

La prescrizione sociale di arte e cultura in Italia

Prima indagine nazionale



Fondazione
Compagnia
di San Paolo



CULTURAL
WELFARE
CENTER

Fondazione Compagnia di San Paolo | Obiettivo Cultura
CCW - Cultural Welfare Center

Sintesi della ricerca

Aprile 2026

Indice

1.	Un campo che esiste, una ricerca che lo rende leggibile	3
	I cinque numeri chiave	4
2.	Chi sono e dove operano	5
	Profilo organizzativo delle UPS	5
3.	Che cosa si fa e come: le attività su prescrizione	6
4.	Le persone: beneficiari, prescrittori e <i>link worker</i>	7
	Chi beneficia	7
	Chi prescrive	7
	Il <i>link worker</i> : figura strategica, ancora sottoutilizzata	7
5.	Processi, finanziamento e nodi critici	8
6.	Focus Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria	9
	I Cantieri pilota e le sperimentazioni in Piemonte	10
7.	Per chi governa, finanzia e abita il campo	11
	Le priorità per chi lavora nel campo	11

Testi e elaborazioni

Annalisa Cicerchia, Simona Staffieri

Commissione scientifica

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

1.

Un campo che esiste, una ricerca che lo rende leggibile

In Italia migliaia di persone ricevono ogni anno attività artistiche e culturali prescritte o consigliate da medici, psicologi, assistenti sociali. Visitano musei guidati, leggono ad alta voce in biblioteche che sono presidi di cura, camminano in parchi con gruppi di supporto. Fino ad oggi nessuno aveva misurato questo fenomeno su scala nazionale. Questa ricerca lo fa per la prima volta.

La prescrizione sociale di arte e cultura è un approccio che consiste nell'indirizzare - da parte di un medico, uno psicologo o un assistente sociale - una persona verso attività artistiche o culturali, in aggiunta o in alternativa a un trattamento farmacologico. Visitare un museo, leggere ad alta voce in gruppo, partecipare a laboratori teatrali, camminare in ambienti naturali: queste attività vengono «prescritte» perché la ricerca scientifica dimostra che migliorano il ben-essere mentale, la qualità delle relazioni sociali e, in molti casi, la salute fisica. Il *welfare* culturale è il campo più ampio in cui si inserisce questa pratica: indica l'insieme degli interventi in cui arte, cultura e patrimonio vengono usati intenzionalmente come strumenti di cura e inclusione sociale.

La ricerca - promossa dal CCW - Cultural Welfare Center per la Fondazione Compagnia di San Paolo - è stata condotta nell'estate 2025 su tre livelli: revisione della letteratura scientifica, indagine quantitativa (918 questionari validi) e approfondimento qualitativo (interviste in profondità e focus group). Ha individuato circa 1.300 soggetti attivi nel campo, di cui 918 hanno risposto al questionario. Il campione si divide in due gruppi: 617 Unità di Prescrizione Sociale (UPS, 67%) - organizzazioni che già svolgono attività su prescrizione o consiglio di figure sanitarie / sociali - e 301 Unità di Welfare Culturale (UCW, 33%) - organizzazioni attive nel campo arte-cultura-salute, ma non ancora formalizzate sulla prescrizione; il 97% intende avviarla in futuro.

Questa sintesi si concentra sui dati di insieme e, in particolare, sul profilo delle UPS.

I cinque numeri chiave

918

**organizzazioni censite
che usano arte e cultura
per la salute e il ben-essere**

Istituzioni culturali
Enti sanitari
Cooperative sociali
Associazioni
Singoli professionisti

97%

**tasso di completamento
dei percorsi**

Chi inizia una prescrizione culturale la porta a termine

→ Un risultato che molti interventi sanitari tradizionali non raggiungono

75%

**delle UPS perseguono obiettivi
di miglioramento
del ben-essere mentale e sviluppo
di capacità relazionali**

L'inclusione sociale segue al 68%

→ La prescrizione agisce prima di tutto sulla mente e sulle relazioni

8%

**delle UPS indica il Medico
di Medicina Generale
come prescrittore**

È il dato più sorprendente:
la figura centrale nei modelli teorici
è quasi assente nella pratica italiana

→ Chi prescrive di più è lo psicologo (32%)

40%

**dei percorsi UPS
si conclude senza alcun
follow-up strutturato**
È il punto critico del sistema

→ I benefici si producono, ma rischiano di disperdersi senza continuità

2.

