

CULTURA E SALUTE: I RISULTATI DI UN PROGETTO DI VALUTAZIONE CONTROFATTUALE IN TOSCANA

Questa nota presenta gli esiti di uno studio empirico di valutazione degli effetti causali della partecipazione culturale sulla percezione di salute e benessere.

Lo studio ha visto, nella sua impostazione, la collaborazione tra più soggetti: la Regione Toscana (Direzione Cultura e Sport), che è il committente della ricerca in quanto ente di programmazione delle politiche di welfare culturale; la Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze (Settore beni e attività culturali), che è promotrice e finanziatrice delle attività culturali qui oggetto di studio; IRPET, che è il responsabile scientifico dell'analisi di valutazione. Le associazioni/fondazioni le cui attività culturali, a valenza sociale, sono state oggetto di valutazione sono: l'Immaginario Associazione Culturale per il progetto "Overart", la Fondazione Fresco Parkinson Institute per il progetto "Dance Well" e la stessa Fondazione CRF per il progetto "Passeggiate Fiorentine".

Il tema oggetto di analisi, la relazione tra cultura e salute, è stato indagato tramite alcuni progetti di partecipazione culturale rivolti alla popolazione ultrasessantenne e/o con problemi di salute legati al Parkinson. Lo studio è stato impostato secondo il metodo valutativo controfattuale, che prevede l'individuazione di due distinti gruppi di soggetti: i trattati (che partecipano alle attività culturali) e i controlli (che non vi partecipano, ma che hanno caratteristiche simili ai trattati). Ad entrambe le categorie di soggetti sono stati somministrati due questionari: uno precedente al trattamento (ex-ante) ed uno successivo (ex-post). La differenza pre-post nel gruppo dei trattati, paragonata a quella pre-post nel gruppo di controllo, fornisce appunto la misura dell'impatto della politica.

Lo studio ha confermato le indicazioni sempre più numerose della letteratura sul tema, evidenziando un impatto positivo e statisticamente significativo della partecipazione culturale sull'autopercezione della condizione di salute. La dimensione dell'impatto è maggiore sul tono dell'umore (salute psichica) piuttosto che sulla salute fisica e su coloro che partono da condizioni più svantaggiate, in termini sia di accesso ai consumi culturali che di condizioni di salute autopercepite.

Queste evidenze risultano particolarmente interessanti per il gruppo di utenti considerati, la popolazione anziana, che nelle società a sviluppo maturo è in forte crescita e pone sfide importanti di finanziamento dei servizi sanitari e assistenziali. La promozione di progetti di partecipazione culturale, come dimostrato dal nostro studio empirico, contribuisce utilmente a rallentare e contenere il peggioramento delle condizioni di salute dovuto all'invecchiamento, agendo sulla stimolazione delle capacità cognitive, sul coinvolgimento emotivo degli utenti e sul mantenimento di un ricco tessuto relazionale. Le modalità con cui i consumi culturali sono stati promossi nel caso studiato, con forme inclusive e partecipative, sono determinanti per il conseguimento delle ricadute positive in termini di benessere.

Lo studio ha fornito anche l'occasione per riflettere sulle tecniche di valutazione delle politiche pubbliche. Secondo l'opinione maggioritaria, ogni intervento dovrebbe prevedere fin dalla progettazione le modalità di valutazione della sua efficacia. Nel caso dei progetti culturali con finalità sociali, spesso rivolti a piccoli gruppi di utenti, non sempre risultano applicabili le tecniche di valutazione controfattuale, che richiedono alta numerosità dei casi e implicano costi piuttosto elevati di realizzazione delle indagini. Una soluzione più percorribile potrebbe essere quella che distingue tra (pochi) progetti selezionati da utilizzare per la ricerca, su cui applicare le tecniche valutative più rigorose, e (molti) progetti orientati prevalentemente alla fornitura dei servizi agli utenti, su cui applicare soprattutto tecniche di monitoraggio. Questi ultimi potrebbero prevedere l'uso di indicatori di impatto più facilmente rilevabili e meno costosi, come l'opinione dei partecipanti o quella di persone qualificate che con loro interagiscono (ad esempio, i medici di famiglia).

1. Introduzione

Esiste ormai una letteratura piuttosto corposa, costituita da studi empirici molto eterogenei nei contenuti e nei metodi utilizzati, che evidenzia l'impatto positivo della partecipazione culturale sul senso di benessere individuale e sullo stato di salute, psichica e fisica¹.

Numerose sono anche le tipologie dei beneficiari dei progetti, dai più tradizionali gruppi a rischio di emarginazione sociale (bambini e ragazzi di famiglie economicamente disagiate, popolazione carceraria, persone con *handicap*, ecc.) a gruppi *target* emersi con il progressivo invecchiamento delle società a sviluppo maturo (anziani, ma anche malati di patologie degenerative come Alzheimer e Parkinson, nonché i loro *care-giver*) o con la maggiore attenzione prestata al benessere di specifici soggetti e al contenimento di alcuni fenomeni (depressione post-parto di giovani madri, soggetti con problemi di dipendenze, ecc.).

L'eterogeneità dei progetti e la prevalenza di studi di caso non favorisce la generalizzazione dei risultati. Se la maggior parte degli studi evidenzia una correlazione positiva tra partecipazione culturale e benessere, e questo è ormai un dato assodato, restano molte domande aperte sui meccanismi che conducono, con maggiore o minore efficacia, al risultato descritto. Ci sono attività culturali che più di altre producono effetti salutogenici, generativi cioè di benessere e salute? Ad esempio, il teatro è più efficace della visita al museo? Ci sono differenze significative tra fruizione passiva e attiva? Ad esempio, tra ammirare un dipinto e dipingere? Tra attività individuali (tipicamente la lettura) e altre che implicano invece l'attivazione di relazioni sociali (visite collettive, attività di gruppo)? Contano intensità e continuità delle attività svolte? E soprattutto, quanto conta il modo in cui l'attività culturale è proposta, se in modo tradizionale e standardizzato oppure tramite percorsi inclusivi e ricchi di contenuto estetico-emozionale? Il Dipartimento di Scienze Comportamentali e Salute dell'*University College* di Londra ha realizzato uno studio approfondito proprio per mappare "gli ingredienti attivi" che rendono le attività culturali generative di effetti positivi su salute e benessere e sviluppare delle linee guida per la costruzione di interventi efficaci². Il lavoro ha identificato ben 139 ingredienti attivi, raggruppati nelle seguenti 3 categorie: 1) caratteristiche del progetto (contenuto, frequenza, durata, stimoli sensoriali, creativi e fisici, ecc.); 2) caratteristiche degli utenti e degli operatori (profilo socio-economico dei partecipanti, ruolo del facilitatore e stile di conduzione, ecc.); 3) caratteristiche del contesto (estetica e atmosfera del luogo in cui è realizzata l'attività, modalità di reclutamento, risorse economiche, ecc.).

Pur nella consapevolezza che il percorso conoscitivo necessita di futuri approfondimenti, lo studio ha il merito di sottolineare che il modo in cui l'attività culturale è organizzata è cruciale per la sua efficacia, da cui l'importanza di costruire contesti accoglienti, stimolanti e intensi dal punto di vista intellettuale ed emotivo. Il lavoro è inoltre coerente con gli esiti di precedenti ricerche, che hanno evidenziato come la partecipazione culturale generi in primo luogo impatti positivi sulla salute mentale (riduzione delle condizioni di ansia, depressione e stress e accrescimento dei livelli di autostima e della fiducia nelle relazioni sociali) e, attraverso questa, ricadute favorevoli anche in termini di salute fisica (riduzione dei problemi di obesità, delle malattie metaboliche e cardio-vascolari connesse, riduzione dei fenomeni di dipendenza da farmaci e altre sostanze)³.

Tutte le evidenze, da quelle pionieristiche degli anni '90 alle più recenti, dunque, suggeriscono un ruolo positivo della partecipazione culturale sul benessere di tutta la popolazione, oltre che dei gruppi a maggior rischio, sia in funzione di prevenzione delle patologie che in affiancamento agli interventi più strettamente sanitari nella cura e nella gestione delle malattie. Il *welfare* culturale, ovvero l'utilizzo della cultura come strumento di inclusione sociale, benessere psico-fisico e di cura, è ormai considerato un concetto consolidato⁴. I contributi più recenti sul tema, non a caso, spingono per favorire il passaggio dalla fase di sperimentazione a quella di standardizzazione degli interventi, fondata sull'integrazione stabile tra politiche culturali, sociali e sanitarie⁵.

