

wellimp[act]

# Cultura, Salute, Ben-essere.

Dall'analisi degli enti  
e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

OTTOBRE 2024

Un progetto a cura di



Fondazione  
Compagnia  
di San Paolo



CULTURAL  
WELFARE  
CENTER

# Cultura, Salute, Ben-essere.

Dall'analisi degli enti  
e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

In questo documento sono presentati i risultati dell'indagine "Cultura, salute, ben-essere". La ricerca - voluta e sostenuta dalla Fondazione Compagnia di San Paolo (Obiettivo Cultura - Missione Favorire Partecipazione Attiva) - è stata realizzata da CCW - Cultural Welfare Center in collaborazione con DoRS Regione Piemonte - Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute e Osservatorio Culturale del Piemonte.

## **COMMISSIONE SCIENTIFICA**

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

## **COORDINAMENTO GRUPPO DI LAVORO**

Lucia Zanetta

## **GRUPPO DI LAVORO**

Vittoria Azzarita  
Martina Caroleo  
Simona Staffieri

## **GESTIONE SURVEY ONLINE**

Simone Seregni

## **SEGRETERIA SCIENTIFICA**

Elena Baldo

## **COMUNICAZIONE**

Francesca Taurino  
Federica De Leonardo



Un ringraziamento a tutte/i i/le partecipanti  
alle varie azioni previste dall'indagine  
per la disponibilità e per la preziosa collaborazione.

Un ringraziamento particolare a: Silvano Antonelli, Compagnia Teatrale Stilema; Lorenzo Barello, Fondazione Teatro Stabile Torino; Gimmy Basilotta, Compagnia il Melarancio; Enrico Eraldo Bertacchini, Dipartimento di Economia e Statistica Cognetti De Martiis dell'Università di Torino; Emiliano Bronzino, Fondazione Casa Teatro Ragazzi e Giovani; Antonio Camurri, Casa Paganini; Monica Cerutti, Dipartimento di informatica dell'Università di Torino, Associazione Cultura e Salute; Alda Cosola, Rete HPH, Piano Locale di Prevenzione ASL To3; Cecilia Cognigni, Biblioteche Civiche Torinesi; Mariateresa Dacquino, Centro Studi Cura e Comunità; Manuela Filippa, Department of Psychology and Educational Sciences dell'Università di Ginevra; Pino Fiumanò, Ospedale Mauriziano; Filippo Losito, Scuola Holden; Cristina Meini, Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica dell'Università del Piemonte Orientale; Matteo Negrin, Fondazione Piemonte dal Vivo; Alberto Rainoldi, Università di Torino; Alberto Taverna, ASL Città di Torino; Alessandra Venturini, Dipartimento di Economia e Statistica Cognetti De Martiis dell'Università di Torino.

# Sommario

<b>1. Introduzione</b>	<b>5</b>
<b>2. Una nuova sensibilità in Europa e in Italia</b>	<b>8</b>
<b>3. L'indagine 2024</b>	<b>12</b>
3.1 Sede legale e sede operativa	13
3.2 Forma giuridica	14
3.3 Anno di costituzione	15
3.4 Numero di collaboratori	16
3.5 Ambiti di attività	16
3.6 Attività delle organizzazioni operanti in ambito socio-assistenziale	17
3.7 Contesto operativo delle organizzazioni operanti in ambito sanitario	18
3.8 Contesto operativo delle organizzazioni operanti in ambito educativo	19
3.9 Contesto operativo delle organizzazioni operanti in ambito culturale	20
<b>4. Cultura e Salute: una visione d'insieme su programmi e progetti</b>	<b>21</b>
4.1 Le origini	22
4.2 La frequenza	22
4.3 Aspetti caratterizzanti dei progetti classificati sulla base del Progetto Strategico Well Impact di Fondazione Compagnia di San Paolo	23
4.4 Una descrizione delle aree di ricaduta dei progetti in riferimento alle categorie codificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità	24
4.5 Le sfide principali	25
4.6 Collaborazioni intersettoriali	26
<b>5. Programmi e progetti: tratti e caratteristiche</b>	<b>27</b>
5.1 Ambito culturale	28
5.2 Contesto	30
5.3 Le sfide	30
5.4 I beneficiari	32
5.5 Temi di Cultura e Salute	36
5.6 Anno di inizio, durata e intensità	37
5.7 Risorse umane, partneriati, finanziatori e budget	39
5.8 Caratteristiche territoriali	41
5.9 Monitoraggio, valutazione trasferibilità	41
<b>6. Alcune riflessioni in merito alle risultanze</b>	<b>42</b>
6.1 I progetti	43
6.2 Progetti core e progetti non-core: le differenze per tratti caratterizzanti	45
Considerazioni dal punto di vista della Sanità e della Salute	46
<b>7. Piste di futuro</b>	<b>48</b>

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

# 1. Introduzione.

# 1. Introduzione

Il presente rapporto raccoglie l'eredità della prima azione di ricerca nella macroregione del Nord Ovest (Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta), volta alla conoscenza dei soggetti con progetti attivi sulla relazione virtuosa tra Cultura e Salute, sviluppata nel 2020 nell'ambito del programma strategico pluriennale *Well Impact* promosso dalla Fondazione Compagnia di San Paolo.

Si è trattato in assoluto della prima analisi in Italia di un territorio su questo tema, che ha ispirato analoghi processi di lettura dello stato dell'arte - passo fondamentale per la costruzione di strategie - in altre regioni italiane.

L'indagine mirava a conoscere le caratteristiche organizzative dei soggetti e le professionalità in campo, al fine di comprendere potenzialità e possibili ostacoli allo sviluppo.

La generosa risposta dei partecipanti alla survey realizzata in un momento storico ad alta complessità, in piena pandemia (luglio-settembre 2020) ha portato all'emersione di un patrimonio di 247 soggetti e 2.821 progetti attivati negli ultimi dieci anni nell'intersezione tra Cultura e Salute, di cui 389 descritti in dettaglio.

Una massa critica di esperienze, saperi e pratiche, con profonde radici in stagioni di grande rinnovamento culturale e innovazione sociale che hanno interessato i territori in esame dagli anni Settanta fino ai primi anni Duemila, ma non erano mai state oggetto di una rappresentazione unitaria.

Di diversa intensità e solidità, oggi possono essere ricondotte alle evidenze scientifiche internazionali sull'impatto della partecipazione e dell'espressione culturale sulla Salute e configurano una risorsa di rilievo in considerazione della portata delle sfide di ben-essere acuite dalla pandemia, partendo da quello mentale, di tutta la popolazione, ai mutamenti demografici, al contrasto delle disuguaglianze.

I progetti sono stati classificati, secondo le indicazioni della Fondazione Compagnia di San Paolo, in quattro assi tematici di intervento:

- **Cultura e promozione della salute** (compresa la prevenzione primaria);
- **Cultura e medical humanities** (relazione di cura e formazione);
- **Cultura e interventi nei luoghi di cura;**
- **Ben-essere e Salute** attraverso le istituzioni culturali e al loro interno.

I dati della rilevazione del 2020 hanno nutrito il piano strategico della Fondazione Compagnia di San Paolo, che già dal 2017 aveva promosso una ricerca di Pier Luigi Sacco su questo tema. Nel quadriennio 2020 - 2023, la Fondazione ha realizzato il Cultural Wellbeing Lab (CWLAB), un laboratorio sperimentale per sviluppare progetti di welfare culturale nel nordovest, coinvolgendo diversi stakeholder e formando operatori, promuovendo così un approccio sistemico e innovativo nel campo della relazione fra cultura benessere e salute, in un'ottica di sistema.

Dalla prima analisi è emersa la necessità di un salto di scala superando la fase pionieristica dei progetti pilota, in primis con nuove competenze trasversali, dialogo intersettoriale, circolarità di informazioni.

CCW-Cultural Welfare Center, scelto dall'Ente come alleato strategico in tema, ha risposto sul versante delle competenze con la creazione di CCW School, che, dal 2021 ha coinvolto oltre 3.000 professionisti in percorsi formativi in osmosi tra settori - tra cui il primo Master Cultura e Salute, accompagnati da un intenso piano di advocacy, divulgazione di ricerche internazionali, volto a sollecitare il dibattito e ad accompagnare i decisori nel disegno di nuove strategie.

La consapevolezza delle potenzialità trasformative della Cultura come risorsa Salute è nel quinquennio profondamente mutata in ogni settore, dal mondo della Cultura stesso, a quello della Sanità, dell'Educazione e del Sociale, a fronte dell'acuirsi delle priorità di Salute pubblica, individuale e collettiva, dell'incertezza esplosa con la sindemia, la crisi climatica e i conflitti e nel contempo grazie alle opportunità di ridisegno di ogni sistema, favorite dallo sviluppo della ricerca scientifica, nonché dagli indirizzi politici europei e dagli investimenti PNRR.

Nuovi attori sono entrati in campo dal 2020, con rinnovata energia progettuale. Si affacciano interventi di nuova generazione che mutano di segno nella ricerca di collaborazioni intersettoriali durature; si fa strada la consapevolezza della necessità della valutazione degli impatti a fronte di sfide sociali complesse, dinamiche, multisettoriali che impongono nuove risposte.

## 1. INTRODUZIONE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

L'evoluzione in fieri ha reso evidente alla Fondazione la necessità di una nuova indagine per comprendere la portata del cambiamento in atto e immaginare le condizioni abilitanti allo sviluppo.

Il percorso di ricerca è stato svolto da **CCW-Cultural Welfare Center con i partner scientifici DoRS - Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte e Osservatorio Culturale del Piemonte.**

I lavori della survey sono stati condotti da un gruppo multidisciplinare, con la direzione scientifica di Annalisa Cicerchia, Giuseppe Costa, Luca Dal Pozzolo e Catterina Seia - soci CCW-Cultural Welfare Center - in collaborazione Claudio Tortone per DoRS-Centro di documentazione per la promozione della Salute Regione Piemonte, in dialogo con Pier Luigi Sacco - UniChieti e Pescara.

Le descrizioni dei progetti e delle sfide emerse dalla survey confluiranno nel 2025 in una piattaforma pubblica, in una cartografia dinamica che intende evolversi nel tempo, base per una comunità che ricerca e che può individuare opportunità di cooperazione. Il servizio verrà realizzato con il Dipartimento di Informatica di UniTO attraverso FirstLife, un sistema che, oltre ai compiti di database, ha funzione di network sociale, di strumento di dialogo tra le entità.

2.

# Una nuova sensibilità in Europa e in Italia.

## 2. Una nuova sensibilità in Europa e in Italia

Il crescente riconoscimento del potenziale degli interventi artistici e culturali per la Salute e il ben-essere si riflette sempre più nelle politiche culturali europee. Questo cambiamento di paradigma rappresenta un'importante evoluzione nel modo in cui la Cultura viene percepita e valorizzata a livello istituzionale, passando da un ruolo essenzialmente ricreativo a elemento chiave per il ben-essere sociale e la salute pubblica.

La Nuova Agenda Europea per la Cultura, adottata nel 2018, segna un punto di svolta significativo in questo processo. Il documento riconosce esplicitamente il ruolo della Cultura nella promozione della Salute e del ben-essere, sottolineando l'importanza di favorire la ricerca interdisciplinare sull'impatto della partecipazione culturale sulla Salute e di sviluppare politiche basate sull'evidenza in questo ambito (Commissione Europea, 2018). Questo riconoscimento a livello europeo ha fornito un importante impulso per lo sviluppo di iniziative nazionali e locali in tutta l'Unione Europea. Un esempio concreto di come questa visione si stia traducendo in azione è il progetto "Culture for Health", un'azione preparatoria per le politiche, finanziata dall'Unione Europea, che ha mirato ad esplorare il potenziale della cultura per il ben-essere e la salute dei cittadini europei (Culture Action Europe, 2021).

Il Work Plan for Culture 2023-2026 amplia ulteriormente la prospettiva, lanciando un tavolo di Metodo Aperto di Coordinamento (OMC) dedicato all'esplorazione dei legami tra Cultura e Salute, con un focus particolare sulla salute mentale (Consiglio dell'Unione Europea, 2022): si tratta di un passo particolarmente significativo verso l'integrazione del welfare culturale nelle politiche sanitarie europee. Il gruppo OMC ha il compito di mappare le iniziative esistenti che collegano Cultura e Salute in tutta l'UE, identificare le migliori pratiche e i modelli di intervento più promettenti, sviluppare linee guida per l'implementazione di programmi di welfare culturale a livello nazionale e locale e proporre strategie per l'integrazione degli interventi artistici e culturali nei sistemi sanitari nazionali.

Il lancio della nuova EIT-KIC (Knowledge and Innovation Community) Cultura & Creatività nel 2023 offre ulteriori opportunità per l'avanzamento di questo ambito di sperimentazione. La KIC mira a promuovere l'innovazione e l'imprenditorialità nel settore culturale e creativo, includendo tra le sue priorità lo sviluppo di soluzioni innovative per le sfide sociali, tra le quali la Salute (EIT, 2023): ciò potrebbe fornire una piattaforma ideale per la sperimentazione e la scalabilità di interventi artistici per la Salute e il ben-essere. La KIC Cultura & Creatività si propone, tra le sue priorità, di stimolare la ricerca interdisciplinare all'intersezione tra Cultura, creatività e Salute; facilitare la collaborazione tra artisti, professionisti della Salute e ricercatori; supportare lo sviluppo di start-up e imprese innovative nel campo del welfare culturale e promuovere la formazione di nuove figure professionali che integrino competenze artistiche, sanitarie e imprenditoriali.

Tuttavia, la realizzazione del pieno potenziale del welfare culturale richiederà una visione veramente interdisciplinare e la formazione di nuove figure professionali. Allo stesso tempo, sarà cruciale mantenere un approccio di open innovation, che permetta la rapida diffusione e adattamento delle migliori pratiche. Alcune università europee stanno già muovendosi in questa direzione. Ad esempio, l'Università delle Scienze Applicate di Turku in Finlandia ha lanciato un programma di master in "Creative Well-being" che forma professionisti capaci di operare all'intersezione tra arte, Salute e politiche sociali (<https://www.tuas.fi/en/research-and-development/research-groups/arts-health-and-well-being/>).

Nonostante questi sviluppi promettenti, ci sono ancora sfide significative da affrontare per l'integrazione piena del welfare culturale nelle politiche europee.

## 2. UNA NUOVA SENSIBILITÀ IN EUROPA E IN ITALIA

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Di seguito un sintetico elenco:

1. **Frammentazione delle competenze:** le politiche culturali e sanitarie sono gestite da dipartimenti e ministeri separati, rendendo difficile un approccio integrato.
2. **Diversità dei sistemi sanitari:** i diversi modelli di assistenza sanitaria in Europa possono rendere complessa l'implementazione coordinata di programmi di welfare culturale.
3. **Barriere linguistiche e culturali:** la diversità linguistica e culturale in Europa può rappresentare una sfida per la condivisione di buone pratiche e la scalabilità degli interventi.
4. **Resistenza al cambiamento:** alcuni settori potrebbero essere resistenti all'integrazione di approcci "non convenzionali" nei sistemi sanitari tradizionali.
5. **Necessità di evidenze robuste:** nonostante la crescente mole di studi, bisogna ancora promuovere molte nuove sperimentazioni di qualità su larga scala e a lungo termine per convincere pienamente i policy makers dell'efficacia del welfare culturale.

Per superare queste sfide, saranno necessarie azioni su più fronti:

1. **Rafforzamento della ricerca,** finanziando studi longitudinali e trial clinici randomizzati per raccogliere dati sempre più significativi sull'efficacia degli interventi di welfare culturale.
2. **Sviluppo di linee guida** per l'implementazione di policy e programmi di welfare culturale, adattabili ai diversi contesti nazionali.
3. **Formazione interdisciplinare,** promuovendo programmi di formazione che integrino competenze artistiche, sanitarie, sociali e di policy making.
4. **Sensibilizzazione** attraverso campagne di comunicazione pubblica che aumentino la consapevolezza del potenziale del welfare culturale presso la cittadinanza e i professionisti sanitari.
5. **Incentivi finanziari** specifici per progetti di welfare culturale a livello europeo e nazionale.

L'integrazione del welfare culturale nelle politiche europee è uno degli scenari più promettenti della futura agenda europea, che riflette un cambiamento paradigmatico nella comprensione del ruolo della Cultura nella società, riconoscendola come una risorsa fondamentale per la Salute e il ben-essere dei cittadini. Mentre ci sono ancora sfide da superare, l'attuale, crescente interesse verso questi temi offre un'opportunità unica per ripensare il rapporto tra Cultura, Salute e politiche pubbliche in Europa. Il contributo dell'arte e della Cultura ad una politica sanitaria più olistica, socio-economicamente sostenibile e centrata sulla persona è una possibilità concreta, che può e deve essere tradotta in un cambio di paradigma che faccia dell'Europa il leader mondiale dell'innovazione in questo campo.

Anche in Italia negli ultimi cinque anni si osserva un notevole impulso nelle iniziative di welfare culturale in molte regioni, anche se purtroppo, non esiste a tutt'oggi un censimento nazionale di queste realtà.

