

## LA CULTURA FA BENE ALLA SALUTE?

### UNA PRIMA STIMA DEL LEGAME TRA CONSUMI CULTURALI E CONDIZIONI DI SALUTE CON I DATI DELL'INDAGINE ISTAT - MULTISCOPO

*Le società a sviluppo maturo sono di fronte a sfide epocali.*

*La più nota è quella per la sostenibilità ambientale: la pressione sulle risorse naturali deve essere allentata, pena la perdita di vivibilità di molti territori, ma questo processo deve essere guidato per limitarne i costi, ad esempio in termini di perdita di posti di lavoro.*

*Altra sfida non meno importante è quella della cosiddetta transizione demografica. I territori più sviluppati soffrono da tempo di un intenso processo di invecchiamento della popolazione, che mette a rischio gli equilibri sociali fin qui sperimentati. Una società più vecchia è una società che partecipa meno al processo produttivo, perché minore è il numero di persone che lavorano, ma è anche una società che domanda più servizi di welfare, dai servizi sanitari a quelli di assistenza per lo svolgimento delle attività quotidiane.*

*Molte delle riforme più contestate degli ultimi anni hanno mirato a contenere il gap tra le capacità produttive e i fabbisogni assistenziali, agendo soprattutto sulle prime (posticipazione dell'età di pensionamento, passaggio del sistema pensionistico da retributivo a contributivo). Importanti spazi per le politiche ci sono, invece, anche dal lato dei fabbisogni. Questo aspetto è ben conosciuto in ambito sanitario, in cui da tempo si è affermato il concetto della medicina preventiva, che punta sulla diffusione di stili di vita in grado di rallentare i processi di decadimento fisico e mentale legati all'invecchiamento, contenendo e ritardando così il bisogno di interventi curativi.*

*Finora le raccomandazioni per gli stili di vita salutari si sono concentrate su aspetti legati al benessere fisico: si consigliano l'alimentazione sana e moderata, l'astensione da consumi nocivi come fumo ed alcol, la pratica di attività fisica moderata quotidiana, l'attenzione ad evitare ambienti inquinati e nocivi.*

*Più recentemente, probabilmente anche per l'emergere di malattie legate al decadimento cognitivo (ad esempio, l'Alzheimer) e al malessere psicologico (stati depressivi da solitudine), è cresciuta l'attenzione per i consumi immateriali, come quelli culturali, che possono avere importanti ricadute positive in termini di vivacità intellettuale e ricchezza delle relazioni sociali.*

*In questa nota si propone una prima esplorazione del legame tra partecipazione culturale e soddisfazione per il proprio stato di salute, utilizzando i dati dell'indagine campionaria Istat-Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". I dati al momento disponibili non sono ancora del tutto soddisfacenti e il tema richiede futuri approfondimenti, tuttavia, emergono alcuni primi indizi positivi. In primo luogo, la pratica culturale è associata a un aumento di probabilità di percepirsi in buono stato di salute, a parità di altre condizioni. In secondo luogo, nel periodo osservato (2005- 2020), l'effetto positivo del consumo culturale è aumentato. Ciò significa che, a mano a mano che la popolazione invecchia e si riducono le differenze legate ai livelli di istruzione (per i maggiori investimenti in scolarizzazione tipici delle società mature), aumenta l'influenza esercitata dagli stili di vita, di cui gli aspetti immateriali, come i consumi culturali, rappresentano una parte molto importante.*

## 1. Il legame tra cultura e salute nella letteratura di settore

Il tema delle ricadute positive dei consumi culturali sulle condizioni di salute è da alcuni anni al centro dell'attenzione sia della ricerca scientifica – sanitaria e culturale – che delle politiche di settore.

I motivi di interesse per il tema sono evidenti.

Dal punto di vista delle politiche sanitarie, è ormai dalla fine degli anni '90 che si è affermato il cosiddetto "nuovo paradigma dell'assistenza sanitaria" (OCSE, 1998<sup>1</sup>), che sostiene il primato della prevenzione sul trattamento, sposta l'attenzione sulle strategie di mantenimento in buona salute per ridurre i fabbisogni di cura (e di conseguenza la spesa sanitaria) e introduce la necessità dell'integrazione delle politiche sanitarie con quelle di altri settori, a partire da quelle sociali, per arrivare a quelle sportive e culturali e, infine, ambientali.

La condizione di salute è sempre più intesa in senso dinamico, come la capacità di mantenersi sani il più a lungo possibile (OMS, 2002<sup>2</sup>). Si tratta di un concetto fondamentale per le società a sviluppo maturo, interessate da un forte invecchiamento della popolazione, in cui la spesa sanitaria rischia di esplodere, se gli anni guadagnati in speranza di vita corrispondono solo in minima parte ad anni passati in buona salute.

Gli stili di vita incidono in maniera determinante sulla capacità di mantenersi in buona salute (ARS, 2020<sup>3</sup>). Sono noti gli effetti nocivi di alcuni comportamenti di consumo, quali il fumo, l'alcol, la cattiva alimentazione, ma è sempre più diffusa anche la conoscenza delle ricadute positive connesse ad altre abitudini, quali la pratica regolare di attività fisico-sportiva, lo svolgimento di attività a contenuto intellettuale (lettura, scrittura, fruizione di eventi culturali, ma anche pratica attiva di attività culturali, quali corsi di musica, di canto, di teatro, di disegno ecc.), il mantenimento di relazioni sociali ricche. In proposito, esistono evidenze empiriche solide sul fatto che la solitudine costituisca uno dei fattori di rischio più forti per la popolazione anziana, che può avere conseguenze negative sulla salute mentale, con aumento dei disturbi di depressione, ansia, decadimento intellettuale, ma anche, tramite l'innalzamento dell'ormone dello stress, conseguenze sulla salute fisica, con l'aumento dell'incidenza di malattie croniche come diabete e ipertensione e una maggiore vulnerabilità del sistema immunitario<sup>4</sup>. Sulla base di queste evidenze, alcuni Stati, ad esempio Regno Unito e Giappone, hanno recentemente costituito dei ministeri specifici per occuparsi del tema.