Chi sono e dove operano

Le organizzazioni censite sono distribuite in modo fortemente sbilanciato verso il Centro-Nord. Le macroaree Nord-Ovest e Centro raccolgono rispettivamente il 39% e il 27% delle unità, a fronte di quote di popolazione del 27% e 20%. Sud e Isole, con il 34% della popolazione, ospitano appena il 14% dei soggetti censiti.

MACROAREA	% ORGANIZZAZIONI	% POPOLAZIONE	UNITÀ / 100.000 ABITANTI
Nord-Ovest	39%	27,0%	2,22
Nord-Est	20%	19,6%	1,62
Centro	27%	19,8%	2,13
Sud	10%	22,8%	0,66
Isole	4%	10,8%	0,59

La distribuzione, oltre a riflettere la reale densità del fenomeno, rappresenta anche la capacità di rendersi visibili. Nel Mezzogiorno mancano in modo sistematico tre condizioni abilitanti: un quadro normativo regionale favorevole, fondazioni catalizzatrici e il raccordo intersettoriale tra cultura e salute.

Profilo organizzativo delle UPS

Le 617 UPS presentano un profilo strutturato e maturo. Il 48% ha una identità culturale/artistica, il 22% sanitaria, il 14% sociale. Le dimensioni sono rilevanti: il 58% ha 10 o più collaboratori, contro il 10% delle non profit culturali-artistiche rilevate dall'Istat. Quanto all'anzianità, il 46% esiste da oltre 26 anni, mentre il 29% ha avviato la prescrizione negli ultimi tre anni: il campo si espande. Le competenze sanitarie internalizzate distinguono nettamente le UPS dalle UCW: medici presenti nel 31% dei casi (vs 9%) e psicologi nel 34% (vs 16%). Il 65% partecipa a reti nazionali o internazionali, usate principalmente per formazione specialistica e scambio tecnico.

3.

Che cosa si fa e come: le attività su prescrizione

Le attività coprono un ventaglio ampio di linguaggi artistici. 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%), passeggiate culturali o narrative (32%), teatro (29%), arti visive (27%), narrazione e scrittura (23%). Il 23% propone anche formazione artistica: oltre a erogare ben-essere, la prescrizione costruisce competenze durevoli. La quasi totalità degli interventi è progettata sul profilo specifico del gruppo target (72%) o dei singoli beneficiari (27%): solo il 5% segue uno schema fisso.

Le finalità rivelano la vocazione del campo: il ben-essere mentale guida le attività del 54% delle UPS; le finalità relazionali seguono al 49%, quelle culturali ed educative al 45%. Gli obiettivi dichiarati più frequenti sono il miglioramento del ben-essere mentale e lo sviluppo di capacità relazionali (entrambi al 75%), l'inclusione sociale (68%), il miglioramento della salute fisica (40%). La prescrizione di arte e cultura si configura anzitutto come strumento di cura psicologica e di connessione tra persone. Questo avviene perché le attività artistiche e culturali agiscono su più livelli contemporaneamente: stimolano le capacità cognitive, attivano emozioni, costruiscono relazioni e restituiscono alle persone un senso di appartenenza e di competenza.

Il 45% delle organizzazioni osserva benefici duraturi sulla salute e sul ben-essere; il 49% rileva un impatto moderato, con benefici che si attenuano in assenza di continuità. I benefici della prescrizione richiedono continuità del percorso e una rete di supporto attiva, e non si consolidano automaticamente.

