra molti anni in cambio di un sacrificio immediato. Questo scambio temporalmente svantaggioso richiede una capacità di controllo della propria vita e delle proprie scelte che spesso non è a disposizione per chi deve sbarcare il lunario con difficoltà, ma invece lo è per le persone meno svantaggiate.

Questa analisi può essere applicata a molti altri comportamenti rilevanti per la salute, come quelli che hanno a che fare con l'accesso ai servizi sanitari e con l'aderenza alle cure, ma anche per l'ambiente, come fare la raccolta differenziata.

Cosa c'entra questa analisi della salute disuguale con la prescrizione sociale? Semplificando un po' si potrebbe riassumere la storia in questo modo:

- la salute non dipende solo dalla sanità; la prescrizione sociale propone azioni non sanitarie che fanno la differenza per la salute;
- la salute disuguale è la scorciatoia per trovare il potenziale di salute che si può ancora guadagnare per appianare le disuguaglianze;
- dalla salute disuguale si impara che ci sono **tre categorie di azioni** non sanitarie che hanno impatto sulla salute disuguale e dunque hanno potenzialmente il maggiore impatto sulla salute:
 - > la **prima categoria** comprende le azioni distributive, pre- e re- distributive, che arricchiscono le risorse e le competenze delle persone (*Chi sei*);
 - > la **seconda categoria** riguarda le azioni sui contesti prossimi alla vita delle persone (*Dove stai*), azioni che rendono i contesti più capacitanti con riguardo alle persone più povere di risorse e competenze;
 - > la **terza categoria** riguarda le azioni che facilitano l'adozione e il mantenimento di comportamenti più virtuosi per la salute;
- dunque servirebbero tre tipi di prescrizione sociale: la prima interpella la responsabilità delle politiche strutturali, sui determinanti sociali; la seconda ha a che fare con la qualità dei contesti locali; la terza si appella ai comportamenti delle persone;
- è necessario che i tre livelli di azione agiscano in modo concertato, come le canne d'organo che seguono uno spartito scritto da una regia informata, partecipata e responsabile.

Se prescrizione significa "imporre una regola" (Treccani) da esercitare da parte di chi ne è responsabile, la conclusione è che il concetto di prescrizione sociale può essere un importante passo avanti per mettere in opera le azioni che servono a guadagnare salute nella comunità, azioni che stanno almeno a tre livelli (azioni sui determinanti sociali, azioni sui contesti, azioni sui comportamenti) e che richiedono una regia (almeno locale) da inventare. Ma quanto e come queste azioni sono disponibili nell'offerta attuale?

Disuguali anche le attuali prestazioni: la prescrizione sociale in salita

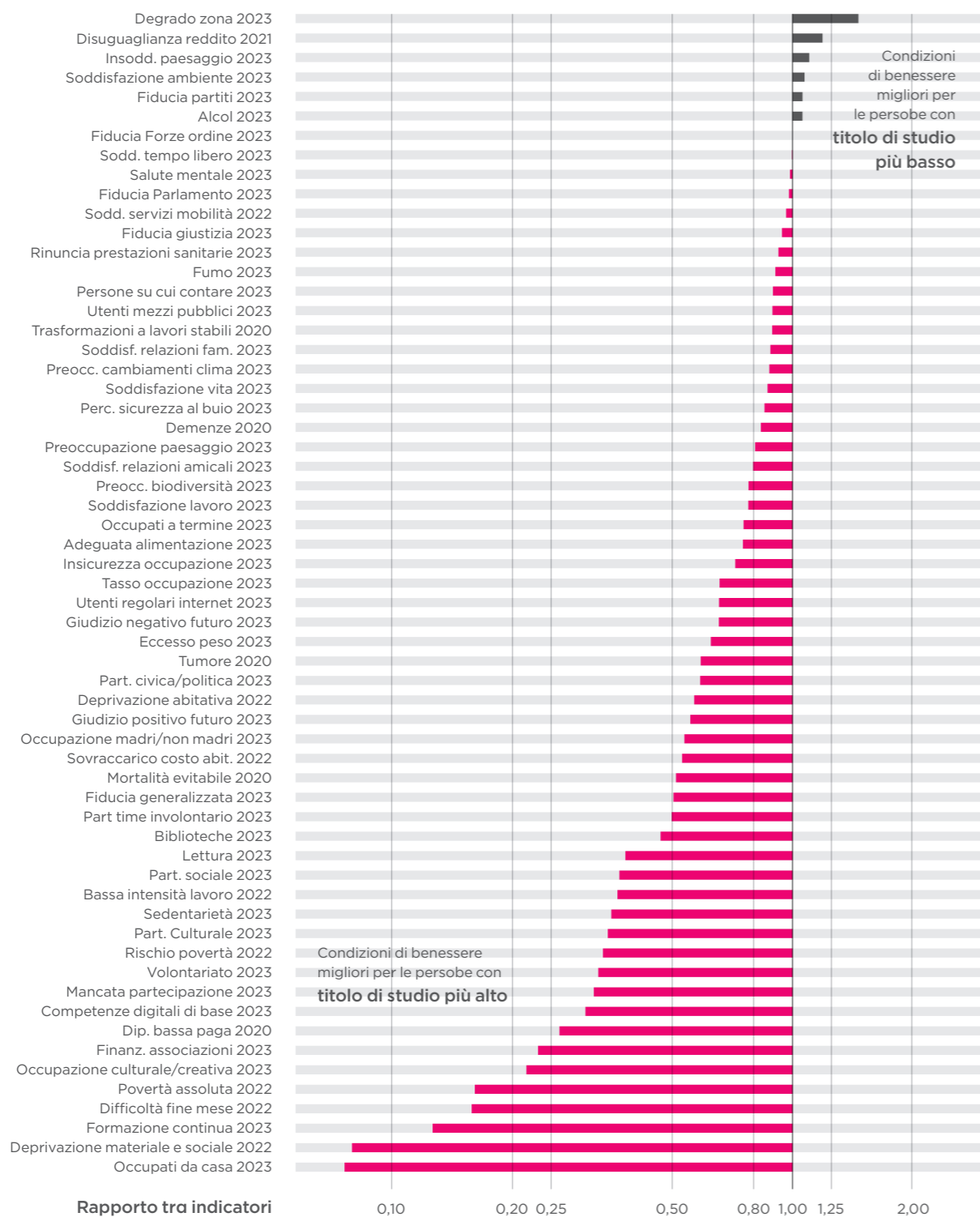
L'Istat con il suo sistema di indicatori del BES - Benessere Equo e Sostenibile ci offre una misura sinottica delle principali dimensioni del benessere che sono bersaglio delle politiche pubbliche in dodici domini: ambiente, salute, benessere economico, istruzione e formazione, paesaggio e patrimonio culturale, ricerca e innovazione, lavoro e tempi di vita, relazioni sociali, sicurezza, benessere soggettivo, qualità dei servizi e politica e istituzioni. Nella edizione del 2023 Istat si è chiesto quanto questi bersagli venissero centrati in modo equo nel Paese. Nella figura riprodotta nella pagina seguente, Istat ha stimato quanto i livelli di prestazione che sono misurati da questi indicatori siano a vantaggio di chi è più istruito (barre di sinistra) o di chi è meno istruito (barre di destra).

La stragrande maggioranza di questi risultati vanno a favore delle persone più istruite. Tra gli indicatori più disuguali compaiono anche quelli che riguardano il paesaggio e il patrimonio culturale, come la preoccupazione per il paesaggio, le biblioteche, la lettura, la partecipazione culturale, l'occupazione culturale / creativa.

La prescrizione sociale in ambito culturale, come in molti altri ambiti delle politiche non sanitarie, dovrà partire in salita: il *Chi sei* più svantaggiato, che abbiamo visto essere più malato e quindi più bisognoso di interventi, è anche quello meno capace di beneficiare delle prestazioni che le politiche attuali sono in grado di fornire.

Dunque la disuguaglianza nel bisogno e la disuguaglianza nell'offerta e nell'uso delle prestazioni necessarie è una chiave di lettura buona per guidare lo sviluppo delle risposte non sanitarie, a cui il concetto di prescrizione sociale potrebbe fornire un concreto sostegno operativo. Il sistema del BES è già ben attrezzato per fornire le metriche utili a misurare bisogno, offerta, uso e risultati secondo la chiave delle disuguaglianze (geografiche e sociali), che dovrebbe diventare il modo ordinario di rendicontare il BES degli anni passati e di quelli a venire per monitorare l'andamento temporale di questi fenomeni.

RAPPORTO FRA GLI INDICATORI DI BENESSERE DELLE PERSONE CON TITOLO DI STUDIO BASSO E DELLE PERSONE CON TITOLO DI STUDIO ALTO.
 Ultimo anno disponibile, numeri puri* - Fonte: Istat, Indicatori Bes



* Il rapporto tra indicatori tiene conto della polarità in termini di misure di benessere; quindi, valori superiori a 1 indicano una situazione migliore per le persone con titolo di studio basso, inferiori a 1 migliore per le persone con titolo di studio alto. Si è operata una trasformazione di scala sull'asse delle ascisse per rendere il grafico più leggibile (scala logaritmica).

I silos e le canne d'organo

Il principale ostacolo alla messa in opera di questi principi è la **separatezza tra le diverse categorie di politiche e di responsabilità**. Ogni categoria ha le sue regole costitutive, i suoi adempimenti, il suo budget e la sua gerarchia dei poteri; difficilmente si sanno creare regole, procedure, strutture, consuetudine e cultura per superare questa separatezza.

In poche occasioni si è affermato il principio che ogni politica dovrebbe guardare non solo all'impatto diretto sugli esiti voluti dalla politica ma anche all'impatto marginale e indiretto (positivo o negativo) su esiti non cercati in altri domini. **Solo la valutazione integrata di questi diversi esiti permette una programmazione consapevole delle politiche**. L'impegno profuso a riprogrammare le politiche a tutti i livelli alla luce degli obiettivi dello sviluppo sostenibile è stata forse l'occasione più ambiziosa in questa direzione, ma l'esercizio seppur partecipato, esteso e anche a tratti sofisticato ha raramente raggiunto obiettivi di trasformazione davvero esigibili. L'Istat ha accompagnato col BES questi sforzi ma anche la lodevole introduzione delle analisi del BES nel documento di programmazione economica non ha poi sostanzialmente influenzato le decisioni del bilancio dello Stato. L'altra occasione in cui si è andati vicino in modo concreto all'integrazione tra i silos delle politiche e ad un vero *joint commissioning* è stata la pandemia da Covid 19: in quella circostanza capitava ogni settimana agli assessori delle diverse politiche, alle imprese e alle forze sociali di sedere intorno ad un tavolo e aspettare i dati sulla salute per stabilire insieme cosa chiudere ed aprire, cosa autorizzare e cosa vietare, quali interventi fare nei trasporti, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, come comunicare, coordinando i budget, riducendo le duplicazioni, fornendo assistenza coordinata. Nella stessa circostanza si sono sviluppati spontaneamente virtuosi processi collaborativi di ricerca-azione tra colleghi e colleghe degli ospedali, delle scuole o di altri settori, che in assenza di istruzioni su come affrontare un problema nuovo come la pandemia mettevano in comune conoscenze e competenze per trovare soluzioni concrete ai problemi. Purtroppo queste pratiche virtuose sono state subito seppellite dalla voglia di dimenticare e andare oltre, una volta cessato il pericolo.

Questo dei *silos* incomunicanti rimane uno degli ostacoli più importanti per la prescrizione sociale. Nel mondo sanitario le innovazioni hanno bisogno di tempo per entrare nella cultura, nelle competenze e nelle pratiche del personale oltre che nelle regole del sistema. Ci sono già ad esempio importanti casi di prescrizione sociale che sono riconosciuti come *self* dai professionisti e dalle professioniste sanitarie, anche se probabilmente non li chiamerebbero prescrizioni sociali. Quando uno o una psichiatra prescrive l'inserimento lavorativo di una persona con problemi di salute mentale nel libero mercato del lavoro secondo il protocollo IPS - *Individual Placement and Support*, oppure quando si attivano le procedure per l'inserimento lavorativo di un portatore di limitazioni funzionali o per l'affiancamento di un insegnante di sostegno per un bambino o una bambina portatrice di limitazioni funzionali, sono altrettante situazioni in cui un bisogno di salute può trovare risposta in un trattamento non medico che può essere prescritto secondo procedure ben codificate, il cui onere rientra nelle prestazioni sostenibili da qualche meccanismo di finanziamento pubblico o privato. Ci

sono volute molta ricerca, formazione, tempo e impegno regolatorio per arrivare a questi risultati, che si possono definire di prescrizione sociale. Ha raggiunto un grado di riconoscimento simile la necessità della prescrizione sociale per diffondere in modo più mirato ed efficace l'uso dell'attività fisica adattata per la prevenzione e il trattamento di molte condizioni morbose.

Ai nostri giorni sta anche facendo capolino una possibilità di prescrizione di segno opposto, che cioè non riguarda il modo con cui un intervento non medico può influenzare la carriera di salute, ma **il modo con cui un intervento di salute può migliorare la carriera sociale**. Diverse specialità in medicina che trattano malattie croniche di lunga durata, ad esempio in oncologia, sono sempre più preoccupate delle conseguenze sociali che l'esperienza di malattia ha sui e sulle loro pazienti e si chiedono come i PDTA - Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali potrebbero includere la prescrizione di interventi che limitino queste conseguenze sociali. Si veda a titolo di esempio Farina et al 2025²⁰ dove si è misurato l'impatto negativo sulla remunerazione annuale della diagnosi di un tumore del colon retto in Italia. Sono sempre più frequenti le richieste di ricerca di questi effetti da parte degli specialisti e delle specialiste di diverse sedi tumorali, o anche a proposito di patologie cardio vascolari e metaboliche.