Accanto alle politiche sanitarie, anche quelle più prettamente culturali hanno accresciuto la loro attenzione per le esternalità positive associate ai consumi culturali. Gli impatti del consumo culturale vengono però investigati in modo ampiamente trasversale: numerosi studi si propongono di misurare il contributo della partecipazione culturale alla creazione di contesti sociali più coesi e inclusivi, alla diffusione di atteggiamenti più aperti verso le differenze culturali, più tolleranti e più favorevoli all'innovazione sociale, fino alla capacità dei consumi culturali di contenere i comportamenti devianti e anche di diffondere pratiche di sviluppo sostenibile. Altro tema rilevante è quello del consumo culturale che agisce come moltiplicatore dell'investimento in istruzione, accrescendo le capacità cognitive individuali e la qualità generale del capitale umano.

Tornando al legame tra cultura e salute, il contributo più citato è il lavoro dell'OMS del 2019<sup>5</sup>, una raccolta di numerosi studi internazionali che dimostrano il legame tra consumi culturali, livelli di benessere e condizioni di salute. La relazione è analizzata in due diverse accezioni: come il consumo culturale contribuisce al mantenimento in buona salute, quindi con efficacia preventiva, e come il consumo culturale può invece alleviare, insieme alle cure mediche, la condizione dei malati (specialmente di malattie croniche e/o condizioni di handicap) e delle persone che prestano loro le necessarie cure quotidiane, siano essi professionisti o familiari. Le esperienze pioniere vengono anche in questo caso dal Regno Unito, che ha sperimentato il modello della prescrizione sanitaria estesa anche ai consumi culturali con finalità di prevenzione e cura (il cosiddetto "*art on prescription*"), ma il tema ha trovato recentemente attenzione anche nel contesto italiano, soprattutto con il progetto "Musei per l'Alzheimer". C'è da dire, che i progetti che insistono sul binomio cultura e salute si vanno ad aggiungere a quelli, più tradizionali per il contesto italiano, che attengono alla relazione tra cultura e inclusione sociale, che passano prevalentemente attraverso le attività teatrali (spettacoli nei quartieri a rischio, formazione teatrale in carcere), ma anche attraverso le attività extrascolastiche offerte durante i percorsi educativi (teatro per le scuole, visite culturali).

Il legame cultura e salute apre nuove opportunità di sviluppo per le politiche culturali, perché offre loro una nuova e più ampia legittimazione, in contesti che devono fare i conti con la continua riduzione delle risorse pubbliche e per un settore, quello culturale, che difficilmente può rendersi autonomo dal contributo pubblico.

---

<sup>1</sup> OECD (1998), *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, Ageing Working Papers 6.3, OECD Paris.

<sup>2</sup> WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva.

<sup>3</sup> ARS- Regione Toscana (2020), *Comportamenti e stili di vita a rischio. Il quadro internazionale, italiano e toscano*, in Documenti Ars n.109.

<sup>4</sup> National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

<sup>5</sup> Fancourt, Daisy & Finn, Saoirse. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>

## 2. Le fonti dei dati e le scelte di metodo

Sebbene il legame cultura e salute sia molto indagato a scala internazionale, sono ancora pochi gli studi disponibili per il contesto italiano. Si ricordano in materia le ricerche pionieristiche condotte dal gruppo di studio guidato da Pierluigi Sacco<sup>6</sup>, volte principalmente ad indagare e misurare gli impatti dei consumi culturali sulla salute mentale e sulla spesa sanitaria connessa. Per lo studio più recente, le basi informative utilizzate sono gli archivi Istat *Health for All*<sup>7</sup> e *Cultura in Cifre*<sup>8</sup>; il periodo analizzato è il 2002-2007, una particolare attenzione tra le caratteristiche soggettive è dedicata alla condizione di disoccupazione, un fattore che secondo numerosi studi medici agisce in modo determinante sulla diffusione delle condizioni di ansia e depressione. L'analisi (che gli autori definiscono di tipo panel) evidenzia come i ricoveri per problemi di salute mentale impattino in modo significativo sulla spesa sanitaria (viene calcolata l'incidenza delle dimissioni per ricoveri ospedalieri dovuti a malattie mentali sul totale e viene attribuita a questa patologia una quota di spesa sanitaria) e come il consumo culturale riduca invece questo tipo di ricoveri (viene stimato come la spesa privata per consumi culturali riduca la probabilità di una dimissione da ricovero ospedaliero per malattie mentali), contribuendo a contenere anche la spesa sanitaria.

L'analisi sperimentale scelta da IRPET mira cogliere effetti di più lungo periodo.

L'assunto di fondo, che sembra ragionevole, è che gli stili di vita salutari hanno bisogno di essere praticati a lungo (sono appunto dei comportamenti abituali, non sporadici) per poter manifestare i loro effetti positivi sullo stato di salute, specialmente quando si tratta di consumi immateriali, i cui effetti sulla salute sono meno immediati. Una più lunga finestra temporale di osservazione consente poi di tener meglio insieme la fase del ciclo di vita in cui più alti sono i consumi culturali (di solito dopo i 60/65 anni si registra una significativa contrazione<sup>9</sup>) e quella in cui iniziano a manifestarsi con più frequenza i problemi di salute (dai 55 anni). Si è deciso quindi di osservare un periodo temporale di 15 anni.