¹ Si ricordano in particolare due importanti *scoping review*, quella pubblicata dall'OMS nel 2019 (Fancourt D., Finn S., 2019, *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*, WHO, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>) e quella più recente pubblicata nel 2023 dall'*University College London* (Fancourt D., Bone J.K., Bu F., Mak H.W., Bradbury A., 2023, *The Impact of Arts and Cultural Engagement on Population Health: Findings from Major Cohort Studies in the UK and USA 2017-2022*, UCL, <https://sbbresearch.org/wp-content/uploads/2023/03/Arts-and-population-health-FINAL-March-2023.pdf>).

² Warran K., Burton A., Fancourt D. (2022), What are the active ingredients of 'arts in health' activities? Development of the INgredients iN ArTs in hEalth (INNATE) Framework, Wellcome Open Res 2022, 7:10, <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.17414.2>.

³ Si vedano, ad esempio, Cuypers K., Krokstad S., Holmen T.L., Knudtsen M.S., Bygreen L.O. e Holmen J. (2011), «Patterns of Receptive and Creative Cultural Activities and their Association with Perceived Health, Anxiety, Depression and Satisfaction with Life Among Adults: The HUNT Study, Norway», *Journal of Epidemiology Community Health* Aug, 66(8):698-703; Grossi E., Tavano Blessi G., Sacco P. L., e 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.

⁴ Il ruolo della cultura per la salute e il benessere costituisce, ad esempio, una delle 21 azioni previste dall'*EU Work Plan for Culture 2023-2026*.

⁵ Sacco P.L. (2023), *Cultura e salute: un percorso in quattro mosse*, *Economia della Cultura*, Fascicolo Speciale, marzo (doi: 10.1446/112781).

2. Il progetto di ricerca

La Regione Toscana è stata tra i primi enti regionali a finanziare interventi di *welfare* culturale di approccio moderno⁶, con il sostegno dato fin dal 2013 al progetto “Musei Toscani per l’Alzheimer”, volto ad alleviare il carico psicologico della malattia, sia per i malati che per i loro *caregiver*, tramite progetti di inclusione e partecipazione culturale e di stimolazione cognitivo-relazionale. La rete degli aderenti conta oggi 70 musei e dal 2023 è stata avviata una collaborazione stabile tra la Direzione Cultura e Sport e quella Sanità, Welfare e Coesione Sociale tesa a inserire i programmi museali dedicati alle persone con demenza e ai loro *caregiver* tra gli interventi previsti dal sistema sociale integrato. Nel corso del 2022, inoltre, su iniziativa della Commissione Istruzione e Cultura del Consiglio Regionale, è stata condotta una rilevazione diretta sugli operatori del settore culturale volta a mappare gli interventi di *welfare* culturale già proposti e quelli programmabili in futuro con le esigenze connesse, al fine di aggiornare adeguatamente la L.R. 21/2010 “Testo Unico delle disposizioni in materia di beni, istituti e attività culturali”⁷.

Nell’ottica di rendere più stabile l’interazione tra politiche culturali, sociali e sanitarie, nel 2024 è stato impostato un progetto di valutazione controfattuale delle ricadute della partecipazione culturale sul benessere e la salute individuali, che ha previsto la collaborazione tra più soggetti: la Direzione Cultura e Sport di Regione Toscana, il Settore dei beni e delle attività culturali della Fondazione CR Firenze, gli operatori che realizzano attività culturali con finalità di *welfare* – L’immaginario Associazione Culturale e Fondazione Fresco Parkinson Institute – e IRPET, centro regionale di studi economici.

Tra i numerosi progetti realizzati dagli operatori, è stato scelto di sottoporre ad analisi valutativa due attività dedicate a sostenere la partecipazione culturale degli anziani (Progetto “OverArt” dell’Associazione L’immaginario e Progetto “Passeggiate Fiorentine” curato dalla stessa Fondazione CRF) e un’attività artistico-motoria destinata alle persone con Parkinson (Attività “Dance Well, Arte e Coro” del Progetto “Casa Parkinson” della Fondazione Fresco Parkinson). Le attività selezionate presentavano, prese complessivamente, le caratteristiche adeguate per essere sottoposte ad analisi valutativa di tipo controfattuale, sia come numerosità dei partecipanti (in totale 150 persone), sia per omogeneità dei profili anagrafici e sociali (anziani con alcuni problemi di salute, ma autonomi e in grado di rispondere ad un questionario). Relativamente al contenuto delle attività proposte, pur trattandosi di progetti distinti, sono stati ritenuti sufficientemente omogenei in quanto tesi ad offrire un’esperienza di fruizione culturale inclusiva e accogliente, di solito organizzata per piccoli gruppi (10-20 persone). Con gli operatori, inoltre, è stata concordata la strutturazione degli interventi in modo da fornire agli utenti “dosi” paragonabili di attività culturali inclusive: ogni progetto, infatti, ha previsto 1 primo incontro di presentazione dell’attività culturale e del progetto di valutazione, 3 incontri di realizzazione dell’attività culturale vera e propria, 1 incontro finale di chiusura del progetto. Nel corso del primo e dell’ultimo incontro, avvenuti a circa 4 settimane di distanza, sono stati somministrati i questionari utilizzati per la valutazione.

Il progetto valutativo controfattuale è stato impostato secondo il metodo standard, che prevede l’individuazione di due diversi gruppi di riferimento (i “trattati”, nel nostro caso le persone che hanno partecipato alle attività culturali, e i “controlli”, cioè persone con caratteristiche anagrafiche e sociali del tutto simili, ma che non hanno partecipato alle attività), cui somministrare due questionari, uno ex-ante (cioè prima dell’avvio delle attività) e uno ex-post (cioè successivamente al trattamento). L’obiettivo del metodo descritto è appunto quello di far emergere l’effetto di una politica tramite il confronto tra il cambiamento pre-post avvenuto nei trattati e quello avvenuto tra i non trattati, aventi caratteristiche del tutto simili ai primi, fatta eccezione per il fatto di non avere ricevuto il trattamento⁸.

Le caratteristiche essenziali dell’impostazione del progetto valutativo sono riportate nella Tabella 1. Complessivamente sono stati programmati 150 questionari ex-ante e 150 ex-post per il gruppo dei trattati, e un numero un po’ più alto (200 questionari ex-ante e 200 ex-post) per il gruppo di controllo (individuati tra popolazione ultrasessantenne e alcuni malati di Parkinson), in linea con le raccomandazioni della letteratura per garantire una stima più robusta dell’effetto causale⁹.

⁶ Si possono includere tra gli interventi di tipo più tradizionale progetti quali la promozione delle attività teatrali in carcere, la diffusione di spettacoli cinematografici ed eventi musicali nei Comuni più piccoli e decentrati, il sostegno agli spettacoli teatrali per le scuole, i progetti di diffusione dell’abitudine alla lettura, ecc. Mentre gli interventi tradizionali miravano a obiettivi di coesione sociale, quelli più moderni hanno aggiunto anche finalità più specificamente legate alla salute.

⁷ Si veda il report che ne riporta i risultati: Iommi S. (2023), Il lavoro nei settori culturali. Inquadramento con le fonti statistiche ufficiali e risultati delle indagini dirette promosse dalla Commissione Regionale, IRPET, <https://www.irpet.it/il-lavoro-nei-settori-culturali/>.

⁸ Per maggiori informazioni sul metodo di valutazione controfattuale si veda Martini A. e Sisti M. (2009), Valutare il successo delle politiche pubbliche, Il Mulino, Bologna. Si noti che i metodi valutativi sperimentali e quasi-sperimentali usano termini quali “trattamento”, “dosi”, “gruppo dei trattati”, “gruppo di controllo”, chiaramente riconducibili alla loro origine nel campo della sperimentazione medica. Ad oggi essi sono molto diffusi anche per l’analisi delle politiche sociali e di sviluppo, specialmente di interventi inerenti la formazione professionale, i progetti innovativi di istruzione, l’inserimento lavorativo di fasce deboli, la creazione di micro imprese, le riforme dei sistemi di welfare. L’affidabilità dei risultati richiede un’alta numerosità delle osservazioni, oltre ad un rigoroso disegno della rilevazione.

⁹ Il sovrannumero dei controlli serve a garantire maggiori possibilità di *matching* tra individui più somiglianti in fase di stima dell’impatto, come verrà illustrato più avanti.