In tutti questi casi la giustificazione della prescrizione sociale nasce dai professionisti e dalle professioniste, dalla loro esigenza di arricchire i livelli di prestazione che possono cambiare gli esiti di salute o gli esiti sociali delle malattie di cui si occupano, e dalla forza di pressione che sanno esercitare insieme alle associazioni di pazienti perché si affermi un nuovo livello di assistenza. Così i silos si trasformano in canne d'organo che cominciano a suonare insieme uno spartito dettato dalle linee guida che i professionisti e le professioniste sanno creare. È un modello replicabile?

Dal concetto alla pratica della prescrizione sociale

Sarebbe utile studiare il modo con cui in questi casi si sono definiti nuovi livelli di assistenza o prestazione non clinici meritevoli di prescrizione sociale; si potrebbe così imparare come regolarsi nel futuro. Le questioni critiche da discutere sono ancora due: quali sono i requisiti che deve dimostrare un nuovo livello di assistenza / prestazione per essere meritevole di prescrizione sociale? In che modo si può diffondere la prescrizione sociale nella pratica?

La prima domanda è difficile per molte ragioni. La prescrizione di un intervento non clinico in qualche modo dispone l'erogazione di un nuovo livello di prestazione / assistenza. Di solito quando si parla di nuovi LP - Livelli di Prestazione o LA - Livelli di Assistenza, e magari si aggiunge anche l'aggettivo Essenziali (LEP e LEA), ci si addentra in un terreno minato che tocca la sfera dei diritti da un lato e della sostenibilità dall'altro, una sfera difficile da regolare in modo consensuale tra Stato e Regioni soprattutto in tempi di controversia sull'autonomia differenziata. In ogni caso un

20. Farina E, et al. J Epidemiol Community Health doi: [Vai alla pubblicazione](#)

intervento di prescrizione sociale dovrebbe passare il vaglio dei criteri costitutivi di un nuovo livello di assistenza / prestazione, che sono almeno tre.

Efficacia e sicurezza sono i requisiti preliminari richiesti ad una nuova azione che si intenda prescrivere. Ci sono sufficienti prove di efficacia e sicurezza delle azioni da sottomettere a prescrizione sociale? Quali requisiti di validità e robustezza devono avere queste prove? È possibile ricorrere al paradigma controfattuale per elaborare nuove prove di efficacia e sicurezza per tutte le azioni meritevoli di prescrizione? Riallacciandoci alla nomenclatura dei tre tipi di interventi suggeriti dal contrasto delle disuguaglianze sociali, è evidente che la difficoltà di costruire prove di efficacia adeguate cresce se si passa dalle azioni che cambiano i comportamenti a quelle che trasformano i contesti di vita, fino a quelle che agiscono sui determinanti sociali. Le azioni sui comportamenti sono più facilmente studiabili con studi controllati e randomizzati; le azioni sui contesti si prestano ad essere studiati sfruttando gli esperimenti naturali, come le politiche sui determinanti sociali; ma spesso le catene causali che spiegano questi effetti sono così complesse che ne è solo valutabile la plausibilità dello schema esplicativo, i cui meccanismi possono essere stati singolarmente studiati. Dunque non è sempre applicabile il paradigma controfattuale per valutare efficacia e sicurezza del nuovo livello di prestazione / assistenza, così come di solito viene richiesto alle prescrizioni cliniche.

Un secondo requisito sarebbe quello della **misurabilità del beneficio atteso dall'intervento**. Nella programmazione delle politiche e degli interventi capita spesso di dover fare scelte di priorità, ad esempio perché non ci sono risorse sufficienti per sostenere più di un intervento. Il criterio più usato è quello di confrontare la beneficiabilità relativa di un intervento rispetto ad uno alternativo. Il fatto è che non sempre l'impatto dei diversi interventi è misurabile su una scala di misura comune che permetta di confrontarne la beneficiabilità rispettiva. Tra gli altri valori in gioco nella scelta di priorità si considerano anche le implicazioni sulla libertà di scelta e sull'equità delle conseguenze: un intervento su un contesto può limitare la libertà di scelta delle persone in cambio di un beneficio di salute (si pensi alla regolamentazione della distanza dai luoghi sensibili delle attrezzature per il gioco d'azzardo adottata per limitare il rischio di gioco patologico); un intervento sui comportamenti può produrre benefici solo tra le persone più socialmente avvantaggiate che hanno una maggiore capacità di controllo sulle scelte di vita. Per avere risultati più equamente distribuiti di solito si privilegiano gli interventi regolatori (come le tasse sul tabacco o sulle bevande zuccherate) rispetto agli interventi sui comportamenti.

Un terzo requisito potrebbe essere la **sostenibilità economica**. Ogni intervento ha un costo che può essere sostenuto dalla persona beneficiaria o dalla comunità. Chi debba avere la responsabilità di sostenere i costi di questi interventi è l'aspetto più critico per l'introduzione della prescrizione sociale nell'agenda del Paese. La disciplina dei Livelli di Prestazione o di Assistenza è irta di ostacoli, soprattutto se si intende definire questi interventi come Essenziali per tutelare il diritto di salute (LEP/LEA).

Ma oltre a queste difficoltà di definizione, bisogna considerare che per passare dal concetto alla pratica della prescrizione sociale ci vuole un piano. Il documento dell'OMS sulla prescrizione

sociale raccomanda un percorso collaudato che si può seguire per governare l'introduzione della prescrizione sociale in una comunità, intendendo soprattutto la prescrizione sociale di interventi sui comportamenti²¹. Questo percorso prevede la costruzione di una governance locale *ad hoc* che sappia far incontrare l'offerta di azioni utili per la promozione della salute e della aderenza alle cure con il bisogno delle persone, così come indicato nel loro Piano preventivo e di Assistenza Individuale o di gruppo (PAI). La responsabilità della prescrizione sociale è affidata al case manager della persona (medico o altra professionalità che sia responsabile del PAI). Si raccomanda anche la creazione di una figura di collegamento tra il bisogno e l'offerta disponibile, il/la *link worker*. Chi provasse ad applicare questo percorso incontrerebbe alcuni rischi.

La prescrizione sociale in Italia è allo stato nascente e sta trovando diverse applicazioni per lo più in progetti locali, con risultati originali e di valore ma limitati dalla natura progettuale: fintanto che l'innovazione non diventa un mandato specifico del modo di funzionare ordinario della organizzazione della sanità e del *welfare* locale insieme al Terzo Settore e non viene personalizzata a misura del contesto locale, difficilmente riesce a investire stabilmente la responsabilità dei professionisti, delle professioniste e delle organizzazioni. L'occasione giusta sarebbe quella delle Case della Comunità. Il DM 77/2022 ha riordinato gli standard dell'assistenza sanitaria territoriale intorno alle Case della Comunità costruite con le risorse del PNRR: questi standard sono fatti per coordinare la promozione della salute e la gestione della cronicità e della non autosufficienza in modo prossimo alle persone, integrato tra sanità e sociale e con il concorso degli attori e delle azioni di prevenzione e cura disponibili nella comunità e nel territorio locale (dai servizi, al paesaggio, alla cultura e arte, alla scuola...). Si tratta del *setting* più appropriato per mettere in moto la prescrizione sociale delle azioni non sanitarie di provata efficacia che sono accessibili nel territorio locale. Il tutto sotto la regia della governance che ogni comunità locale vorrà darsi per farsi un portafoglio di azioni non sanitarie che producono salute, da mettere a disposizione di chi ne può beneficiare, sotto chi ha la responsabilità del PAI che avranno imparato ad usare la prescrizione sociale. In questo contesto l'offerta di una azione non clinica potrà incontrare il bisogno di salute a cui è rivolta, non solo per una meccanica connessione fatta dalla figura di *link worker* ma perché la Casa della Comunità è chiamata a costruire quelle relazioni sociali che aiutano la persona assistita, a motivarsi per cambiare i comportamenti e fare la scelta più appropriata per la sua salute, a diventare cioè agente della sua salute. Anticipando le raccomandazioni dell'OMS, il DM 77 affida a tutti gli attori del team multidisciplinare della Casa della Comunità la responsabilità e il compito di comporre il portafoglio delle risorse di prevenzione e cura disponibili nella comunità perché il/la *case manager* (medico o medica, psicologo o psicologa, infermiere o infermiera di famiglia e di comunità) possa raccomandare o prescrivere l'azione giusta. In questo caso il/la *link worker* consisterebbe più in una funzione affidata a tutte le professionalità che non solamente una figura formata *ad hoc*.

21. [Vai alla pubblicazione](#)

Conclusioni

CCW e Fondazione Compagnia San Paolo hanno indagato per la prima volta la diffusione della prescrizione sociale in Italia con particolare attenzione al ruolo del *welfare* culturale. I risultati mostrano che esiste una base di realtà effervescente ricca di esperienze progettuali, un po' sanitarie e un po' sociali, che pratica o vorrebbe praticare la prescrizione sociale di arte e cultura. Rileggendo le esperienze storiche di attivazione comunitaria a San Marcellino a Genova o nelle Microaree a Trieste si ritrovano molti interventi di arte, teatro e cultura popolare che sono stati antesignani di questo più recente fiorire del *welfare* culturale. Ministero della Cultura e Ministero della Salute stringono un'intesa per agire in questo senso in modo concertato. Le Case della Comunità sono l'ecosistema più idoneo per mettere alla prova il valore preventivo e curativo delle azioni non cliniche e per usare in pratica la prescrizione sociale per dare autorevolezza alla raccomandazione. La Casa della Comunità offre anche un luogo dove costruire integrazione tra attori della comunità, professionisti, professioniste e persone assistite. Il Piano di Prevenzione e il Piano Cronicità indicano gli obiettivi e le strategie, tra le quali Salute in Tutte le Politiche e l'attenzione all'equità. Il PNRR ha formato una grande comunità di professionisti e professioniste del *middle management* territoriale, che ha maturato linguaggio e metodi comuni e sarebbe pronta a ricevere istruzioni e assistenza per mettere in pratica queste innovazioni. **Serve un mandato esplicito e convinto e nuovi investimenti dalla politica in questo senso**, un mandato che purtroppo stenta a manifestarsi indebolendo così la spinta innovatrice e l'efficacia degli investimenti fatti.

In questa fase nascente serve coraggio e coerenza per dar seguito a quanto si è iniziato, ricordando quello che si è imparato in questo capitolo:

- la prescrizione sociale è uno strumento per dare forza in pratica a quegli interventi non sanitari che possono avere un impatto significativo sulla salute;
- la prescrizione sociale è uno strumento multilivello applicato ai determinanti sociali; essa dovrebbe essere esercitata da tutti gli attori delle politiche che osteggiano i determinanti sociali e ambientali e offrono occasioni di mobilità sociale ascendente e di mitigazione degli effetti dello svantaggio sociale, secondo la strategia di Salute in Tutte le Politiche;
- la prescrizione sociale è uno strumento di miglioramento della qualità dei contesti di vita prossimi alla persona, che si applica a tutti quegli attori delle politiche locali che possono rendere questi contesti più capacitanti per le persone più vulnerabili, secondo la strategia di Città Sane;

- la prescrizione sociale è uno strumento di arricchimento delle azioni di prevenzione e cura della persona a rischio che si applica ai professionisti e alle professioniste della prevenzione e della cura che hanno in carico la responsabilità del Piano di prevenzione e Assistenza Individuale (PAI), con particolare attenzione alle persone più vulnerabili secondo le raccomandazioni di prescrizione sociale dell'OMS;
- l'integrazione e la coerenza tra queste tre applicazioni della prescrizione sociale rinforzano l'autorevolezza e la concretezza della strategia di Salute in Tutte le Politiche;
- è necessario promuovere e investire su sistemi di monitoraggio e ricerca utili a valutare e studiare gli effetti di queste iniziative per far crescere la qualità delle prove scientifiche di efficacia, sicurezza e impatto delle azioni non cliniche;
- è necessario imparare dalle esperienze più strutturate e monitorate per regolamentare gli aspetti di contenuto, metodo e processo e definire la natura di questi nuovi livelli di assistenza e di prestazione;
- il contesto delle Case della Comunità è il contesto idoneo per mettere in pratica l'applicazione della prescrizione sociale come strumento che dà più forza e coerenza alle azioni integrate di promozione della salute e di miglioramento dell'assistenza primaria.

17.

Fuori le mura - Territori della prescrizione sociale

A cura di Luca Dal Pozzolo, socio fondatore CCW, già Direttore Osservatorio Culturale del Piemonte

Gli effetti rilevanti, profondi ed estesi della cultura sulla vita umana e sulla coesione sociale sono conosciuti da millenni; diversamente nella Grecia antica non si sarebbero investite risorse e fatiche ciclopiche nella costruzione di teatri in pietra che comportavano lo sbancamento a mano di intere colline con attrezzi metallici poco performanti e il solo aiuto della forza animale.

Eppure, nonostante questa consapevolezza abbia attraversato in percorsi più o meno carsici le profondità del tempo fino ai nostri giorni – almeno tra coloro che amano la cultura e si espongono al godimento e alla pratica delle arti –, è come se arti e cultura vivessero ancora e per molte persone in una cittadella murata, dedita a un'efflorescenza ornamentale, a un *Secundum*, a un *Deinde*, ricacciato negli angoli e negli interstizi esistenziali da un *Primum* vivere, sempre più pervasivo nella quotidianità di coloro che le disuguaglianze le percepiscono personalmente – e sono sempre più numerosi – oltretutto osservarle. E in questo quadro lo sguardo critico delle nuove generazioni nei confronti dell'organizzazione del lavoro, il distacco da una richiesta incrementale di performance, anche solo per stare a galla, è un segnale da non trascurare, da non liquidare con gli occhiali della vecchiezza che scrutano in ogni nuova generazione un ulteriore segno di decadimento.