Un contributo in questa direzione, che meriterebbe di essere ripreso, è il *repository* costituito dal citato progetto europeo Culture for Health (2021-2023), che comprende circa 700 progetti auto presentati. Di questi, il 10% sono italiani, ma il numero, certamente troppo basso e non rappresentativo della molteplicità delle esperienze, risente del fatto che la segnalazione dei casi era su base volontaria e che la comunicazione era in inglese. Questo ha sicuramente scoraggiato molti soggetti italiani che avrebbero potuto segnalarsi e soprattutto ha prodotto un collo di bottiglia che ha pesantemente filtrato la richiesta di segnalazioni, impedendo di raggiungere tutti i potenziali interessati.

## 2. UNA NUOVA SENSIBILITÀ IN EUROPA E IN ITALIA

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Nonostante questa sottorappresentazione, si rileva, e non da oggi, una dinamica pluriennale nei diversi territori della penisola nella direzione del welfare culturale particolarmente intensa in alcune regioni, oltre a quelle del Nord Ovest oggetto della nostra indagine, come Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, anche se limitatamente a Roma. Ci sono, inoltre, segnali decisi e iniziative in Sardegna e Puglia. Molto, però, resta sommerso, e caratterizzato da gran parte delle sfide già declinate per la descrizione a livello europeo: frammentazione delle competenze e pulviscolarità delle iniziative, differenze regionali, resistenza al cambiamento, specie nel rapporto tra diversi settori di competenza come sanità, assistenza, cultura, istruzione, ecc., necessità di approcci metodologicamente robusti e in grado di produrre evidenze scientifiche all'altezza dei sistemi di valutazione in uso presso il sistema sanitario.

Soprattutto in riferimento a questo ultimo punto potrebbe essere un valore strutturare a livello nazionale un luogo fisico e digitale dove raccogliere, stratificare e organizzare le diverse esperienze rendendole aperte ed accessibili a chi opera in ambiti simili, aiutando gli operatori ad approfittare delle acquisizioni precedenti e rompendo quella solitudine degli sperimentatori, molto spesso dovuta a una non conoscenza delle esperienze già esistenti.

Data la complessità delle tematiche e delle tecniche di valutazione la costruzione di un osservatorio nazionale che includa al suo interno le competenze di carattere sanitario, assistenziale sociale e culturale, sarebbe a questo punto molto opportuna per accelerare una messe abbondante di buone pratiche e di casistiche valutabili.

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

# 3. L'indagine 2024.

## 3. L'indagine 2024

La rilevazione 2024 della ricerca Cultura e Salute si è svolta dal 14 marzo al 20 maggio attraverso la somministrazione di un questionario digitale auto compilato, inviato ai 247 soggetti già coinvolti nella edizione del 2020, all'indirizzario CCW-Cultural Welfare Center, ai quali si sono aggiunte le risposte di enti e organizzazioni raggiunti attraverso i social network, newsletter mirate. Ha coinvolto soggetti operanti nella macroregione del Nord Ovest: Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta.

Il questionario (il cui testo completo è riportato in appendice) mira a raccogliere alcuni elementi essenziali sulle organizzazioni che svolgono attività nel campo della Cultura e Salute e ad approfondire le caratteristiche dei loro progetti.

**Hanno risposto validamente al questionario 174 soggetti, che hanno in questo modo fornito informazioni su 298 progetti.** Dal momento che il questionario chiedeva di segnalare solamente le attività principali, o ritenute più significative (tre sviluppate negli ultimi 5 anni), è ragionevole presumere che il numero complessivo di progetti di Cultura e Salute sia superiore. Una ipotesi prudente porta a stimare in un 10% in più i progetti, calcolando quelli non riportati nei questionari, che porterebbe alla cifra di 330, ma non sarebbe nemmeno insostenibile pensare a una realtà superiore del 20%, quindi di 360 progetti circa.

I risultati dei quali qui si dà conto, si incentrano sulla elaborazione del questionario, ma includono le attività di ricerca dispiegate per strutturare la metodologia di lavoro, ovvero interviste in profondità con esperti di settore, focus group, analisi qualitative che non solo eccedono il portato specifico dei questionari, ma ne illuminano l'interpretazione e aiutano a proporre linee guida per l'intervento futuro.

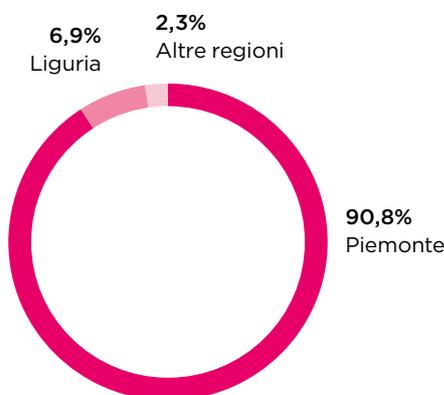
### 3.1 Sede legale e sede operativa

**La maggior parte delle organizzazioni rispondenti (153, l'87,9%) ha sede legale in Piemonte, di cui una quota significativa nel comune di Torino (76, il 43,7%).** Quote minoritarie sono state rilevate nel Lazio, in Sardegna, in Valle d'Aosta e in Veneto, dove si osserva un solo rispondente con sede legale in ciascuna regione. Quanto alle sedi operative, il 90,8% delle organizzazioni indica il Piemonte, il 6,9% la Liguria e il 2,9% la Lombardia.

**TABELLA 1. SOGGETTI RISPONDENTI PER SEDE LEGALE E SEDE OPERATIVA (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)**

Regione	Sede legale		Sede operativa	
	Frequenza	Percentuale	Frequenza	Percentuale
Piemonte	153	87,9%	158	90,8%
Liguria	12	6,9%	12	6,9%
Lombardia	5	2,9%	2	1,1%
Lazio	1	0,6%	-	-
Sardegna	1	0,6%	-	-
Valle d'Aosta	1	0,6%	1	0,6%
Veneto	1	0,6%	1	0,6%
<b>Totale</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>

GRAFICO 1. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ENTI RISPONDENTI PER REGIONE DELLA SEDE OPERATIVA



## 3.2 Forma giuridica

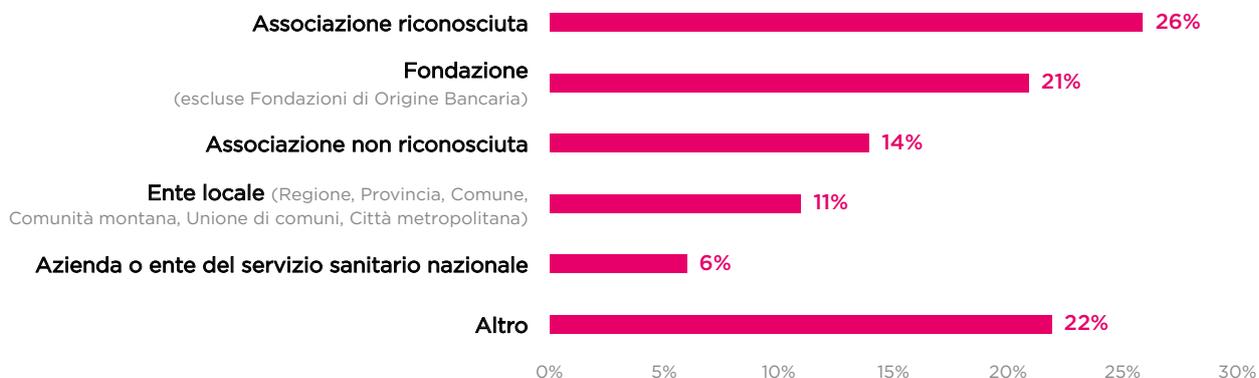
Fra le numerose tipologie di forma giuridica che caratterizzano il sistema indagato dalla rilevazione, si nota una prevedibile dispersione, nella quale, tuttavia, si riconosce una **netta prevalenza del Terzo Settore**: mostrano, infatti, una maggiore frequenza le associazioni riconosciute (25,9%), le Fondazioni (20,7%), le associazioni non riconosciute (14,4%).

Gli Enti pubblici - enti locali e aziende o enti del Sistema Sanitario Nazionale - rappresentano il 17% dei rispondenti, mentre le altre tipologie (ad es. cooperative e imprese sociali, consorzi e liberi professionisti) si attestano attorno al 12%. Poco rappresentati i comitati, gli istituti o enti di ricerca nonché le società di capitali.

TABELLA 2. SOGGETTI RISPONDENTI PER FORMA GIURIDICA (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Forma giuridica	Frequenza	Percentuale
Associazione riconosciuta	45	25,9%
Fondazione (escluse Fondazioni di Origine Bancaria)	36	20,7%
Associazione non riconosciuta	25	14,4%
Altro	21	12,1%
Ente locale (Regione, Provincia, Comune, Comunità montana, Unione di comuni, Città metropolitana)	19	10,9%
Azienda o ente del servizio sanitario nazionale	11	6,3%
Società cooperative	6	3,4%
Università pubblica	6	3,4%
Comitato	3	1,7%
Istituto o ente pubblico di ricerca	1	0,6%
Società di capitali	1	0,6%
<b>Totale</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>

GRAFICO 2. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI RISPONDENTI ALL'INDAGINE PER NATURA GIURIDICA

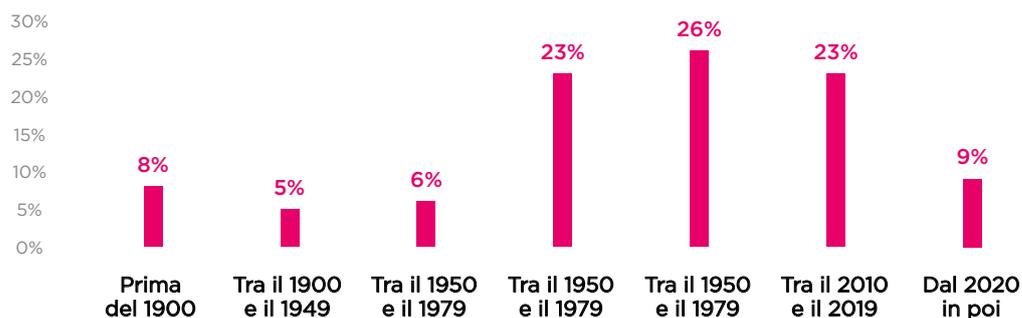


### 3.3 Anno di costituzione

Quasi la metà dei rispondenti riporta una data di costituzione compresa fra il 1980 e il 2009 (48,9%). **Tra il 2010 e il 2023 sono nate il 32% delle organizzazioni che hanno risposto al questionario.**

Da notare che 22 soggetti (il 13% circa) vantano origini molto remote nel tempo e in particolare 14 vantano momenti costitutivi anteriori al 1900, ma occorre tener presente che tra i rispondenti compaiono i Comuni.

GRAFICO 3. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI SOGGETTI RISPONDENTI ALL'INDAGINE PER ANNO DI COSTITUZIONE



### 3.4 Numero di collaboratori

La **dimensione media, in termini di numero di collaboratori** (intesi nel loro insieme, cioè includendo dipendenti a tempo indeterminato o determinato, collaborazioni coordinate e continuative, collaborazioni a progetto, collaborazioni a P.IVA, ecc.) delle organizzazioni che hanno risposto al questionario, **è per la maggior parte** (circa il 49%) **piccola**, ovvero tra 10 e 49, e **piccolissima** (da 0 a 9) per oltre un quarto di esse. Poco più di un quarto, invece, conta su di uno staff tra 50 e oltre 250 unità. La distribuzione in classi che ne risulta è riportata nella Tavola 3.

TABELLA 3. NUMERO DI COLLABORATORI

Classe numero collaboratori	Frequenza	Percentuale
0-9 collaboratori	45	25,9%
10-49 collaboratori	85	48,9%
50-249 collaboratori	28	16,1%
250 collaboratori e più	16	9,2%
<b>Totale</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>

### 3.5 Ambiti di attività

Alle organizzazioni è stato chiesto di indicare l'ambito o gli ambiti prevalenti della loro attività. **Più di 6 soggetti su 10 tra quelli coinvolti dalla ricerca affermano di essere attivi in più ambiti**, a testimonianza - forse - della diffusione di un **approccio** sempre più **multisettoriale**.

TABELLA 4. SOGGETTI RISPONDENTI PER NUMERO DI AMBITI IN CUI SONO OPERATIVI (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Classe numero collaboratori	Frequenza	Percentuale
Quattro ambiti	12	6,9%
Tre ambiti	32	18,4%
Due ambiti	66	37,9%
Solo Culturale	41	23,6%
Solo Sanitario	10	5,7%
Solo Socioassistenziale	5	2,9%
Solo Educativo	4	2,3%

In particolare, si **evidenzia come il settore culturale prevalga sia tra coloro che hanno indicato solo 1 ambito (24% del totale) sia tra coloro che operano in più settori**. A livello complessivo, il **77% dei soggetti ha indicato l'ambito culturale**, seguito dall'**educativo**, scelto dal **59%** dei rispondenti, poi il **socioassistenziale**, con **28,7%** e quindi il **sanitario (28,2%)**. L'ambito "altro", in cui era possibile riportare ulteriori descrizioni tra quelle proposte è stato selezionato da 29 rispondenti (7,9%).

La distribuzione congiunta degli ambiti selezionati mostra che il 23% dei rispondenti si riconoscono contemporaneamente nell'ambito culturale e educativo; l'8,6% contemporaneamente nell'ambito socioassistenziale, educativo e culturale; il 6,3% contemporaneamente nell'ambito sanitario, culturale e educativo.

Se si considerano le dimensioni del numero di collaboratori e dell'anno di fondazione delle organizzazioni appartenenti ai diversi ambiti, si osserva che tra le organizzazioni che si identificano nell'ambito culturale prevalgono (87,9%) quelle costituite prima del 1979 e con il minor numero collaboratori (86,7%).

I soggetti di ambito sanitario sono in prevalenza (45,5%) i più recenti per anno di costituzione e con la classe di collaboratori più alta (250 e più) (56,3%); quelli che hanno indicato l'ambito socio-assistenziale sono stati costituiti in prevalenza tra il 1980 e il 1999 (47,5%) e hanno in media un numero di collaboratori elevato, e cioè compreso nella classe "50-249" (35,7%); infine, quelli operanti in ambito educativo sono in prevalenza (67,5%) stati costituite tra il 1980 e il 1999 e si situano per il 71,4% nella classe "50-249" collaboratori.

### 3.6 Attività delle organizzazioni operanti in ambito socio-assistenziale

Alle 50 organizzazioni che hanno indicato tra i propri ambiti principali quello socio-assistenziale è stata proposta una lista di funzioni e attività tra cui indicare quelle praticate. La tavola che segue riporta la distribuzione delle frequenze assolute e percentuali al quesito<sup>1</sup>.

**TABELLA 5. FUNZIONI O ATTIVITÀ PROGETTATE O REALIZZATE DAI SOGGETTI RISPONDENTI CHE HANNO SELEZIONATO L'AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)**

Funzioni o attività	Frequenza	Percentuale
Socio-educativa	32	64,0%
Socio-sanitaria	26	52,0%
Educativo-psicologica	25	50,0%
Funzione tutelare (osservazione sociale, accompagnamento sociale, supporto all'autonomia)	18	36,0%
Accoglienza	13	26,0%
Accoglienza abitativa	7	14,0%

Il 64% dei soggetti rispondenti dell'ambito socio-assistenziale ha indicato la funzione socio-educativa; il 52% la funzione socio-sanitaria e il 50% quella educativo psicologica (50%). Anche in questo caso, i rispondenti potevano indicare più di una funzione. Le funzioni core (socio-educativa, socio-sanitaria, educativo-psicologica) assorbono la parte largamente maggioritaria delle scelte da parte dei rispondenti. Di un certo peso anche la funzione tutelare, più bassi invece quelli delle funzioni dell'accoglienza e dell'accoglienza abitativa.

1. Il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

### 3.7 Contesto operativo delle organizzazioni operanti in ambito sanitario

Alle 49 organizzazioni che hanno indicato tra i propri ambiti principali quello sanitario è stata proposta una lista di contesti tra cui indicare quello o quelli delle proprie attività. La tavola che segue riporta la distribuzione delle frequenze.

**TABELLA 6. CONTESTI IN CUI I SOGGETTI RISPONDENTI CHE HANNO SELEZIONATO L'AMBITO SANITARIO SVOLGONO LA PROPRIA ATTIVITÀ** (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)<sup>2</sup>

Contesti	Frequenza	Percentuale
Ospedale	23	46,9%
Formazione	19	38,8%
Dipartimento di Salute Mentale	15	30,6%
Servizio di Promozione della Salute	14	28,6%
Assistenza Primaria Territoriale (specificare se Casa della Salute, Casa della Comunità, Consultorio Familiare, Consultorio/Spazio Giovani, ecc.)	13	26,5%
Dipartimento Materno-Infantile	12	24,5%
Altro	11	22,4%
Dipartimento di Prevenzione	8	16,3%
Servizio di Psicologia	5	10,2%
Dipartimento di Continuità Assistenziale	4	8,2%
Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze	1	2,0%

Circa la metà dei rispondenti dell'ambito sanitario ha indicato tra i contesti di riferimento l'ospedale, il 38,8% la formazione e il 30,6% il Dipartimento di salute mentale.