La fonte dati utilizzata è costituita dai dati individuali dell'indagine campionaria Istat – Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"<sup>10</sup>, che contiene informazione sia sui livelli di partecipazione culturale, che sulle condizioni di salute. La partecipazione culturale è rilevata tramite domande agli intervistati, con cui si chiede la frequenza di fruizione durante gli ultimi 12 mesi di varie categorie di consumo culturale (cinema, musei, concerti, letture, ecc.), mentre nessuna informazione è raccolta sui livelli di spesa associati a quei consumi. Lo stato di salute è rilevato con domande sulla soddisfazione per la propria condizione e sulla presenza/assenza di alcune patologie.

Per avere un quindicennio di osservazione si è deciso di far riferimento alla rilevazione dell'anno 2005 e a quella dell'anno 2020. Quest'ultima, essendo stata realizzata a inizio anno, non risente ancora del peggioramento delle condizioni di salute dovuto al Covid-19 ed è stata quindi ritenuta utilizzabile (anche se coglie la contrazione del consumo culturale).

Il dato ideale per il tipo di analisi programmato è un dato panel, cioè, occorrerebbe aver intervistato gli stessi individui sia al 2005 che al 2020 per misurare l'effetto causale della pratica culturale sulle condizioni di salute. L'indagine multiscopo Istat è invece un'indagine campionaria non di tipo panel e questo impone di fare alcune elaborazioni sui dati. In questi casi, cioè quando i dati panel non esistono, un possibile rimedio metodologico consiste nella costruzione di quelli che vengono definiti "quasi-panel". In breve, i rispondenti all'indagine vengono suddivisi in piccoli gruppi con caratteristiche omogenee rispetto ai fenomeni da osservare e invariabili nel tempo. Tipicamente, gli individui vengono distinti per genere, per anno di nascita, se sono in età adulta anche per titolo di studio (che si assume ormai invariabile) e per macrotipologia territoriale di residenza (urbano vs rurale). Questi piccoli gruppi così individuati (che devono comunque avere una numerosità tale da garantire la rappresentatività statistica delle risposte fornite) vengono osservati all'anno di partenza ( $t_0$ ) e all'anno di arrivo ( $t_1$ ) e considerati di fatto come se fossero composti dagli stessi individui (in realtà sono individui con le stesse caratteristiche). Questo metodo, se corredato da una serie di variabili di controllo (ad esempio, i comportamenti rispetto ad alcuni stili di vita che incidono sulla salute, come il fumo, il consumo di alcol, la pratica dell'attività fisica) può fornire una buona misura dell'impatto del consumo culturale sullo stato di salute.

<sup>6</sup> Grossi E., Sacco P. L., Tavano Blessi G., & Cerutti R. (2010), *The impact of culture on the individual subjective well-being of the Italian population: An exploratory study*, in *Applied Research Quality Life*, 6, 387–410; Grossi E., Tavano Blessi G., Sacco P. L., & Buscema M. (2011), *The interaction between culture, health and psychological well-being: Data mining from the Italian culture and well-being project*, in *Journal of Happiness Studies*, 13, 129–148; Crociata A., Agovino M., Sacco P.L. (2014), *Cultural Access and Mental Health: An Exploratory Study*, in *Social Indicators Research* 118, 219–233, <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0426-4>

<sup>7</sup> <https://www.istat.it/it/archivio/14562>

<sup>8</sup> <https://www.istat.it/it/archivio/203714>. Chiuso dal 2017, sostituito con dati pubblicati in <http://dati.istat.it/>

<sup>9</sup> Si veda Osservatorio Regionale della Cultura Nota 1/2020, [http://www.irpet.it/wp-content/uploads/2020/04/nota-1\\_2020-osservatorio-regionale-della-cultura.pdf](http://www.irpet.it/wp-content/uploads/2020/04/nota-1_2020-osservatorio-regionale-della-cultura.pdf)

<sup>10</sup> L'indagine campionaria "Aspetti della vita quotidiana" fa parte di un sistema integrato di indagini sociali - le Indagini Multiscopo sulle famiglie - e rileva le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui e delle famiglie. Dal 1993 al 2003 l'indagine è stata condotta ogni anno nel mese di novembre. Nel 2004 l'indagine non è stata effettuata e dal 2005 viene condotta ogni anno nel primo trimestre dell'anno.

Un metodo alternativo, che da alcuni anni riscuote molto successo, è quello che mira alla valutazione dell'impatto con approccio controfattuale (o inferenza causale). Questo metodo mira a isolare l'effetto della variabile di interesse da tutte le altre caratteristiche che possono interagire, idealmente confrontando due individui perfettamente identici tranne per il fatto di aver subito o non subito un certo trattamento (nel nostro caso, di aver praticato/non praticato il consumo culturale)<sup>11</sup>. Si tratta di un approccio che richiede dati adeguati, nel nostro caso non disponibili, e più adatto a misurare l'impatto di una specifica misura di *policy* piuttosto che di comportamenti di medio lungo periodo, per i quali è più difficile misurare la situazione pre e post trattamento.

Per le ragioni esposte, per il momento tratteremo i dati provenienti dalla rilevazione Istat Multiscopo con un approccio di quasi-panel. Trattandosi di un'indagine campionaria, per mantenere un'adeguata numerosità dei gruppi da analizzare, l'esercizio viene condotto a scala nazionale, ipotizzando cioè che le relazioni indagate siano uniformi su tutto il territorio nazionale.