Tornando alla cultura, continua a essere vero che solo una parte minoritaria della popolazione aderisce con regolarità all'offerta culturale, quella che riceviamo nella sua strutturazione in generi artistici dall'Ottocento e dal Novecento. E tuttavia, nonostante questo squilibrio in termini statistici sia significativo, è meno importante oggi di quanto non lo fosse solo trenta, quarant'anni fa; le modalità di esposizione a fatti culturali si sono moltiplicate esponenzialmente, dilagando nel digitale e dando origine a una radiazione di informazioni, contenuti, immagini, comunicazioni e interferenze alle quali è difficile sottrarsi.

Giacché esula dagli interessi di questo testo, eviteremo di entrare nella valutazione di questi effetti, nel dibattito sulla qualità e sull'efficacia di queste pratiche e di questi contenuti, così come, d'altra parte, negli ultimi decenni ci siamo stremati a valutare l'impatto economico della cultura cosiddetta "alta", mentre poco, assai poco abbiamo detto sull'impatto culturale, accontentandoci di presunzioni radicate nella retorica di un passato assai diverso.

Occorre, tuttavia, segnalare il fatto che questa quotidiana alluvione di connessioni, contenuti e immagini digitali sottolinea ancora più vividamente – ce ne fosse bisogno – il perimetro fortificato all'interno del quale troviamo la “musica colta”, l'opera, il teatro, la danza, la letteratura e anche il cinema in sala, oggi sempre più assimilabile al teatro per tipologia di pubblico. Fuori dilaga la *fiction*, insieme a tante altre cose, ma questa sembra essere – a torto – un'altra storia.

Il confine murato con la sua stella di bastioni continua a tenere la cultura almeno in parte al riparo da molti altri comparti vitali per la società, come il mondo della produzione economica in *primis*, ma anche da domini contermini o intersecanti come la formazione e la scuola che hanno flebili rapporti con l'offerta culturale, la trasformazione digitale della società verso la quale la produzione culturale manifesta non pochi disagi e diffidenze e, per quanto ci riguarda, con il mondo della salute e dei servizi sociosanitari ed assistenziali.

Per fortuna con separazioni non più così stagne: proprio questa ricerca squarcia il sipario di inconsapevolezza sul tema e ha il merito prioritario di mettere in luce, non senza sorpresa, come un numero assolutamente rilevante di operatori culturali sia oggi impegnato a esplorare e praticare legami non episodici nella relazione tra cultura, ben-essere e salute, anche attraverso l'adozione della prescrizione sociale in attività strutturate e misurabili mediante valutazioni longitudinali nel tempo.

E proprio perché questa forte emergenza ha bisogno di consolidarsi e di acquisire sostenibilità sul lungo periodo, è necessaria la crescita di un'area estesa di consapevolezza al suo intorno per poter erodere le diffidenze e le indifferenze; occorre il dilatarsi di una *buffer zone* che offra le migliori condizioni per il raggiungimento di una massa critica e di un'inerzia indispensabile a uno sviluppo dell'impatto culturale sulla salute, capace di incidere sulla qualità della vita in termini pervasivi all'interno delle nostre società; occorre l'interesse e il sostegno degli enti pubblici e privati; occorre che il sostegno a questa ricerca offerto da Fondazione Compagnia di San Paolo non rimanga un caso isolato, ma possa essere di riferimento per iniziative simili; infine, occorre sottolineare come l'espandersi della prescrizione sociale abbia effetti importanti di valorizzazione dell'armatura culturale negli ambiti territoriali che coinvolge.

La prescrizione sociale, infatti, si apre al territorio e implica che le sue risorse, le sue biblioteche, i suoi beni culturali, le sue attività associative siano accessibili ed accoglienti, che offrano un contesto ricco in grado di mitigare e allontanare la riduzione alla solitudine delle persone.

E qui si ritorna alla cinta muraria che avvolge la cultura, a una situazione metaforicamente accostabile a quella che Napoleone affrontò nell'ordinare la demolizione delle mura urbane di molte città (per Torino nel 1800 subito dopo la battaglia di Marengo), certo per ragioni anche militari, se non prevalentemente, ma di fatto liberando l'espansione delle città ormai compresse e non più contenibili nel perimetro medievale.

Bene, per quanto riguarda il fuoco d'interesse di questo testo, la *buffer zone* alla quale prima si accennava necessita di larghe brecce nella fortificazione, di un'estesa apertura di varchi verso l'esterno della cittadella culturale, nella speranza che i lacerti di muro che sopravviveranno possano fare bella mostra in un museo del futuro.

Se la cinta fortificata è l'ostacolo a una più diffusa relazione tra cultura e salute e, di conseguenza, all'estendersi delle pratiche di prescrizione sociale, molti sono i fattori che ne mantengono il potere interdittivo, in larga parte oggetto di una ricca letteratura, ma per ciò che ci riguarda sono particolarmente importanti e tenaci i fattori di stretta pertinenza culturale, le convinzioni manifeste o celate che sorreggono il paradigma della distinzione già descritta decenni or sono da Bordieu.

Prima fra tutte una convinzione più o meno sotterranea, più o meno sbandierata, a seconda dei casi, di una autosufficienza della cultura, della necessità di difendere un'autonomia cruciale per mantenere libertà di giudizio e di critica nei confronti delle nostre società.

Basterebbe annotare la contraddizione insanabile tra l'esigenza di autonomia e la richiesta di maggiori fondi pubblici o privati, ma la situazione, che non può essere liquidata in questi termini, è più complessa e riguarda il rischio di piegare le pratiche artistiche a supplenze nei confronti di altri comparti economici – turismo, economia, assistenza sociale, salute, sanità –, minandone il portato culturale e relegando gli operatori e le operatrici a un ruolo ancillare rispetto ad altre esigenze improprie o non coerenti con la missione culturale.

Si tratta di una questione mal posta: l'autonomia fino al limite dell'irresponsabilità rispetto alle conseguenze economiche, sociali e culturali è un carattere fondante dell'opera dell'artista il cui ruolo deve poter godere della libertà necessaria a rendere visibile e discutibile ciò che per la maggior parte delle persone è ovvio, oppure non esiste o che, addirittura, evita o detesta.

Si tratta di una lezione che Franklin Delano Roosevelt aveva ben presente al momento di lanciare nelle politiche del *New Deal* degli anni Trenta il *Federal Art Project* che erogò a lungo uno stipendio settimanale a migliaia di artisti e artiste per realizzazioni destinate a spazi ed edifici pubblici.

Tra questi artisti e artiste, che avrebbero fabbricato la potenza dell'immaginario artistico dell'America del futuro, figuravano Willem De Kooning, Jackson Pollock, Mark Rothko, per i quali non è necessario procedere a misurazioni di indipendenza dal mainstream.

Basti ricordare la commissione ricevuta da Rothko per i pannelli destinati al ristorante Four Season del Seagram Building, al ritiro delle opere finite e alla restituzione del pagamento per la repulsione di Rothko all'uso della sua arte in funzione decorativa durante pranzi e ricevimenti per commensali snob e alla successiva donazione di parte dei pannelli alla Tate Gallery di Londra, consegnati il giorno stesso in cui fu ritrovato suicida nel suo studio.

La difesa senza compromessi di quest'indipendenza necessaria era ben chiara a Roosevelt negli anni del *New Deal* quando impedì ai funzionari governativi di controllare orari, produttività e coerenza dell'opera degli artisti con le politiche pubbliche.

E, in effetti, l'immagine di Pollock che bolla la cartolina evoca un paradosso venato di umorismo.

Ma la richiesta di totale autonomia e indipendenza non vale negli stessi termini per le istituzioni e le organizzazioni culturali che godono di finanziamenti pubblici in quanto – lo si rammenti – soggetti realizzatori in virtù di condizioni di sussidiarietà di politiche culturali pubbliche.

Sia chiaro, non si vuole qui affatto sostenere che il finanziamento pubblico implichi *de facto* la sottomissione automatica a nomine (se non previste), assunzioni, invasioni di campo e di competenze da parte della politica (anche se non si tratta di un confine inviolabile ma di una materia da gestire con delicatezza e decisione), quanto invece che gli effetti e gli impatti dell'azione culturale possano essere pianificati, organizzati, valutati e rendicontati come in ogni attività sostenuta dalla finanza pubblica.

Il raggiungimento di obiettivi culturali, sociali, economici non è al di fuori del campo di interesse. Le istituzioni culturali sono responsabili degli effetti che inducono nella società e la richiesta di valutare con strumenti adeguati gli impatti, anche nel mondo del ben-essere e della salute, laddove questo sia coerente con la missione e le attività delle istituzioni, non rappresenta un'invasione di campo.

L'artista può scioccare, strapazzare, provocare il proprio pubblico che, peraltro, è libero di giudicare, rifiutare, occupare altrimenti il proprio tempo; il museo e il teatro, pur ospitando quegli artisti e quelle artiste, sono tenuti a spiegare e a dialogare con il proprio pubblico, a fare in modo che la messa in discussione delle questioni culturali percoli possibilmente nei diversi strati della società.

Van Gogh non ha venduto un quadro in vita sua, ma ha rivoluzionato il nostro sguardo; un museo, invece, non può restare aperto senza visitatori e visitatrici a oltranza ed evitare che ne venga ridiscussa la missione. L'artista fa arte, le istituzioni politiche culturali; due domini interferenti ma ben diversi nelle modalità d'azione e nelle responsabilità conseguenti.

Un secondo ostacolo a una piena interazione del mondo della cultura e delle arti con altri comparti della vita sociale e con le dinamiche salutogeniche è rappresentato da un particolare *mindset* degli operatori e delle operatrici, largamente dominante in passato, ma che ancora caratterizza comparti significativi delle attività culturali e che implica l'esclusività di un centro di interesse perimetrato unicamente dalla conoscenza e dall'approfondimento della propria materia, della propria disciplina.

Nella fattispecie sopra descritta mettere il visitatore o la visitatrice, l'utente al centro, come pure recita un mantra contemporaneo, non è una priorità: se proprio una persona volesse occupare il centro della scena non c'è alcun divieto. Chi lo desiderasse studi, approfondisca, si appropri di tutti i codici necessari a entrare nella cerchia degli iniziati. Non è difficile citare esempi di questa condizione; non costituisce un'esperienza eccezionale l'entrare in museo che parla solo alle persone esperte della materia, o non trovare gli strumenti utili per navigare un archivio.

Di certo, non sono queste le istituzioni che possono accogliere efficacemente una prescrizione sociale; di certo, non sono esempi che concorrono a un'apertura del campo per attivare quella *buffer zone* di cui si parlava poco sopra, utile ad allargare la consapevolezza degli impatti culturali e delle pratiche di interazione con le esigenze della salute.

Eppure, nonostante questi forti vincoli, alcuni nuovi spazi vengono conquistati erodendo le fortificazioni, grazie al fatto che si fa strada una crescente sensibilità verso l'accessibilità declinata in tutte le sue dimensioni, dall'eliminazione delle barriere architettoniche all'accessibilità cognitiva, ai contenuti culturali offerti a diverse categorie di pubblici, all'accessibilità interculturale, all'accessibilità per particolari utenze con diverse difficoltà percettive.

Certamente, una piena accessibilità è la condizione necessaria per posizionare l'utente al centro dell'offerta culturale e anche per la presa in carico di utenti indirizzati da una prescrizione.

Si tratta di una apertura di fondamentale importanza da incentivare perché rappresenta al contempo una delle premesse per quel prendersi cura delle persone al quale mira la prescrizione sociale. Ma è anche un'apertura da difendere da una temperie sempre meno marginale che tende ad ascrivere con malcelato o aperto machismo ogni attenzione per la diversità o difficoltà a una cultura *woke*, a un insopportabile decadimento dei valori positivi della forza di volontà e del merito.

Una vasta area di accoglienza delle istituzioni culturali è, in ogni caso, una delle condizioni essenziali – senza trascurarne molte altre – per il rafforzarsi e il diffondersi delle pratiche di prescrizione sociale e per l'allargarsi di quella *buffer zone* che ne rappresenta un ambito d'espansione.

Tutto ciò diviene molto chiaro alla luce dei risultati di questa ricerca che, con grande efficacia, pertinenza e documentazione, porta alla luce le relazioni e gli impatti del rapporto tra cultura e salute, facendo piazza pulita delle retoriche sulle stucchevoli virtù salvifiche della bellezza che rischiano di confondere le acque e alimentare attese e ipotetiche catene causali, non si sa se maggiormente ingenuo o fuorviante.

La prescrizione sociale funziona nei suoi impatti sul ben-essere perché implica innanzitutto accoglienza e condivisione di una o più esperienze culturali e artistiche nel corso del tempo. Attiva effetti positivi proprio perché non è un farmaco e perché agisce in modo radicalmente diverso.

Non sono né la bellezza, né la creatività che agiscono come principio attivo sullo stato del ben-essere; basti pensare al carattere saturnino di molti artisti e artiste, così ben descritto dal Wittkower e alla condizione tormentata della produzione artistica professionale per liberarsi di molte incrostazioni retoriche.