La prescrizione abita gli spazi della cultura e della comunità: musei (37%), biblioteche (36%), ambienti naturali (33%), sedi del Terzo Settore (33%). I contesti sanitari istituzionali sono presenti ma minoritari - ospedali 14%, RSA 11%, centri di salute mentale 10%. Il 71% delle UPS offre attività gratuite o a costo ridotto; il 60% personalizza contenuti, tempi e metodi.

4.

Le persone: beneficiari, prescrittori e *link worker*

Chi beneficia

La popolazione coinvolta è prevalentemente adulta (82%) e anziana (49%), con un significativo coinvolgimento della fascia 0-11 anni (47%). La modalità prevalente è il lavoro di gruppo (54%). Il 96% delle UPS dichiara che i beneficiari portano a termine il percorso, con abbandoni che nell'82% dei casi non superano le dieci persone l'anno. Tra i target di crescita emergono i giovani NEET: la prescrizione culturale si è rivelata efficace per questa fascia proprio perché non è percepita come terapia - una non-riconoscibilità che è un punto di forza del modello. Il 61% delle UPS coinvolge chi presta assistenza - familiari o figure professionali - con effetti documentati: crescita dell'empatia nel 56%, miglioramento della relazione con la persona assistita nel 59%, riduzione di ansia e stress nel 48%.

Chi prescrive

La prescrizione nasce prevalentemente dal mondo psicologico, educativo e sociale: psicologo (32%), assistente sociale (24%), insegnante (24%), pediatra (20%), psichiatra (15%). La scelta autonoma del beneficiario precede l'avvio da parte del medico di base: 12% contro 8%. L'8% di MMG non segnala disinteresse, ma che oggi i modelli emergenti non sono adattati al loro contesto operativo. Un medico di base gestisce mediamente 1.500 pazienti; senza strumenti infrastrutturali - piattaforme integrate nel software di studio, cataloghi aggiornati delle risorse locali - l'atto prescrittivo resta un carico aggiuntivo insostenibile.

Il *link worker*: figura strategica, ancora sottoutilizzata

Il *link worker* - letteralmente «operatore di collegamento» - è la figura professionale che tiene insieme il percorso: riceve la segnalazione del prescrittore, incontra la persona, la accompagna nella scelta dell'attività culturale più adatta al suo profilo e ai suoi bisogni, la segue nel tempo e fa da ponte tra il sistema sanitario e le organizzazioni culturali. È indicato come essenziale dall'86% delle organizzazioni UPS, ma solo il 24% lo utilizza in forma strutturata. I compiti che gli vengono attribuiti sono: collegamento tra servizi sanitari, sociali e culturali (73%), supporto nella gestione delle attività (58%), consulenza e orientamento per i beneficiari (54%), monitoraggio e valutazione dei risultati (44%). Esistono due modelli: il modello endogeno lo colloca all'interno

del sistema sanitario, innestato in processi istituzionali esistenti; il modello esogeno lo posiziona nel Terzo Settore, come interfaccia neutrale tra sistema sanitario e organizzazioni culturali. In entrambi i casi, la sostenibilità va progettata fin dall'inizio.

La formazione del *link worker* è ancora prevalentemente informale (33% apprende sul campo). La raccomandazione che emerge con più forza è l'inserimento dei temi della prescrizione sociale nei curricula universitari di medicina, infermieristica, servizio sociale e scienze dei beni culturali, come asse trasversale – non come corso monografico.

5.

Processi, finanziamento e nodi critici

Il percorso della prescrizione di arte e cultura si articola in quattro momenti: ingresso (invio formale o auto-invio), accoglienza e co-progettazione (il momento in cui si abbattano diffidenza e stigma), azione culturale, *follow-up*. La tenuta dell'intero ciclo dipende dalla qualità della co-progettazione iniziale: senza ascolto e personalizzazione, la prescrizione rischia di trasformarsi in un atto subito. Il punto critico è il *follow-up*: il 40% dei percorsi UPS si conclude senza alcun intervento successivo, solo il 14% prevede un accompagnamento strutturato. L'assenza di *follow-up* produce in alcuni casi l'«effetto bolla»: benefici che rimangono confinati all'interno del percorso strutturato e non si trasferiscono nella vita ordinaria. Progettare il ponte verso la comunità è parte integrante del lavoro – non un'aggiunta se avanzano risorse.