### 3. L'analisi all'anno di partenza: prime evidenze sui dati 2005

Guardando ai dati dell'anno scelto come inizio dell'analisi, si sono costruiti gruppi quinquennali di intervistati per età, a partire dai 35 fino ai 59 anni. Per ciascun gruppo, si sono analizzate le risposte ai quesiti riconducibili alla soddisfazione per il proprio stato di salute, alle caratteristiche dello stile di vita, alla frequenza dei consumi culturali divisi per tipologie. Tali risposte sono state incrociate anche con il genere di appartenenza (maschio/femmina), con il titolo di studio conseguito, che è una delle caratteristiche individuali che più influenza la partecipazione culturale, con la condizione sul mercato del lavoro (occupato/disoccupato), con la macro-tipologia del luogo di residenza, distinto in modo dicotomico tra contesti urbani e non urbani<sup>12</sup>, per il fatto che gli ambiti urbani godono di una maggiore offerta culturale, che esercita un'influenza positiva sul livello dei consumi.

La frequenza delle risposte, utilizzate nella modalità negativa (non è soddisfatto, non ha uno stile di vita sano, non effettua consumi culturali), è riportata nella Tabella 1.

Tabella 1. **ITALIA. Stato di salute, stile di vita e consumi culturali per alcune caratteristiche soggettive. Popolazione 35-59 anni. 2005**

	Poco/Per niente soddisfatto per la salute	Non ha uno stile di vita sano*	Non è mai andato al cinema	Non ha mai visitato musei e siti archeologici	Non è mai andato a teatro o a un concerto	Non è mai andato né a evento sportivo né a ballare	Non legge quotidiani né in carta né online	Non ha letto libri
35-39 anni	10,9%	17,9%	35,1%	50,3%	60,4%	50,3%	31,7%	49,4%
40-44 anni	12,1%	20,9%	37,6%	53,2%	61,6%	53,2%	29,2%	50,6%
45-49 anni	14,3%	21,2%	46,3%	56,3%	61,9%	56,3%	27,6%	51,6%
50-54 anni	17,4%	20,8%	54,7%	62,8%	64,2%	62,8%	27,4%	53,9%
55-59 anni	21,2%	18,3%	64,2%	67,9%	68,7%	67,9%	29,6%	59,5%
Maschio	13,4%	23,4%	45,2%	47,3%	64,3%	47,3%	22,0%	60,3%
Femmina	16,2%	16,2%	47,7%	67,4%	61,9%	67,4%	36,3%	45,3%
Laurea	9,9%	11,4%	24,3%	54,9%	37,8%	54,9%	11,7%	18,0%
Diploma	12,1%	17,7%	35,0%	50,9%	54,6%	50,9%	20,2%	38,8%
< diploma	17,8%	23,1%	59,5%	62,5%	74,7%	62,5%	39,5%	70,2%
Occupato	11,5%	20,7%	40,2%	51,6%	59,2%	51,6%	23,2%	49,3%
Disoccupato	25,7%	26,3%	55,5%	59,0%	70,4%	59,0%	39,8%	60,1%
Città	13,9%	19,8%	46,3%	57,3%	62,8%	57,3%	27,9%	52,4%
Campagna	16,5%	19,8%	46,7%	57,8%	63,6%	57,8%	31,7%	53,3%
<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>14,8%</b>	<b>19,8%</b>	<b>46,5%</b>	<b>57,4%</b>	<b>63,1%</b>	<b>57,4%</b>	<b>29,2%</b>	<b>52,7%</b>

\* è l'unione di due risposte: non pratica sport e fuma

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT – Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana

<sup>11</sup> Uno studio che adotta questo approccio, disponendo tuttavia di una base dati panel, è Thiel L. (2015), *Leave the Drama on the Stage. The Effect of Cultural Participation on Health, Soep Papers on Multidisciplinary Panel Data n.767*.

<sup>12</sup> Non essendo disponibile nei microdati forniti da Istat la classificazione tipologica del Comune di residenza, la prevalenza di caratteristiche urbane/non urbane è stata desunta dalla domanda relativa all'accessibilità ai servizi di trasporto.

Ricordiamo brevemente le prime evidenze. L'insoddisfazione per lo stato di salute cresce al crescere dell'età: la quota dei 55-59enni insoddisfatti è doppia rispetto a quella dei 35-39enni, mentre l'aver uno stile di vita poco sano, pur variando poco, è relativamente più frequente nelle fasce di età più giovani. Le donne sono più insoddisfatte dello stato di salute, nonostante praticino di meno stili di vita insalubri. Insoddisfazione per la salute e stili di vita non sani sono poi più frequenti per i titoli di studio più bassi, per i disoccupati e per chi vive in ambiente rurale.

Per quanto attiene ai consumi culturali, sono stati raggruppati per tipologie caratterizzate da livelli simili.

Il cinema è uno degli spettacoli più praticati, perché ha un'offerta molto varia, solo il 47% dei rispondenti non è mai andato al cinema negli ultimi 12 mesi. La quota dei non spettatori sale, come dalle attese, al crescere dell'età, al diminuire del titolo di studio e per i disoccupati. Gli effetti dovuti al genere e al luogo di residenza sono minori.

La visita di musei e siti archeologici è spesso associata alle vacanze e ai viaggi, il 57% non ha effettuato alcuna visita negli ultimi 12 mesi. Le relazioni con le caratteristiche personali sono quelle note, ma sono meno intense, fatta eccezione per il genere (le donne dichiarano una frequenza più bassa).

La partecipazione a spettacoli teatrali e concerti, di qualsiasi tipo, è più rara (il 63% non l'ha mai effettuata in 12 mesi), in questo caso è il titolo di studio la caratteristica personale con l'impatto più forte.

La partecipazione a eventi sportivi (ad esempio, partite di calcio) e la frequenza di luoghi in cui ballare sono state tenute come gruppo a sé, perché assimilabili più ad attività ricreative. In questo caso, circa il 57% dei rispondenti non le ha mai praticate negli ultimi 12 mesi e la variabilità legata alle caratteristiche personali è meno intensa, con parziale eccezione per il genere (le donne dichiarano una partecipazione più bassa).