La prescrizione sociale funziona perché accoglie le persone e le orienta a concentrare la loro attenzione e le loro energie sullo svolgimento di un compito nel migliore dei modi possibili, che sia l'ascolto della musica, la visita al museo, il dipingere ad acquarello, l'eseguire una coreografia, con una dedizione e una concentrazione che in molti casi appartengono a esperienze rare nella vita delle persone.

Non pretende di formare professionisti e professioniste della pittura, della recitazione, della danza, della musica, ma cerca di offrire le condizioni adeguate a vivere pienamente e consapevolmente un'esperienza con una tensione calma e costante al miglioramento, utilizzando risorse, opportunità, momenti di socialità e luoghi presenti nel territorio circostante.

Tutto ciò attiva e stimola condizioni che agiscono nel potenziare le risorse di salute dell'individuo; d'altro canto, le evidenze scientifiche dell'efficacia dei trattamenti che implicano anche prescrizioni di attività culturali sono ormai numerosissime e documentate dall'OMS e hanno a che fare con le condizioni di contesto oltreché con le peculiarità dell'attività in questione.

Dicono le autrici della ricerca:



“Un museo, una biblioteca, un giardino pubblico non sono contenitori neutri. Sono ambienti che comunicano un messaggio alla persona che li attraversa: qui sei qualcuno, non un paziente. Questa de-sanitarizzazione dello spazio permette a chi partecipa di sperimentare la propria identità al di là della diagnosi, sottraendosi al ruolo di beneficiario che i contesti clinici tendono a evocare.”

← pag. 63-64

Ma ancora più significativo tutto ciò:



“[...] Dice qualcosa di importante su come funziona la cura quando non somiglia alla cura”.

E la distanza in effetti è grande: la prescrizione e l'esposizione ad attività e pratiche culturali inducono effetti diffusivi e complessi sui sistemi vitali, attivando endorfine, risorse, stati psicologici, abilità motorie, riflessioni, condizioni umorali, incrementando nel tempo le condizioni per soglie più alte di ben-essere.

La differenza da una terapia medica specifica è evidente: la prescrizione non agisce come un farmaco con un principio attivo capace di concentrare l'azione su di uno specifico obiettivo e su di una patologia, ma induce piuttosto un'azione dolce, a bassa densità e lento rilascio, con una efficacia diffusa, specie quando è ripetuta nel corso del tempo, perché – per quanto ovvio occorre ribadirlo – nessun evento singolo, nessuna folgorazione, nessuna sindrome di Stendhal ha di per sé un effetto taumaturgico, istantaneo e duraturo nel tempo.



Tutti validi motivi per non confondere in un funzionalismo superficiale la prescrizione sociale con i farmaci o con le terapie sanitarie.

Per tutte le ragioni elencate è evidente che la prescrizione sociale non può sostituire né l'azione dei farmaci né i trattamenti sanitari, ma è altrettanto evidente, oramai, che la prescrizione sociale attiva impatti e condizioni di ben-essere non raggiungibili altrimenti.

“La salute è uno stato di ben-essere completo nelle sue dimensioni biologiche, psicologiche e sociali, e una risorsa per la vita quotidiana che dipende da una costellazione di determinanti: il settore sanitario ne copre, secondo l’OMS, solo tra il 10 e il 30 % (CSDH 2008). Il riconoscimento che la salute dipende da fattori strutturali – reddito, istruzione, condizioni abitative, isolamento sociale, partecipazione culturale – è la premessa senza la quale la prescrizione sociale non avrebbe senso.”²²

È in questo quadro che opera la prescrizione sociale, certamente non risolvendo le problematiche strutturali della società, ma mitigandone per quanto possibile gli impatti sull'individuo, aumentando la capacità delle persone ad affrontare le criticità, agendo sull'autostima, rinforzando la risposta fisica e psicologica alle condizioni di contesto.

La complementarità e il reciproco rafforzamento tra prescrizione sociale e i trattamenti sanitari e assistenziali sono evidenti, così come le loro differenze.

E in questo caso è bene pensare a campagne di informazione adeguate e ben finalizzate. La prescrizione, se si vuole la ricetta, infatti, è una fattispecie transazionale che vale in questa prospettiva per accedere a un esame clinico, per l'acquisto di un farmaco o per la partecipazione a uno spettacolo teatrale.

Il rischio è che la sua funzione nell'attivare sia una procedura medico-sanitaria sia la frequentazione di un museo induca una equivalenza in virtù del solo protocollo prescrittivo. Se in precedenza si è rimarcata la differenza nelle modalità di impatto della prescrizione sociale rispetto all'assunzione di un farmaco, è proprio perché risulta **fondamentale tenere distinti i domini in termini concettuali**.

Per utilizzare esempi ovvi, danza non è uguale ad antibiotico, recitazione non è uguale a intervento chirurgico. Eppure, data l'improvvisa attenzione al tema, non priva di derive modaiole e opportunistiche, molte vulgate sui poteri salvifici della cultura e sulla bellezza che cura rischiano proprio di equiparare e di confondere le modalità di impatto dei presidi medico-sanitari e della prescrizione sociale, alimentando un equivoco dannoso e la diffusione di attese non coerenti e

frustranti quando non paradossali: non si va al museo per curare la polmonite, leggere un libro non guarisce dall'artrite.

Proprio per questi motivi è necessario che la prescrizione sociale sia soggetta a una valutazione comparabile alla scientificità delle valutazioni sull'efficacia delle cure nel sistema sanitario, che metta in luce la grande diversità delle modalità di impatto e analizzi i suoi effetti in termini misurabili e comunicabili.

Solo tenendo a mente questa profonda diversità di azione si può capire fino in fondo come il mondo della sanità e della cultura, con traiettorie diverse, possono integrarsi efficacemente migliorando congiuntamente i livelli di ben-essere.

La sintesi, infatti, non è negli strumenti e nei protocolli. **La sintesi è nelle persone.** La prescrizione agisce discretamente, non implica lo stigma della malattia – nei rapporti verso le altre persone – ma anche al proprio, alleviando la preoccupazione soggettiva; accoglie e apparecchia i luoghi come porti temporaneamente sicuri dove poter agire come “leva per attivare risorse di salute nella persona”; si occupa della crescita di consapevolezza e di mitigare i fattori di stress e di malessere; può far conoscere una rete di opportunità che consenta di vivere diversamente un territorio e di scoprirne la reticolarità delle risorse.

La prescrizione cura perché spinge a prendersi cura di sé stessi, attraverso percorsi guidati da esperti. La prescrizione riporta in superficie dalle profondità dell'etimo del termine cultura, il *colere*, il coltivare, in quanto prendersi cura, così caro a Cattaneo; la prescrizione cura perché non è una cura, ma un prendersi cura, coltivare interessi, relazioni, sinapsi, rallentare i processi di degrado cognitivo attivando percorsi stimolanti e profondamente piacevoli.

Era già tutto implicato nell'etimo e nella stratificazione del paradigma che sostiene il termine cultura, ma la prescrizione sociale offre un'altra prospettiva per riflettere sulla complessità della condizione di salute e come sia ora di uscire da riduzionismi meccanicistici per considerare l'insieme delle componenti che interagiscono all'interno della persona, guardando alla salute come risorsa da coltivare con saggezza e con sapienza.

E cultura.

22. A. Cicerchia, in corso di pubblicazione

18.

Il *welfare* culturale italiano alla prova dei dati: meccanismi, architetture, condizioni di sistema

A cura di Pier Luigi Sacco, socio fondatore CCW, Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara, direttore Centro BACH - Biobehavioral Arts and Culture for Health, Sustainability and Social Cohesion

Un campo che si rende leggibile

Il rapporto del Cultural Welfare Center rappresenta un punto di svolta nella storia del *welfare* culturale italiano. Non perché riveli qualcosa di radicalmente nuovo a chi lavora nel campo (le organizzazioni censite sanno da tempo che cosa fanno e perché lo fanno), ma perché traduce un'esperienza diffusa in un insieme di dati strutturati, comparabili, comunicabili. Per la prima volta, 918 organizzazioni italiane che promuovono l'arte e la cultura per la salute e il ben-essere hanno una mappa condivisa. Questa mappa non è completa, né pretende di esserlo: ma esiste, e la sua esistenza cambia le condizioni del discorso pubblico su questi temi.

Dopo la *scoping review* dell'OMS del 2019, dopo il *framework* Culture for Health del 2022, dopo le sempre più numerose evidenze sui meccanismi dell'impatto delle arti sulla salute, mancava un tassello fondamentale: una fotografia a livello di Paese di chi fa questo lavoro, come lo fa, con quali risorse e risultati. Il rapporto colma questa lacuna per l'Italia con un rigore metodologico che lo rende un punto di riferimento anche a livello europeo, integrando rilevazione quantitativa, interviste in profondità e focus group. Il mio commento non intende riassumere i risultati che il rapporto presenta con grande chiarezza, ma attraversarli dalla prospettiva della ricerca sui meccanismi dell'impatto delle arti sulla salute e sulle condizioni di sistema che ne determinano l'efficacia.

Perché le arti funzionano: dai meccanismi alla progettazione

Il rapporto adotta correttamente la cornice di Daisy Fancourt e Saoirse Finn (UCL - University College London) nel descrivere le attività artistiche come interventi composti che combinano stimolazione cognitiva, coinvolgimento emozionale, attivazione sensoriale e relazione interpersonale. Questa caratterizzazione va integrata con i progressi più recenti nella comprensione dei meccanismi sottostanti, che hanno implicazioni dirette per la progettazione e la valutazione degli interventi.

La *review* che ho recentemente pubblicato con Daisy Fancourt e Argyris Stringaris su Nature Reviews Psychology affronta direttamente tale questione. Il *paper* identifica 50 meccanismi causali attraverso i quali l'impegno artistico influenza la salute mentale, organizzandoli in sette aree: **emozione** (induzione di emozioni positive e negative, attivazione dei circuiti della ricompensa, rilascio di dopamina e oppioidi endogeni, regolazione emozionale), **cognizione** (ripristino dell'attenzione, potenziamento della neuroplasticità, stati di flusso, esperienze estetiche trasformative), **senso di sé** (consapevolezza, metacognizione, espansione dell'identità, costruzione di risorse psicologiche come autonomia, padronanza e senso di scopo), **eccitazione e stress** (modulazione del sistema nervoso autonomo, *entrainment* fisiologico, allostasi adattiva), marcatori infiammatori ed epigenetici (riduzione della neuroinfiammazione, regolazione dell'espressione genica), **connessioni sociali** (*bonding*, cooperazione prosociale, accoppiamento neurale nella comunicazione narrativa, interazioni parasociali) e **comportamento** (auto-efficacia, *spillover* comportamentali, immaginazione morale, teoria della mente). L'approccio è deliberatamente transdiagnostico: i meccanismi identificati sono rilevanti per un ampio spettro di condizioni psicopatologiche, non per una diagnosi specifica.

Due avanzamenti concettuali del paper sono particolarmente rilevanti per la lettura del rapporto. Il primo è l'insistenza sulla **interconnessione dei meccanismi**. L'impatto delle arti sulla salute mentale non può essere compreso in termini di meccanismi isolati, né come somma dei singoli meccanismi: i processi causali operano come una rete di reti psicologiche, neurologiche, biologiche, sociali in cui alcuni meccanismi sono ricorsivi (si rinforzano reciprocamente attraverso loop di *feedback*) e altri sono emergenti (dipendono dalla combinazione di altri meccanismi). Per esempio, l'auto-determinazione emerge dall'attivazione congiunta di autonomia, relazionalità e competenza; la riduzione dell'attività del sistema nervoso simpatico migliora la sincronia comportamentale, che a sua volta riduce lo stress, in un circuito ricorsivo.

Il secondo avanzamento è il concetto di **arts exposome**, che proponiamo come cornice per comprendere come i pattern quotidiani di esposizione alle arti attivino questi meccanismi causali. Il termine **exposoma** designa la totalità delle esposizioni a un dato fattore nel corso della vita. Applicato alle arti, il concetto permette di superare la visione dell'intervento artistico come episodio discreto e separato dal resto della vita della persona e di considerare invece l'insieme delle esposizioni artistiche quotidiane, deliberate o involontarie, brevi o prolungate, attive o passive come un *pattern* complessivo che attiva meccanismi in funzione della frequenza, dell'intensità e del grado di attenzione con cui la persona si rapporta all'esperienza. È la combinazione di questi meccanismi, non l'attivazione di uno singolo, a produrre gli effetti sulla salute mentale.

L'esperienza artistica non agisce come un farmaco che corregge uno squilibrio chimico, ma come un catalizzatore che rimette in moto il processo di aggiornamento dei modelli interni. Il dato del rapporto secondo cui il 54% delle organizzazioni dichiara finalità miste, combinando più obiettivi contemporaneamente, è coerente con questa lettura. **La composizione multi-obiettivo non è un limite metodologico della prescrizione culturale: ne è la forza distintiva.**

Il cervello che prevede: una cornice per leggere la prescrizione sociale

Per comprendere più a fondo perché l'esperienza artistica produce effetti così profondi e trasversali sulla salute, è utile fare riferimento a una cornice teorica che nelle neuroscienze e nelle scienze cognitive ha assunto un ruolo sempre più centrale: il *predictive processing*. L'idea di fondo è semplice. Il cervello non si limita a ricevere passivamente gli stimoli che provengono dall'ambiente: li anticipa. In ogni istante, genera previsioni su ciò che accadrà e le confronta con ciò che accade effettivamente. Quando la previsione si rivela sbagliata, il sistema registra un errore di predizione e aggiorna i propri modelli interni. È così che impariamo, ci adattiamo, diamo senso al mondo.