2. Anche in questo caso, il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

### 3.8 Contesto operativo delle organizzazioni operanti in ambito educativo

Anche alle 102 organizzazioni che hanno indicato tra i propri ambiti principali quello educativo è stata proposta una lista di contesti tra cui indicarne uno o più di uno entro il quale o i quali esse svolgono le loro attività. La tavola che segue riporta la distribuzione delle frequenze.

**TABELLA 7. CONTESTI IN CUI I SOGGETTI RISPONDENTI CHE HANNO SELEZIONATO L'AMBITO EDUCATIVO SVOLGONO LA PROPRIA ATTIVITÀ (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)<sup>3</sup>**

Contesti	Frequenza	Percentuale
Scuola primaria	55	53,9%
Scuola secondaria (primo e secondo grado)	52	51,0%
Comunità	51	50,0%
Scuola dell'infanzia	47	46,1%
Formazione universitaria/Alta formazione	42	41,2%
Formazione permanente	37	36,3%
Altro	26	25,5%
Educazione degli adulti (ad esempio scuole serali, scuole di italiano per stranieri, ecc.)	25	24,5%

Il 53% dei rispondenti dell'ambito educativo svolgono le proprie attività all'interno della scuola primaria, il 51% nella scuola secondaria (primo e secondo grado). Una quota più bassa di rispondenti dell'ambito educativo opera nelle scuole serali o nelle scuole per stranieri.

3. Anche in questo caso, il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

### 3.9 Contesto operativo delle organizzazioni operanti in ambito culturale

Come per le altre, anche alle 135 organizzazioni che hanno indicato tra i propri ambiti principali quello culturale è stata proposta una lista di contesti tra cui indicare quelli prevalenti nella loro attività. La tavola 8 riporta la distribuzione delle frequenze.

**TABELLA 8. CONTESTI IN CUI I SOGGETTI RISPONDENTI CHE HANNO SELEZIONATO L'AMBITO CULTURALE SVOLGONO LA PROPRIA ATTIVITÀ** (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)<sup>4</sup>

Contesti	Frequenza	Percentuale
Musei, biblioteche, archivi, ecc.	80	59,3%
Teatro, danza, musica, festival, eventi, ecc. (spettacolo dal vivo)	67	49,6%
Multidisciplinare (centri culturali, spazi di partecipazione, ecc.)	66	48,9%
Comunicazione	32	23,7%
Pittura, scultura, ecc. (Arti visive e plastiche)	23	17%
Audiovisivo	20	14,8%
Editoria e stampa	18	13,3%
Altro	13	9,6%
Architettura e design	12	8,9%
Videogiochi e software	4	3%

Circa il 60% delle organizzazioni dell'ambito culturale svolge le attività all'interno di musei, biblioteche, o archivi. Molto frequente anche l'indicazione dei teatri e degli spazi multidisciplinari. Il fatto che i luoghi della cultura siano sempre più spesso teatri di progetti riguardanti la salute e il welfare indica la penetrazione di queste pratiche e la loro diffusione recente in sedi solo poco anni fa considerate come rigidamente dedicate alle attività caratteristiche proprie.

4. Anche in questo caso, il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

4.

# Cultura e Salute: una visione d'insieme su programmi e progetti.

## 4. Cultura e Salute: una visione d'insieme su programmi e progetti

### 4.1 Le origini

La maggior parte delle organizzazioni e degli enti che hanno partecipato alla ricerca ha sviluppato i primi programmi e progetti di Cultura e Salute (71,3%) negli ultimi 15 anni. Già nell'indagine del 2020, d'altronde, era stata messa in luce l'onda lunga dell'interesse per le connessioni tra Cultura e Salute, dapprima in condizioni di sperimentaltà, via via sempre più presente all'interno delle attività quotidiane da parte di un insieme di operatori del mondo culturale e sanitario. Il segnale di un diffuso interesse, seguito da un investimento concreto, per questa nuova frontiera di innovazione sociale e promozione della salute è riconoscibile nella quota significativa di organizzazioni che ha manifestato un impegno in tempi molto recenti: **il 33,9% dei rispondenti ha, infatti, avviato i primi progetti negli ultimi 5 anni.**

D'altro canto, 50 organizzazioni rispondenti (28,7%) hanno iniziato a lavorare su programmi e progetti di Cultura e Salute prima del 2009, tra queste 17 (il 9,8%) hanno avviato i primi programmi in tempi più lontani, ovvero tra il 1950 e il 1999.

**TABELLA 9. SOGGETTI RISPONDENTI PER ANNO DI INIZIO DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE**  
(VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Anno	Frequenza	Percentuale
Prima del 1999	16	9,2%
Tra il 1999 e il 2004	15	8,6%
Tra il 2005 e il 2009	19	10,9%
Tra il 2010 e il 2014	25	14,4%
Tra il 2015 e il 2019	40	23,0%
Dal 2020 in poi	59	33,9%

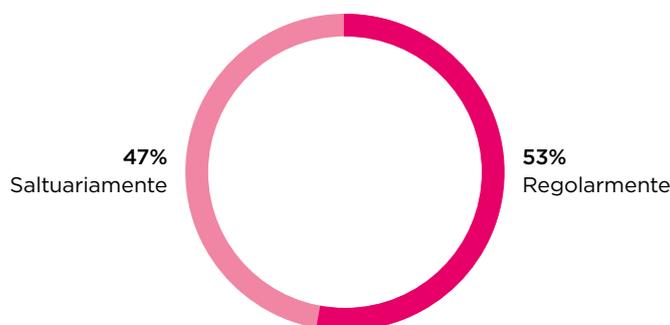
### 4.2 La frequenza

Poco più della metà, cioè il 53,4% delle organizzazioni si occupa regolarmente di programmi e progetti di Cultura e Salute. Ciò significa che per lo svolgimento di tali programmi o progetti viene destinata una quota non occasionale dei budget di riferimento. Per i restanti rispondenti (46,6%) l'impegno è saltuario e per lo svolgimento dei programmi o progetti di Cultura e Salute viene impiegata una quota minoritaria delle risorse di cui dispone l'Organizzazione. Si tenga comunque conto delle dimensioni relativamente modeste in termini di budget della maggioranza delle iniziative. Queste risultanze, insieme alla prevalente piccola dimensione del personale impiegato, non può non far pensare a criticità nell'affrontare il tema della continuità, nel passaggio dalla sperimentazione all'attività strutturata nel tempo e alla dimensione del servizio, fattori indispensabili per la generazione di impatti significativi, dato il rilascio non immediato degli effetti positivi della maggior parte delle iniziative, come più avanti sottolineato nei paragrafi conclusivi e nelle linee guida che chiudono questo testo.

#### 4. CULTURA E SALUTE: UNA VISIONE D'INSIEME SU PROGRAMMI E PROGETTI

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

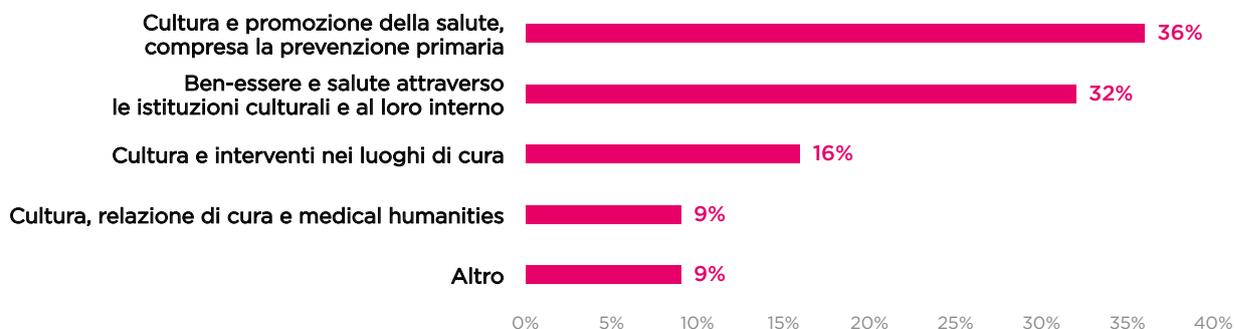
**GRAFICO 4. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI SOGGETTI RISPONDENTI PER FREQUENZA CON CUI OCCUPA DI PROGRAMMI E PROGETTI DI CULTURA E SALUTE (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)**



### 4.3 Aspetti caratterizzanti dei progetti classificati sulla base del Progetto Strategico Well Impact di Fondazione Compagnia di San Paolo

Considerando i temi identificati da Fondazione Compagnia di San Paolo nell'ambito del progetto strategico Well Impact, si rileva che **per il 35,6% dei rispondenti, i programmi e i progetti di Cultura e Salute sono riconducibili al tema della Cultura per la Promozione della Salute**, che comprende anche la prevenzione primaria. Per il **31,6%** delle organizzazioni che hanno preso parte alla rilevazione, le attività sono riconducibili al tema del **Ben-essere e della Salute attraverso le istituzioni culturali** e al loro interno (percorsi di diversa tipologia e natura di ben-essere e cura realizzati nei luoghi della cultura e integrati nella programmazione delle istituzioni culturali). Una quota del **15,5%** si dedica al tema **Cultura e interventi nei luoghi di cura**. Infine, per l'**8,6%** prevale il tema **Cultura, relazione di cura e medical humanities**. Si tratta di esperienze culturali e artistiche per migliorare la qualità della relazione di cura tra personale medico e paziente o con i *caregiver*. Il restante 8,6% indica altro: Cultura e ben-essere interculturale e intergenerazionale, arte e ben-essere in natura, in luoghi culturali, organizzazione di mostre di arte e ben-essere, ben-essere di comunità e progetti di arte relazionale che prevedono la cura di sé, delle relazioni e dell'ambiente.

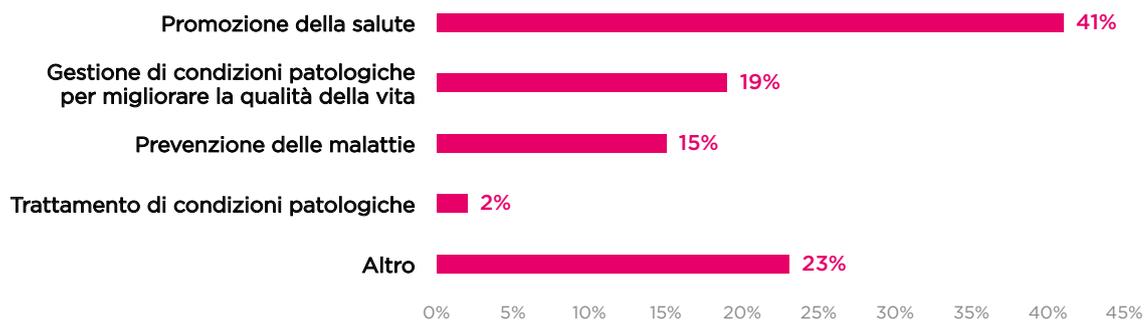
**GRAFICO 5. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI RISPONDENTI PER AMBITO WELL IMPACT A CUI SONO RICONDUCIBILI I PROGRAMMI E I PROGETTI DI CULTURA E SALUTE SVILUPPATI**



## 4.4 Una descrizione delle aree di ricaduta dei progetti in riferimento alle categorie codificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha codificato le principali categorie di ricaduta delle azioni di Cultura e Salute, distinguendo la **Promozione della Salute** (ad esempio, promozione di stili di vita salutari, contrasto dei pregiudizi legati a determinate condizioni di salute, ecc.), la **Prevenzione delle malattie** (ad esempio, incremento del ben-essere fisico e mentale, gestione dell'ansia e dello stress, riduzione del rischio di decadimento cognitivo, ecc.), la **Gestione di condizioni patologiche** per migliorare la qualità della vita (ad esempio, aiutare le persone con disagio mentale, migliorare le cure per pazienti ospedalizzati, persone sottoposte a interventi chirurgici e procedure invasive, ecc.), e il **Trattamento di condizioni patologiche** (ad esempio, contribuire al trattamento di malattie croniche degenerative, inclusi cancro, malattie respiratorie, diabete e malattie cardiovascolari). L'orientamento verso queste aree di ricaduta, che in molti casi non prevede un solo indirizzo, sarà descritto a partire dall'analisi dei progetti ma si anticipa in questa sezione che la maggior parte dei soggetti (il 41%) afferma che la tematica che a cui sono riconducibili i programmi e i progetti di Cultura e Salute sviluppati è quella della promozione della salute.

**GRAFICO 6. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI RISPONDENTI PER AREA DI RICADUTA, COSÌ COME DEFINITA DALL'OMS, DEI PROGRAMMI E I PROGETTI**



## 4.5 Le sfide principali

Alle organizzazioni è stato chiesto di indicare una o più sfide alle quali la loro azione intende rispondere<sup>5</sup>. Il **62,1% dei rispondenti mette al centro delle sfide il ben-essere della popolazione**. A questo tema, fa seguito Inclusione ed empowerment (57,5%) e Supporto alla genitorialità e prima infanzia (44,3%). Riconosce invece il supporto alle cure di fine vita come possibile sfida dei programmi e dei progetti realizzati solo una quota minima dei rispondenti (4,6%).

Nella tavola seguente vengono riportate le frequenze delle modalità selezionate.

**TABELLA 10. SFIDE AFFRONTATE DAI PROGRAMMI E PROGETTI DI CULTURA E SALUTE SVILUPPATI**

(VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

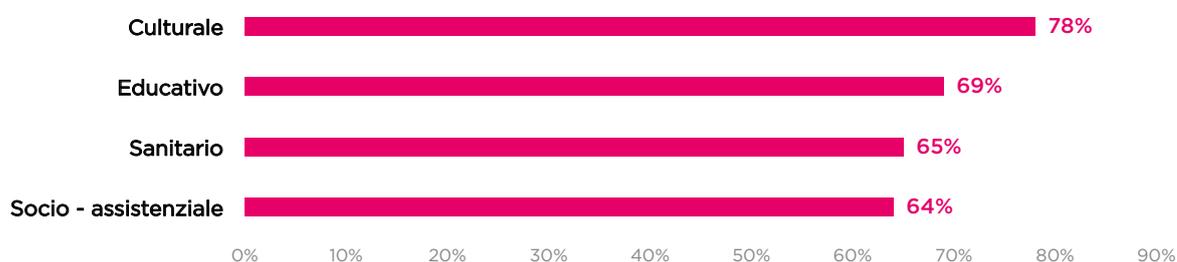
Sfide	Frequenza	Percentuale
Ben-essere della popolazione	108	62,1%
Inclusione ed empowerment	100	57,5%
Supporto alla genitorialità e prima infanzia	77	44,3%
Invecchiamento sano	61	35,1%
Ben-essere dei pazienti	57	32,8%
Ben-essere e stili di vita salutari a scuola/università	50	28,7%
Umanizzazione dei luoghi di cura	49	28,2%
Contrasto alla violenza di genere	43	24,7%
Ben-essere dei curanti (compresi i caregiver non professionali)	41	23,6%
Salute mentale di persone con disturbi/patologie psichiatriche	40	23,0%
Contrasto alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi per la salute	36	20,7%
Ben-essere mentale di migranti, rifugiati, persone vittime di tratta	32	18,4%
Ben-essere e stili di vita salutari nei luoghi di lavoro	29	16,7%
Gestione delle cronicità	20	11,5%
Altro	13	7,5%
Supporto alle cure di fine vita	8	4,6%

5. Il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

## 4.6 Collaborazioni intersettoriali

L'83,9% delle organizzazioni svolge la propria attività in collaborazione con soggetti che operano in ambiti diverso dal proprio. In media, ogni organizzazione collabora con altre circa 20 organizzazioni o enti. Le combinazioni più frequenti degli ambiti in relazione alle collaborazioni li comprendono tutti: socio assistenziale, sanitario, culturale e educativo (31,5%), seguite da educativo e culturale (10,3%) e socio-assistenziale, educativo e culturale (9,6%).

**GRAFICO 7. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI RISPONDENTI PER AMBITO IN CUI OPERANO GLI ENTI CON CUI SI ATTIVANO COLLABORAZIONI PER I PROGETTI «CULTURA E SALUTE»**



5.  
Programmi  
e progetti: tratti  
e caratteristiche.

## 5. Programmi e progetti: tratti e caratteristiche

### 5.1 Ambito culturale

Le discipline artistiche e culturali che vengono ingaggiate dai progetti di Cultura e Salute sono prevalentemente: multidisciplinare (31,5%), lettura (21,8%), teatro (19,8%), musica (17,4%) e mostre e musei (17,4%). L'offerta culturale è ricca e comprende danza, scrittura, arti digitali, canto, e altro ancora. Nella tavola 11 è disponibile l'elenco completo, con le relative frequenze.