Le ultime due tipologie riguardano la lettura, di quotidiani e libri. Quasi il 30% dei rispondenti non legge quotidiani di alcun tipo, né cartacei né online, questa quota cresce significativamente se l'intervistato/a è femmina, se ha un basso titolo di studio e se è disoccupato. La minore età fa crescere l'astensione dalla lettura dei quotidiani. La quota di coloro che non hanno mai letto un libro negli ultimi 12 mesi è decisamente più elevata (53% dei rispondenti) e in questo caso essa cresce significativamente se l'intervistato/a è maschio e se ha un basso titolo di studio.

In generale, fra le caratteristiche individuali il titolo di studio è quella che influenza maggiormente i consumi culturali, il luogo di residenza è quello con il minor impatto, ciò conferma che si tratta soprattutto di un problema di domanda (alcune categorie sociali sono poco propense ai consumi culturali) più che di offerta (nelle aree non urbane il consumo cade per mancanza di offerta).

Tabella 2. **Matrice delle correlazioni tra le principali variabili. Popolazione 35-59 anni. 2005**

	Soddisfazione per la salute	Età 50 anni e più	Femmina	Laurea e oltre	Città	Stile di vita non sano*	Consumo culturale**
Soddisfazione per la salute	<b>100%</b>	-18%	-7%	8%	3%	-1%	12%
Età 50 anni e più	-18%	<b>100%</b>	-1%	-2%	1%	-1%	-13%
Femmina	-7%	-1%	<b>100%</b>	-1%	0%	-9%	1%
Laurea e oltre	8%	-2%	-1%	<b>100%</b>	1%	-6%	23%
Città	3%	1%	0%	1%	<b>100%</b>	0%	1%
Stile di vita non sano*	-1%	-1%	-9%	-6%	0%	<b>100%</b>	-7%
Consumo culturale**	12%	-13%	1%	23%	1%	-7%	<b>100%</b>

\* fuma e non fa sport; \*\*almeno due tipologie di consumo culturale in 12 mesi, di cui una è il cinema

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT – Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana

Le relazioni principali trovano conferma nella Tabella 2, che evidenzia la forza e la direzione (crescente o decrescente) delle interazioni tra stato di salute, caratteristiche individuali e stili di vita. In particolare, l'età elevata (>50 anni) fa diminuire la soddisfazione per la salute (-18%) e i consumi culturali (-13%); il titolo di studio elevato fa crescere i consumi culturali (+23%), la soddisfazione per la salute (+8%) e fa diminuire la pratica di stili di vita non salutari (-6%); infine, il consumo culturale è correlato positivamente con la soddisfazione per lo stato di salute (+12%), che implica sia il fatto che le persone sane fruiscono con maggiore frequenza di consumi culturali, sia che coloro che hanno una vita attiva anche in termini di consumi culturali, che accresce vivacità intellettuale e interazione sociale, hanno uno stato di salute migliore. Con la base dati disponibile al momento non è possibile distinguere i due versi causali.

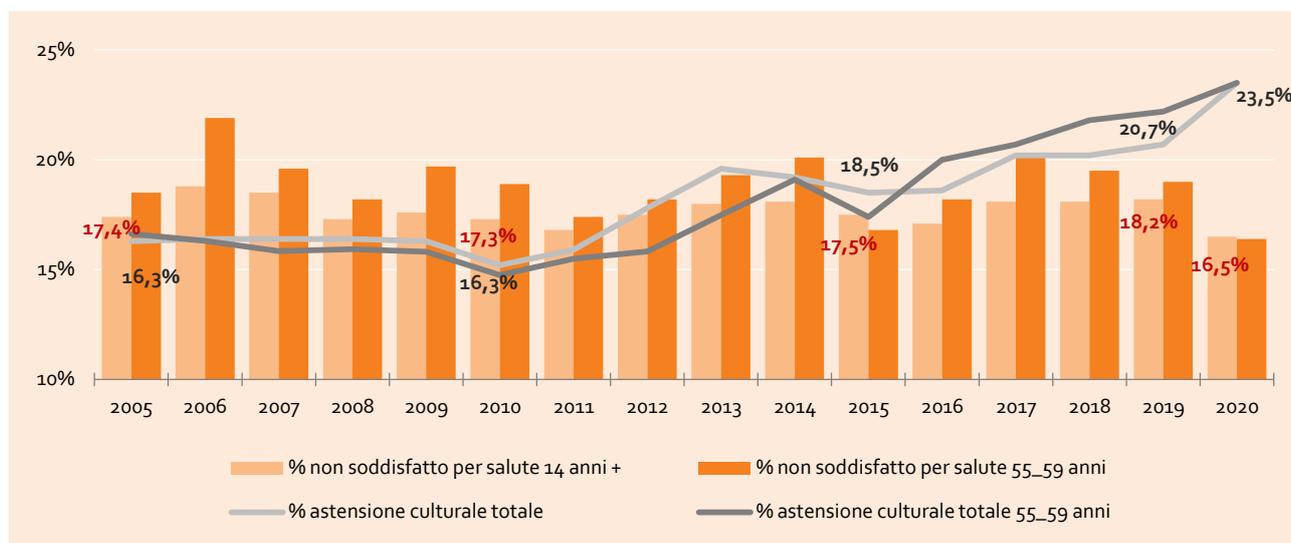
#### 4. L'evoluzione dello stato di salute percepito e dei consumi culturali in 15 anni: 2005-2020

In questo paragrafo ci proponiamo di quantificare l'effetto del trascorrere del tempo sui fenomeni oggetto di osservazione.