Tabella 1. **Progetto di valutazione controfattuale degli effetti della partecipazione culturale sulla percezione di salute**

PROGETTI	PROMOTORI/ OPERATORI	Partecipanti programmati	Durata dei progetti (Dose)	Questionari ex- ante ai trattati (programmati)	Questionari ex- post ai trattati (programmati)	Questionari ex- ante ai controlli (programmati)	Questionari ex- post ai controlli (programmati)
OverArt	L'immaginario Ass. Culturale	50	1 incontro iniziale, 3 incontri operativi, 1 incontro finale (circa 4 settimane tra primo e ultimo incontro)	50	50		
Passeggiate Fiorentine	Fondazione CRF	50		50	50		
Dance Well	Fondazione Fresco Parkinson Institute	50		50	50		
TOTALE	-	150	-	150	150	200	200

Fonte: elaborazioni IRPET

I due questionari, ex-ante ed ex-post, hanno una struttura e una lunghezza diverse (Tabella 2). Il questionario ex-ante, uguale per trattati e controlli, ha previsto la raccolta di un set di informazioni anagrafiche e sociali (genere, età, titolo di studio, professione svolta in passato, ecc.) e sugli stili di vita (tipo di alimentazione, abitudine al fumo, attività sportive e ricreative, ecc.), necessarie alla profilazione dei soggetti. Chiudono il questionario 5 domande finalizzate a cogliere la variabile risposta oggetto della valutazione, cioè la percezione dello stato di salute complessivo, della salute fisica e di quella psichica (umore). Il questionario ex-post ha ripetuto solo le domande relative alla percezione della salute. Solo per i trattati è stato inserito anche un set di domande sul gradimento e la valutazione soggettiva dell'attività svolta. I questionari erano anonimi, ma un sistema di codifica ha consentito di collegare la versione ex-ante ed ex-post dello stesso rispondente.

Tabella 2. **Struttura dei questionari utilizzati per la valutazione**

Questionario ex-ante ai trattati	Questionario ex-post ai trattati	Questionario ex-ante ai controlli	Questionario ex-post ai controlli
Dati socio-anagrafici	-	Dati socio-anagrafici	-
Stili di vita	-	Stili di vita	-
-	Gradimento attività svolta	-	-
Percezione salute fisica	Percezione salute fisica	Percezione salute fisica	Percezione salute fisica
Percezione salute psichica	Percezione salute psichica	Percezione salute psichica	Percezione salute psichica

Fonte: elaborazioni IRPET

Il disegno della ricerca è stato interamente curato da IRPET, che ha affidato la somministrazione dei questionari ad una società di rilevazione¹⁰, cui è stato richiesto l'utilizzo di un mix di tecniche di raccolta delle risposte, per adattarsi il più possibile alle esigenze degli utenti (compilazione autonoma in presenza su cartaceo o in digitale tramite fornitura di un link dopo aver assistito alla presentazione del questionario; compilazione assistita dal rilevatore in presenza tramite tablet). Per il gruppo dei trattati la somministrazione dei questionari con i rilevatori in presenza è avvenuta nel primo e nell'ultimo incontro previsti dal progetto; per il gruppo di controllo la somministrazione è avvenuta in presenza presso i luoghi di reclutamento (centri di socializzazione per anziani) a due date diverse (rispettando l'intervallo di circa 4 settimane). Se richiesto dall'intervistato, il questionario ex-post è stato somministrato per via telefonica. La somministrazione dei questionari è stata effettuata fra metà settembre 2024 (data di avvio dei progetti) e metà febbraio 2025. I tempi di somministrazione sono spiegati dal fatto che le attività sono state erogate per piccoli gruppi, di circa 15 persone.

3. I risultati della rilevazione

Prima di entrare nel merito delle risposte ottenute, occorre valutare il grado di copertura del numero di questionari programmati. Per il gruppo dei trattati, la mancata adesione in tempi utili di alcuni partecipanti ai progetti o l'interruzione della partecipazione a metà percorso ha fatto sì che la quota di realizzazione si sia fermata al 93% per i questionari ex-ante e al 70% per quelli ex-post. Per il gruppo di controllo, la quota di copertura dei questionari ex-ante è totale, mentre per gli ex-post scende al 93% (Tabella 3). Complessivamente il tasso di risposta ottenuto può considerarsi soddisfacente, pur nella consapevolezza che la solidità delle analisi di impatto cresce al crescere del numero di osservazioni disponibili.

¹⁰ Nello specifico si tratta di ReteSviluppo Cooperativa Impresa Sociale.

Tabella 3. **Questionari programmati e realizzati per categoria**

	Trattati ex-ante	Trattati ex-post	Controlli ex-ante	Controlli ex-post
Programmati	150	150	200	200
Somministrati	140	105	200	185
Completi ex-ante/ex-post	96	96	185	185
% questionari somministrati	93%	70%	100%	93%
% questionari completi ex-ante/ex-post	64%	64%	93%	93%

Fonte: elaborazioni IRPET

Considerando, infine, la possibilità di collegare allo stesso intervistato il questionario ex-ante con quello ex-post, si ottengono 96 rilevazioni complete per il gruppo dei trattati (64% dei programmati) e 185 per quello dei controlli (93% dei programmati). Le numerosità restano buone e resta la maggiore numerosità dei controlli rispetto ai trattati.

3.1 Il profilo anagrafico e sociale dei partecipanti ai progetti e dei componenti del gruppo di controllo

Di seguito è mostrato il profilo socio-anagrafico delle persone che hanno fatto parte del gruppo dei trattati (soggetti che hanno partecipato ai progetti culturali) e di quello dei controlli (Tabella 4).

Tabella 4. **Profilo socio-anagrafico di trattati e controlli**

	Trattati	Controlli
GENERE		
Maschi	34%	50%
Femmine	66%	50%
CLASSE DI ETÀ		
60-70 anni	29%	37%
71-80 anni	50%	42%
Oltre 80 anni	21%	21%
TITOLO DI STUDIO		
Inferiore al diploma	26%	47%
Diploma	44%	32%
Laurea o più	29%	21%
CONDIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE		
Occupato/a	4%	13%
Ritirato/a	96%	87%
CONDIZIONE PROFESSIONALE IN PASSATO		
Occupato/a	93%	91%
TIPO DI FAMIGLIA		
Vive con il coniuge	59%	57%
Vive con coniuge e altri familiari	9%	12%
Vive con altri familiari	4%	10%
Vive con altri familiari e con un'assistente	1%	1%
Vive da solo	27%	20%
ZONA DI RESIDENZA		
Centro urbano	23%	29%
Periferia urbana	69%	53%
Area rurale	9%	18%

Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

I dati evidenziano una buona corrispondenza di caratteristiche tra trattati e controlli, che è appunto la condizione richiesta per poter procedere alla stima degli impatti. Emergono tuttavia anche alcune differenze. Nel gruppo dei trattati sono relativamente più presenti le donne (dato peraltro in linea con i dati derivanti dalle rilevazioni ufficiali sulla partecipazione culturale) (66% contro 50%), pesa un po' di più la classe di età fra 71 e 80 anni (50% contro 42% nei controlli) e i titoli di studio più elevati (per il diploma si ha il 44% contro il 32%, per la laurea il 29% contro il 21%)¹¹. Data anche la struttura per età più spostata in avanti, tra i trattati sono più presenti i pensionati (96% contro 87%); il titolo di studio e la residenza in ambiente urbano (sia in centro, che in una periferia residenziale) spiegano invece l'alta percentuale di persone che in passato hanno lavorato (93% per i trattati e 91% per i controlli). Infine, piuttosto simile appare anche il contesto familiare: oltre la metà sia dei trattati (59%) che dei controlli (57%) vive con il coniuge, mentre

¹¹ Il dato è peraltro coerente con quanto rilevato da ISTAT con il Censimento permanente della Popolazione: al 2022 la quota di laureati sui residenti a Firenze con 65 anni e più è pari al 19%.

la quota di chi vive da solo è leggermente più alta per i trattati (27%) che per i controlli (20%), il resto degli intervistati vive comunque in nuclei familiari variamente articolati.

Delle differenze segnalate, seppur contenute, si dovrà tenere conto nell'esercizio di stima dell'impatto delle attività culturali sulla condizione di salute.

3.2 Gli stili di vita dei partecipanti ai progetti e dei componenti del gruppo di controllo

Il set di domande che segue è teso a ricostruire gli aspetti salienti degli stili di vita degli intervistati, con specifica attenzione a quei comportamenti che possono influenzare lo stato di salute (Tabella 5).