Il monitoraggio è una pratica consolidata per il 62% delle UPS: la consultazione diretta dei beneficiari è lo strumento prevalente (63%), seguita da questionari strutturati (44%) e focus group (39%). I risultati vengono usati per verificare gli effetti attesi (76%) e pianificare nuove attività (60%). La sfida è trasformare il monitoraggio interno in argomento politico per chi alloca risorse.

Il profilo finanziario delle UPS mostra una struttura ibrida: voucher o incentivi pubblici (30%), contributi di enti culturali (28%), altra tipologia comprendente lavoro volontario e assenza di finanziamenti strutturati (28%), donazioni o raccolte fondi (20%), pagamento individuale del partecipante (19%). Il dato più critico è quello della categoria «altro» (28%): corrisponde spesso all'assenza di qualsiasi finanziamento strutturato. Il 19% delle UPS carica il costo sul partecipante: segnale che la prescrizione non è ancora parte di un sistema di *welfare* universalistico.

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.

6.

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

Il Nord-Ovest emerge come una delle aree con la maggiore concentrazione di soggetti di *welfare* culturale in Italia: 116 organizzazioni, di cui 70 (60%) attive nella prescrizione sociale. Il Piemonte domina con l'88,6% delle UPS dell'area, sostenuto da un ecosistema di fondazioni attive - a partire dalla Fondazione Compagnia di San Paolo - e da una consolidata tradizione di innovazione nel Terzo Settore.

INDICATORE	NORD-OVEST UPS	MEDIA NAZIONALE
Tasso di completamento	97%	96-97%
UPS che hanno valutato l'efficacia	57%	62%
Psicologo come prescrittore	39%	32%
MMG come prescrittore	10%	8%
UPS con risorse finanziarie insufficienti	94%*	-
Raggiungono 100+ beneficiari (2024)	31%	20%

* Tra le organizzazioni che dichiarano risorse insufficienti - la concentrazione più alta del campione nazionale.

Le attività prevalenti nelle UPS del Nord-Ovest: attività educative museali e del patrimonio (41%), lettura ad alta voce (39%), pittura e arti visive (33%), passeggiate culturali (26%), teatro e danza (23%). Le finalità principali sono ben-essere mentale (59%), finalità relazionali (57%), finalità culturali ed educative (54%). Tre nodi critici emergono con nitidezza: la distanza dal medico di medicina generale (solo il 10% delle UPS lo indica come prescrittore); la concentrazione anomala della carenza finanziaria (il 94% di chi segnala risorse insufficienti indica le risorse economiche come il problema principale, in un'area con fondazioni erogative numerose e attive); e la discontinuità dei percorsi (il 59% dei percorsi non prevede la partecipazione dei beneficiari alla progettazione; una quota significativa non ha alcun seguito strutturato).

I Cantieri pilota e le sperimentazioni in Piemonte

Negli ultimi anni il Piemonte ha avviato sperimentazioni sistemiche di prescrizione sociale che propongono un salto di scala rispetto alle singole attività progettuali, fondandosi su ricerca e co-progettazione intersettoriale.

Il progetto Museo Ben-Essere (ASL TO3) nasce nel Centro di Salute di Oulx e si sviluppa con il Castello di Rivoli e la Reggia di Venaria: il museo come «palestra» cognitiva e relazionale per persone in fragilità emotiva, combinando esperienza estetica, movimento e riflessione. Il programma di ricerca SOMA (Fondazione Medicina a Misura di Donna, AOU Città della Salute, Università di Torino - Brain plasticity and behavior changes, NOMA World) propone percorsi di espressione creativa – pittura, fotografia, narrazione, movimento – per il recupero della qualità di vita di donne con un vissuto di neoplasia: psicologi e neuroscienziati dell'Università di Torino monitorano l'attività neurobiologica cerebrale di 50 donne indirizzate dagli oncologi; la produzione creativa viene restituita in modo partecipato alle Gallerie d'Italia. Ri-trovare in museo (Fondazione Molo) sviluppa competenze per musei «Alzheimer-friendly», per persone con afasia e demenza e i loro carer. Questi percorsi sono stati possibili anche grazie al riconoscimento sulle competenze espresse dagli Enti proponenti su Cultura, Prevenzione e Cura, da Fondazione Compagnia di San Paolo sotto forma di *grant unrestricted*.