**TABELLA 11. AMBITI CULTURALI DEI PROGETTI<sup>6</sup>** (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

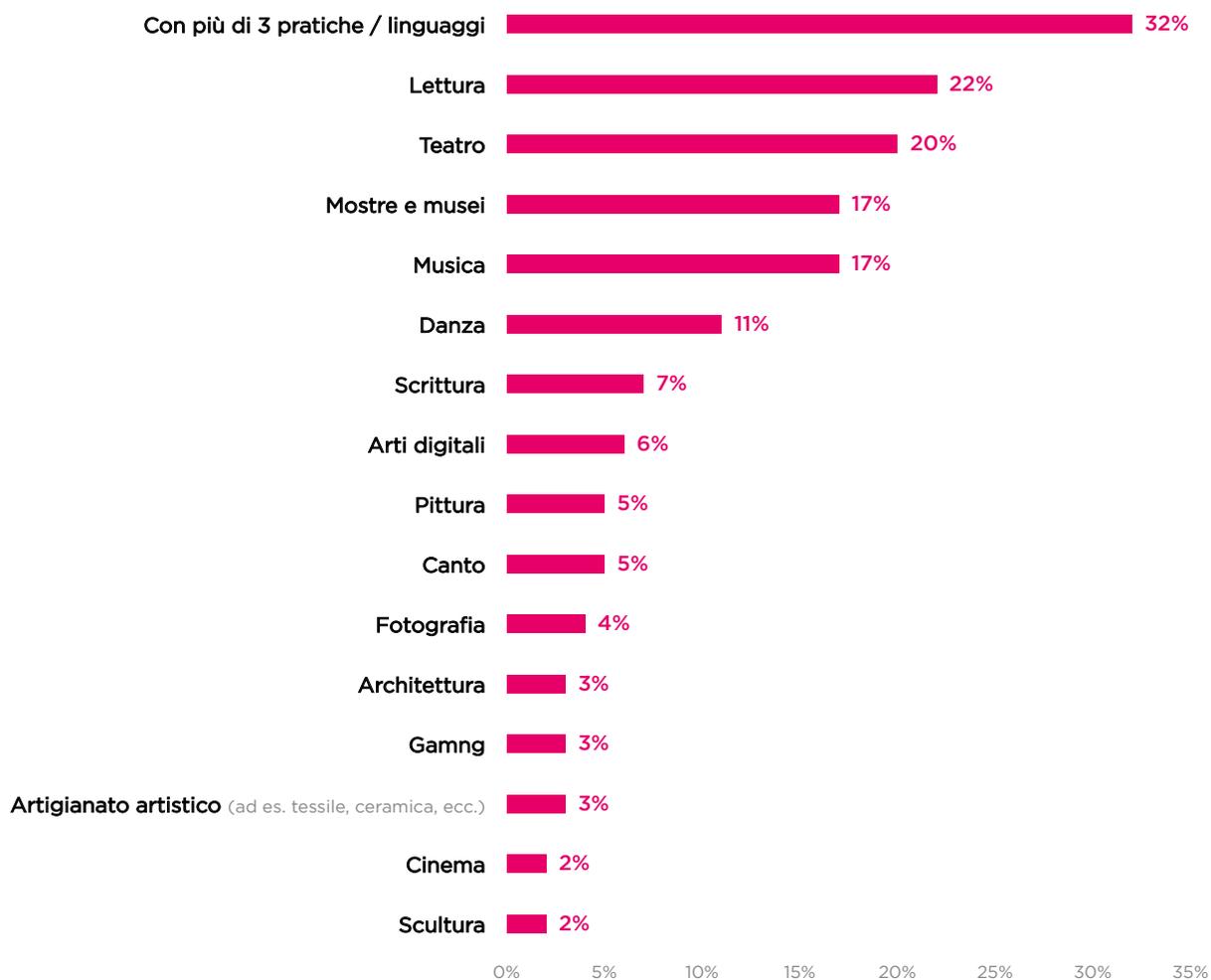
Disciplina	Frequenza	Percentuale
Multidisciplinare (con più di 3 pratiche/linguaggi)	94	31,5%
Altro	65	21,8%
Lettura	64	21,5%
Teatro	59	19,8%
Musica	52	17,4%
Mostre e musei	52	17,4%
Danza	32	10,7%
Scrittura	22	7,4%
Arti digitali	17	5,7%
Canto	16	5,4%
Pittura	16	5,4%
Fotografia	13	4,4%
Artigianato artistico (ad es. tessile, ceramica, ecc.)	8	2,7%
Gaming	8	2,7%
Architettura	8	2,7%
Cinema	7	2,3%
Scultura	6	2,0%

6. Il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

5. PROGRAMMI E PROGETTI:  
TRATTI E CARATTERISTICHE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

**GRAFICO 8. DISTRIBUZIONE DEI PROGETTI CULTURA E SALUTE PER LINGUAGGI/PRATICHE CULTURALI PREVISTE**  
(VALORI PERCENTUALI)



## 5.2 Contesto

I contesti entro i quali si svolgono o si sono svolti in prevalenza i progetti sono numerosi. Si osserva una prevalenza negli ospedali (24,2%), nei musei (23,5%), nelle scuole (20,5%), all'interno delle biblioteche (18,8%), e nelle aree urbane (17,1%). Con frequenza minore, le attività sono anche state realizzate nei centri culturali (15,1%), nei teatri (12,8%) e nei centri di aggregazione civica (7,4%).

TABELLA 12. CONTESTI IN CUI SI SVOLGONO O SI SONO SVOLTI I PROGETTI<sup>7</sup> (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Contesto	Frequenza	Percentuale
Ospedale	72	24,2%
Museo	70	23,5%
Scuola	61	20,5%
Biblioteca	56	18,8
Area urbana (quartiere, parco pubblico, etc.)	51	17,1%
Altro	49	16,4%
Centro culturale	45	15,1%
Teatro	38	12,8%
Centro di aggregazione civica	22	7,4%
Centro residenziale socioassistenziale e sanitario	17	5,2%
Centro diurno socioassistenziale e sanitario	14	4,7%
Casa del Quartiere	12	4,0%
Centro di protagonismo giovanile	12	4,0%

## 5.3 Le sfide

Presi nel loro insieme, i progetti censiti indicano un coinvolgimento particolarmente intenso nella risposta a sfide relative a valori e determinanti "trasversali" che caratterizzano i processi di Salute come Ben-essere della popolazione (42,3%), Inclusione ed empowerment (41,6%), Supporto alla genitorialità e prima infanzia (28,5%), Ben-essere dei pazienti (22,5%); in misura minore, Ben-essere e stili di vita salutari a scuola/università (16,1%). Nel complesso, ricorrono come meno intensità le sfide orientate a gruppi di popolazione, come ad esempio quelle connesse alla genitorialità, ai pazienti e ai minori.

GRAFICO 9. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE PER SFIDE AFFRONTATE



6. Il quesito prevedeva la possibilità di indicare più risposte.

5. PROGRAMMI E PROGETTI:  
TRATTI E CARATTERISTICHE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Per una lettura integrata delle sfide associate ai progetti e degli ambiti selezionati dalle organizzazioni la Tavola successiva propone la distribuzione percentuale delle sfide progettuali a seconda dell'ambito cui fa riferimento l'organizzazione, da cui emergono punti di attenzione differenti:

- la metà circa dei progetti presentati dalle organizzazioni di ambito culturale sono orientati a rispondere alla sfida dell'**Inclusione ed empowerment** (46,4% vs 41,6%) e del **Ben-essere della popolazione** (45,9% vs 42,3%);
- le organizzazioni attive in ambito socioassistenziale oltre alla dimensione dell'**inclusione ed empowerment** (40,2% vs 41,6%), prediligono sfide legate al **supporto alla genitorialità e prima infanzia** (29,9% vs 28,5%) e a **specifici target** di popolazione;
- tra le organizzazioni afferenti all'**ambito sanitario** si riscontra una maggior attenzione nei progetti per le sfide legate al **Ben-essere dei pazienti** (27,2% vs 22,5%) e all'**umanizzazione dei luoghi di cura** (24,3% vs 15,1%);
- le organizzazioni legate all'**ambito educativo** associano più frequentemente ai propri progetti sfide legate all'**inclusione e l'empowerment** (48,4% vs 41,6%) e un'attenzione superiore alla media per ciò che attiene il **Supporto alla genitorialità e alla prima infanzia** (30,4% vs 28,5%) e il **Ben-essere e stili di vita salutari a scuola/Università** (18,4% vs 16,1%).

**TABELLA 13. SFIDE PER AMBITO A CUI FA RIFERIMENTO L'ORGANIZZAZIONE** (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)

Sfide	Culturale	Educativo	Socio assistenziale	Sanitario	Totale
Ben-essere della popolazione	45.9	40.8	29.9	34.0	<b>42,3</b>
Inclusione ed empowerment	46.4	48.4	40.2	32.0	<b>41,6</b>
Supporto alla genitorialità e prima infanzia	28.8	30.4	29.9	26.2	<b>28,5</b>
Ben-essere dei pazienti	22.3	23.4	23.0	27.2	<b>22,5</b>
Ben-essere e stili di vita salutari a scuola/università	14.2	19.0	18.4	14.6	<b>16,1</b>
Invecchiamento sano	15.9	13.6	14.9	12.6	<b>15,4</b>
Umanizzazione dei luoghi di cura	14.2	14.7	13.8	24.3	<b>15,1</b>
Salute mentale di persone con disturbi/patologie psichiatriche	12.4	14.1	21.8	18.4	<b>12,4</b>
Ben-essere dei curanti (compresi i caregiver non professionali)	8.6	7.1	13.8	16.5	<b>11,1</b>
Contrasto alle disuguaglianze nell'accesso alle risorse per la salute	8.2	8.7	11.5	13.6	<b>8,4</b>
Contrasto alla violenza di genere	8.2	9.2	9.2	6.8	<b>8,4</b>
Altro	7.3	5.4	5.7	3.9	<b>6,7</b>
Ben-essere e stili di vita salutari nei luoghi di lavoro	4.7	3.3	6.9	8.7	<b>4,4</b>
Gestione delle cronicità	3.4	4.9	5.7	7.8	<b>4,0</b>
Ben-essere mentale di migranti, rifugiati, persone vittime di tratta	2.6	1.1	0.0	1.0	<b>2,3</b>
Supporto alle cure di fine vita	0.9	1.1	1.1	3.9	<b>1,3</b>

Da notare come il **supporto alla genitorialità si configuri come un elemento presente con intensità più o meno simile in tutti gli ambiti considerati**, diversamente da quanto accade per le altre sfide.

I progetti che affrontano la **sfida legata al Ben-essere della popolazione si associano più frequentemente (48,2%) a un budget complessivo medio-alto** (tra 40.001 € e 100.000 €), così come i progetti che affrontano la sfida di **Inclusione ed empowerment (50%) e di Supporto alla genitorialità e prima infanzia (39,3%)**.

## 5.4 I beneficiari

In media, un progetto di quelli censiti ha coinvolto 2.156 beneficiari diretti e 9.720 indiretti. I valori variano tuttavia a seconda della età dei beneficiari, come evidenziato dalla tabella successiva e mettono insieme necessariamente rilevazioni numeriche accurate e stime di partecipazione.

**TABELLA 14. NUMERO MEDIO DI BENEFICIARI DEI PROGETTI PER FASCIA DI ETÀ**

Fascia di età	Beneficiari diretti	Beneficiari indiretti
Infanzia (0-6 anni)	7.603	16.144
Bambini/e (7 - 13 anni)	790	1.099
Adolescenti (14 - 19 anni)	843	1.513
Giovani (20 - 34 anni)	1.044	8.910
Adulti (35 - 64 anni)	688	1.445
Anziani (65 anni e oltre)	494	410
<b>Numero medio beneficiari per ogni progetto</b>	<b>2.156</b>	<b>9.720</b>

La differenza nella distribuzione dei beneficiari dipende anche del gruppo sociale di appartenenza.

**TABELLA 15. NUMERO MEDIO DI BENEFICIARI DEI PROGETTI PER TIPOLOGIA DI BENEFICIARIO**

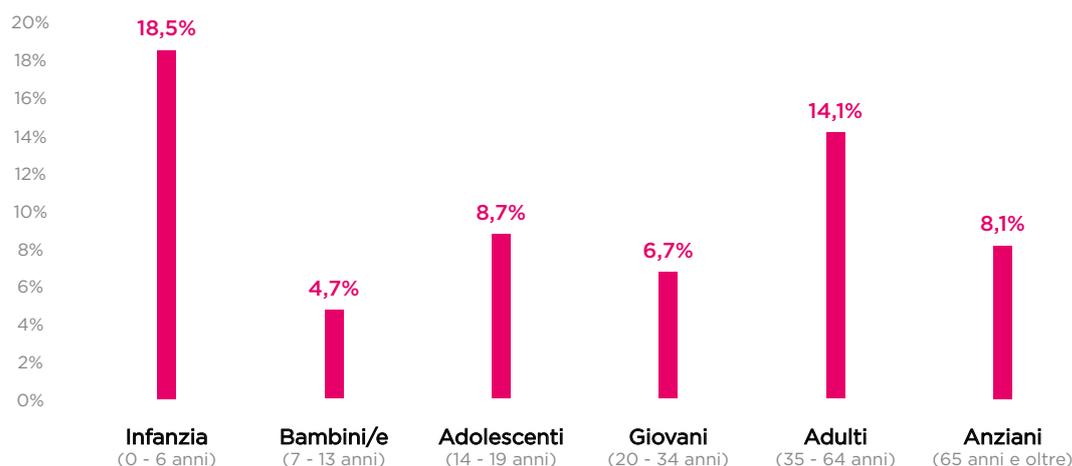
Tipologia di beneficiario	Beneficiari diretti	Beneficiari indiretti
Famiglie con bambini 0-6 anni	5.672	11.660
Personale medico o operatori socio-sanitari	2.213	36.964
Caregiver professionali o non professionali	1.550	34.394
Persone con patologie	1.221	27.025
Persone con disabilità	1.001	1.065
Programma / progetto aperto a tutta la popolazione	973	2.694
Anziani autosufficienti	818	1.184
Minori stranieri non accompagnati	362	367
Migranti e stranieri	258	442
Anziani non autosufficienti	202	120
<b>Numero medio beneficiari per ogni progetto</b>	<b>2.156</b>	<b>9.720</b>

## 5. PROGRAMMI E PROGETTI: TRATTI E CARATTERISTICHE

**Cultura, Salute, Ben-essere.**  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Complessivamente, i progetti descritti dalle organizzazioni che hanno preso parte all'indagine si rivolgono, in modo abbastanza distribuito, alle differenti fasce d'età, senza particolari polarizzazioni, eccetto una particolare attenzione per l'infanzia, con la fascia d'età 0-6 anni considerata in poco meno di 2 progetti su 10.

**GRAFICO 10. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE PER FASCIA D'ETÀ DEI BENEFICIARI**



Nella tavola 16 sono indicate le distribuzioni dei progetti per fascia di età dei beneficiari, declinate anche per ambito di appartenenza delle organizzazioni.

**TABELLA 16. FASCIA DI ETÀ DEI BENEFICIARI DEI PROGETTI PER AMBITO DI APPARTENENZA DELLE ORGANIZZAZIONI (VALORI PERCENTUALI)**

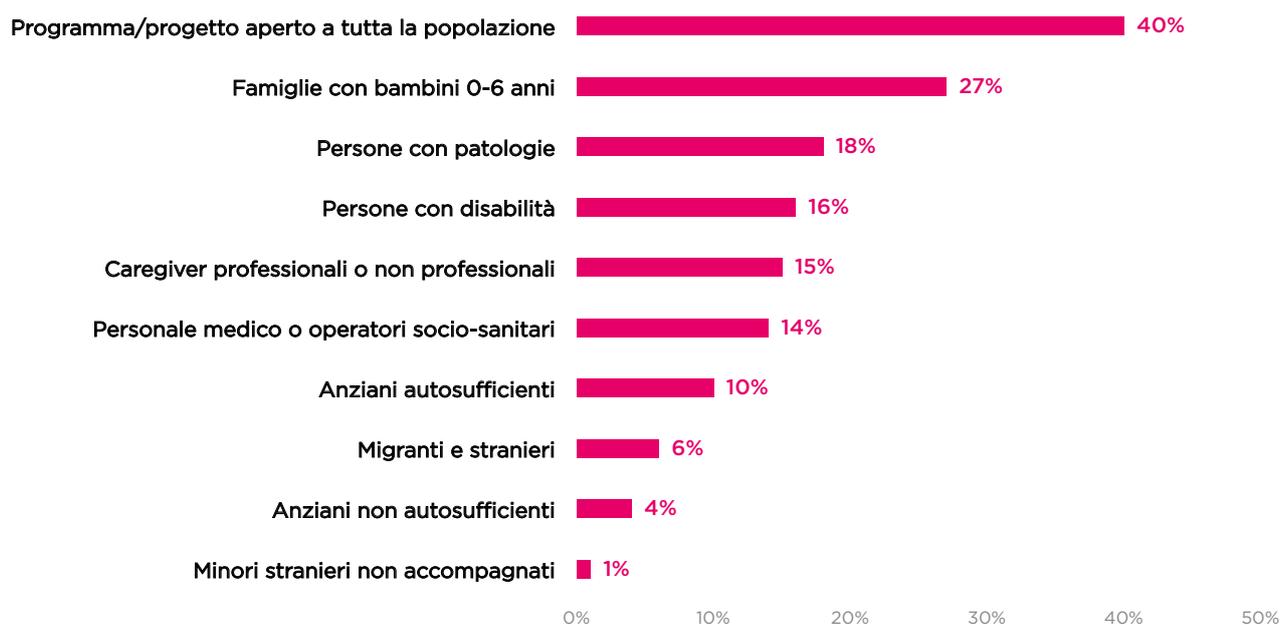
Fascia di età	Culturale	Educativo	Socio-assistenziale	Sanitario	Totale
Infanzia (0 - 6 anni)	17.6	18.5	16.1	19.4	<b>18.5</b>
Adulti (35 - 64 anni)	11.6	13.0	11.5	14.6	<b>14,1</b>
Adolescenti (14 - 19 anni)	7.7	8.2	8.0	13.6	<b>8.7</b>
Anziani (65 anni e oltre)	8.2	6.0	8.0	7.8	<b>8.1</b>
Giovani (20 - 34 anni)	8.2	7.6	5.7	1.0	<b>6.7</b>
Bambini/e (7 - 13 anni)	4.7	7.1	8.0	5.8	<b>4.7</b>

5. PROGRAMMI E PROGETTI:  
TRATTI E CARATTERISTICHE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Le organizzazioni che si riconoscono nell'ambito sanitario sembrano dedicare un'attenzione alla prima infanzia e agli adolescenti in misura maggiore rispetto alle altre. Gli anziani, per contro, appaiono poco citati dagli interventi di tutti i tipi di organizzazioni. **La maggior parte dei progetti sono aperti a tutta la popolazione**, senza individuare, quindi, un gruppo target specifico.