Tabella 5. **Aspetti dello stile di vita di trattati e controlli**

	Trattati	Di cui trattati F	Controlli	Di cui controlli F
REGIME ALIMENTARE				
Tutti i giorni frutta e verdura fresche	71%	72%	68%	74%
CONSUMO DI ALCOL FUORI DAI PASTI				
Quasi mai	93%	94%	88%	92%
ABITUDINE AL FUMO				
Mai stato fumatore abituale	54%	59%	59%	67%
In passato, ora non più	36%	29%	36%	27%
Sì	9%	12%	5%	6%
ATTIVITÀ FISICA REGOLARE				
Frequento un centro sportivo	45%	48%	28%	33%
Mi muovo in casa e all'aperto	42%	39%	46%	37%
Ho una vita molto sedentaria	13%	13%	26%	30%
INCONTRI CON AMICI E PARENTI				
Spesso	65%	69%	63%	63%
Qualche volta	30%	27%	32%	34%
Quasi mai	5%	4%	5%	3%
PERSONE SU CUI CONTARE				
Sì	94%	95%	98%	98%
ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO				
Spesso	21%	23%	26%	24%
Qualche volta	6%	9%	17%	11%
Quasi mai	72%	69%	57%	65%
CINEMA, MUSEI, MOSTRE, BALLO NEL TEMPO LIBERO				
Spesso	38%	39%	26%	26%
Qualche volta	36%	42%	34%	32%
Quasi mai	26%	19%	40%	42%
LETTURA DI LIBRI E GIORNALI				
Spesso	69%	67%	57%	52%
Qualche volta	16%	17%	25%	25%
Quasi mai	16%	16%	19%	23%
FREQUENZA USO TV				
Oltre 6 ore al giorno	14%	17%	17%	20%
USO DI PC, TABLET O SMARTPHONE				
Sì	88%	87%	85%	80%

Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

In generale, le persone intervistate sia per il gruppo dei trattati che per quello dei controlli, hanno stili di vita prevalentemente sani, giustificati dai titoli di studio mediamente elevati, dalla residenza in area urbana (prevalentemente nel Comune di Firenze), dall'elevato livello di impegno sociale e culturale. Stante questa caratteristica di fondo, il gruppo dei trattati ha risultati in media leggermente migliori rispetto a quello dei controlli.

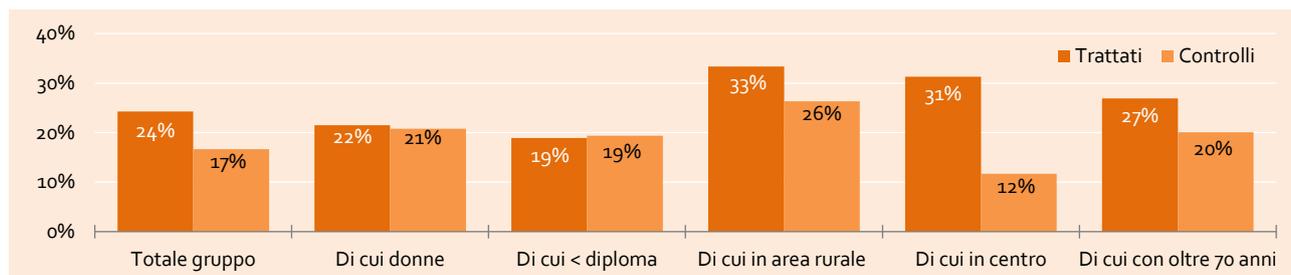
Si tratta di persone che hanno un'alimentazione sana (71% dei controlli e 68% dei trattati), che non abusano di alcol (93% e 88%), che attualmente non fumano (91% e 95%), che svolgono attività fisica regolarmente in un centro sportivo (45% e 28%) o in autonomia (42% e 46%). Tra i controlli pesa di più la quota dei sedentari, soprattutto tra le donne.

Per le attività inerenti la socializzazione, solo il 5% di entrambi i gruppi dichiara di non incontrarsi quasi mai con amici e/o parenti e quote veramente minime di intervistati dichiarano di non avere persone su cui contare in caso di bisogno (5% e 2%). Un elemento di differenziazione tra i due gruppi è dato dalla partecipazione ad attività di volontariato, più diffusa tra i controlli: il 43% svolge attività di volontariato spesso o qualche volta contro il 27% dei trattati e la differenza è spiegata soprattutto dal diverso comportamento delle donne.

Per le attività del tempo libero, il gruppo dei trattati mostra in media una maggiore partecipazione ad attività a contenuto culturale da svolgersi fuori casa: il 74% frequenta cinema, musei, mostre, sale da ballo spesso o qualche volta contro il 60% dei controlli. Per l'attività di lettura il divario si riduce: l'85% dei trattati legge spesso o qualche volta contro l'82% dei controlli e anche qui la differenza è spiegata dalla componente femminile, che tende a leggere con meno frequenza i quotidiani (ma con maggiore frequenza i libri). Si tratta comunque di quote elevate, rispetto al dato medio della popolazione. Di contro, l'uso intenso della TV, considerato un consumo culturalmente povero e legato a condizioni di isolamento sociale, riguarda una quota minima di intervistati (14% e 17%). Infine, quote elevate di entrambi i gruppi dichiarano di usare frequentemente pc, tablet o smartphone (88% e 85%), dimostrando di avere un buon livello di competenze tecnologiche.

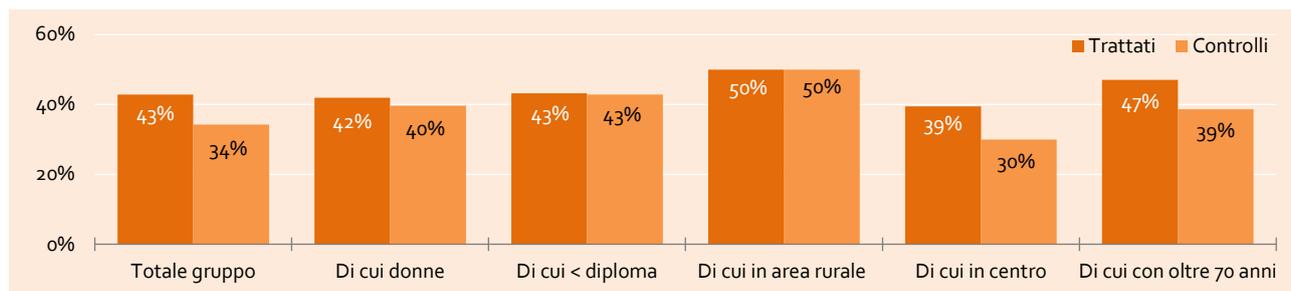
Un'attenzione a parte meritano le difficoltà dichiarate dagli intervistati in relazione ad uscire di casa e a svolgere nello specifico attività a contenuto culturale (Grafici 6 e 7).

Grafico 6. **Intervistati che dichiarano difficoltà ad uscire di casa data la zona di residenza (%)**



Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Grafico 7. **Intervistati che dichiarano difficoltà a svolgere le attività culturali desiderate (%)**



Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Per quanto attiene al primo tipo di difficoltà, il 24% del gruppo dei trattati e il 17% di quello dei controlli ha dichiarato di percepirle. Le quote di persone in difficoltà aumentano soprattutto in relazione alla zona di residenza (le aree più decentrate e il centro storico in particolare) e al crescere dell'età. Fra gli ostacoli dichiarati con maggiore frequenza ci sono le barriere architettoniche (11% dei trattati e 3% dei controlli) e l'assenza di trasporto pubblico (5% dei trattati e 7% dei controlli), oltre alla percezione di condizioni di insicurezza (4% di entrambi i gruppi).

Difficoltà a consumare cultura come si vorrebbe sono invece dichiarate dal 43% dei trattati e dal 34% dei controlli, difficoltà che crescono nelle aree più periferiche e al crescere dell'età. Anche in questo caso i problemi dichiarati con decisa maggiore frequenza sono relativi all'accessibilità fisica e ai trasporti, evidenziati dal 29% dei trattati e dal 12% dei controlli. Di contro solo il 4% di entrambi i gruppi segnala l'eccessivo costo delle attività. Le risposte ottenute sono peraltro coerenti con quelle rilevate in altre indagini, ed evidenziano come l'invecchiamento generalizzato della popolazione faccia crescere la domanda di servizi di trasporto dedicati.

A completamento della ricostruzione degli stili di vita degli intervistati, sono state poste alcune domande sui consumi culturali del passato (Tabella 8).

Tabella 8. **Aspetti dell'esperienza passata di trattati e controlli**

	Trattati	Di cui trattati F	Controlli	Di cui controlli F
Ha praticato sport con regolarità	40%	31%	43%	25%
Ha imparato a suonare uno strumento	14%	10%	13%	6%
Ha svolto qualche attività artistica (disegno, pittura, ecc.)	33%	37%	24%	28%
Ha frequentato regolarmente musei, mostre, concerti	66%	72%	62%	63%

Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Anche queste domande confermano la sostanziale somiglianza fra gruppo dei trattati e dei controlli, con un profilo culturale leggermente più marcato per i primi.