Torino è caratterizzata da altre progettazioni sistemiche. Torino Social Prescription – collaborazione tra Amministrazione cittadina, ASL Città di Torino e Centro Culturale Lombroso16 – costruisce nuovi modelli di cure primarie integrando trattamento clinico e risorse comunitarie per persone in condizioni di disagio emotivo.

Fondazione Ufficio Pio è impegnata in un percorso di ricerca-azione focalizzato sul contrasto alle solitudini: attiva reti di prossimità mettendo in relazione persone in isolamento con opportunità culturali e comunitarie attraverso operatori di collegamento, in collaborazione con ASL Città di Torino e il programma di opportunità di prossimità «Cultura dietro l'Angolo».

Tra i programmi nazionali sperimentati in Piemonte si segnalano inoltre: Music & Motherhood (ISS-CCW-OMS), canto corale per madri con depressione post-partum, attivato dal 2023 con quattro aziende sanitarie; Archivi e Salute, sperimentato all'Archivio di Stato di Torino con over 65 con afasia e caregiver; Nati per Leggere frutto di due decenni di collaborazione tra Regione e Fondazione Compagnia di San Paolo che oggi si evolve in 14 Poli regionali con il programma Cultura per Crescere.

Questi casi 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. La sfida è consolidare queste esperienze, superare la dimensione sperimentale e integrarle nei servizi in modo sistematico.

7.

Per chi governa, finanzia e abita il campo

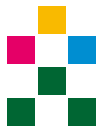
La ricerca risponde alla domanda «se» la prescrizione di arte e cultura funziona. La risposta è sì: funziona, con le condizioni giuste. La domanda aperta è «a quali condizioni». I dati indicano quattro leve di intervento prioritarie.

LEVA	CHE COSA RICHIEDE
1 Riconoscimento	Includere le organizzazioni di <i>welfare</i> culturale nei Piani di Zona, Piani Locali per la Salute e Piani Integrati di Salute come partner di cura, non solo come fornitori.
2 Raccordo	Usare le Case di Comunità (DM 77/2022) come snodo: protocolli con le organizzazioni locali, schede di segnalazione condivise, referenti dedicati.
3 Professionalizzazione	Definire un profilo professionale riconosciuto per il <i>link worker</i> : percorso formativo interdisciplinare certificato, collocazione contrattuale, mandato istituzionale esplicito.
4 Finanziamento	Estendere i voucher regionali alle UCW in transizione; riconoscere la prescrizione culturale nei fondi socio-sanitari; costruire linee guida per rendicontare il lavoro volontario come co-finanziamento.

Le priorità per chi lavora nel campo

- **Progettare il *follow-up* dall'inizio, non aggiungerlo dopo.** Il 40% dei percorsi UPS si chiude senza continuità: non è un problema di risorse, ma di progettazione.
- **Usare i dati già prodotti.** Il 62% delle UPS pratica il monitoraggio in modo consolidato, ma pochi trasformano quei dati in argomenti per i decisori.
- **Costruire scambi orizzontali tra UPS e UCW.** Le UPS hanno competenze sanitarie; le UCW hanno replicabilità (68% vs 58%) e scala crescente più rapida.
- **Rendere visibili le pratiche del Mezzogiorno.** Il 14% del campione contro il 34% della popolazione: non riflette mancanza di vitalità, ma difficoltà a rendersi visibili nei canali istituzionali.

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.



Fondazione
Compagnia
di San Paolo



CULTURAL
WELFARE
CENTER