Che cosa c'entra con l'arte? L'esperienza artistica è uno degli ambienti più efficaci per generare errori di predizione in modo controllato. Una melodia che devia dall'armonia attesa, un racconto che sovverte le aspettative narrative, un'immagine che riorganizza lo spazio percettivo: sono tutte forme di sorpresa strutturata. L'arte sorprende, ma lo fa all'interno di un contesto sicuro, in cui la sorpresa può essere elaborata, integrata, trasformata in apprendimento piuttosto che in allarme. Questo processo non è un lusso cognitivo: è il modo in cui il cervello mantiene la propria flessibilità, la capacità di adattarsi a circostanze nuove.

Ed è qui che la connessione con la prescrizione sociale diventa diretta. Molte delle condizioni che la prescrizione intende affrontare (l'isolamento, la perdita di senso, la rigidità emotiva, la difficoltà a immaginare un futuro diverso dal presente) possono essere lette come forme di rigidità predittiva: stati in cui i modelli interni della persona si sono cristallizzati, perché l'ambiente

non offre più stimoli sufficientemente ricchi per metterli in discussione. In questi stati, il cervello non aggiorna più: ripete. L'esperienza artistica, quando è ben calibrata, può rimettere in moto il processo, offrendo alla persona un'occasione per riscoprire come i propri modelli del mondo possono cambiare, come le proprie emozioni possono essere rielaborate, come il rapporto con le altre persone può assumere forme inattese e arricchenti.

Come accennato nella ← **sezione precedente**, l'esperienza artistica non agisce su una singola dimensione della salute, ma la attraversa tutte, perché agisce sul processo generativo che la produce. Non è un antidepressivo, non è un ansiolitico, non è un programma di socializzazione: è un intervento sulla capacità stessa del sistema cognitivo di adattarsi, imparare e relazionarsi. E questo spiega anche perché la calibrazione dell'intervento è così importante: una proposta troppo lontana dalle aspettative della persona genera rifiuto; una troppo vicina non genera apprendimento. **Il punto di efficacia sta nella zona intermedia, dove la sorpresa è gestibile e il cambiamento possibile.** Tornerò su questa idea nelle sezioni seguenti, perché ha conseguenze operative precise per la figura del/della *link worker*, per la progettazione dei percorsi e per la comprensione della persistenza o meno dei benefici osservati.

L'exposoma culturale e la salute di popolazione

La tavola sinottica degli ecosistemi culturali regionali è uno degli strumenti più preziosi del rapporto e merita di essere letta alla luce di una nozione di *exposoma* ancora più vasta dell'*art exposome*, che possiamo definire **exposoma culturale**: la totalità degli *input* informativi culturalmente mediati cui una persona è esposta nel corso della vita. Non solo quindi le opere d'arte, i libri, i concerti, ma l'intero ambiente di senso in cui si vive: la qualità degli spazi pubblici, la densità delle occasioni di incontro culturale, l'accessibilità delle infrastrutture di partecipazione. Se la comprensione dei meccanismi ci dice *perché* l'esperienza artistica influenza la salute, l'*exposoma culturale* ci dice *dove* e *per chi*: **le condizioni ambientali che determinano la distribuzione di queste opportunità nella popolazione.**

La prescrizione sociale è, in questa cornice, un intervento sull'exposoma culturale individuale: modifica l'insieme degli *input* a cui una persona è esposta, introducendo esperienze strutturate che il suo ambiente ordinario non le offre.

I quattro profili regionali identificati nella ← **sezione precedente** del rapporto (ecosistema integrato, supplenza associativa, patrimonio senza ecosistema, deficit sistemico) descrivono in realtà quattro configurazioni dell'esposoma culturale territoriale. In Friuli-Venezia Giulia o in Emilia-Romagna l'esposoma è ricco e distribuito: spesa pubblica, dotazione infrastrutturale e partecipazione si rafforzano reciprocamente. In Campania o in Calabria l'esposoma è strutturalmente impoverito: anche laddove il patrimonio culturale esiste (la Campania ha il terzo patrimonio museale d'Italia), la partecipazione resta bassa e la spesa pubblica insufficiente. La prescrizione sociale non può funzionare nello stesso modo in territori con esposomi culturali radicalmente diversi. Senza l'infrastruttura ambientale che la sostiene, rischia di diventare una forma elegante di disuguaglianza: funziona dove l'ecosistema la sorregge, fallisce dove ne avrebbe più bisogno.

Il paradosso italiano: pratiche avanzate, architettura assente

La distinzione tra UPS e UCW rivela una tensione strutturale con implicazioni profonde per lo sviluppo del campo. Le UPS hanno competenze sanitarie, protocolli di invio, figure mediche e psicologiche interne, ma il 28% di esse opera senza finanziamenti strutturati. Le UCW hanno replicabilità, scala, radicamento culturale, ma mancano dell'aggancio al sistema sanitario. Il rapporto lo dice con efficacia: nessuno dei due modelli è completo, ma insieme potrebbero esserlo. Il problema è che questo insieme richiede un'architettura di sistema che in Italia non esiste ancora.

Nel Regno Unito, la prescrizione sociale si è sviluppata all'interno di un sistema sanitario nazionale con cure primarie capillari e meccanismi di finanziamento che allocano risorse ai servizi comunitari. In Italia il punto di partenza è diverso: il SSN ha una struttura regionale frammentata, le cure primarie sono organizzate attorno al medico o alla medica di medicina generale con un modello di convenzione individuale, e non esiste un meccanismo istituzionale che colleghi sistematicamente le risorse culturali del territorio al percorso di cura. L'8% di MMG prescriventi documentato dal rapporto non è un fallimento della sensibilizzazione: è il sintomo di un'assenza infrastrutturale.

Le Case della Comunità introdotte dal DM 77/2022 sono giustamente individuate dal rapporto come snodo potenziale. Ma va detto con chiarezza che la Casa della Comunità è, nella maggior parte del territorio, una promessa più che una realtà operativa. Il rischio concreto è costruire una politica della prescrizione ancorata a un'infrastruttura che non c'è ancora, allargando il divario tra le Regioni che le hanno implementate e quelle che non lo hanno fatto. La strategia deve essere più flessibile: deve prevedere percorsi alternativi (la rete dei pediatri e delle pediatre, le farmacie di comunità, i servizi sociali municipali) che funzionino da snodo anche dove la Casa della Comunità non è ancora attiva.

Prescrizione e raccomandazione: una distinzione che conta

Il rapporto introduce con lucidità la distinzione tra prescrizione formale e raccomandazione relazionale. La prescrizione formale è un atto clinico: ha un codice, lascia traccia nella cartella, prevede un *follow-up*. La raccomandazione relazionale è un consiglio autorevole nella relazione di cura: il pediatra o la pediatra che suggerisce la lettura ad alta voce, lo psicologo o la psicologa che indica un gruppo teatrale, l'assistente sociale che propone un percorso museale. Le due forme condividono la logica di fondo (indirizzare una persona verso risorse comunitarie di salute) ma operano con meccanismi diversi.

Il successo straordinario di programmi come *Nati per Leggere* e *Nati per la Musica* dimostra che la raccomandazione relazionale può funzionare su scala nazionale anche in assenza di un'infrastruttura prescrittiva formale. Il meccanismo si basa sulla fiducia nella relazione con il/la professionista, non sulla legittimazione istituzionale dell'atto. I risultati, però, sono di scala sistemica: milioni di bambini e bambine esposti alla lettura e alla musica grazie alla rete pediatrica.

Questo suggerisce una strategia a doppio binario per l'Italia. Sul binario lungo, costruire l'infrastruttura per la prescrizione formale: piattaforme digitali integrate nei *software* di studio, cataloghi territoriali, protocolli di monitoraggio. Sul binario breve, valorizzare e sistematizzare le raccomandazioni relazionali che già avvengono, investendo nella formazione dei professionisti e delle professioniste e nella costruzione di reti di collegamento tra chi raccomanda e chi eroga. I due binari non sono in competizione: la raccomandazione può funzionare da apripista, creando la domanda che giustifica l'investimento nell'infrastruttura.

Il/la *link worker* come interfaccia di precisione

L'86% delle organizzazioni UPS riconosce il/la *link worker* come figura essenziale, ma solo il 24% lo ha incontrato in forma strutturata. La formazione è prevalentemente informale, la collocazione contrattuale indefinita. Nella prospettiva del *predictive processing*, il/la *link worker* può essere compreso come un'interfaccia di precisione tra il modello generativo della persona (le sue aspettative, paure, pregiudizi sull'esperienza artistica) e l'offerta culturale del territorio. La sua funzione non è semplicemente burocratica ma epistemica. Deve calibrare l'esperienza proposta al livello di sfida che la persona può tollerare, costruendo un percorso in cui l'errore di predizione è abbastanza grande da generare apprendimento ma abbastanza contenuto da non provocare ritiro o rifiuto.

Il fatto che il 49% delle organizzazioni osservi un impatto moderato, con benefici che si attenuano senza rinforzo, suggerisce che molti percorsi sono progettati come interventi standardizzati piuttosto che come traiettorie adattive. Il/la *link worker* dovrebbe essere la figura che garantisce l'adattamento continuo del percorso alle risposte della persona, trasformando la prescrizione da atto puntuale a processo dinamico. La formazione di questa figura, come il rapporto nota, deve essere esperienziale e bidirezionale e dovrebbe includere esplicitamente la dimensione della personalizzazione degli interventi.

Dalla fruizione al protagonismo: il circuito della Cultura 3.0

Il rapporto descrive casi in cui la persona beneficiaria della prescrizione diventa autrice: chi crea una *webradio*, chi diventa guida museale per altri visitatori, chi realizza una guida a un festival fotografico. È esattamente la traiettoria che ho descritto nel *framework* della Cultura 3.0: il passaggio da un modello in cui la cultura è prodotta da specialisti e specialiste e consumata dal pubblico a un modello in cui ogni persona è potenzialmente co-creatrice di contenuti culturali.

Nella prescrizione sociale, questa progressione non è un'opzione estetica, ma diventa un meccanismo terapeutico. La creazione attiva coinvolge livelli di elaborazione predittiva più profondi della semplice fruizione. Quando una persona non si limita a guardare un'opera o ascoltare un brano, ma produce qualcosa (scrive, dipinge, mette in scena, racconta), deve costruire previsioni su come le sue azioni modificheranno l'ambiente e aggiornare i propri modelli in tempo reale. È un coinvolgimento predittivo radicalmente più intenso, che spiega perché i percorsi che includono una componente di protagonismo producono cambiamenti più duraturi.

Il 22% delle organizzazioni che propone attività di formazione artistica opera al livello di intervento con il più alto potenziale di impatto duraturo. Le organizzazioni che progettano percorsi di prescrizione dovrebbero includere sistematicamente una componente di protagonismo, anche in forme minime: non è necessario che la persona diventi un'artista, ma è **necessario che abbia la possibilità di passare dal ruolo di destinataria a quello di agente**. Il 53% di percorsi UCW che si chiudono senza seguito diventa più comprensibile se letto come *deficit* di Cultura 3.0: percorsi in cui l'esperienza resta al livello della fruizione e non innesca la trasformazione identitaria che ne consolida gli effetti.

Il follow-up come consolidamento metabolico

Il rapporto identifica giustamente il *follow-up* come la priorità operativa più urgente. Il 40% dei percorsi UPS e il 53% dei percorsi UCW si chiudono senza alcun intervento successivo. La ricerca metabolomica che conduciamo attraverso il Centro BACH suggerisce che l'esperienza artistica produce modificazioni misurabili nel profilo metabolico, coinvolgendo vie legate alla regolazione dello stress, all'infiammazione e alla plasticità neuronale. Queste modificazioni richiedono esposizioni ripetute per consolidarsi, in modo analogo all'esercizio fisico: i benefici di una singola seduta sono transitori, ma l'attività regolare produce adattamenti strutturali che persistono nel tempo.

La struttura temporale degli interventi andrebbe ripensata alla luce di queste evidenze. Piuttosto che percorsi intensivi seguiti dal nulla, sarebbe più efficace prevedere **una fase iniziale strutturata seguita da un regime di mantenimento a bassa intensità ma a lungo termine**: incontri mensili, gruppi di pratica autonoma, connessioni con attività culturali ordinarie del territorio. La prescrizione non dovrebbe terminare bruscamente ma sfumare progressivamente nell'integrazione della partecipazione culturale nella vita quotidiana della persona.

Il 96% di completamento: un dato da interrogare

Il dato più citato del rapporto sarà probabilmente il tasso di completamento del 96%. È un dato straordinario, che il rapporto stesso riconosce come superiore a molti interventi sanitari tradizionali. Merita però una lettura attenta. Il tasso di completamento è una misura di coinvolgimento, non di efficacia. Ci dice che le persone che iniziano un percorso lo trovano sufficientemente significativo da portarlo a termine: questo è già un risultato importante che distingue la prescrizione culturale da molti interventi sanitari afflitti da elevati tassi di abbandono, ma non ci dice se il percorso ha prodotto un cambiamento misurabile nella salute della persona, né se quel cambiamento persiste nel tempo.

L'alto tasso di completamento è coerente con la cornice del *predictive processing*: un'esperienza che genera errori di predizione controllati è intrinsecamente motivante, perché soddisfa il bisogno fondamentale del sistema cognitivo di aggiornare i propri modelli del mondo. La persona vuole tornare non solo perché l'esperienza è piacevole, ma perché sente che sta imparando qualcosa su sé stessa e sul mondo, anche quando l'apprendimento è faticoso.