3.3 La percezione della salute dei partecipanti ai progetti e dei componenti del gruppo di controllo

Una volta profilati gli intervistati, sono state rivolte loro domande sulla percezione del loro stato di salute fisica e mentale. Si tratta delle domande più delicate dell'intero questionario, perché costituiscono l'indicatore con cui si vuole misurare l'impatto della partecipazione culturale (sono la variabile risposta dell'analisi di valutazione), ma anche perché riguardano aspetti molto personali. Si sottolinea che il questionario, essendo funzionale ad un'analisi di ambito socio-economico (e non di area medica) ha rilevato l'autopercezione dello stato di salute e non lo stato di salute oggettivamente misurato attraverso alcuni parametri standard (Indice di massa corporea, valori della pressione arteriosa, farmaci assunti, ecc.). Inoltre, le domande sono state articolate in modo diverso per poter testare, in fase di analisi, la solidità delle risposte. Si è quindi prevista una prima domanda generale (Come va in generale la salute?), seguita da due domande per la parte fisica e due per la parte mentale, di cui la prima rivolta in positivo (Per quanti giorni si è sentito bene? Per quanti giorni si è sentito dell'umore giusto?) e la seconda in negativo (Per quanti giorni si è sentito male? Per quanti giorni si è sentito triste e depresso?). Il riferimento alle attività di socializzazione e svago per la domanda in positivo e alla *routine* quotidiana per quella in negativo hanno la funzione di rafforzare il significato del quesito (Tabelle 9, 10, 11).

Tabella 9. La percezione generale dello stato di salute di trattati e controlli

	Trattati	Controlli
COME VA IN GENERALE LA SALUTE?		
Molto bene/ bene	41%	44%
Discretamente	42%	43%
Molto male/male	17%	13%

Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Tabella 10. La percezione dello stato di salute fisica di trattati e controlli

	Trattati	Controlli
QUANTI GIORNI NELL'ULTIMO MESE SI È SENTITO BENE PER LO SVAGO E LA SOCIALIZZAZIONE?		
Mai/ Solo alcuni giorni	19%	14%
Per metà dei giorni	11%	11%
Sempre/ Quasi sempre	70%	75%
QUANTI GIORNI NELL'ULTIMO MESE SI È SENTITO MALE ANCHE PER LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?		
Mai/ Solo alcuni giorni	81%	87%
Per metà dei giorni	11%	6%
Sempre/ Quasi sempre	9%	8%

Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Tabella 11. La percezione dello stato di salute mentale di trattati e controlli

	Trattati	Controlli
QUANTI GIORNI NELL'ULTIMO MESE È STATO DELL'UMORE GIUSTO PER LO SVAGO E LA SOCIALIZZAZIONE?		
Mai/ Solo alcuni giorni	19%	15%
Per metà dei giorni	14%	11%
Sempre/ Quasi sempre	66%	74%
QUANTI GIORNI NELL'ULTIMO MESE È STATO TROPPO DEPRESSO ANCHE PER LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE?		
Mai/ Solo alcuni giorni	78%	83%
Per metà dei giorni	11%	10%
Sempre/ Quasi sempre	11%	7%

Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Complessivamente le risposte evidenziano buone condizioni di salute autopercepite, con poca differenza tra il gruppo dei trattati e quello dei controlli, leggermente a favore del secondo. Lo stato generale di salute è buono o discreto per l'83% dei trattati e per l'87% dei controlli. Il 70% dei trattati e il 75% dei controlli si è sentito sempre o quasi sempre bene fisicamente; dato sostanzialmente confermato dalla successiva domanda a polarità negativa: l'81% dei trattati e ben l'87% dei controlli non è mai stato male o lo è stato solo per pochi giorni nell'ultimo mese. Percentuali di poco inferiori si sono riscontrate anche nei quesiti relativi al tono dell'umore: il 66% dei trattati e il 74% dei controlli è stato di buon umore sempre o quasi sempre; i giorni di tristezza e depressione sono stati nulli o pochi per il 78% dei trattati e per l'83% dei controlli. La struttura per età relativamente più giovane del gruppo di controllo può spiegare le condizioni di salute, fisica e mentale, leggermente migliori rispetto al gruppo dei trattati. In generale, tuttavia, i due gruppi sono molto somiglianti, quindi i controlli sono stati correttamente individuati.

4. La stima degli impatti

Ricostruite l'impostazione dell'indagine, le modalità di somministrazione dei questionari e le principali caratteristiche degli intervistati, passiamo adesso all'analisi dell'impatto delle attività culturali sulla salute autopercepita. Presentiamo di seguito 3 diverse modalità di valutazione degli esiti sui partecipanti alle attività e 1 di valutazione degli esiti sugli operatori dei luoghi in cui le attività si sono svolte.

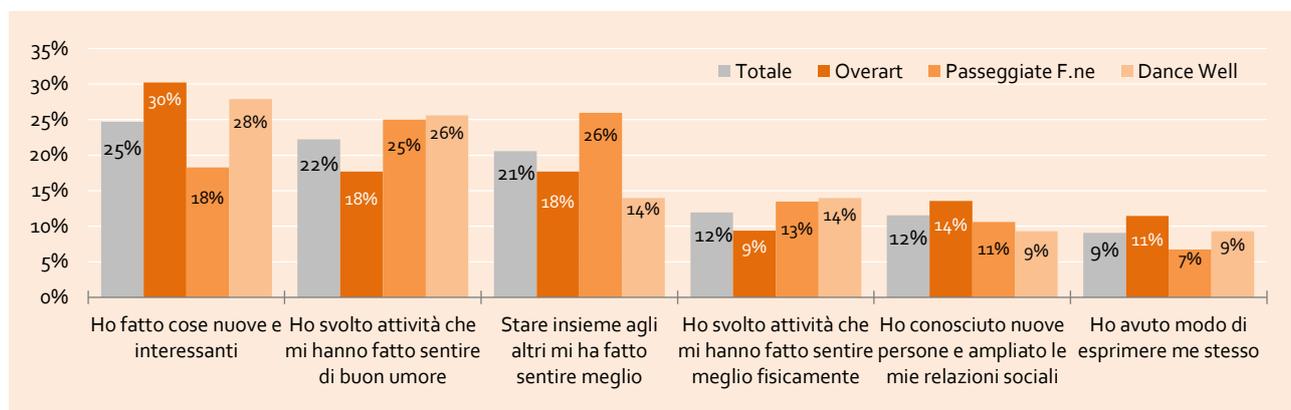
4.1 Il gradimento delle attività da parte degli utenti (trattati)

Il questionario ex-post rivolto al gruppo dei trattati ha previsto alcune domande tese a rilevare il livello di gradimento delle attività svolte.

L'esperienza fatta ha corrisposto molto o abbastanza alle aspettative per il 98% dei trattati, con picchi del 100% per i progetti Overart e Passeggiate Fiorentine.

È stato chiesto agli intervistati di dichiarare quali effetti associassero maggiormente alle attività svolte, potendo indicarne fino a tre (Grafico 12).

Grafico 12. Effetti associati dai partecipanti alle attività svolte (risposte multiple) (Comp.% per gruppo)