Una prima indicazione di lungo periodo è ricavabile dalle serie storiche tematiche pubblicate da Istat (Grafico 3). La quota di persone non soddisfatte per la propria salute può essere considerata sostanzialmente stabile attorno al 17% del totale popolazione con 14 anni e più, mentre nel periodo considerato si riduce il gap dalla media nella soddisfazione della classe di età 55-59 anni, che può essere letto come un progressivo lieve miglioramento delle

condizioni di salute. Di contro, l'indice di astensione culturale totale è complessivamente in crescita dal 2011, con un picco nel 2020. L'ultimo dato risente evidentemente degli effetti della pandemia, mentre gli anni precedenti hanno risentito della crisi economica, oltre che dell'evoluzione di alcune abitudini che hanno portato a un diverso peso delle tipologie culturali consumate. La classe di età 55-59 anni mostra un trend sostanzialmente in linea con il dato medio.

Grafico 3. **ITALIA. Evoluzione della non soddisfazione per la salute e del non consumo culturale. Popolazione 35-59 anni. 2005-2020**



Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT- Indagini Multiscopo

Disaggregando i consumi culturali per tipologia è possibile evidenziare andamenti diversificati (Tabella 4). Per evitare l'effetto distorsivo della pandemia, si fa riferimento all'evoluzione di lungo periodo fra 2005 e 2019. Il mancato consumo è diminuito per mostre e musei (-3,9 p.p.) e siti archeologici e monumenti (-5,8 p.p.), attività solitamente associate a viaggi e vacanze. Esso è rimasto sostanzialmente stabile per le altre tipologie di spettacoli culturali (concerti e spettacoli teatrali), ad eccezione del cinema (+2,5 p.p.). Quest'ultimo settore è chiaramente colpito dall'evoluzione tecnologica, che ha consentito lo sviluppo delle piattaforme di distribuzione via internet di film e serie tv. In contrazione anche le attività a contenuto più ricreativo, come la partecipazione a spettacoli sportivi e alle attività di ballo. In crollo verticale, infine la lettura dei quotidiani, mentre è comunque in diminuzione la lettura dei libri. Anche i quotidiani, evidentemente, subiscono la concorrenza dei social e dei portali di notizie online.

Tabella 4. **Evoluzione del non consumo culturale per tipologia (% di persone che non hanno fruito/letto). 2005-2020**

	Musei, mostre	Siti arch., monumenti	Concerti classici	Altri concerti	Teatro	Cinema	Spettacoli sportivi	Discoteche, balere	Quotidiani	Libri
2005	70,0	76,5	88,7	78,0	77,8	47,3	69,7	72,6	40,3	55,5
2006	69,9	76,6	88,2	78,1	77,7	49,0	70,4	73,1	40,1	53,8
2007	69,7	76,1	88,3	78,4	76,7	49,1	71,1	74,2	40,3	54,8
2008	69,1	76,3	87,7	77,8	77,0	47,8	70,8	75,1	46,9	48,1
2009	68,8	75,8	87,5	77,2	76,2	48,3	70,9	75,2	42,1	52,8
2010	67,0	74,0	86,6	75,9	74,7	45,3	70,6	74,9	42,9	50,8
2011	67,8	74,8	87,4	76,7	75,7	44,2	69,2	75,1	44,0	52,5
2012	70,2	77,1	90,4	79,1	78,1	48,6	72,8	77,7	46,6	52,4
2013	71,9	77,0	87,5	79,6	79,7	51,3	73,2	78,1	49,2	55,2
2014	69,6	75,7	88,2	79,1	78,7	49,8	72,3	78,1	51,2	56,5
2015	68,3	74,7	88,3	78,8	78,8	48,9	72,5	78,2	51,9	56,5
2016	67,0	73,2	89,7	77,2	78,1	46,1	71,6	77,6	54,7	57,6
2017	67,5	72,9	88,9	79,1	79,1	48,9	73,2	78,9	58,3	57,7
2018	66,8	71,2	89,1	78,4	79,4	49,9	73,1	79,5	61,0	58,2
2019	66,1	70,7	88,1	77,7	77,9	49,8	73,5	79,0	63,5	58,4
2020	70,4	72,6	90,2	80,7	82,2	52,9	76,1	81,1	66,3	57,1
<b>DIFFERENZA 05-19</b>	<b>-3,9</b>	<b>-5,8</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>2,5</b>	<b>3,8</b>	<b>6,4</b>	<b>23,2</b>	<b>2,9</b>
<b>DIFFERENZA 19-20</b>	<b>4,3</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>3,0</b>	<b>4,3</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,1</b>	<b>2,8</b>	<b>-1,3</b>

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT – Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana

La diversificazione settoriale descritta si aggiunge ai due dati di fondo del consumo culturale. Le variazioni si applicano a livelli di consumo che per l'Italia, in quanto paese a sviluppo maturo, sono decisamente bassi. Questo dato è preoccupante e ha riflessi immediati sulla qualità del capitale sociale. Inoltre, il consumo culturale, oltre ad essere influenzato da alcune caratteristiche strutturali cresciute negli ultimi decenni (livelli di istruzione, di urbanizzazione, di disponibilità di tempo libero), è molto sensibile al ciclo economico, e pertanto è la componente dei consumi che immediatamente flette in caso di crisi (insieme alla spesa per viaggi e vacanze).