Questa motivazione intrinseca, da sola, non garantisce che l'apprendimento si traduca in un cambiamento stabile; per questo il 96% di completamento e il 49% di impatto moderato non sono in contraddizione: raccontano due momenti diversi dello stesso processo. Il primo ci dice che le persone si impegnano; il secondo ci dice che l'impegno non basta senza le condizioni per il suo consolidamento.

Misurare per apprendere, non solo per rendicontare

Il 62% delle organizzazioni UPS pratica il monitoraggio in modo consolidato, ma solo una parte usa quei dati per dialogare con i decisori. È un problema che va oltre la comunicazione e riguarda la natura stessa della misurazione. La maggior parte degli strumenti utilizzati nel campo misura gli *output* (che cosa è stato fatto) e gli *outcome* a breve termine (come si sentono le persone dopo l'intervento). Ciò che manca è la misurazione dei meccanismi: perché l'intervento funziona o non funziona e per chi funziona meglio. Senza questa comprensione, il monitoraggio è rendicontazione, non apprendimento.

La ricerca che conduciamo con il protocollo *Pre-Texts*, sviluppato con Doris Sommer presso la Cultural Agents Initiative di Harvard, mostra che è possibile integrare misure dei processi cognitivi e relazionali nella valutazione degli interventi artistici. I nostri studi in Kenya, Cile e Italia includono misure di flessibilità cognitiva, tolleranza dell'ambiguità, qualità dell'interazione sociale e, nei protocolli più recenti, i già citati profili metabolomici. Questo livello di misurazione non è realistico per tutte le 918 organizzazioni censite, ma è realistico per un sistema nazionale di monitoraggio costruito su due livelli: un livello di base, accessibile a tutte le organizzazioni, che raccolga indicatori semplici ma standardizzati (partecipazione, completamento, autovalutazione del ben-essere) e un livello avanzato, per un campione di organizzazioni-sentinella, che includa misure dei meccanismi e degli esiti a medio termine. Solo così si potrà rispondere alla domanda che il rapporto lascia aperta: a quali condizioni il *welfare* culturale funziona meglio.

Prospettive per la prescrizione culturale in Italia

Il rapporto è rivolto prevalentemente all'interno del campo. Ma i suoi risultati aprono uno spazio di riflessione più ampio sulle prospettive della prescrizione culturale nel sistema italiano. Vorrei indicare alcune direttrici che mi sembrano particolarmente promettenti.

La prima riguarda il ruolo delle **Capitali della Cultura come laboratori di sistema**. L'esperienza di L'Aquila 2026 come Capitale italiana della Cultura offre un caso esemplare. Un programma di Capitale della Cultura non è solo un calendario di eventi: è un'occasione per costruire infrastrutture relazionali durature tra istituzioni culturali, sistema sanitario, Terzo Settore e comunità locale. In un territorio come l'Abruzzo, che il rapporto stesso colloca tra le Regioni a bassa densità di *welfare* culturale (meno di 0,5 unità per 100.000 abitanti), un programma di Capitale della Cultura può funzionare da acceleratore: creare le connessioni, sperimentare i protocolli, formare i professionisti e le professioniste, costruire le evidenze che rendano possibile una successiva messa a sistema della prescrizione culturale. Perché questo accada, però, la dimensione della salute deve essere integrata nella progettazione culturale fin dall'inizio, non aggiunta come effetto collaterale positivo a posteriori. Lo stesso ragionamento vale per Bourges 2028 e per le future Capitali Europee della Cultura: sono occasioni per costruire prototipi di sistema che poi possano essere trasferiti ad altri contesti.

La seconda direttrice riguarda la **formazione universitaria**. Il rapporto documenta che la formazione della figura di *link worker* è prevalentemente informale e che l'approfondimento qualitativo raccomanda l'inserimento della prescrizione sociale nei *curricula* di medicina, psicologia, servizio sociale e formazione culturale. Concordo, e ritengo che la sfida sia ancora più ambiziosa. Non si tratta di aggiungere un modulo a curricula esistenti, ma di costruire percorsi formativi genuinamente interdisciplinari che producano professionisti e professioniste capaci di operare all'interfaccia tra cultura e salute. Il Centro BACH presso l'Università di Chieti-Pescara sta lavorando esattamente in questa direzione, integrando economia comportamentale, neuroscienze e scienze della cultura in una prospettiva che intende formare ricercatori, ricercatrici, operatori e operatrici capaci di progettare, valutare e comunicare interventi di *welfare* culturale fondati sulle evidenze.

La terza direttrice riguarda le **infrastrutture culturali esistenti**. Il rapporto documenta che musei (35% delle attività su prescrizione), biblioteche (il dato sulla lettura ad alta voce al 42% riflette in buona parte il presidio bibliotecario) e ambienti naturali sono i luoghi privilegiati della prescrizione culturale. L'Italia dispone di un patrimonio infrastrutturale straordinario: oltre 4.400 musei, oltre 8.100 biblioteche pubbliche, un tessuto capillare di teatri e spazi culturali diffusi sul territorio. Il problema non è quindi la dotazione, ma l'attivazione. **Trasformare queste infrastrutture in punti di erogazione di welfare culturale non richiede nuovi edifici, ma nuove competenze** (come la formazione del personale museale e bibliotecario sui temi della salute), nuove connessioni (protocolli di collaborazione con il sistema sanitario locale) e nuove metriche (indicatori che misurino non solo i visitatori e le visitatrici, ma l'impatto sulla salute della comunità). La biblioteca pubblica, in particolare, è forse l'infrastruttura con il più alto potenziale inespresso: capillare, gratuita, già orientata all'inclusione e con una presenza significativa anche nel Mezzogiorno, dove altre infrastrutture culturali scarseggiano.

La quarta direttrice riguarda la **dimensione digitale**. Il rapporto menziona le piattaforme digitali come strumento per facilitare l'atto prescrittivo, ma il tema ha una portata più ampia. In un'epoca in cui una quota crescente dell'esposoma culturale è mediata digitalmente, la prescrizione sociale deve confrontarsi con la questione di come gli ambienti digitali influenzano la salute mentale e il benessere. Non si tratta di prescrivere meno digitale, ma di prescrivere un digitale *diverso*: contenuti e pratiche che sfruttino le possibilità digitali per generare coinvolgimento culturale di qualità piuttosto che consumo passivo. È una frontiera ineludibile nei prossimi anni, specialmente per le fasce più giovani della popolazione.

La quinta e ultima direttrice riguarda la **coesione territoriale**. Il divario documentato dal rapporto (2,22 organizzazioni per 100.000 abitanti nel Nord-Ovest contro 0,59 nelle Isole) non è soltanto un dato sul welfare culturale: è un indicatore di disuguaglianza nelle condizioni di salute. Se la partecipazione culturale è un determinante sociale della salute (come l'OMS riconosce dal 2019), allora la distribuzione ineguale delle opportunità di partecipazione è un problema di equità sanitaria.

Le politiche di coesione territoriale dovrebbero riconoscere esplicitamente l'infrastruttura di *welfare* culturale come investimento in salute pubblica, non come spesa culturale accessoria. Questo cambio di cornice concettuale è la condizione per sbloccare risorse che oggi il campo non riesce a raggiungere.

Dalla mappa al sistema

Questo rapporto è una mappa. Come tutte le mappe, non è il territorio, ma senza di essa il territorio resta illeggibile. La sfida che ora si apre non è quella di perfezionare la mappa, ma di usarla per **costruire un sistema**.

Un sistema di *welfare* culturale non è la somma delle organizzazioni che lo compongono. È l'infrastruttura che le connette: i protocolli che rendono possibile l'invio, i *link worker* che accompagnano i percorsi, i sistemi di monitoraggio che producono evidenze, i canali di finanziamento che garantiscono sostenibilità, i quadri normativi che conferiscono legittimità.

Questa infrastruttura in Italia è in larga parte da costruire. Ma il rapporto dimostra che le fondamenta esistono: 918 organizzazioni, un tasso di completamento del 96%, una competenza diffusa che attende di essere riconosciuta e sostenuta.

La prospettiva che ho proposto in questo commento non è una postilla accademica ai risultati del rapporto. La comprensione dei meccanismi dell'impatto delle arti, la cornice del *predictive processing*, il concetto di esposoma culturale, il *framework* della Cultura 3.0 sono strumenti che possono aiutare a rispondere alle domande operative che il rapporto pone. Perché le arti funzionano, come progettare interventi più efficaci, come garantire la persistenza dei benefici, come pensare le politiche territoriali. Sono risposte ancora parziali, che la ricerca e la pratica dovranno raffinare. Ma offrono una direzione.

Il *welfare* culturale italiano non ha bisogno di essere inventato, concludono le autrici del rapporto. Hanno ragione. Ma ha bisogno di essere compreso nei suoi meccanismi profondi, progettato con la precisione che merita, e costruito come sistema e non come somma di sperimentazioni.

Questo rapporto rende possibile il primo passo. I prossimi dipendono dalla volontà di chi governa, dalla competenza di chi ricerca, e dalla tenacia di chi, ogni giorno, fa di un'esperienza culturale una risorsa di salute.

Appendice

metodologica

A cura di Annalisa Cicerchia e Simona Staffieri



Come è stata condotta la ricerca

Disegno della ricerca, costruzione dell'universo di riferimento, strumento di rilevazione, campione analizzato

Disegno della ricerca

162

Il campione analizzato

167

Riferimenti metodologici

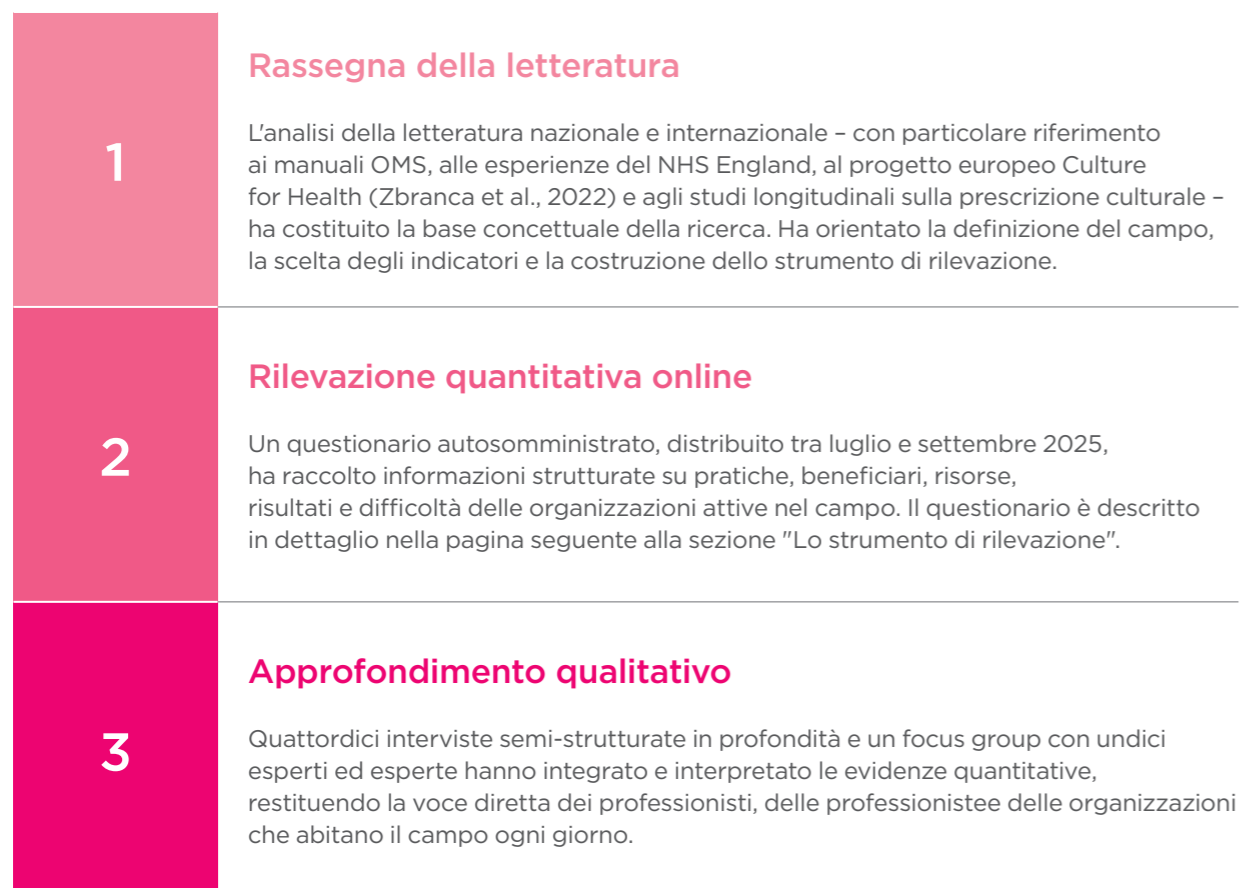
169



Disegno della ricerca

Questa ricerca si è posta un obiettivo preciso: **restituire per la prima volta un quadro sistematico delle organizzazioni italiane che usano arte e cultura per la salute e il ben-essere**, con particolare attenzione alle pratiche di prescrizione sociale. Il punto di partenza era l'assenza quasi totale di dati: nessuna anagrafica, nessuna mappatura, nessun sistema di monitoraggio condiviso. Il punto di arrivo è questo rapporto.

Per costruire una conoscenza affidabile su un campo così frammentato e multidisciplinare, la ricerca ha adottato un disegno integrato che combina analisi quantitative e qualitative. Le due linee non sono parallele: si alimentano a vicenda. La letteratura e le interviste hanno orientato la costruzione del questionario; i dati quantitativi sono stati rilette alla luce delle testimonianze degli esperti e delle esperte; i *focus group* hanno aiutato a interpretare le anomalie statistiche.