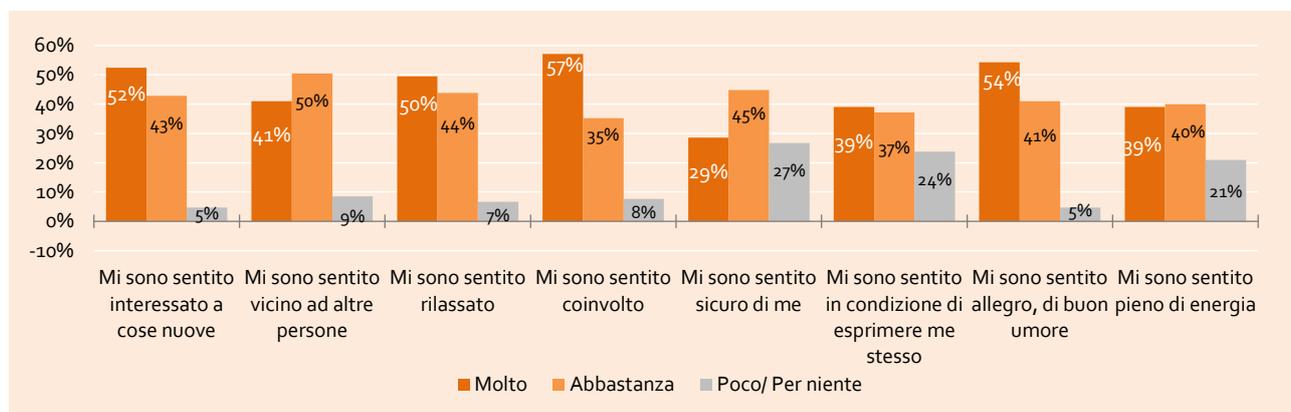


Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Gli effetti più frequentemente indicati sono stati l'aver fatto cose nuove interessanti (25% delle risposte date), l'aver svolto attività che hanno migliorato l'umore (22%), l'aver tratto beneficio dalla dimensione sociale dell'esperienza ("stare insieme agli altri") (21%). La distribuzione delle risposte conferma anche quanto emerge dalla letteratura di settore, che sottolinea come i benefici della partecipazione culturale avvengano tramite due diversi canali (il contenuto vero e proprio delle attività, che fa da stimolo intellettuale ed emotivo, e la dimensione sociale dell'esperienza, che implica l'ampliamento delle relazioni interpersonali) e impattino soprattutto sull'umore (e poi attraverso questo anche sulla salute fisica). Distinguendo per progetto, nel caso di "Overart" i partecipanti hanno apprezzato relativamente di più l'aver fatto cose nuove e interessanti, nel caso di "Passeggiate Fiorentine" la dimensione sociale e nel caso di "Dance Well" gli effetti positivi sull'umore.

L'attività di autovalutazione degli effetti è proseguita, chiedendo agli utenti di indicare la loro percezione dei cambiamenti avvenuti a seguito dell'esperienza culturale svolta rispetto ad alcune specifiche dimensioni (Grafico 13).

Grafico 13. Intensità del cambiamento percepito rispetto ad alcune dimensioni (Comp.%)



Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

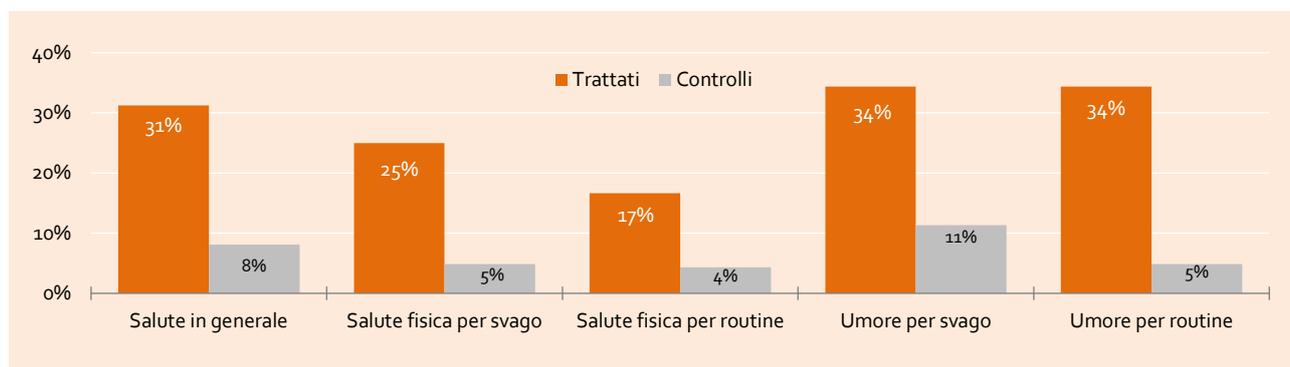
Le dimensioni in cui il giudizio "molto" ha superato o raggiunto il 50% delle risposte sono nell'ordine: il sentirsi coinvolti (57%), il sentirsi allegri e di buon umore (54%), il sentirsi interessati a cose nuove (52%) e il sentirsi rilassati (50%). Di contro, le dimensioni in cui la risposta "poco, per niente" ha raggiunto le quote maggiori (comunque inferiori al 30%) sono il sentirsi più sicuri, in grado di esprimersi e pieni di energia.

4.2 Analisi descrittiva dell'impatto attraverso le matrici di transizione

Una prima analisi statistica dell'impatto viene effettuata utilizzando le matrici di transizione, che misurano appunto il numero dei soggetti che fra la fase ex-ante e quella ex-post restano al livello di salute dichiarato, lo migliorano o lo peggiorano. Necessariamente, le matrici di transizione utilizzano solo i questionari completi di versione ex-ante e versione ex-post riconducibili alla stessa persona, che sono complessivamente 96 per il gruppo dei trattati e 185 per quello dei controlli.

Nel grafico 14 vengono riportate le quote di coloro che hanno fatto registrare un miglioramento della condizione percepita di salute, per tutte le domande previste dal questionario, confrontando i risultati dei trattati con quelli del gruppo di controllo.

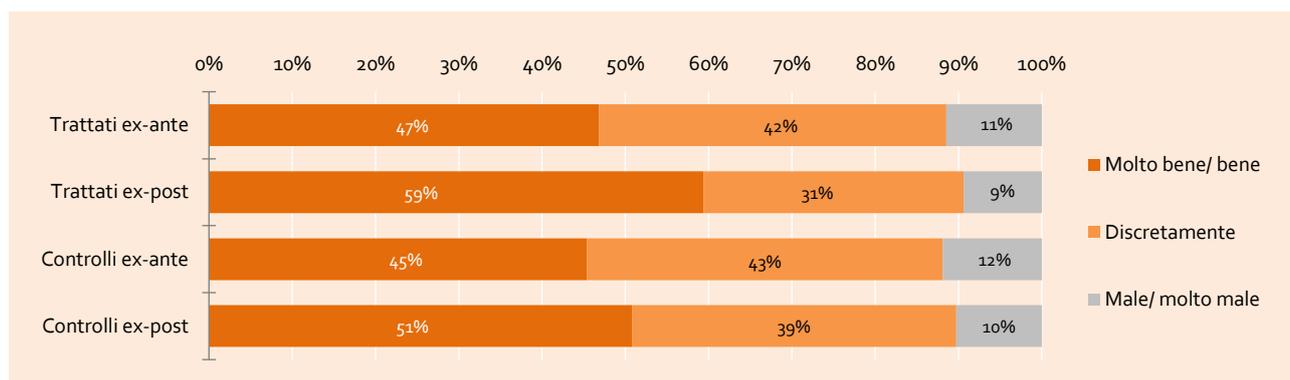
Grafico 14. **Transizione verso stati di salute migliori per quesito e gruppo di rispondenti (%)**



Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

In generale la quota di chi ha dichiarato un miglioramento nei livelli di salute è sempre maggiore per il gruppo delle persone che ha partecipato ai progetti culturali. In particolare, lo scarto rispetto al gruppo dei controlli è ampio nelle domande tese a rilevare le condizioni di umore e il giudizio generale sulla salute. Anche in questo caso, dunque, gli esiti dei questionari tendono a confermare che la partecipazione culturale incide in modo più intenso sul benessere psicologico dei partecipanti.

Grafico 15. **Diversa composizione percentuale dei gruppi ex-ante ed ex-post sul quesito: come va in generale la salute?**



Fonte: elaborazioni IRPET su dati rilevazione diretta

Ad ulteriore conferma del risultato evidenziato si confronta la diversa composizione dei rispondenti ex-ante ed ex-post in relazione al quesito sulla percezione generale delle condizioni di salute (Grafico 15). I valori ex-ante dimostrano la similarità delle condizioni di partenza di trattati e controlli, mentre i valori ex-post tendono a diversificarsi, a conferma del più intenso miglioramento nell'autovalutazione del benessere fisico e mentale nel gruppo dei trattati.

4.3 Analisi statistica dell'impatto attraverso il metodo controfattuale

Introduciamo adesso il metodo più selettivo di valutazione dell'impatto della fruizione delle attività culturali sull'autopercezione della salute. Il metodo statistico di valutazione controfattuale compie un ulteriore affinamento della base dati utilizzata (i 96 questionari completi di ex-ante ed ex-post riferibili allo stesso individuo per il gruppo dei trattati e i 185 con le stesse caratteristiche per il gruppo dei controlli), andando ad abbinare gli individui trattati con i controlli aventi caratteristiche più simili per genere, classe di età, titolo di studio, ecc.

L'abbinamento tra soggetti simili (il cosiddetto *matching*) serve appunto a isolare l'effetto netto del trattamento (nel nostro caso la partecipazione culturale), da altri effetti, ad esempio una distorsione da autoselezione al trattamento, che possono derivare dalle caratteristiche anagrafiche o socio-economiche degli individui¹².