Tabella 5. **Evoluzione del non consumo culturale. Rapporti tra fasce di età e titoli di studio. 2005-2020**

	2005	2010	2015	2020	DIFF. 05-15	DIFF. 05-20
<b>MUSEI, MOSTRE, AREE ARCH. MONUMENTI</b>						
55-59 anni / 35-39 anni	1,350	0,946	0,976	1,026	-0,374	-0,324
Titolo obbligo / Laurea	1,138	2,354	2,559	2,408	1,421	1,270
<b>CONCERTI CLASSICI, MODERNI, TEATRO</b>						
55-59 anni / 35-39 anni	1,137	1,035	1,053	1,043	-0,084	-0,094
Titolo obbligo / Laurea	1,976	1,965	1,970	1,687	-0,006	-0,289
<b>CINEMA</b>						
55-59 anni / 35-39 anni	1,829	1,477	1,448	1,328	-0,381	-0,501
Titolo obbligo / Laurea	2,449	2,333	2,181	1,985	-0,268	-0,464
<b>SPETTACOLI SPORTIVI, BALLO</b>						
55-59 anni / 35-39 anni	1,350	1,231	1,268	1,184	-0,082	-0,166
Titolo obbligo / Laurea	1,138	1,157	1,271	1,241	0,132	0,102
<b>LETTURA QUOTIDIANI</b>						
55-59 anni / 35-39 anni	0,934	0,840	0,804	0,972	-0,129	0,038
Titolo obbligo / Laurea	3,376	2,480	2,084	2,603	-1,292	-0,773
<b>LETTURA LIBRI</b>						
55-59 anni / 35-39 anni	1,204	1,000	0,982	1,054	-0,223	-0,151
Titolo obbligo / Laurea	3,900	3,707	3,045	3,004	-0,855	-0,896

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT – Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana

Nella Tabella 5 viene rappresentato l'effetto delle variabili che più influenzano il consumo culturale, età e titolo di studio, e la loro evoluzione nel periodo considerato. Essendo rapporti, valori superiori a 1 indicano che il non consumo è più elevato, rispettivamente, in corrispondenza delle classi di età più elevate e dei titoli di studio più bassi. Valori inferiori a 1 indicano la situazione opposta. Per quanto attiene alla dinamica nel tempo, valori che tendono a 1 indicano un avvicinamento nel comportamento delle categorie considerate.

Passando in rassegna le varie tipologie di consumo, che sono state in parte aggregate, emergono le seguenti evidenze. Tutti i rapporti sono superiori a 1, tranne nel caso della lettura dei quotidiani; ciò implica che età elevata e titoli di studio bassi comprimono la partecipazione culturale; solo la lettura dei quotidiani è un'attività di tipo più tradizionale, che viene esercitata con una frequenza maggiore dalle fasce di età più avanzate. Le attività di lettura, inoltre, sono quelle in cui i rapporti in relazione ai titoli di studio sono molto superiori a 1, in cui cioè il livello d'istruzione influenza molto le scelte di consumo/non consumo.

In termini di dinamica temporale, l'effetto della fascia di età tende a ridursi. Ciò può essere imputato sia all'entrata nelle fasce di età più anziane di coorti di popolazione mediamente più istruita, sia al generale miglioramento delle condizioni di salute, che spingono anche le fasce di età più mature verso stili di vita più attivi. Nel caso di alcune tipologie di consumo, tuttavia, l'effetto del titolo di studio (che può essere anche una *proxy* del reddito disponibile), tende a rafforzarsi. È soprattutto il caso delle visite a musei, mostre, aree archeologiche e monumenti, di solito associate ai viaggi e alle vacanze. Infine, considerando le variazioni al 2020 i valori tendono a contrarsi ulteriormente, perché la variabilità dei comportamenti si riduce a causa delle chiusure dal lato dell'offerta imposte dalla pandemia.

## 5. Prime evidenze dell'impatto del consumo culturale sulla salute: al 2005 e al 2019

I dati al momento disponibili non consentono di andare oltre una prima esplorazione della relazione tra consumo di cultura e condizioni di salute. Questa relazione sarà pertanto oggetto di approfondimenti futuri, tesi in particolare ad accrescere la qualità dei dati di partenza, ad evidenziare meglio la direzione della relazione causale, a cogliere con maggiore precisione l'impatto delle numerose determinanti dello stato di salute.

Con la base dati ad oggi disponibile stimiamo un modello di regressione logistica<sup>13</sup>, che fa dipendere la soddisfazione per il proprio stato di salute da alcune caratteristiche soggettive (genere, età, titolo di studio) e da alcuni comportamenti (stile di vita sano e consumo culturale), mettendo in evidenza il contributo di ciascuna determinante in termini di direzione (accresce o diminuisce la soddisfazione per lo stato di salute) e intensità. Il modello è stimato sia al 2005 che al 2019, quindi a inizio e fine del periodo di osservazione, sulla popolazione italiana compresa fra 35 e 59 anni (circa 18mila unità campionarie osservate per ogni anno).

I risultati sono rappresentati nella Tabella 6, corredati di tutti gli indici statistici, e nel Grafico 7 in modo semplificato per consentire una lettura più immediata.

Tabella 6. **ITALIA. Modello logit che spiega la soddisfazione per lo stato di salute della popolazione tra 35 e 59 anni. 2005 e 2019**