L'integrazione tra quantitativo e qualitativo

La complessità del campo – organizzazioni eterogenee per natura, settore, dimensione e collocazione territoriale – rendeva insufficiente un solo strumento di indagine. Il questionario ha permesso di misurare e confrontare; le interviste e il *focus group* hanno permesso di capire.

In concreto: le interviste hanno anticipato il questionario, contribuendo a tarare il linguaggio della rilevazione in modo che fosse rigoroso per il settore sanitario e pertinente per quello culturale.

Il *focus group* ha seguito la prima elaborazione dei dati quantitativi ed è stato utilizzato per discutere le letture più controverse – a partire dal dato sul medico o la medica di medicina generale, indicato come prescrivente solo dall'8% delle organizzazioni – e per arricchire l'interpretazione con elementi che i dati da soli non avrebbero restituito.

I risultati della ricerca qualitativa sono integrati nel corpo del rapporto, non relegati in appendice: 14 interviste e gli spunti del *focus group* compaiono come voci, esempi e contro-esempi a fianco dei dati quantitativi.

Lo strumento di rilevazione

Il questionario è stato costruito attraverso un confronto sistematico con esperti, esperte e referenti istituzionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la rete Culture for Health, Culture Action Europe, l'Istituto Superiore di Sanità, il DoRS – Centro di documentazione regionale per la promozione della Salute Regione Piemonte – ASL TO3, la Rete HPH degli Ospedali per la Promozione della Salute e dei Servizi Sanitari, il Centro DAIRI di Medical Humanities AOU Alessandria e reti di medici, mediche, psicologi e psicologhe territoriali. Il confronto ha consentito di verificare che le domande fossero comprensibili e pertinenti per interlocutori e interlocutrici con formazioni molto diverse – sanitaria, culturale, sociale.

Struttura e sezioni Il questionario si apre con una domanda di orientamento che distingue i due percorsi di compilazione:

PERCORSO	ORGANIZZAZIONI CHE COMPILANO	CONTENUTO SPECIFICO
A	Attività artistico-culturali per la salute e il ben-essere (senza prescrizione)	Ben-essere generale, finalità, luoghi, beneficiari, accessibilità, impatto
B	Attività su prescrizione sociale (solo organizzazioni che la praticano o l'hanno praticata)	Prescrittori, <i>link worker</i> , ciclo dell'invio, monitoraggio, esiti

La distinzione riprende il modello di *referral* del NHS England, che separa le attività di promozione della salute su base comunitaria dalla prescrizione sociale formale mediata da un/una professionista. Le sezioni comuni a entrambi i percorsi includono: profilo e identità dell'organizzazione; destinatari e criteri di accesso; equità e accessibilità (costruita sulle sfide lanciate da EuroHealthNet); efficacia e impatto - questa ultima sezione è strutturata per generare dati confrontabili con gli studi longitudinali della University of Gloucestershire sulla misurazione degli esiti della partecipazione culturale.

La ricostruzione dell'universo di riferimento

In assenza di un *database* preesistente che mettesse in relazione i settori artistico, culturale, sociale e sanitario, la costruzione della lista anagrafica di riferimento ha richiesto un lavoro preliminare articolato in tre componenti complementari.

COMPONENTE 1	<p>Ricerca semi-automatizzata</p> <p>Tecniche di scansione del web e dei <i>repository</i> digitali - integrate con strumenti di intelligenza artificiale - hanno permesso di individuare organizzazioni attive nel <i>welfare</i> culturale non presenti nei canali istituzionali tradizionali: associazioni piccole, professionisti singoli, esperienze locali non afferenti a reti nazionali riconoscibili.</p>
COMPONENTE 2	<p>Attivazione delle reti</p> <p>I contatti del CCW, le reti dei partner scientifici e gli <i>stakeholder</i> istituzionali - tra cui la rete museale ICOM - sono stati utilizzati come nodi di smistamento, con un effetto moltiplicatore che ha esteso il raggio della rilevazione ben oltre le organizzazioni direttamente note al gruppo di ricerca.</p>
COMPONENTE 3	<p>Integrazione con le anagrafiche Istat</p> <p>Per garantire una copertura sistematica del settore culturale, la ricerca ha attinto alle anagrafiche ufficiali Istat di musei e biblioteche (anno di riferimento: 2022). La selezione ha privilegiato le unità dotate di servizi educativi o didattici - le più probabilmente attive in pratiche di <i>welfare</i> culturale.</p>

SELEZIONE DALLE ANAGRAFICHE ISTAT 2022

FONTI	TOTALE UNITÀ	SELEZIONATE
Musei e istituzioni similari	4.416	3.161 (72%)
Biblioteche pubbliche	8.131	5.401 (66%)
Criterio di selezione	-	Presenza di servizi educativi o didattici attivi

Ogni contatto nell'anagrafica è stato verificato manualmente dal gruppo di ricerca per individuare indirizzi e-mail istituzionali e profili attivi, assicurando che l'invito raggiungesse le persone referenti corrette e non caselle generiche. L'anagrafica risultante è un sistema ibrido che copre l'intero spettro del campo: musei, biblioteche, teatri, ASL, centri di salute mentale, RSA, cooperative e associazioni del Terzo Settore.

La ricerca qualitativa

Le quattordici interviste semi-strutturate in profondità hanno coinvolto testimoni privilegiati e privilegiate, selezionate secondo un criterio di massima eterogeneità, per assicurare la rappresentatività di tutti i domini rilevanti. Il campione qualitativo include:

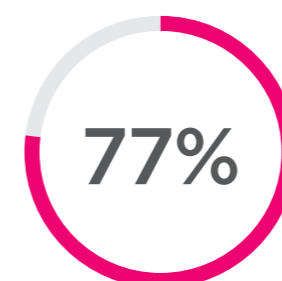
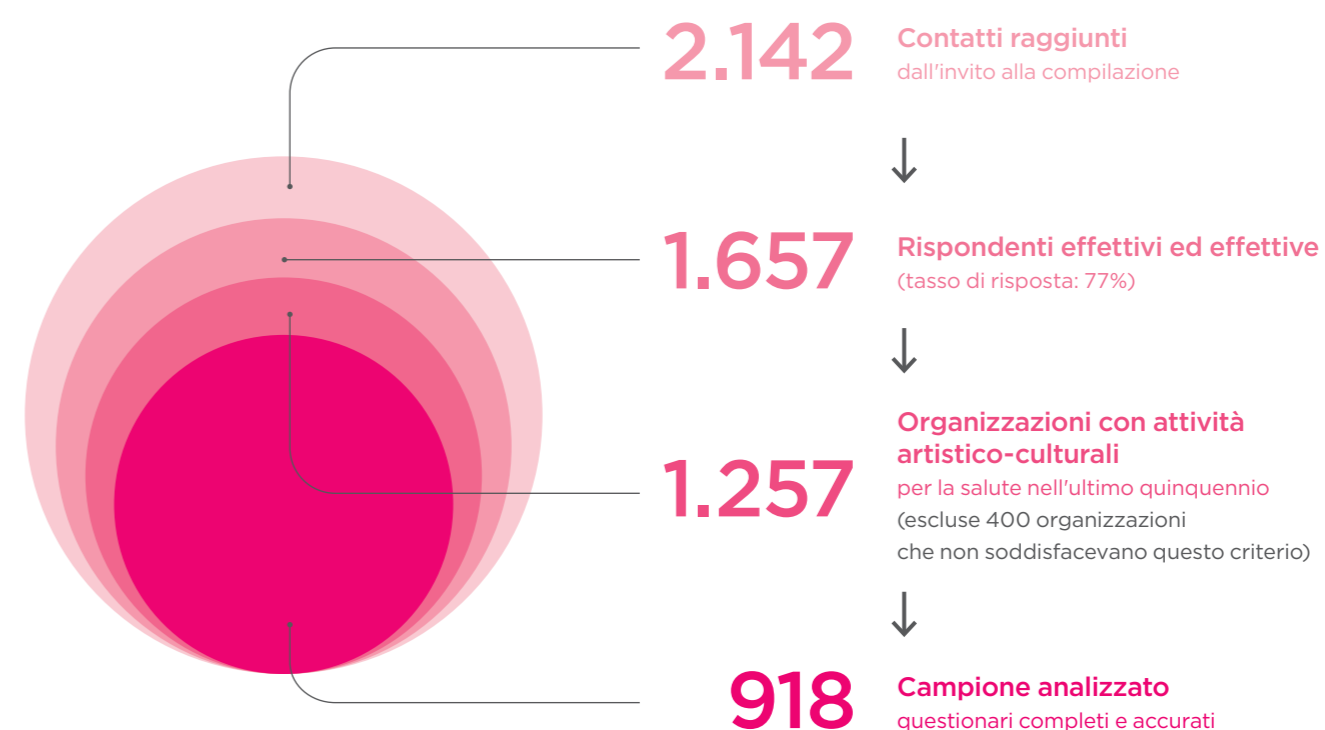
DOMINIO	FIGURE INTERVISTATE
Sfera clinica e sanitaria	Medici e mediche di medicina generale, pediatri e pediatre di libera scelta
Dimensione sociale	Assistenti sociali, coordinatori e coordinatrici di distretto
Luoghi della cultura	Direttori e direttrici museali, bibliotecari e bibliotecarie esperte in servizi di <i>welfare</i>
Formazione e ricerca	Formatori e formatrici attive nel campo arte-salute

Il *focus group* ha coinvolto un panel di undici esperti ed esperte con profili scientifici, accademici, delle fondazioni e del mondo associativo. Il formato - a differenza dell'intervista individuale - ha favorito il confronto tra visioni diverse sulla prescrizione di arte e cultura in Italia, l'emersione di punti di disaccordo e la discussione collettiva delle evidenze più controverse emerse dai dati quantitativi.

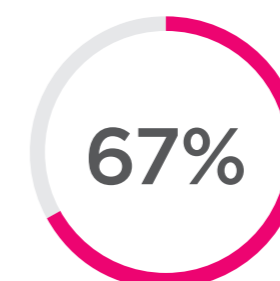
Il campione analizzato

La fase di rilevazione sul campo si è svolta tra luglio e settembre 2025, sostenuta dalla campagna di comunicazione nazionale «Fai sentire la tua voce!» sui *social media* e da *newsletter* tematiche del CCW. Il campione finale è il risultato di successive fasi di selezione a partire dai contatti raggiunti.

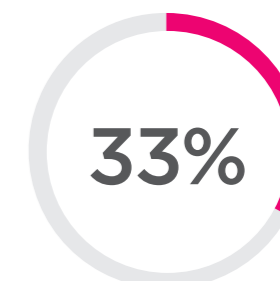
DAL CONTATTO AL CAMPIONE ANALIZZATO



tasso di risposta
1.657 su 2.142 contatti



organizzazioni UPS
617 · praticano la prescrizione



organizzazioni UCW
301 *welfare* culturale senza prescrizione

La distribuzione geografica e il problema della visibilità

Le 918 organizzazioni del campione non sono distribuite uniformemente sul territorio nazionale. Nord-Ovest e Centro concentrano complessivamente il 66% di chi ha risposto, a fronte di una quota di popolazione del 47%. Sud e Isole – che raccolgono il 34% della popolazione – sono rappresentate al 14%. *Questo squilibrio non riflette necessariamente una minore densità del fenomeno nel Mezzogiorno, ma una minore capacità delle organizzazioni meridionali di rendersi visibili nei canali istituzionali e associativi attraverso cui la ricerca ha operato.*

La stima della densità per 100.000 abitanti conferma il divario: Nord-Ovest e Centro raggiungono rispettivamente 2,22 e 2,13 Unità di Welfare Culturale per 100.000 abitanti, contro 0,66 del Sud e 0,59 delle Isole. La media nazionale è 1,55. Questa variabilità deve accompagnare la lettura di tutti i confronti territoriali proposti nel rapporto.

Una nota sulla lettura dei dati

Tutti i dati presentati in questo rapporto si riferiscono, per ogni singola domanda, alla quota di organizzazioni che ha fornito una risposta, calcolata con l'esclusione dei valori mancanti. Le domande a risposta multipla sono segnalate esplicitamente: in quel caso, la somma delle percentuali può superare il 100%. I valori assoluti non compaiono nelle tavole, salvo eccezioni esplicitamente indicate: le percentuali descrivono in modo più preciso la struttura del campo, indipendentemente dalle variazioni nelle basi di calcolo per domanda.

Le stime sulla distribuzione geografica delle 918 organizzazioni combinano due fonti: 464 unità georeferenziate con precisione e 454 distribuite proporzionalmente alla popolazione regionale sulla base di un fattore di espansione ($\times 1,978$). Questa procedura introduce una componente di stima nelle elaborazioni regionali, che vanno lette con il margine di approssimazione che ne consegue.

Riferimenti metodologici

Zbranca R. et al. (2022)

Culture for Health. A framework for action

European Cultural Foundation

NHS England (2019)

Social prescribing and community-based support – summary guide

London: NHS England

EuroHealthNet (2023)

Health equity and the arts: a framework for action

Brussels: EuroHealthNet

University of Gloucestershire – Centre for Social Justice (vari anni)

Studi longitudinali sulla prescrizione sociale e sull'impatto della partecipazione culturale

Istat (2022)

Musei e istituzioni similari. Microdati

Roma: Istat

Istat (2022)

Biblioteche pubbliche. Microdati

Roma: Istat

WHO Regional Office for Europe (2019)

What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review

Copenhagen: WHO

Appendice



Ricognizione della letteratura scientifica

Prescrizione sociale

172

Arte e cultura su prescrizione

178

Nota metodologica. L'appendice raccoglie la letteratura scientifica e grigia oggetto di ricognizione sistematica nell'ambito del progetto, organizzata in due sezioni tematiche: *Prescrizione sociale* e *Arte e cultura su prescrizione (Arts on Prescription)*. All'interno di ciascuna sezione le voci sono ordinate per anno di pubblicazione (dalla più recente). Le voci contrassegnate con * sono state aggiunte successivamente ad agosto 2025.