Nella nostra analisi abbiamo imposto un abbinamento esatto per le variabili "genere" e "classe di età", mentre abbiamo accettato un abbinamento meno stringente, per similarità (il cosiddetto *nearest neighbour matching*) per le variabili relative al livello di istruzione, alla tipologia familiare di appartenenza e agli stili di vita e consumo (alimentazione sana, consumo di alcol, abitudine al fumo, pratica sportiva presente e passata, fruizione di attività artistiche e culturali, ecc.). Una volta fatto l'abbinamento come descritto (tramite una funzione di distanza euclidea), è stata calcolata per ciascuna coppia di individui "gemelli" la probabilità di ottenere un miglioramento nello stato di salute complessivo, nella condizione fisica e nel livello dell'umore. Questa probabilità deriva, come dato medio, dal confronto fra il risultato osservato per ciascun trattato e quello osservato nel suo "gemello" non trattato. L'effetto del trattamento, quindi, è stato stimato sia sui trattati (ATT), sia, come effetto potenziale, sui non trattati (ATU), andando cioè a stimare quale sarebbe stato su di loro l'effetto del trattamento se lo avessero ricevuto¹³.

I risultati complessivi della stima con il modello statistico sono riportati nella Tabella 16, mentre nella Tabella 17 si riportano i risultati per alcuni specifici sottogruppi.

Tabella 16. **Effetto del trattamento sulla probabilità di percepirsi in buona salute (IC = 95%)**

Dimensione	Gruppo	Coefficiente	Significatività
SALUTE IN GENERALE	ATT (Trattati)	0,198	0,005**
	ATU (Controlli)	0,247	0,000***
SALUTE FISICA	ATT (Trattati)	0,198	0,003**
	ATU (Controlli)	0,146	0,022*
UMORE	ATT (Trattati)	0,339	0,000***
	ATU (Controlli)	0,398	0,000***

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione diretta

Tabella 17. **SOTTOGRUPPI. Effetto del trattamento sulla probabilità di migliorare il livello dell'umore (IC = 95%)**

Dimensione	Gruppo	Coefficiente	Significatività
SOGGETTI CON DIFFICILI CONSUMI CULTURALI EX-ANTE	ATT (Trattati)	0,316	0,029*
	ATU (Controlli)	0,333	0,016*
SOGGETTI CON BASSO TONO DELL'UMORE EX -ANTE	ATT (Trattati)	0,679	0,000***
	ATU (Controlli)	0,652	0,000***

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione diretta

(*** p < 0,001 altamente significativo; ** p < 0,01 significativo; * p < 0,05 debolmente significativo)

In generale le stime evidenziano un effetto positivo (il coefficiente è positivo), sempre associato a buoni e ottimi livelli di significatività statistica, da cui si ottiene la conferma che la partecipazione culturale ha effetti positivi sulla salute autopercepita. Tra i tre quesiti con cui è stato rilevato il livello di salute, l'autovalutazione dell'umore è quella che ottiene gli impatti positivi maggiori, sempre associati ad elevati livelli di significatività statistica. Gli impatti di minore intensità, pur sempre positivi e significativi, sono quelli stimati sull'autopercezione della salute fisica.

Confrontando gli impatti medi ottenuti sul gruppo dei trattati (ATT) e su quello dei controlli (ATU) emerge come essi abbiano intensità sempre maggiori sul secondo gruppo, che è caratterizzato da una più bassa propensione ai consumi culturali. Limitando l'analisi degli impatti ai soggetti con condizioni di partenza (ex-ante) più svantaggiate (difficoltà ad effettuare consumi culturali e bassi livelli di umore), si ottengono valori del coefficiente positivi e più alti, a conferma

¹² Nell'analisi di impatto, un'ipotesi forte alla base dei metodi di matching è rappresentata dalla *Conditional Independence Assumption* (CIA), che presuppone che le unità trattate e quelle di controllo con le stesse caratteristiche osservabili siano assegnate casualmente a uno dei due gruppi. Nei casi in cui l'adesione ad un trattamento sia di natura volontaria e non casuale e il gruppo di controllo venga costruito a posteriori, per rispettare la CIA è necessario individuare le variabili che possano influenzare contemporaneamente sia la decisione di partecipare o meno al trattamento, sia l'impatto del trattamento stesso (di solito variabili quali le caratteristiche socio-demografiche, il *background* educativo e occupazionale e lo stile di vita) ed annullare le possibili distorsioni della stima, abbinando tra loro gli individui più simili.

¹³ Le sigle ATT e ATU esprimono gli effetti medi del trattamento su trattati e controlli. Nel nostro caso, ATT (*Average Treatment Effect on Treated*) stima l'effetto medio della partecipazione culturale sulla percezione di salute di coloro che hanno partecipato alle attività; ATU (*Average Treatment Effect on Untreated*) stima l'effetto medio che avrebbero ottenuto i non trattati se avessero partecipato alle attività. Di solito la misura più rilevante per la valutazione dell'impatto netto del trattamento è la prima.

che il miglioramento della salute autopercepita è di maggiore intensità per coloro che partono da livelli più bassi sia di consumo culturale che di condizioni di benessere.

I risultati ottenuti confermano dunque essenzialmente due evidenze riscontrate dalla letteratura: il fatto che i consumi culturali agiscano soprattutto sul benessere psicologico degli individui e poi attraverso quest'ultimo su quello fisico e il fatto che gli effetti positivi siano di maggiore intensità per i soggetti più svantaggiati, che hanno minori opportunità di accedere in modo autonomo ai consumi culturali.

4.4 Gli esiti sugli operatori dei musei

Durante la rilevazione, su suggerimento dell'associazione L'immaginario, che ha una lunga esperienza di progetti di *welfare* culturale e da tempo sperimenta tecniche di valutazione qualitativa degli impatti delle attività sul benessere degli utenti e sugli orientamenti degli operatori, è stato proposto un questionario *online* anche agli operatori dei musei e istituzioni in cui si sono svolti i progetti. Obiettivo principale dell'indagine è misurare quanto l'esposizione a progetti di partecipazione culturale rivolti a pubblici fragili e realizzati con modalità particolarmente inclusive possa innescare cambiamenti di mentalità anche negli operatori dei musei e, di conseguenza, nell'organizzazione futura delle istituzioni culturali.

Complessivamente sono state raccolte 37 risposte. La bassa numerosità dei dati consente solo un'analisi di tipo descrittivo. Nella Tabella 18 sono riportate le caratteristiche essenziali dei rispondenti. Si tratta per la maggior parte di educatori museali/guide turistiche (che non afferiscono necessariamente ad un museo in particolare) (18 casi) ed addetti alle funzioni di accoglienza e sorveglianza di sala (14 casi), mentre più limitato è il gruppo dei responsabili di attività amministrative e di programmazione (5). Queste ultime due categorie di soggetti afferiscono ad un museo in particolare. I musei coinvolti dalla rilevazione, tutti fiorentini, sono la Galleria dell'Accademia (7 casi), il Bargello (7 casi), Palazzo Davanzati (5 casi), Palazzo Strozzi (3 casi), seguiti da Gallerie degli Uffizi, Museo Horne e Villa Bardini (1 caso ciascuno).

Tabella 18. I rispondenti all'indagine sugli operatori delle istituzioni culturali coinvolte dai progetti

Struttura di appartenenza	Addetto all'accoglienza/sorveglianza	Educatore/Guida	Addetto ad attività amministrative	TOTALE Rispondenti
MUSEI	14	6	5	25
ALTRO	-	12	-	12
TOTALE	14	18	5	37

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione online su operatori

Sul totale dei rispondenti, ben 34 hanno dichiarato di avere esperienza diretta di progetti di inclusione di pubblici fragili o per averla promossa o per avervi partecipato attivamente (16 tra educatori e guide) o semplicemente per avervi assistito (9 addetti ad accoglienza/sorveglianza). Per la maggior parte si tratta di donne (31 soggetti), con titolo di studio elevato (30 hanno la laurea). In merito alla condizione contrattuale, 20 sono dipendenti dei musei e 16 liberi professionisti (educatori museali e guide).

Per quanto attiene al tipo di pubblico destinatario dell'attività di *welfare* culturale, era prevista la possibilità di risposte multiple e si sono ottenute le seguenti frequenze: anziani (31 risposte su 79 totali), persone con disabilità cognitive (26 risposte), persone con disabilità fisiche (17 risposte).

Venendo agli impatti delle esperienze fatte, 28 rispondenti su 37 hanno dichiarato che la partecipazione a progetti di *welfare* culturale ha favorito un cambiamento nell'approccio al lavoro (Tabella 19).