GRAFICO 11. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE PER GRUPPI



Nella Tavola che segue sono descritti i gruppi sociali che i diversi progetti intendono sostenere.

TABELLA 17. TIPOLOGIA DI BENEFICIARIO DEI PROGETTI PER AMBITO DI APPARTENENZA DELLE ORGANIZZAZIONI

Tipologia di beneficiario	Culturale	Educativo	Socio assistenziale	Sanitario	Totale
Programma/progetto aperto a tutta la popolazione	42.1	41.8	37.9	35.0	40.3
Altro	22.7	22.3	21.8	20.4	20.8
Famiglie con bambini 0-6 anni	27.5	29.9	25.3	26.2	27.5
Persone con patologie	17.2	18.5	25.3	23.3	18.5
Persone con disabilità	15.9	15.8	20.7	14.6	15.8
Caregiver professionali o non professionali	14.2	13.0	19.5	19.4	15.4
Personale medico o operatori socio-sanitari	14.6	13.6	13.8	23.3	14.4
Anziani autosufficienti	10.3	7.6	12.6	6.8	10.1
Migranti e stranieri	5.6	8.2	5.7	3.9	6.0
Anziani non autosufficienti	4.7	3.3	6.9	2.9	4.0
Minori stranieri non accompagnati	1.3	1.6	2.3	1.9	1.0

5. PROGRAMMI E PROGETTI:  
TRATTI E CARATTERISTICHE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Le relazioni che si instaurano con i beneficiari sono di diverso tipo e di diverso stile.

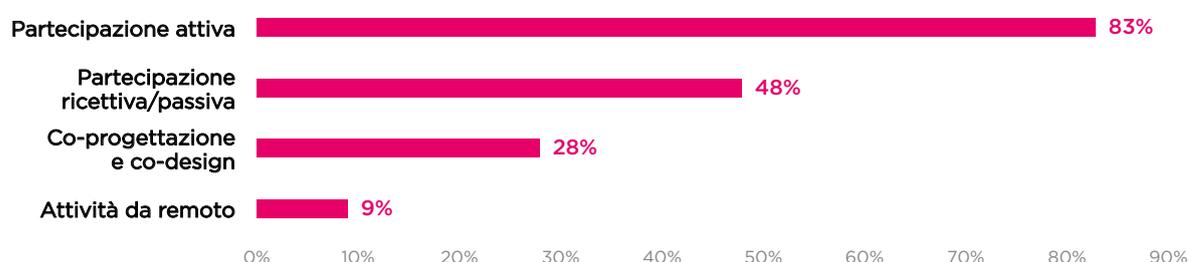
La metà dei progetti prevede una sola modalità di coinvolgimento e in generale prevale la partecipazione attiva; si segnalano però alcune differenze che sono evidenziate nella tavola successiva in cui si mettono in relazione i beneficiari con le modalità del loro coinvolgimento previsto dai progetti che li riguardano.

TABELLA 18. TIPOLOGIA DI BENEFICIARIO DEI PROGETTI E MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO

Tipologia di beneficiario	Partecipazione attiva	Partecipazione ricettiva/passiva	Co-progettazione e co-design	Attività da remoto
Programma/progetto aperto a tutta la popolazione	41.3	45.5	48.8	42.3
Famiglie con bambini 0-6 anni	27.1	35.7	15.9	26.9
Personale medico o operatori socio-sanitari	13.8	16.8	24.4	23.1
Persone con disabilità	17.0	16.1	24.4	19.2
Persone con patologie	19.8	17.5	18.3	19.2
Caregiver professionali o non professionali	15.4	14.7	25.6	19.2
Anziani autosufficienti	10.1	9.8	9.8	7.7
Anziani non autosufficienti	4.0	4.2	4.9	3.8
Minori stranieri non accompagnati	0.8	0.7	1.2	0.0
Migranti e stranieri	5.7	4.2	6.1	0.0

Quando la tipologia di beneficiario è la famiglia con bambine e bambini di 0-6 anni la modalità di coinvolgimento più comune è la partecipazione ricettiva/passiva. All'opposto, per i programmi e i progetti aperti a tutta la popolazione e quelli destinati alle persone con disabilità, la modalità maggiormente utilizzata di coinvolgimento dei beneficiari sono la co- progettazione e il co-design; per i programmi pensati per le persone con patologie si preferisce una modalità di coinvolgimento attiva. In generale, **più di 8 progetti su 10 prevedono come modalità di coinvolgimento la partecipazione attiva**, la metà quella ricettiva-passiva, mentre sono meno diffusi il co-design (meno di 3 su 10) e le attività online (meno di 1 su 10). Inoltre, i progetti si dividono a metà tra quelli che prevedono una sola modalità di coinvolgimento e quelli che, invece, includono più modalità.

GRAFICO 12. TIPOLOGIE DI COINVOLGIMENTO DEI BENEFICIARI

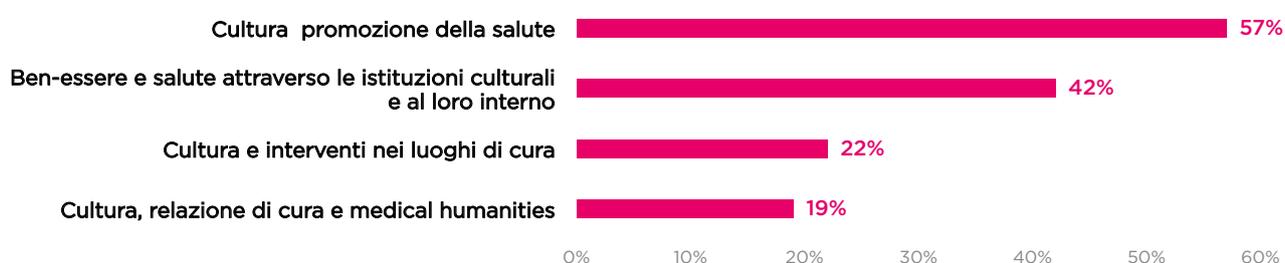


Quanto alle modalità secondo le quali i beneficiari sono stati informati del programma/progetto o hanno deciso di aderire all'iniziativa, il 42.6 % dei progetti riporta il referral, o indirizzamento, formale (un professionista che opera nel settore socio-sanitario - ad esempio il medico di base, il pediatra, il medico geriatra, ecc. - consiglia la partecipazione), il 37.2% il referral informale (la partecipazione è stata consigliata da amici, parenti, ecc.), il 51 % una partecipazione per scelta di propria iniziativa), il 35.2% un *referral* culturale (l'invito è fatto da qualcuno che opera nel settore culturale) e infine il 79.2% cita attività di comunicazione e promozione da parte dell'Organizzazione/Ente organizzatore.

## 5.5 Temi di Cultura e Salute

Così come abbiamo per le organizzazioni, nella sezione ad essi dedicata, è stato rilevato anche l'orientamento dei progetti in relazione ai sotto-ambiti previsti dal Programma Strategico Well Impact di Fondazione Compagnia di San Paolo. È bene sottolineare che solo il 5% dei progetti sia stato descritto in relazione a un unico ambito/setting specifico e che il 63%, invece, sia stato associato a 3 ambiti. Nel complesso, **risultano più frequenti i progetti legati al setting cultura e setting comunità rispetto a quelli associati al setting luoghi di cura**. Nella larga maggioranza dei casi (il 57%), i progetti fanno riferimento a Cultura e promozione della Salute, che, come si è visto, include la prevenzione primaria. Subito dopo, con il 41%, ci sono i progetti che perseguono obiettivi di ben-essere e Salute attraverso le istituzioni culturali e al loro interno.

GRAFICO 13. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI PER AMBITO PRINCIPALE A CUI SONO RICONDUCIBILI

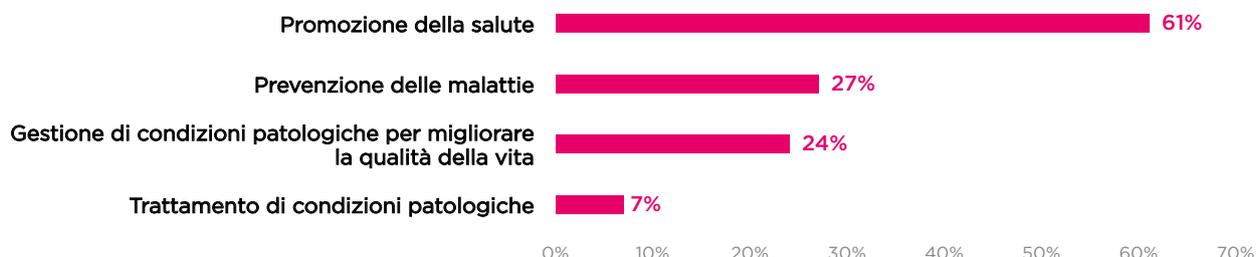


Una lettura per ambiti primari dell'organizzazione permette di osservare una diversa distribuzione:

- **per le organizzazioni di ambito sanitario**, il sotto ambito Cultura e promozione della Salute raggiunge una diffusione ancor più massiccia (68%), seguito, ma a distanza, da Cultura e interventi nei luoghi di cura (33%);
- **per i soggetti di natura educativa**, il sotto ambito Cultura e promozione della Salute raggiunge il 63% dei progetti, seguito da ben-essere e Salute attraverso le istituzioni culturali e al loro interno, con il 41,8%;
- **tra le organizzazioni socio-assistenziali** Cultura e promozione della Salute, compresa la prevenzione primaria ispira il 63,2% dei progetti, mentre ben-essere e Salute attraverso le istituzioni culturali e al loro interno si ferma al 36,8%;
- **i progetti delle organizzazioni culturali** che afferiscono al sotto ambito Cultura e promozione della Salute pur maggioritari, non superano il 54,5%; quelli che operano per ben-essere e Salute attraverso le istituzioni culturali e al loro interno hanno un peso quasi equivalente (48,9%).

Quanto alle **tematiche principali indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità**, la **larga maggioranza dei progetti (61,4%) si associa alla Promozione della Salute** (ad esempio promozione di stili di vita salutari, contrasto dei pregiudizi legati a determinate condizioni di salute, ecc.). Seguono, ma con intensità decisamente inferiore, (26,5%), quelli per la Prevenzione delle malattie (ad esempio incremento del ben-essere fisico e mentale, gestione dell'ansia e dello stress, riduzione del rischio di decadimento cognitivo, ecc.). Leggermente al di sotto, al 24,2%, ci sono i progetti di Gestione di condizioni patologiche per migliorare la qualità della vita, ad esempio, aiuto alle persone con disagio mentale, miglioramento delle cure per pazienti ospedalizzati, persone sottoposte a interventi chirurgici e procedure invasive, ecc. Sono pochi, solo il 7%, i progetti che si occupano di Trattamento di condizioni patologiche (ad esempio contribuire al trattamento di malattie croniche degenerative, inclusi cancro, malattie respiratorie, diabete e malattie cardiovascolari).

**GRAFICO 14. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI PER TEMATICA PRINCIPALE (OMS) A CUI SONO RICONDUCEBILI**



Lo stesso ordine di frequenza si osserva tra le organizzazioni di ambito culturale ed educativo.

Tra le organizzazioni dell'ambito socio-assistenziale, invece, se la tematica della Promozione della Salute mantiene il primo posto, al 65,5%, al secondo si trova la Gestione di condizioni patologiche per migliorare la qualità della vita (32,2%), al terzo la Prevenzione delle malattie (18,4%) e infine il Trattamento di condizioni patologiche (13,8%). Per le organizzazioni di ambito sanitario, la graduatoria delle tematiche principali vede la Promozione della Salute al primo posto, con il 64,1% dei progetti, seguita dai progetti per la Gestione di condizioni patologiche per migliorare la qualità della vita (41,7%), quindi da quelli di Prevenzione delle malattie (28,2% e infine da quelli per il Trattamento di condizioni patologiche (14,6%).

## 5.6 Anno di inizio, durata e intensità

Il 73,8% dei progetti risulta in corso al momento della chiusura della rilevazione. La distribuzione per anno di inizio dei progetti è riportata nella tavola 19.

**TABELLA 19. ANNO DI INIZIO ATTIVITÀ DEI PROGETTI (VALORI ASSOLUTI E PERCENTUALI)**

Anno di inizio attività	Frequenza	Percentuale
2023	73	24,5%
2022	43	14,4%
Prima del 2014	37	12,4%
2021	35	11,7%
2020	31	10,4%
2024	22	7,4%
2019	14	4,7%
2017	13	4,4%
2018	12	4,0%
2015	9	3,0%
2016	6	2,0%
2014	3	1,0%
<b>Totale</b>	<b>298</b>	<b>100,0%</b>

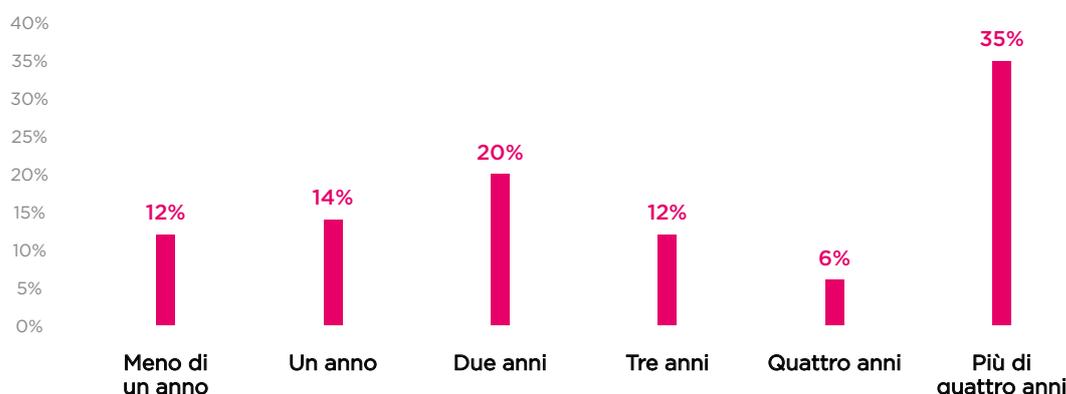
## 5. PROGRAMMI E PROGETTI: TRATTI E CARATTERISTICHE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

Il 58,1% dei progetti descritti dalle organizzazioni ha iniziato le attività dopo il 2022 e la durata prevista è medio-lunga: il 41%, infatti, si estende per 4 anni e più. L'estensione temporale ampia delle iniziative è un aspetto fondamentale, considerando che gli impatti multidimensionali non si esauriscono in progetti di breve tempo, ma necessitano di tempi adeguati.

A proporre programmi e progetti maggiormente estesi temporalmente sono le organizzazioni dell'ambito socio-sanitario. Il 20,1% dei progetti descritti dura due anni e in prevalenza tale durata è riconducibile a organizzazioni di ambito educativo (21,2%). Il 14,1% dei progetti ha una durata di un anno, il 12,4% ha una durata inferiore all'anno e un altro 12,4% ha una durata di tre anni; il restante 6,4% dei progetti ha una durata superiore ai quattro anni.