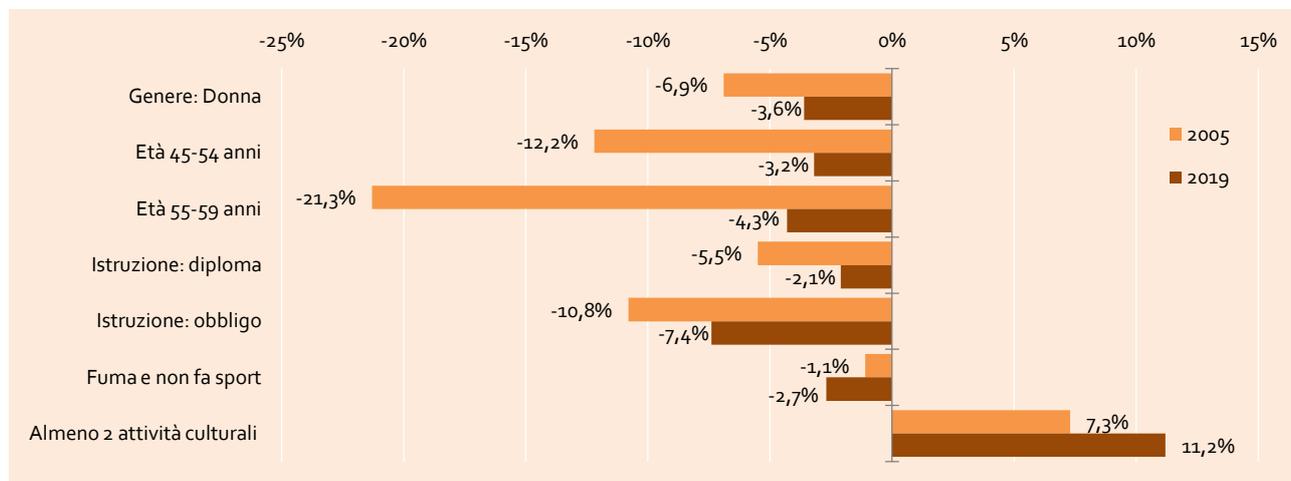
VAR. RISULTATO: soddisfatto della salute	2005						2019					
Individuo tipo*	Probabilità 80,06%						Probabilità 86,45%					
	Effetti marginali (Coeff.)	Std. Err.	z	P_Value	95% Conf. Interval		Effetti marginali (Coeff.)	Std. Err.	z	P_Value	95% Conf. Interval	
Genere: Donna	-0,069	0,007	-9,78	0,000	-0,08	-0,06	-0,036	0,007	-5,420	0,000	-0,048	-0,023
Età 45-54 anni	-0,122	0,008	-15,62	0,000	-0,14	-0,11	-0,032	0,008	-4,050	0,000	-0,048	-0,017
Età 55-59 anni	-0,213	0,010	-20,82	0,000	-0,23	-0,19	-0,043	0,008	-5,160	0,000	-0,060	-0,027
Istruzione: diploma	-0,055	0,012	-4,65	0,000	-0,08	-0,03	-0,021	0,010	-2,100	0,036	-0,040	-0,001
Istruzione: obbligo	-0,108	0,012	-9,14	0,000	-0,13	-0,08	-0,074	0,010	-7,280	0,000	-0,094	-0,054
Fuma e non fa sport	-0,011	0,009	-1,26	0,207 <sup>1</sup>	-0,03	0,01	-0,027	0,008	-3,230	0,001	-0,043	-0,011
Almeno 2 attività culturali	0,073	0,008	8,97	0,000	0,06	0,09	0,112	0,009	13,030	0,000	0,095	0,129

\* Maschio, con età 35-44 anni, con laurea, con stile di vita sano, che non ha svolto almeno 2 attività culturali fuori casa

<sup>1</sup>risultato non statisticamente significativo

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT – Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana

Grafico 7. **ITALIA. Variazione degli effetti marginali delle determinanti di salute. 2005 e 2019**



Fonte: elaborazioni IRPET su dati ISTAT- Indagini Multiscopo

I dati possono essere interpretati sia all'anno base che nella loro evoluzione.

Al 2005, data una probabilità pari all'80% dell'individuo di riferimento di essere soddisfatto del proprio stato di salute, ci sono caratteristiche soggettive che abbassano tale probabilità, in ordine di importanza: l'età più elevata (55-59 anni e poi 45-54 anni), un basso titolo di studio (istruzione dell'obbligo), l'essere donna. Per quanto attiene ai comportamenti, il fumare e non fare sport non risulta statisticamente significativo, probabilmente perché il suo effetto è spiazzato da quello dell'età, mentre il praticare un livello minimo di consumo culturale (almeno 2 attività negli ultimi 12 mesi) accresce di 7,3 punti percentuali la probabilità di percepirsi in buona salute. Questo è un primo indizio del fatto che la partecipazione culturale è uno stile di vita con effetti positivi sulla salute.

<sup>13</sup> Un modello di regressione consiste in un'analisi statistica finalizzata ad esprimere in termini matematici direzione e relazione tra le variabili. Il modello logit si caratterizza per utilizzare variabili qualitative, trasformate in dicotomiche (nel caso in analisi: soddisfatto/non soddisfatto).

Confrontando i risultati ottenuti sui dati 2005 con quelli relativi al 2019 si nota che tutte le variabili esplicative diventano statisticamente significative, ma soprattutto che le caratteristiche più strutturali (età, titolo di studio) diminuiscono il loro effetto, mentre lo aumentano gli stili di vita. Ciò è probabilmente imputabile ad una maggiore diffusione, nel 2019 rispetto al 2005, di livelli di istruzione più elevati nella popolazione adulta, per cui queste caratteristiche diventano meno discriminatorie. Di contro, aumenta l'influenza sul risultato finale degli stili di comportamento: non fumare e non fare sport fa diminuire la probabilità di percepirsi in buona salute e acquista significatività statistica, praticare un livello minimo di consumo culturale ha ancora un effetto positivo (ciò accresce la probabilità di percepirsi in buona salute), di intensità però molto più forte rispetto al 2005 (11,2 punti percentuali contro 7,3).

Il secondo indizio che ricaviamo dai dati analizzati è che, quanto più la popolazione diventa omogenea per età e livelli di istruzione, tanto più cresce l'influenza degli stili di vita sullo stato di salute. Il consumo culturale, che può essere assunto più in generale come una *proxy* di esercizio di attività intellettuali e di mantenimento di relazioni sociali, aumenta il suo contributo positivo alla salute individuale.

## Osservatorio regionale della Cultura

Nota 3/2023



**Regione Toscana**

Le Note dell'Osservatorio sono a cura di IRPET e REGIONE TOSCANA. Responsabile del progetto: Sabrina Iommi. L'autrice di questo numero è: Sabrina Iommi (IRPET), con il supporto statistico di Maria Luisa Maitino (IRPET) e Valentina Patacchini (IRPET).