Tabella 19. I cambiamenti dichiarati dagli operatori a seguito dell'esperienza di progetti di *welfare* culturale (risposta multipla)

	N. Risposte
HO FOCALIZZATO L'ATTENZIONE SU ALCUNI PUBBLICI FRAGILI SU CUI NON AVEVO MAI RIFLETTUTO	6
HO RIFLETTUTO SUL RUOLO DI INCLUSIONE SOCIALE CHE UN MUSEO PUÒ SVOLGERE A FAVORE DELLA COMUNITÀ	23
HO INTRODOTTTO ALCUNE MODIFICHE NEL MIO MODO DI LAVORARE, CERCANDO DI RENDERLO PIÙ INCLUSIVO	23
TOTALE	52

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione online su operatori

Anche questo quesito prevedeva la possibilità di risposta multipla. Sul totale di 52 risposte ottenute, la maggiore frequenza va alle due modalità: "ho riflettuto sul ruolo di inclusione sociale del museo" (23 risposte) e "ho apportato modifiche al modo di lavorare per renderlo più inclusivo" (23 risposte). Solo 12 rispondenti hanno precisato quale tipo di cambiamento hanno effettivamente apportato al modo di lavorare. Le risposte sono riportate nella Tabella 20.

Tabella 20. **Le modifiche apportate dagli operatori al modo di lavorare per renderlo più inclusivo**

	N. Risposte
SEMPLIFICAZIONE DEL LINGUAGGIO, COINVOLGIMENTO DEGLI INTERLOCUTORI	5
RALLENTAMENTO DEL RITMO DI VISITA	3
MAGGIORI GENTILEZZA E DISPONIBILITÀ	3
APPRENDIMENTO DI LINGUAGGI SPECIFICI (ES. LIS)	1
TOTALE	12

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione online su operatori

Per 29 intervistati su 37, la maggiore sensibilità degli operatori ha suscitato cambiamenti anche tra i visitatori. Sulle 75 risposte ottenute, 20 indicano l'arrivo di nuove tipologie di pubblico, 19 sottolineano la maggior serenità degli utenti e 17 il loro maggiore coinvolgimento, 11 risposte rilevano che il museo è diventato un luogo più vivace e accogliente per tutti (Tabella 21).

Tabella 21. **Le modifiche riscontrate dagli operatori nell'atteggiamento dei visitatori a seguito di modalità di lavoro più inclusive (r. multipla)**

	N. Risposte
VISITANO IL MUSEO ANCHE PERSONE CHE PRIMA NON LO FACEVANO	20
GLI UTENTI PARTECIPANO ALLA VISITA CON MAGGIORE SERENITÀ, SI SENTONO A LORO AGIO	19
GLI UTENTI PARTECIPANO ALLA VISITA CON MAGGIORE INTERESSE E COINVOLGIMENTO	17
GLI UTENTI CONTRIBUISCONO A CREARE UN'ATMOSFERA PIÙ VIVACE E ACCOGLIENTE PER TUTTI	11
GLI UTENTI INTERAGISCONO DI PIÙ ANCHE CON IL PERSONALE DEL MUSEO	8
TOTALE	75

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione online su operatori

Infine, 29 intervistati su 37 a seguito delle esperienze di progetti inclusivi hanno maturato nuove opinioni sulle soluzioni organizzative e sulle figure professionali necessarie nelle istituzioni culturali. Sulle 39 risposte espresse, 19 riguardano il miglioramento dell'organizzazione degli spazi e delle modalità di accoglienza, 13 il ruolo degli educatori museali e 7 la necessità di individuare nuove fonti di finanziamento (Tabella 22).

Tabella 22. **Le modifiche da apportare alle istituzioni culturali maturate dagli operatori (risposta multipla)**

	N. Risposte
HO MATURATO ALCUNE IDEE SU COME MIGLIORARE GLI SPAZI E LE MODALITÀ DI ACCOGLIENZA PER QUESTI PROGETTI	19
HO MATURATO MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA SUL RUOLO DEGLI EDUCATORI MUSEALI CHE PRIMA NON CONOSCEVO	13
HO MATURATO IDEE SULLA NECESSITÀ DI INDIVIDUARE FONTI DI FINANZIAMENTO PER PROGETTI CON QUESTE FINALITÀ	7
TOTALE	39

Fonte: stime IRPET su dati rilevazione online su operatori

La bassa numerosità dei questionari non consente la generalizzazione dei risultati, si rileva tuttavia l'apprezzamento diffuso dei progetti e l'apertura all'innovazione mostrata dalla totalità degli operatori intervistati.

5. Considerazioni di sintesi

Lo studio empirico progettato da IRPET, in collaborazione con Regione Toscana, Fondazione CRF e le associazioni che progettano ed erogano le attività, ha confermato con evidenza statistica che la partecipazione culturale produce impatti positivi sulla salute dei soggetti coinvolti. Gli esiti dello studio sono coerenti con la letteratura di settore non solo per il risultato complessivo, ma anche per le modalità con cui i due ambiti, cultura e salute, interagiscono. La partecipazione culturale impatta principalmente sul tono dell'umore e, di conseguenza, sul benessere fisico. Essa ha inoltre effetti di maggiore dimensione sui soggetti il cui consumo culturale spontaneo è più basso. Secondo quanto dichiarato dai partecipanti, infine, i due canali attraverso cui le attività culturali generano benessere sono la stimolazione intellettuale ed emotiva e l'interazione sociale. Indirettamente, lo studio ha anche dimostrato che il modo in cui la partecipazione culturale viene proposta incide sul risultato finale, trattandosi nello specifico di attività inclusive e accoglienti, paragonabili più alle esperienze laboratoriali che alle visite museali (o al patrimonio monumentale) standard.

Altro aspetto di interesse dello studio è relativo al tipo di utenza. Per ragioni di fattibilità dell'esercizio sono state selezionate le attività culturali offerte a persone anziane, con problematiche di salute magari presenti, ma non al punto di limitare drasticamente l'autonomia nella gestione delle attività quotidiane (anche i malati di Parkinson rispondono essenzialmente a questo profilo). Si tratta, però, anche di un segmento di popolazione molto interessante dal punto di vista dei fabbisogni di *policy*, perché in forte crescita nelle società a sviluppo maturo e destinata ad aumentare la

pressione sulla spesa sanitaria. In quest'ottica, gli interventi di partecipazione culturale possono contribuire a rallentare e contenere gli effetti negativi dell'invecchiamento, come i processi di decadimento fisico-cognitivo e la tendenza all'isolamento sociale e alla solitudine, contribuendo non solo al contenimento della spesa sanitaria, ma anche all'attivazione di nuovi servizi e nuove opportunità occupazionali. In proposito, si può solo ricordare brevemente che i servizi culturali non devono necessariamente essere offerti in forma gratuita, ma possono prevedere una compartecipazione economica dell'utente, graduata ad esempio sulla base della certificazione ISEE. Un nodo fondamentale per gli anziani, invece, è quello dei trasporti, la cui offerta deve essere adeguata, magari con servizi a prenotazione.

L'ultimo tema di rilievo su cui riflettere è quello delle tecniche di valutazione degli impatti delle politiche pubbliche. La posizione maggioritaria al momento sostiene che ogni intervento deve essere progettato, includendo fin dall'inizio gli indicatori per valutarne l'efficacia. Si pone il problema di quali tecniche di valutazione adottare, specialmente per i progetti di inclusione sociale e culturale, che spesso sono erogati a piccoli gruppi (che non raggiungono le numerosità necessarie per gli studi di significatività statistica) e producono effetti immateriali, difficilmente misurabili (la sensazione dell'utente di sentirsi meglio). Altro aspetto rilevante è il costo finanziario delle attività di valutazione, che nel caso di piccoli progetti rischia di sottrarre risorse preziose. Una soluzione di compromesso potrebbe essere quella che distingue tra progetti destinati prevalentemente alla ricerca e progetti destinati prevalentemente alla fornitura dei servizi. I primi, di numerosità contenuta e da selezionare accuratamente, potrebbero usare tecniche di valutazione controfattuale come quelle utilizzate in questo studio; mentre i secondi, più diffusi e numerosi, potrebbero far ricorso a indicatori più facilmente rilevabili e meno costosi, come l'opinione dei partecipanti o quella di persone qualificate che con loro interagiscono (come i medici di famiglia).

Osservatorio regionale della Cultura

Nota 1/2025



Regione Toscana

Le Note dell'Osservatorio sono a cura di IRPET e REGIONE TOSCANA. Responsabile del progetto: Sabrina Iommi.

Le autrici di questo numero sono: Sabrina Iommi (IRPET) e Maria Luisa Maitino (IRPET)