**GRAFICO 15. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE» PER DURATA**

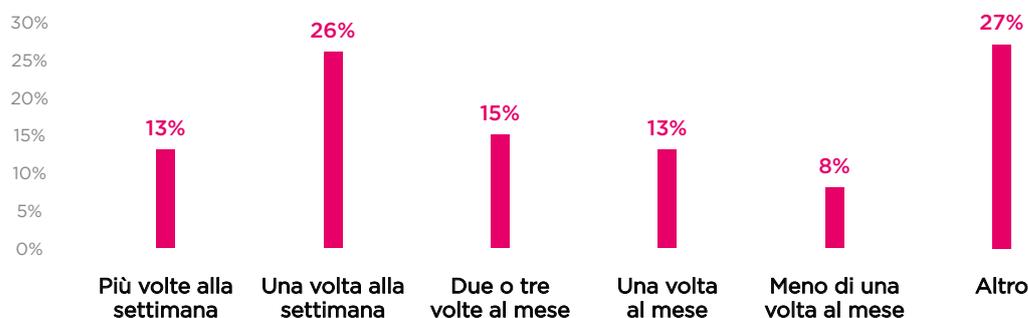


Variazioni nella durata media si notano anche a seconda della dimensione (per numero di operatori coinvolti) delle organizzazioni. Com'è prevedibile, i progetti con durata superiore ai quattro anni sono riconducibili ad organizzazioni con il numero medio di operatori più alto. Per i progetti con durata superiore ai quattro anni si osserva una quota maggiore tra quelli con budget compreso tra i 15.001 € e 40.000 € (42%).

I progetti che durano quattro anni presentano come tipologia di beneficiario prevalentemente le famiglie con bambini (0-6 anni) (42,1%).

Quanto alla frequenza e all'intensità delle iniziative, prevale la categoria "Una volta alla settimana" (25,2%) seguita da "Due o tre volte al mese" (14,4%), seguita da "Più volte alla settimana" (12,8%), seguita da "Una volta al mese" (12,4%) e infine "Meno di una volta al mese" (7,7%).

**GRAFICO 16. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE PER FREQUENZA CON CUI I BENEFICIARI PARTECIPANO ALLE ATTIVITÀ ARTISTICHE E CULTURALI**



In generale, quindi, il 54% dei progetti prevede una frequenza settimanale delle iniziative, aspetto fondamentale considerando che una frequenza delle pratiche culturali intensa può facilitare il cambiamento e il miglioramento del ben-essere e avere effetti sulla salute.

## 5.7 Risorse umane, partneriati, finanziatori e budget

Il numero di operatori coinvolti nel complesso dei progetti è di 8.433 che dà luogo a una media per progetto di 28 operatori dei quali 10 interni all'organizzazione e 18 collaboratori esterni. Si rimarca qui l'importanza delle collaborazioni esterne nella gestione operativa dei progetti.

La dimensione relativa al totale degli operatori varia se si considera l'ambito primario di appartenenza dell'organizzazione: il valore tipo dell'ambito sanitario è 32, dell'ambito culturale è 30, dell'educativo è 26 e del socio-assistenziale è pari a 20.

L'82,9% delle risorse umane ha seguito una formazione specifica. Anche in questo caso, gli ambiti delle organizzazioni sono associati a valori diversi: per l'ambito socio-assistenziale la quota è 79,3%, per le organizzazioni di ambito sanitario 83,5%, per l'ambito educativo 82,1% e infine per l'ambito culturale 85%.

**Il 78,2% dei progetti è il frutto di una collaborazione con più partner e il 21,8% è invece stato interamente realizzato dal soggetto rispondente da solo.**

Queste proporzioni variano, pur mantenendo la propensione generale, nei diversi ambiti di intervento: infatti, si nota una maggiore incidenza di partenariati nelle organizzazioni dell'ambito culturale, dove si raggiunge il 79,4% e una più bassa della media nelle organizzazioni dell'ambito educativo, sanitario e socio-assistenziale, dove ci si ferma rispettivamente al 76,6%, al 71,8% e al 71,3%.

**Quanto alla natura dei finanziatori dei progetti, il 27,9% indica uno o più soggetti privati; il 22,5% uno o più finanziatori pubblici e il 28,2% si riferisce a un mix dei due tipi di soggetti.** Rimane un 21,5% di rispondenti che dichiarano di non avere avuto nessun finanziatore. Declinato per ambito di appartenenza dell'organizzazione, il mix di finanziatori presenta le distribuzioni percentuali indicate nella tavola 21.

**TABELLA 20. TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO DEI PROGETTI PER AMBITO DELL'ORGANIZZAZIONE**

Tipologia di finanziamento	Culturale	Educativo	Socio assistenziale	Sanitario	Totale
Pubblico	21,0	21,2	23,0	26,2	22,5
Privato	29,6	31,5	24,1	25,2	27,9
Entrambi	30,5	25,5	26,4	17,5	28,2
Nessuno	18,9	21,7	26,4	31,1	21,5

**Il 29,2% dei progetti censiti attraverso l'indagine è stato finanziato dalla Fondazione Compagnia di San Paolo.**

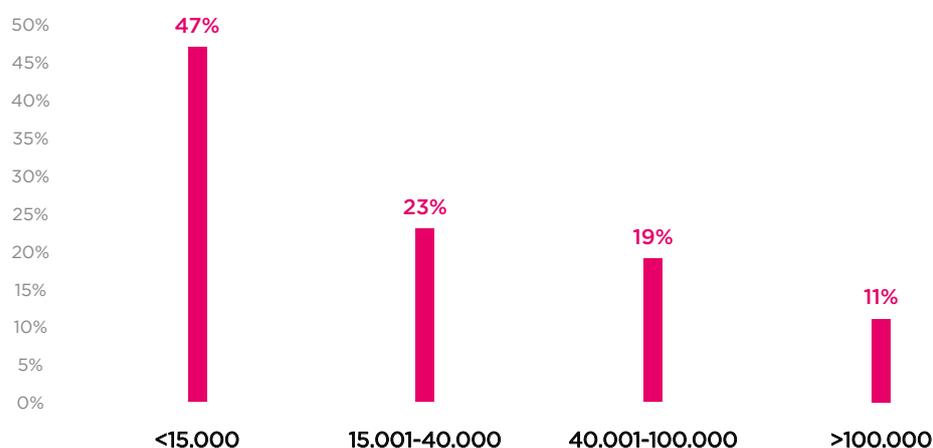
Le fonti di finanziamento alle quali hanno fatto ricorso le organizzazioni sono, in prevalenza l'autofinanziamento (39,6% dei progetti), seguito dal contributo di enti pubblici (37,6%), da bandi nazionali (34,2%) e dalla prestazione gratuita del lavoro di volontari (28,2%).

**In prevalenza, i progetti sono di piccole dimensioni finanziarie e hanno un budget complessivo medio al di sotto dei 15.000 euro (47%).** Il dato è interessante, soprattutto se messo in relazione alla durata dei progetti: nonostante, infatti, le iniziative considerino un arco temporale ampio, i budget effettivamente dedicati sono molto contenuti. Come già osservato in precedenza ciò potrebbe costituire un vincolo nella trasformazione dei progetti in protocolli di interventi e in servizi di quotidiana erogazione.

## 5. PROGRAMMI E PROGETTI: TRATTI E CARATTERISTICHE

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

**GRAFICO 17. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI PROGETTI DI CULTURA E SALUTE PER BUDGET**



Per i progetti afferenti alle organizzazioni con ambito sanitario, tale quota sale al 57%. Una piccola, ma non piccolissima parte (11,1%) supera i 100.000 euro (tavola 21).

**TABELLA 21. BUDGET COMPLESSIVO DEI PROGETTI PER AMBITO DELL'ORGANIZZAZIONE**

Ambito dell'organizzazione	<15.000	15.001-40.000	40.001-100.000	>100.000
Culturale	42,9	24,5	21,5	11,2
Educativo	45,7	22,3	19,6	12,5
Socio-assistenziale	50,6	24,1	13,8	11,5
Sanitario	57,3	23,3	10,7	8,7
<b>Totale</b>	<b>47,0</b>	<b>23,2</b>	<b>18,8</b>	<b>11,1</b>

Quando si considera l'ambito delle organizzazioni, appare evidente che in quello sanitario si registrano le dimensioni finanziarie di gran lunga più modeste: meno del 9% dei progetti corrispondenti supera infatti i 100.000 euro, contro il 12,5% di quelli in ambito educativo e valori sopra l'11% per quelli culturali ed educativo. A questo, corrisponde uno sbilanciamento dei progetti nati in contesto sanitario verso la fascia più bassa dei budget, cioè quella inferiore a 15.000 euro, dove si supera il 57%.

Questo dato apparentemente controintuitivo, essendo le aziende sociosanitarie le più strutturate e dimensionalmente maggiori, fa pensare a iniziative condotte da gruppi ristretti di persone particolarmente sensibili a tali tematiche con progetti di piccole dimensioni, nidificati all'interno delle attività caratteristiche e routinarie della struttura.

## 5.8 Caratteristiche territoriali

I progetti sono stati realizzati per la quasi totalità in Piemonte (94%). Tra le province piemontesi quella maggiormente scelta come luogo di realizzazione dei progetti è la provincia di Torino (78,2%). Percentuali inferiori in Liguria (8,4%) e nella Valle d'Aosta (2,3%). Il 14,8% dei progetti ha interessato anche altre regioni, soprattutto Veneto e Lazio. Il 6,7% dei progetti ha ramificazioni all'estero e il 70% di essi si svolge entro i confini della UE.

## 5.9 Monitoraggio, valutazione trasferibilità

**Il 30,9% dei progetti è stato inserito in report, studi, ricerche o raccolte di buone pratiche sia nazionali, sia internazionali. Il 43,6% è stato adottato dalla Pubblica Amministrazione** (enti locali o aziende sanitarie e ospedali).

**Comprende un'attività di monitoraggio e valutazione il 76,5% dei progetti**, di cui *ex ante* 45,6% %, in itinere 82,5% ed *ex post* 80,7%. Si ricorre a valutatori esterni nel 18,4% dei casi, a valutatori interni nel 51,8% e a entrambi nel 29,8%. Come anche rilevato nelle linee guida conclusive, **il tema di una valutazione rigorosa degli impatti e dei nessi causali rinvenibili nelle dinamiche di progetto rappresenta un'istanza di grande rilievo** per uscire dalla genericità benevolente di descrizioni poco ancorate alla scientificità delle evidenze: il rapporto tra Cultura e Salute impone un confronto serrato e strutturato sulla valutazione con l'ambito sanitario, pena lo slittamento delle iniziative verso retoriche del tutto marginali e destituite di credibilità operativa.

6.

# Alcune riflessioni in merito alle risultanze

## 6. Alcune riflessioni in merito alle risultanze

Dal confronto tra l'indagine condotta nel 2020 che per la prima volta ricostruiva organicamente il paesaggio del Nord Ovest dei progetti e della attività incentrate sul rapporto tra Cultura, ben-essere e Salute e quest'indagine del 2024 emergono molte similitudini e corrispondenze, a partire dagli ordini di grandezza dei rispondenti, dalla decisa polarizzazione degli operatori sul Piemonte e su Torino, in contrapposizione a una loro forte rarefazione in Liguria e Valle d'Aosta.

Anche la dimensione dei progetti vede la maggior numerosità nelle fasce più basse; quasi la metà dei progetti fa registrare budget economici al di sotto o pari a 15.000 euro e poco meno di un altro quarto si colloca nella fascia tra 16 e 40, mentre solo l'11% dei progetti gode di un volume finanziario superiore a 100.000 euro.

Le dimensioni dei soggetti in termini di addetti si attesta per quasi il 26% al di sotto delle 10 unità, mentre per quasi la metà delle organizzazioni il numero degli addetti sta nella forbice tra le 10 e le 49 unità; un 16% si colloca tra le 50 e le 249 unità e poco meno del 10% supera i 250.

Le dimensioni maggiori di personale fanno riferimento perlopiù alle Aziende Sanitarie Locali e agli Ospedali, ma occorre subito specificare come la dimensione del personale e il budget dei progetti abbiano in questi casi una relazione inversa. Sono, infatti, le aziende di maggiori dimensioni del comparto sanitario a far registrare i budget di progetto più contenuti, a conferma del fatto che si tratti ancora di progetti collocati in posizione ancillare confronto al cuore delle attività di riferimento.

**Rispetto all'indagine del 2020 si legge un maggior consolidamento delle attività** - meno pressate e perturbate dalla fase acuta della pandemia entro la quale si era collocata temporalmente la prima indagine - ed **emerge una processualità dispiegata su tempi lunghi di progetto, molto spesso pluriennali.**

Non sembra di leggere, tuttavia, un significativo allargamento della base dei soggetti che operano all'incrocio tra cultura, ben-essere e Salute ma, nonostante vi siano molte compresenze degli stessi operatori nelle due indagini, questa considerazione potrebbe essere influenzata dai tassi di risposta al questionario. Non si può escludere che il numero degli operatori attivi sia superiore e che vi sia una quota di non-rispondenti che - come tali - risultano invisibili all'indagine.

**Merita sottolineare, tuttavia, che più di un terzo dei rispondenti ha avviato queste specifiche attività tra il 2020 e il 2024.** Ciò indica che si sono affacciati recentemente a queste tematiche un numero consistente di operatori e che quindi, al di là delle similitudini negli ordini di grandezza delle due indagini, **si registra una crescita di interesse e di sperimentazioni degna di nota.**

### 6.1 I progetti

Nella compilazione del questionario veniva espressamente richiesto di fornire, oltre al titolo, una breve descrizione testuale del progetto, come è ormai consuetudine da parte di molte istituzioni erogatrici, tra le quali, non ultima, l'Unione Europea. L'obiettivo consisteva nel valutare l'effettiva trasversalità dei progetti nel tener insieme in modo organico e pertinente i differenti domini della Cultura, della Salute, e del ben-essere.

A lato di **217 progetti che interpretano in modo pertinente e centrale con differenti modulazioni il rapporto tra Cultura, ben-essere e Salute**, anche a seconda dell'ambito di appartenenza dell'organizzazione proponente, se culturale, sanitario, sociale o educativo, si collocano **81 progetti di difficile classificazione**, fino al limite della non pertinenza, anche se occorre mantenere un'alea di indeterminazione relativa, dovuta, sia alla nebulosità di alcune descrizioni a partire dalle quali è davvero difficile divinare l'articolazione reali delle attività di progetto, sia dal fatto - innegabile, che i soggetti che li realizzano li considerano espressione tematica del *welfare* culturale.

L'insieme di questi progetti potrebbe pertanto essere equamente suddiviso in tre parti o aloni dimensionalmente equivalenti, a seconda che siano proposti da soggetti culturali, da operatori della sanità o del sociale, a formare aloni concentrici attorno al nucleo forte dei progetti più strutturati, via, via più sfumati verso la periferia:

• **PRIMO ALONE**

Il carattere distintivo del primo alone potrebbe essere descritto come la nettissima prevalenza di attività riferite solo all'ambito di provenienza dell'operatore a seconda che si tratti della cultura, della sanità, o del sociale, senza una descrizione delle relazioni con gli altri ambiti.

Per i progetti culturali, in molti casi, non viene chiarito il rapporto con la dimensione della Salute o del ben-essere, ma sembra venga considerato come implicito nel progetto lo "stiramento" degli impatti allargati sia sulla Salute che sul ben-essere, cosa che potrebbe comportare in alcuni casi anche solo un wishful thinking più che qualche effetto percepibile.

Per i progetti che provengono dal mondo della sanità, si avverte il movimento simmetrico; in assenza di procedure standard anche le componenti informative indispensabili per le attività di promozione della Salute vengono in qualche modo attribuite di default al mondo culturale. In questo modo, fuori da protocolli consolidati, si diffonde un'aura culturale sul progetto: un programma di educazione alimentare diventa di per sé culturale e molta promozione della Salute assume un aspetto culturale, anche se condotta all'interno di un discorso o di un contesto rigorosamente sanitari.

• **SECONDO ALONE**

Il secondo alone è caratterizzato da progetti interamente e completamente interni all'ambito al quale appartiene il soggetto realizzatore, sia esso culturale, sanitario o sociale, senza alcuna manifestazione di trasversalità, ma con alcuni elementi innovativi che portano a valutare una sorta di eccentricità verso altre dimensioni, un'aura indistinta, che contiene potenzialmente valenze per agganci trasversali.

• **TERZO ALONE**

Il terzo alone, invece, è rappresentato da progetti ad alta difficoltà di classificazione e sui quali andrebbe condotta una indagine più approfondita.