Prescrizione sociale

2025-2026

GUIDA

Mulligan K., Gamra S., Ahmad J., Cameron C. (2025)

Social Prescribing and Community Paramedicine in Canada. A Guide to Promising Practices
Healthcare Excellence Canada

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Colford L.R., Feicht R., Gallant K., Landy R. (2025)

Community-Based and Participatory Approaches in Social Prescribing: A Scoping Review
International Journal of Community Well-Being - Springer Nature

[Vai alla pubblicazione](#)

STUDIO OSSERVAZIONALE

Wilding A., Agboraw E., Munford L., Sutton M., Mercer S.W., Salisbury C., Beeson M., Wildman J., Wilson P. (2025)

Impact of the rollout of the national social prescribing link worker programme on population outcomes: evidence from a repeated cross-sectional survey
British Journal of General Practice

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Muhl C., Cornish E., Zhou X.A., Mulligan K., Bayoumi I., Ashcroft R., Ross-White A., Godfrey C. (2025)

Social Prescribing for Children and Youth: A Scoping Review
Health & Social Care in the Community - Wiley

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA

Papavasiliou E., Marshall J., Allan L., Bradbury K., Fox C., Hawkes M., Irvine A., Moniz-Cook E., Pick A., Polley M., et al. (2025)

Reimagining dementia care: a complex intervention systematic review on optimising social prescribing (SP) for people living with dementia (PLWD) in the United Kingdom

Health Expectations - Wiley

[Vai alla pubblicazione](#)

STUDIO DI COORTE

Wilding A., Agboraw E., Munford L., Sutton M., Wildman J., Beeson M., Mercer S., Wilson P. (2025)

Have social prescribing referrals reduced appointment pressures on primary care? Evidence from Electronic Healthcare Records
British Journal of General Practice

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Wilson A., Noble H., Galway K., Doherty J. (2025)

Social prescribing for people living with long-term health conditions: a scoping review
Systematic Reviews - BMC/Springer Nature

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SULLO STATO DELL'ARTE

McSwiggan S. et al. (2025)

The Role of Place in Social Prescribing: A State-of-the-Art Literature Review
Health & Social Care in the Community - Wiley

[Vai alla pubblicazione](#)

[PROTOCOLLO DI STUDIO

Hayes D., Booth R.J., Bu F., Humphrey N., Qualter P., Sticpewich L., Bone J.K., Stuttard H., Ellis S., Maguire S., Gonzalez Umpierrez L.C., Stapley E., Tibber M.S., Fancourt D. (2026)

Randomised controlled trial of social prescribing in schools to reduce loneliness in pupils (INACT): Protocollo di studio
medRxiv

[Vai alla pubblicazione](#)

PREPRINT - STUDIO DI EFFICACIA E IMPLEMENTAZIONE; N = 568 GIOVANI

Hayes D., Wright J., Burton A., Bu F., Sticpewich L., Stuttard H., Page J., Bradbury A., Han E., Deighton J., Tibber M.S., Talwar S., Fancourt D. (2026)

Wellbeing While Waiting: Effectiveness and implementation of youth social prescribing for young people awaiting CAMHS support
medRxiv

[Vai alla pubblicazione](#)

* RASSEGNA SISTEMATICA

Lynch M., Keating A.J., Morrow E., Spencer L.H. (2026)

The health economics of social prescribing: systematic review of the international evidence*Frontiers in Public Health*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA NARRATIVA

Radford-Smith D.E., Anthony D.C. (2026)

From fragmentation to integration: can social prescribing bridge the gap between multimorbidity and mental health in an ageing population?*BMJ Public Health, 4, e003752*[Vai alla pubblicazione](#)

2024

METARASSEGNA

Ashe M.C., Kelly dos Santos I., Alfares H., Chudyk A.M., Esfandiari E. (2024)

Synthèse des données probantes – Résultats et instruments utilisés dans les interventions de prescription sociale : une méta-revue modifiée*Maladies chroniques et blessures au Canada – Agence de santé publique du Canada.*[Vai alla pubblicazione](#) (lingua francese)

RASSEGNA SISTEMATICA

Staras C.O., Wakefield J.R.H., McDermott D.T., Jones B.A. (2024)

An evaluation of the role of social identity processes for enhancing health outcomes within UK-based social prescribing initiatives designed to increase social connection and reduce loneliness: A systematic review*Journal of Community & Applied Social Psychology – Wiley*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA

Dubbeldeman E.M., Kiefte-de Jong J.C. et al. (2024)

Intervention Characteristics and Mechanisms and Their Relationship with the Influence of Social Prescribing: A Systematic Review*Health & Social Care in the Community – Wiley*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Sadio R. et al. (2024)

Social prescription for the elderly: a community-based scoping review*Primary Health Care Research & Development – Cambridge University Press*[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Khan H., Chiva Giurca B. (2024)

Social Prescribing Around the World. A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Contexts*National Academy for Social Prescribing (NASP)*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA CON META-ANALISI

O'Sullivan D.J., Bearne L.M., Harrington J.M., Cardoso J.R., McVeigh J.G. (2024)

The effectiveness of social prescribing in the management of long-term conditions in community-based adults: A systematic review and meta-analysis*Clinical Rehabilitation – Sage Journals*[Vai alla pubblicazione](#)

2023

RAPPORTO

Social Prescribing Academy, WHO, WHIS, UNGSII Foundation (2023)

Playbook Global Social Prescribing Alliance*World Health Organization / GSPA.*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA DI MAPPATURA

Sonke J., Manhas N., Belden C. et al. (2023)

Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes*Frontiers in Medicine*[Vai alla pubblicazione](#)

GUIDA

NHS England (2023)

Social prescribing: Reference guide and technical annex for primary care networks*NHS England*[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Rojatz D., Antosik J., Ecker S., Fenz L., Haas S. (2023)

Social Prescribing. Entwurf eines Idealmodells für Österreich*Gesundheit Österreich GmbH*[Vai alla pubblicazione](#) (lingua tedesca)**2020-2022**

TOOLKIT

World Health Organization – Regional Office for the Western Pacific (2022)

A toolkit on how to implement social prescribing*World Health Organization*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA

Cooper M., Avery L., Scott J. et al. (2022)

Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review*BMJ Open*[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Kimberlee R., Bertotti M., Dayson C., Asthana S., Polley M., Burns L. et al. (2022)

The economic impact of social prescribing*National Academy for Social Prescribing (NASP)*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Sandhu S., Lian T. et al. (2022)

Intervention components of link worker social prescribing programmes: A scoping review*Health & Social Care in the Community – Wiley*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA

Napierala H., Krüger K., Kuschick D., Heintze C., Herrmann W.J., Holzinger F. (2022)

Social Prescribing: Systematic Review of the Effectiveness of Psychosocial Community Referral Interventions in Primary Care*International Journal of Integrated Care (IJIC)*[Vai alla pubblicazione](#)

[RASSEGNA SISTEMATICA

Reinhardt G.Y., Vidovic D., Hammerton C. (2021)

Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness*Perspectives in Public Health – Sage Journals*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA

Costa A. et al. (2021)

Effectiveness of Social Prescribing Programs in the Primary Health-Care Context: A Systematic Literature Review*Sustainability – MDPI*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA REALISTA

Husk K., Blockley K. et al. (2020)

What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review*Health & Social Care in the Community – Wiley*[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA

Pescheny J.V., Randhawa G., Pappas Y. (2020)

The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence*European Journal of Public Health*[Vai alla pubblicazione](#)

GUIDA

NHS England (2020)

Social prescribing and community-based support. Summary guide*NHS England*[Vai alla pubblicazione](#)

Arte e cultura su prescrizione

2025

GUIDA

Arts on Prescription Baltic Sea Region Project (2025)

Arts on Prescription Guide

Arts on Prescription in the Baltic Sea Region (Interreg Baltic Sea Region 2021–2027)

[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Bundhoo D., Marvell A., Greenaway C., Jones D., Powell J., Courtney P. (2025)

Evidence Enquiry for Wellbeing and Heritage. Review of literature 2019–2024 and policy context

Historic England

[Vai alla pubblicazione](#)

* STUDIO MISTO

Jensen A., Halling A., Pirouzifard M., Lindström M. (2025)

Arts on prescription intervention for primary healthcare patients with poor mental health or social isolation: a mixed-method study

BMC Primary Care - Springer Nature

[Vai alla pubblicazione](#)

* RASSEGNA ESPLORATIVA

Sudha S., Gleason S., Birabwa J., Finkelstein R., O'Malley M., Siegel B., Chen R., Hashmi A.Z. et al. (2025)

Arts on Prescription for Older Adults: A Scoping Review

Journal of Applied Gerontology - Sage

[Vai alla pubblicazione](#)

2024

RASSEGNA SISTEMATICA CON META-ANALISI

Jensen A., Holt N., Honda S., Bungay H. (2024)

The impact of arts on prescription on individual health and wellbeing: a systematic review with meta-analysis

Frontiers in Public Health

[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Zbranca R., Palaga C. (2024)

Explorarea oportunităților pentru dezvoltarea și implementarea unui mecanism de prescripții socioculturale în România

Consiliul Economici Social (Romania)

[Vai alla pubblicazione](#) (lingua rumena)

RAPPORTO

EpiArts Lab - University of Florida Center for Arts in Medicine (Marshall R., Sonke J., Fancourt D. et al.) (2024)

Arts, Culture, and Social Prescribing in the US: 23 Case Studies, 2023–2024

EpiArts Lab

[Vai alla pubblicazione](#)

2023

GUIDA

Golden T.L., Bantham A., Mason K., Sonke J. et al. (2023)

Arts on prescription: a field guide for US communities

University of Florida – Center for Arts in Medicine

[Vai alla pubblicazione](#)

DOCUMENTO PROSPETTICO

Dowlen R. (2023)

Vision paper: Culture, health and wellbeing

Centre for Cultural Value

[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Fancourt D., Bone J.K., Bu F., Mak H.W., Bradbury A. (2023)

The Impact of Arts and Cultural Engagement on Population Health: Findings from Major Cohort Studies in the UK and USA 2017-2022

Social Biobehavioural Research Group – University College London

[Vai alla pubblicazione](#)

RAPPORTO

Cicerchia A., Wolf Perez E. (2023)

Youth, Mental Health and Culture

Brainstorming Report

Voices of Culture – Dialogo Strutturato tra Commissione Europea e settore culturale

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA CRITICA

Bungay H., Jensen A. et al. (2023)

Critical perspectives on Arts on Prescription

Perspectives in Public Health – Sage Journals

[Vai alla pubblicazione](#)

2022

RAPPORTO

Blaga O., Dâmaso M., Dascal M.D., Kiss K., Pop O., Yakobson D., Zbranca R. et al. (2022)

CultureForHealth Report. Culture's contribution to health and well-being. A report on evidence and policy recommendations for Europe

CultureForHealth

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA

Mughal R., Polley M. et al. (2022)

How arts, heritage and culture can support health and wellbeing through social prescribing

National Academy for Social Prescribing (NASP)

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Helitzer E., Clements-Cortes A., Moss H. (2022)

Group singing on social prescription: A scoping review

Music and Medicine

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA SISTEMATICA CON META-ANALISI

Clifford A.M., Shanahan J. et al. (2022)

The effect of dance on physical health and cognition in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis

Arts & Health – Taylor & Francis

[Vai alla pubblicazione](#)

2019-2021

STUDIO VALUTATIVO QUALITATIVO

Visanich V., Attard T. (2021)

Towards the social prescription of the arts: The arts in health and social care in Malta

Journal of Applied Arts & Health

[Vai alla pubblicazione](#)

STUDIO OSSERVAZIONALE LONGITUDINALE

Arab A., Christie G.J. et al. (2021)

Moderate-Intensity Physical Activity, Music and Art Activities Preserved Cognitive Health in Older Adults: An Argument for Social Prescribing Solution

Frontiers in Aging Neuroscience

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA DELLA LETTERATURA

Dickson G.T., Schubert E. (2020)

Music on Prescription to Aid Sleep Quality: A Literature Review

Frontiers in Psychology

[Vai alla pubblicazione](#)

RASSEGNA ESPLORATIVA

Fancourt D., Finn S. (2019)

What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review [OMS Report 67]

World Health Organization Europe

[Vai alla pubblicazione](#)

LIBRO BIANCO

Sonke J., Golden T., Francois S., Hand J., Chanda M.L. et al. (2019)

Creating Healthy Communities through Cross-sector Collaboration

University of Florida - Center for Arts in Medicine

[Vai alla pubblicazione](#)

STUDIO DI COORTE

Sumner R.C., Crone D.M. et al. (2019)

Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention

Journal of Public Health - Oxford Academic

[Vai alla pubblicazione](#)

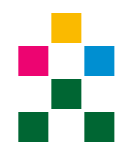
STUDIO LONGITUDINALE

Redmond M., Crone D.M., Hughes S., Sumner R.C. (2019)

'Light in dark places': exploring qualitative data from a longitudinal study using creative arts as a form of social prescribing

Arts & Health - Taylor & Francis.

[Vai alla pubblicazione](#)



Fondazione
Compagnia
di San Paolo



CULTURAL
WELFARE
CENTER