Nell'indagine, questi progetti sono stati considerati per tre diversi motivi: il primo consiste nell'autovalutazione del soggetto proponente che considera il progetto pertinente rispetto ai rapporti tra Cultura, Salute e ben-essere, per quanto le relazioni possano sembrare esili e diafane; il secondo motivo consiste nel fatto che questi aloni definiscono ambiti liminari, una sorta di apertura verso l'integrazione intersettoriale, anche se incompleta o poco evidente. Possono essere considerate zone di avvicinamento, forme di progressiva consapevolezza della complessità delle relazioni tra Cultura, Salute e ben-essere, che possono diventare precondizioni per progetti futuri maggiormente focalizzati; il terzo motivo ha a che fare con la similitudine dei valori e delle risposte nelle altre batterie di domande, da parte dei due gruppi considerati separatamente, ovvero il primo che comprende i progetti che affrontano centralmente le relazioni tra Cultura, ben-essere e Salute, e il secondo all'interno dei quali sono ricompresi gli aloni descritti in precedenza: sono molto vicine in termini percentuali le sfide considerate prioritarie; con una maggior focalizzazione del primo gruppo sul ben-essere dei pazienti e dei *caregiver*, sull'umanizzazione dei luoghi di cura, a fronte di qualche punto percentuale in più per il "gruppo degli aloni" rispetto al contrasto delle disuguaglianze, delle violenze di genere, insieme alla scelta di sfide meno puntuali come il ben-essere della popolazione o l'*empowerment*. Si registra nel primo gruppo una focalizzazione più forte su target maggiormente definiti (anziani autosufficienti, persone con patologie, ecc.) e una maggior genericità nel secondo gruppo (l'intera popolazione).

I progetti privilegiano la prima infanzia e la fascia scolastica, mentre appaiono sottorappresentati target caratterizzati da forti componenti di disagio come anziani, specie se non autosufficienti, migranti, minori stranieri non accompagnati.

Dal punto di vista degli ambiti di progetto si nota una polarizzazione sensibile su "Cultura e promozione della Salute" e "ben-essere e Salute attraverso le istituzioni culturali". Nella classificazione dell'OMS emergono anche i progetti che mirano alla gestione di specifiche condizioni patologiche.

Una variabilità molto alta riguarda le risposte in merito al numero dei beneficiari diretti e indiretti, in cui il rapporto tra i due gruppi mostra casi in cui i beneficiari indiretti superano di più di mille volte i beneficiari diretti. Occorrerebbe qui consolidare metodi di stima meno aleatori, ma tutto ciò è parte di un problema più esteso che riguarda la valutazione dei progetti, nella maggior parte dei casi condotta internamente ai soggetti gestori del progetto. **La messa a punto di disegni e strumenti di valutazione affinati e capaci di restituire efficacemente la dimensione degli impatti è particolarmente importante in questa tipologia di progetti per uscire dall'indeterminatezza, per un dialogo paritario con il mondo della sanità, da sempre impegnato nei sistemi di misurazione e valutazione.** La scalabilità e la trasferibilità dei progetti in alti ambiti, infatti, deve potersi fondare su sistemi di valutazione affidabili e verificare ogni volta previsioni e risultati attesi.

## 6.2 Progetti *core* e progetti *non-core*: le differenze per tratti caratterizzanti

Se, semplificando, si suddividono i progetti in **due grandi insiemi**, il **primo** (1) che raccoglie tutti quelli che esprimono una **visione matura, bilanciata e integrata del rapporto fra Cultura, Salute, e ben-essere** (che per brevità definiremo *core*) e il secondo (2), prima descritti come aloni, che raccolgono tutti gli altri, che per vari motivi (assenza di elementi culturali o di Salute o di ben-essere chiari, genericità, ecc.) si sono dimostrati *non-core*, emergono alcune interessanti differenze.

I progetti *core* sono più frequentemente espressione di aziende o enti del servizio sanitario nazionale e di fondazioni; al contrario, i progetti *non-core* prevalgono tra le associazioni, sia riconosciute, sia non riconosciute.

Una quota consistente (42%) di organizzazioni che ha prodotto progetti *non-core* si colloca in ambito sanitario, mentre tra quelle che hanno prodotto progetti *core* il 62% afferisce all'ambito educativo e poco meno dell'80% all'ambito culturale.

I progetti *core* prevalgono rispetto a quelli *non core* (49% circa contro 42%) nella categoria del volume più basso del budget (fino a 15.000 euro), ma anche in quella più alta (oltre 100.000), dove la differenza è di 4 punti percentuali (tra poco meno del 20% e il 16%).

Tra i progetti finanziati dalla Fondazione della Compagnia di San Paolo si osserva una prevalenza di quelli *core* (circa il 31%, contro circa il 25% dei progetti *non core*).

Se consideriamo le sfide affrontate dai progetti, possiamo notare che tra le iniziative di supporto alla genitorialità quelle del gruppo 1- *core* staccano di 12 punti percentuali quelle del gruppo 2- *non core*, mentre quelle, più generiche rivolte al ben-essere della popolazione predominano largamente nel gruppo 2, con una differenza di 15 punti. Non sorprende, d'altronde, che tra i progetti che rispondono alla sfida del ben-essere dei curanti quelli del gruppo 1- *core* siano più che doppie rispetto a quelle del gruppo 2, come avviene, sebbene con una distanza meno schiacciante, anche per i progetti rivolti al ben-essere dei pazienti, quelli che affrontano le necessità della salute mentale di persone con disturbi o patologie psichiatriche, e quelli per l'umanizzazione dei luoghi di cura. All'inverso, i progetti che sono volti al contrasto alle disuguaglianze nell'accesso alle risorse per la salute sono molto più di frequente *non-core*, cioè compresi nel gruppo 2. Con identica proporzione, più di 3 per uno, ciò si verifica anche per le iniziative di contrasto alla violenza di genere e, con quote più vicine a 2 per 1, per quelle di inclusione e empowerment.

I gruppi 1 e 2 differiscono spesso anche nella profilazione dei loro beneficiari. Anche in forza del fatto che sono oramai disponibili pratiche e metodi consolidati e portabili, tra i progetti che si rivolgono alla prima infanzia quelli *core* sono quattro volte più frequenti di quelli *non-core*, come avviene, in misura di 2 a 1 circa, tra quelli che si indirizzano a famiglie con bambine e bambini fino a 6 anni e quelli rivolti a operatori sociosanitari, come quelli che hanno come target le persone con patologie. Il gruppo 1 prevale, sebbene di pochi punti percentuali, anche fra i progetti per anziani non autosufficienti. Per motivi largamente intuibili, invece, tra i progetti che dichiarano di rivolgersi indistintamente a tutta la popolazione predominano quelli *non-core*, con uno stacco di addirittura 15 punti percentuali su quelli del tipo 1.

## Considerazioni dal punto di vista della Sanità e della Salute

La survey restituisce un'immagine molto interessante sulle **sfide ritenute prioritarie dai rispondenti**, raggruppabili in tre grandi dimensioni.

- La prima è riferita ai primi due posti, che corrispondono a **ben-essere della popolazione e processi di inclusione ed empowerment**. Sono fattori soggettivi e sociali che rientrano nei determinanti sociali che condizionano la Salute e la qualità della vita e che dipendono dall'acquisizione di competenze personali e sociali (life skill) lungo tutto il corso della vita.
- A seguire la seconda grande dimensione di sfida ricomprende il **supporto alla genitorialità e prima infanzia e, con minor frequenza, l'invecchiamento attivo** che rispecchiano l'attenzione ai due estremi del ciclo di vita. La prima risponde alle evidenze del Nurturing Care Framework e alle politiche nazionali sul contrasto delle povertà educative. La seconda risponde alla transizione epidemiologica in corso che si manifesta con l'allungamento del periodo di vita, con maggiore longevità, e la conseguente comparsa di malattie cronico-degenerative (malattie cardio-vascolari, malattie cerebro-vascolari e tumori), malattie neuro-degenerative (demenze) e diminuzione dell'autonomia con conseguente rischio di isolamento.
- La terza dimensione raggruppa sfide, che hanno una minore frequenza nelle scelte dei rispondenti, ma che osservate con uno sguardo d'insieme hanno un fattore in comune: il **ben-essere mentale**, riferito a fasce e gruppi di popolazione (bambini e adolescenti, curanti professionali e caregiver, pazienti, persone e pazienti in condizioni di fragilità...) e contestualizzato in setting di lavoro e vita (scuola, università, luoghi di lavoro e di cura).

Queste tre dimensioni trovano rispondenza, con rilevanza differente, nella programmazione sanitaria, in particolare nel vigente Piano della Prevenzione 2020-25. Il Piano ha finalità, struttura e valutazione definite a livello nazionale tra Ministero della Salute e Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni successivamente, a partire dal piano nazionale, elaborano il proprio piano regionale che si articola in Piani Locali sviluppati dalle ASL, tenendo conto dei bisogni e delle risorse. Il Piano deve essere sviluppato grazie al confronto con altri settori della società e con le comunità locali attraverso accordi e collaborazioni intersettoriali creando sinergie con la loro programmazione, percorsi di formazione sia all'interno della sanità che comuni con gli altri soggetti, strategie di comunicazione orientate alla health literacy individuale e sociale. Tutte queste azioni sono di supporto ai diversi programmi che compongono il Piano e devono essere guidate con un'attenzione particolare all'equità.

Le sfide e i progetti presentati nella survey che hanno una sinergia avviata, e ormai consolidata tra i diversi settori fanno prevalentemente riferimento ai primi **mille giorni di vita e alla genitorialità responsiva** (sviluppato da due decenni di investimenti congiunti di Regione Piemonte e Fondazione Compagnia di San Paolo su Nati per Leggere e ora con il programma di creazione di ecosistemi territoriali "Cultura per Crescere", al quale il Piano di Prevenzione dedica un programma) e alla fascia di età dei **bambini e degli adolescenti nel contesto scolastico nell'ambito dell'accordo regionale tra Assessorato alla Sanità, all'Istruzione e l'Ufficio Scolastico Regionale**, con il programma Scuole che promuovono salute. Sono un esempio di collaborazione programmatoria intersettoriale fattiva e virtuosa. Le sfide e i progetti riguardanti la prima dimensione (ben-essere, empowerment e inclusione) non presentano

ancora collaborazioni strutturate e sistemiche attraverso il Piano della Prevenzione, ma si intravedono le basi per poterle costruire e sviluppare. Rappresentano anche uno stimolo per una programmazione sanitaria (ed investimenti) che coniughi i propri interventi con una dimensione sociale per sostenere le "Società promotrici di ben-essere" (Carta di Ginevra, 2022) quale "pre-condizione" per favorire una più efficace prevenzione, assistenza e cura.

Rispetto alla terza dimensione relativa al ben-essere mentale non vi sono obiettivi prioritari ed espliciti nell'attuale Piano della Prevenzione. La salute mentale è profondamente peggiorata dopo la pandemia di Covid-19, in particolare per i giovani e soprattutto nei Paesi più ricchi. È un fenomeno che viene affrontato a livello locale in risposta all'emersione di bisogni e necessità, e le risposte – ben evidenziate nella survey – dovranno trovare sostegno e collaborazione, non solo nel Piano vigente, ma anche nella redazione del prossimo Piano della Prevenzione per favorire strategie di sistema e collaborazioni intersettoriali. Questo per fornire una risposta pronta, appropriata e coordinata ai bisogni emergenti delle persone, contenere l'evoluzione peggiorativa minimizzando l'intervento medicalizzato, restituire qualità della vita alle persone e alle comunità alleggerendo i servizi di cura.

Rispetto alla strategia e metodologia della promozione della salute, ci sono punti di assonanza e forza nei progetti rilevati dalla survey:

- circa **un terzo dei progetti ha utilizzato modalità di co-progettazione** (28%) e la maggior parte (83%) la **partecipazione attiva** (coinvolgimento in prima persona nelle attività culturali) dei destinatari degli interventi;
- i **setting di intervento sono plurimi**, ma non è ancora chiaro se il setting stesso, con tutti i suoi fattori, sia considerato una base per sviluppare progetti più sistemici e socio-ecologici (apportando quindi anche cambiamenti di policy o organizzazione) oppure se si tratti di un mero contenitore di progetti che non cambiano i determinanti che caratterizzano il contesto sociale e normativo dell'organizzazione;
- le **collaborazioni intersettoriali** sono già una realtà: più di 6 soggetti su 10 tra quelli coinvolti dalla ricerca affermano di essere attivi in più ambiti: il 77% dei soggetti ha indicato l'ambito culturale, seguito dall'educativo, scelto dal 59% dei rispondenti, poi il socioassistenziale, con 28,7% il sanitario (28,2%) e infine da altro per il 7,9%.

Queste dimensioni metodologiche sono da sostenere e rafforzare con formazione specifica e integrata e nelle linee programmatiche di investimento.

Cultura, Salute, Ben-essere.  
Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,  
alle nuove sfide in campo.

# 7. Piste di futuro.

## 7. Piste di futuro

Nei paragrafi seguenti riassumiamo per punti sintetici alcune raccomandazioni e linee guida che potrebbero orientare strategie future di intervento nel dominio del welfare culturale e dei progetti che mettono al centro dell'attenzione il rapporto tra Cultura, ben-essere e Salute.

Queste indicazioni sono costruite sull'elaborazione dell'indagine, sull'analisi dei questionari e dei progetti raccolti; si avvalgono anche del contributo di focus group, di interviste con testimoni privilegiati e del dialogo continuo con esperti durante il corso delle elaborazioni.

Raccomandazioni e linee guida rappresentano un tentativo di alzare la testa rispetto al mero commento puntuale dei risultati della ricerca, per consentire una generalizzazione di alcuni fenomeni e fare emergere tematiche che eccedono i singoli casi. Questo richiede, a complemento, uno sguardo grandangolare che tenga in conto il paesaggio culturale e scientifico, il *milieu* all'interno del quale tali esperienze si collocano.

Al di là dell'efficacia dei singoli progetti, **affrontare il tema delle interazioni tra cultura, sociale, salute, ben-essere definisce un progetto culturale e scientifico di grandissima portata, sempre più pressante, in Italia come a livello europeo e carico di attese nel prossimo futuro**, anche in funzione di una complementarità organica con il comparto dei servizi sanitari e assistenziali, per i quali il contributo delle risorse della cultura e dell'arte può tradursi in un alleggerimento di alcuni carichi gravosi. Basti, a questo riguardo, ricordare l'enorme bisogno di cura di anziani con demenze e la crescente domanda di interventi a sostegno della salute mentale dei più giovani.

### Promozione della salute, prevenzione, gestione e trattamento delle malattie: il quadro di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

**Le principali aree di ricaduta efficace delle pratiche di arte e cultura per il ben-essere e la salute, secondo il testo base dell'OMS del 2019 sono la promozione della salute e la prevenzione, la gestione e il trattamento delle condizioni patologiche.**

La presente ricerca le ha adottate nel suo sviluppo, come un imprescindibile quadro di riferimento per orientare le attività di sperimentazione e di costruzione di una nuova sensibilità rispetto al welfare culturale.

Si tratta di una prospettiva ancora giovane, sebbene in forte evoluzione, che deve farsi strada, accettando le molte sfide e gli ostacoli che via via incontra. Si tratta del soffitto di vetro rappresentato da culture e linguaggi scientifici, professionali e gestionali fortemente compartimentati in silos disciplinari poco comunicanti, anzi rigidamente separati in termini amministrativi, che resistono fortemente opponendo la forza del frammento consolidato all'approccio olistico, aspetto irrinunciabile del welfare culturale e di ogni relazione tra Cultura e Salute. Si tratta delle diffidenze che tendono a interpretare aprioristicamente ogni sperimentazione come percorso nebuloso e poco affidabile. E ancora: gli approcci semplicistici e impressionistici, che fanno leva su retoriche incapaci di confrontarsi con i protocolli, i metodi di valutazione e le verifiche di efficacia messi a punto nel settore della sanità e della salute, solo per citare alcuni elementi che popolano il milieu culturale e professionale in cui si dispiegano le attività di welfare culturale.

In questo quadro, le aree di impatto formalizzate dall'OMS rappresentano una bussola indispensabile, il sistema di macro-riferimenti all'interno del quale tracciare le rotte e collocare le acquisizioni che progressivamente vengono raggiunte: il confronto puntuale, la valutazione comparativa con altre esperienze consolidate, la convergenza di metodi e strumenti è la condizione per dar luogo a un alveo scientifico e culturale costruito attraverso la sedimentazione della letteratura internazionale che costituisca l'ambiente di cultura e di crescita della ricerca e delle esperienze di welfare culturale. **Ciò che è in gioco, in questo momento, non è solo l'accreditamento scientifico di una serie di approcci e di esperienze, ma la costruzione di una cultura incentrata sulle *Medical Humanities* dal quale trae alimentazione un comparto in forte crescita.** È un progetto culturale che richiede atteggiamenti di trasversalità rispetto ai settori disciplinari e amministrativi storicamente consolidati e che necessita di trovare adeguati spazi e adeguata reputazione presso le istituzioni per poter lavorare al convincimento e alla costruzione di momenti di condivisione con ambienti disciplinari oggi distanti.

L'impegno dell'OMS in ambito internazionale e il progressivo coinvolgimento, in Italia, dell'Istituto Superiore di Sanità, in questo campo, sono garanzia di attendibilità e ispirazione per la generazione di un'offerta sempre più efficace. Occorre incoraggiare l'adozione di questa struttura di impatto, per migliorare la qualità progettuale e la capacità valutativa e per contribuire a fare emergere tendenze comuni.

### Favorire conoscenza e riconoscimento reciproco del valore dei diversi settori coinvolti: della salute, del sociale, del culturale, dell'educazione

La tradizione di separatezza verticale e di forte autonomia al proprio interno tra i diversi settori è frutto di una eredità storica profondamente radicata anche tra settori e comparti limitrofi; basti pensare alla rarefazione dei rapporti tra cultura e istruzione. Lo confermano le evidenze raccolte con l'indagine, indicando la necessità di rimontare una situazione purtroppo sclerotizzata e caratterizzata da una forte inerzia.

**I casi esemplari di arte e cultura per la salute e il ben-essere sono sempre contraddistinti dal rispetto dei diversi ruoli, dei diversi strumenti, dei diversi linguaggi**, per esempio, delle scienze mediche e sanitarie, delle discipline sociali, e di quelle artistiche e culturali. **Nessun caso ben riuscito è costruito sulla confusione delle competenze, ma, al contrario, su procedure ben ordinate che le mettono all'opera in modo ottimale.**

Riconoscere il valore reciproco dei diversi settori è possibile se si coltiva la capacità di comprendere e di muoversi attraverso linguaggi professionali e disciplinari diversi, capirne le radici, le motivazioni, le forze e le chiusure operazionali ed apprezzarne il portato cognitivo ed euristico: non si può dimenticare che le culture disciplinari, per quanto possano essere poco comunicanti al loro esterno e rappresentare, a volte, un attrito nei confronti della multidisciplinarietà e dell'interazione trans-settoriale, si costituiscono anche come saperi di straordinaria efficacia e potenza, come stratificazione scientifico-culturale collaudata e di grande valore. Riconoscere questo valore comporta conoscenza ed empatia tra i settori, senza demonizzarne chiusure, ossificazioni e incrostazioni, che pure esistono in ogni comparto dello scibile e delle attività umane, ma traguardandone le potenzialità di superamento nella costruzione paziente di relazioni e di condivisioni.

È un'opera di costruzione di ponti, che deve poter attingere a tutta la sapienza e la sacralità che già le veniva attribuita nell'antichità: il ponte collega, ma espone anche a rischi, soprattutto coloro che abitano all'interno delle mura: a fronte di ciò in epoca antica il *Pontifex Maximus* aveva il compito di presidiare le tradizioni e i valori della città. Non si tratta di una metafora di dubbia pertinenza: se non si conosce come i settori sono organizzati e come funzionano al loro interno, come presidiano e gestiscono i loro valori e, contemporaneamente, come vengono percepiti e interpretati al loro esterno, aumenta fortemente la difficoltà nella costruzione di un'empatia inter e intra-settoriale. Ciascun settore è un mondo dentro un mondo, con potenzialità di trasformazione condizionate da specifici caratteri e con blocchi difficili da modificare, dei quali occorre aver intelligenza per promuoverne un'evoluzione. Il cambiamento non si attua autoritariamente per decreto, ma attraverso la condivisione di visioni e obiettivi.

In questo senso, **il riconoscimento reciproco tra settori e la condivisione di strumenti di lavoro e di azioni è un processo che mobilita, sia la cultura scientifica, sia l'antropologia culturale propria di ciascun comparto, dalla salute, alla cultura, al sociale.** Predisporre le condizioni per un approccio trasversale e olistico, promuovere il riconoscimento reciproco, costruire ponti tra i settori per vincere le inerzie che alimentano le separatezze, non è l'oggetto di una sperimentazione, ma una pratica che deve potersi dispiegare in un *continuum* quotidiano, senza scadenze almeno per i prossimi decenni, e fare leva soprattutto su di un diverso orientamento dei processi formativi specialistici. Per questo, **si rende necessario sostenere, tanto percorsi formativi formali e informali mirati al dialogo interdisciplinare per la salute e il ben-essere, quanto iniziative di incontro e scambio, come seminari, convegni, pubblicazioni.**

### Da esperimento a servizio: promuovere e sostenere sempre di più i protocolli, le pratiche consolidate e condivisibili e la continuità

La sperimentazione svolge un ruolo insostituibile di esplorazione, di mappatura e di definizione dei confini (anche provvisori e in divenire) di un ambito di azione, ma va intesa come una nave rompighiaccio che dischiude nuove rotte, immediatamente da utilizzare, da percorrere, da presidiare e connettere in reti di collegamento, pena la risaldata dei ghiacci.

Questa esigenza è particolarmente cogente nel dominio del welfare culturale e dei rapporti tra Cultura e Salute, laddove solo una quota parte minoritaria delle azioni si manifesta con impatti percepibili istantaneamente o sul breve periodo.

Gli effetti dell'azione culturale sul ben-essere e sulla Salute, percepibili, misurati e misurabili, ampiamente verificati nella letteratura scientifica, hanno però in molti casi un lento rilascio, un effetto cumulativo ben rilevabile, ad esempio, in studi longitudinali sulla popolazione, il che comporta una doppia prospettiva: da una parte l'adozione di metodi di valutazione pazienti; dall'altra una continuità dell'azione sul lungo periodo continuamente alimentata in prassi quotidiane. Concorrere, promuovere e sostenere un invecchiamento attivo non è l'esito di un'azione puntuale nel tempo e nello spazio, ma la messa in opera di una pratica e di una processualità continua nel tempo.

In questo quadro diviene cruciale **sostenere le iniziative di welfare culturale in una prospettiva di vero e proprio servizio, capaci di incoraggiare la continuità dell'offerta e la messa a punto di protocolli e pratiche consolidate**. Su questo piano, la lunga esperienza scientifica e operativa dei settori della sanità e della salute e del servizio sociale possono offrire esempi da adottare. L'impegno dell'individuare fin dall'inizio l'atterraggio degli obiettivi e dei risultati attesi in azioni formalizzabili operazionalmente è ripagato dalla garanzia della continuità nel tempo, dimensione costitutiva di ogni progetto che miri ad avere impatti concreti e duraturi.

Ben-essere e Salute non sono dimensioni puntuali, non rappresentano un nodo lungo la linea temporale, ma costituiscono all'interno di quell'intreccio il trefolo più importante di quella stessa linea: senza ben-essere e senza Salute è la linea temporale a essere infragilita e sottoposta a rischio di sfilacciamento, accorciamento e rottura.

La continuità, in questi termini è il paradigma centrale dei progetti di impatto su Salute e ben-essere, e in nessun caso può essere considerata un fattore emergente in termini collaterali.

In questo senso, **il budget modesto di gran parte dei progetti rilevati dall'indagine fa pensare a una prevalenza di sperimentazioni e azioni pilota: assolutamente necessarie, ma altrettanto necessariamente da accoppiare a interventi che ne consentano la traducibilità in pratiche dotate di una loro congrua prospettiva temporale**.

Di qui la **necessità di un pensiero strategico nei confronti di una sostenibilità economica e organizzativa delle azioni** anche nel momento in cui muovano il primo passo e la capacità di apprezzarne i risultati secondo la processualità di rilascio degli effetti positivi nel corso del tempo.

### La prospettiva del servizio per gli interventi orientati all'impatto e alla prescrizione sociale

L'erogazione di un servizio disegnato sulle necessità delle azioni di welfare culturale, specie quelle per la prevenzione, la gestione e il trattamento - come sostenuto nel paragrafo precedente - ha due presupposti: l'individuazione di risposte artistiche e culturali efficaci per alcuni specifici bisogni (ad esempio: il canto per il contrasto alla depressione; la danza per convivenza con il Parkinson; la composizione poetica o musicale per dare espressione alla sofferenza post-traumatica, ecc.), e la continuità. Si tratta, infatti, di **superare l'episodicità delle iniziative, la frammentazione delle azioni, la sporadicità delle sperimentazioni per ingranare gli obiettivi, le prassi e i risultati attesi in azioni sistematiche, che consentano il pieno dispiegamento dei processi di costante implementazione**. Il servizio, in altri termini, incarna il paradigma stesso della continuità e della sua sostenibilità nel tempo e, come tale, rappresenta anche il punto di arrivo del processo che inizia con le attività di ricerca e di sperimentazione. Tuttavia, per quanto sia esteso l'intervallo di questo processo tra la ricerca/sperimentazione e l'erogazione dei servizi (a sua volta nuovo punto di partenza per i processi attuativi) la prospettiva di un atterraggio su dimensioni di erogazione o di prescrizione occorre sia già presente fin dai primi passi del disegno della ricerca e che ne presidi lo svolgimento. È proprio durante il processo di ricerca e di sperimentazione che deve potersi mettere progressivamente a fuoco l'immagine degli esiti che a ogni inizio appare fatalmente sgranata e poco definita. Tuttavia, per far ciò occorre un esercizio severo, privo di vaghezze e retoriche, volto alla definizione chiara degli obiettivi e all'individuazione dei risultati attesi, indicando gli apporti e i determinanti capaci di incidere efficacemente sulle condizioni di ben-essere e salute. Senza questa tensione a partire dalla declaratoria degli obiettivi e per tutto il processo a seguire, il rischio di esiti inconcludenti e di ridurre ogni elaborazione a un prototipo di macchina celibe, destituita della capacità di produrre effetti significativi e visibili, è molto alto.

Tutto ciò appare ancora più evidente se si considera che uno dei destini possibili dei servizi riguarda la **prescrizione sociale**, una pratica ormai matura, che l'OMS raccomanda per un gran numero di bisogni di Salute e ben-essere, con il sostegno, in Italia, dell'ISS. La prescrizione sociale è un mezzo attraverso il quale gli operatori sanitari mettono i pazienti in contatto con una serie di servizi non sanitari della comunità locale, per migliorare la loro Salute e il loro ben-essere. La prescrizione sociale è un approccio più olistico alla cura, e promuove una cura integrata basata sulla comunità locale e che aiuta a demedicalizzare l'offerta dei servizi sanitari. Riduce la pressione sui sistemi sanitari: la prescrizione sociale può ridurre la richiesta di servizi erogati da parte dei professionisti delle cure primarie e del pronto soccorso, gli invii all'assistenza secondaria (es.: ospedali), migliorare il ben-essere psicologico, ridurre l'ansia e migliorare la qualità della vita percepita. Si basa sull'evidenza che occuparsi dei determinanti sociali della Salute, come lo stato socioeconomico, la rete sociale, l'abitazione e l'istruzione, è la chiave per migliorare i risultati di Salute. La prescrizione sociale si fonda sulla convinzione che la partecipazione a un'attività creativa e culturale possa promuovere la Salute e il ben-essere. Gli operatori sanitari o gli assistenti sociali, in alcuni specifici casi, indirizzano le persone a servizi o a forme di aiuto di tipo non medico, per esempio ad attività di esercizio fisico o alla lettura di libri. Nel nostro caso, si tratta di pratiche artistiche e creative (dalla pittura, alla danza, alla visita di luoghi del patrimonio), facilitate da artisti o musicisti e che coinvolgono gruppi di persone all'interno della comunità in cui vivono.

## Sostenere e rafforzare la cultura e l'efficacia della valutazione

Non in tutti settori la valutazione gode di apprezzamento, e non di rado viene percepita con sospetto e diffidenza, vuoi per un'obiezione aprioristica - non sempre pertinente - sull'impossibilità di rappresentare adeguatamente fenomeni complessi senza mutilarne arbitrariamente senso e significato (ma sanità e salute non sono settori caratterizzati da semplicità elementare), vuoi per un sospetto poco confessabile che si tratti di una prassi da applicare in termini punitivi a soggetti da discriminare in qualche modo.

A fronte di questi pregiudizi, i comparti della sanità e della Salute hanno messo in campo una lunga tradizione di valutazione degli effetti, utilizzando strumenti ad alta complessità scientifica, per poter prevedere con una granularità sempre più fine gli effetti delle terapie e delle azioni su singoli individui e su popolazioni intere. Ed è proprio la valutazione a orientare il giudizio di appropriatezza delle azioni alla luce dei risultati, a fornire elementi per correzioni di rotta, a monitorare le emergenze e a fronteggiarle nell'operatività.

**È a questa cultura scientifica della valutazione che i progetti orientati al ben-essere e alla salute che incrociano azioni a forte valenza culturale e sociale debbono riferirsi e attingere strumentazione comparabile:** in qualche modo si tratta di una precondizione per il riconoscimento reciproco, di un terreno di condivisione che va frequentato e condiviso, di una casa e di un linguaggio comune non aggirabili diversamente.

Ciò non vuol dire adottare meccanicamente indici e parametri, trasferire acriticamente strumenti di valutazione prodotti per altri scopi; come in ogni caso la valutazione è parte integrante di un progetto ed è disegnata insieme al progetto stesso, per meglio cogliere le sue complessità intrinseche. Il problema si pone nella stessa dimensione strutturale per la sanità, per la salute, per la cultura, per il sociale e ogni volta richiede di essere affrontato con un disegno coerente e specifico degli elementi di valutazione. Come in ogni campo, non tutti i fenomeni, peraltro, ammettono una misurazione su parametri quantitativi esprimibili compiutamente solo numericamente, ma ciò non vuol dire che non siano valutabili attraverso strumenti diversi, come è ben noto anche in campo sanitario, dove le complessità della diagnostica vengono affrontate con il ricorso a strumenti e punti di vista differenti.

Semmai, un obiettivo comune che arricchisce il patrimonio culturale delle Medical Humanities, è lo studio rigoroso di modalità di valutazione diversificate anche laddove i fenomeni non siano rappresentabili pertinentemente in termini numerici, la capacità di approcciare la complessità fondamentale non in termini estetici o panici, ma erodendone quanto più possibile le zone d'ombra e le interazioni comunque insondabili in questo momento specifico.

La valutazione, in questo quadro, non può che essere destinata a rappresentare uno dei terreni di incontro e il linguaggio comune di sanità, cultura e sociale.

## Conoscere e rafforzare le competenze

Le competenze per sviluppare progetti che intrecciano cultura, sociale, sanità, con obiettivi di ben-essere e salute debbono essere considerate come afferenti a una dimensione di cantiere.

Non c'è dubbio alcuno che il punto di partenza per ciascun individuo, operatore, attore sociale non possa essere altro che il proprio settore di appartenenza con le competenze colà acquisite e, tuttavia, per dotarsi di tutte le competenze necessarie non è sufficiente, stirare il proprio approccio, sporgersi verso gli altri settori cercando di supplire alle mancanze a partire dal proprio ambito disciplinare.

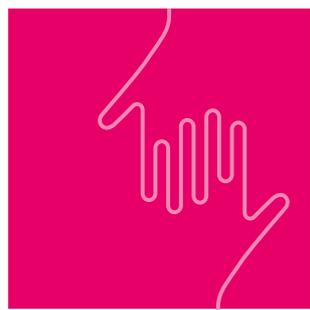
**È necessario acquisire anche competenze proprie dei settori con i quali si collabora e conoscerne paradigmi, orientamenti, e orizzonti culturali che fanno da cornice.** È ovvio che non si tratti per chi viene dal mondo dello spettacolo o delle arti visive di conseguire una laurea in medicina, né è necessario che medici geriatri diventino coreografi, ma riconoscere gli ambiti di competenza comporta una formazione specifica, implica conoscere il modo con cui un medico valuta i risultati di un'attività artistica, capire le condizioni alle quali una certa pratica può essere inclusa tra le prescrizioni in modo non contraddittorio, né improprio o ingenuo, a fronte del ventaglio delle alternative possibili. Dall'altra parte, occorre avere intelligenza di come si dispiegano le prassi artistiche e del coinvolgimento che comportano per gli individui e per i gruppi, per contribuire a guidare su basi scientifiche l'incremento degli impatti positivi.

Le nuove competenze si giovano profondamente dell'esperienza e degli approcci dei singoli settori, ma necessitano di comprensione, di esperienza e di condivisione di ciò che sta al di fuori di essi, esattamente "tra" i silos delle competenze e dei linguaggi disciplinari e settoriali, che rappresentano propriamente i materiali da costruzione dei ponti, ai quali prima si accennava, quegli elementi di connessione capaci di portare all'interno dei comparti le istanze di innovazione e di apertura verso gli ambiti pluridisciplinari.

## 7. PISTE DI FUTURO

**Cultura, Salute, Ben-essere.**  
**Dall'analisi degli enti e delle pratiche del Nord Ovest,**  
**alle nuove sfide in campo.**

Lo sviluppo delle Medical Humanities appare qui un processo di cruciale importanza, che deve essere accompagnato da una formazione efficace, che sfrutti appieno le potenzialità dei master, dei dottorati di ricerca e impegni le istituzioni formative a strutturare culturalmente e scientificamente gli ambiti connettivi altrettanto importanti rispetto alla dimensione verticale degli innumerevoli silos poco comunicanti tra loro. Rafforzare i territori della connettività vuol dire accostare al patrimonio di conoscenze tacite, accumulate attraverso le pratiche e le esperienze, una conoscenza formale, strutturata e saldamente mirata agli obiettivi da raggiungere. Allo stato attuale ciò richiede un progetto di conoscenza, l'apertura di quel cantiere di cui si parlava poco sopra. Tutto questo va sostenuto con coerenza e attenzione alle priorità, con proposte sistematiche e coordinate, che intervengano nei processi formativi e ai diversi livelli delle carriere: nel tirocinio, all'inizio, a metà, e, infine, nella maturità professionale.



wellimp[act]

[www.compagniadisanpaolo.it](http://www.compagniadisanpaolo.it)