

Novembre 2020

Cultura e Salute. Verso un nuovo Welfare Culturale

sintesi della ricerca



Voluto e sostenuto da



Fondazione
Compagnia
di San Paolo



CULTURAL
WELFARE
CENTER



ASL T03
REGIONE
PIEMONTE

Cultura e salute. Verso un nuovo Welfare Culturale

sintesi della ricerca

INDICE

Un territorio apripista, un patrimonio da valorizzare	p.1
Cultura e Salute: evidenze scientifiche e documenti di politica internazionale	p.2
Dentro la cometa: i soggetti emersi	p.3
Infografica soggetti	p.4
Dentro la cometa: i progetti	p.5
Infografica progetti	p.8
Sfide, nodi, opportunità	p.11
Raccomandazioni. Uniti per una società della cura	p.15

Un territorio apripista, un patrimonio da valorizzare

Il presente rapporto raccoglie i risultati della prima azione di ricerca in Piemonte, Valle D'Aosta e Liguria volta alla conoscenza dei soggetti con progetti attivi e/o sensibili alla relazione virtuosa tra Cultura e Salute. Si colloca all'interno del programma strategico pluriennale *Cultura e Salute. Verso un nuovo Welfare Culturale* attivato dalla Fondazione Compagnia di San Paolo nel 2020 in rapporto all'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile-Sdg 3 "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età" dell'Agenda 2030.

L'indagine è stata affidata alla Fondazione Medicina a Misura di Donna che l'ha sviluppata in collaborazione con CCW-Cultural Welfare Center e DoRS Regione Piemonte - Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, sulla piattaforma digitale di Italia non profit.¹

La ricerca è stata sviluppata attraverso **una mappatura (survey con questionario online), condotta tra il 13 luglio 2020 e il 25 settembre 2020, un'analisi desk e una rassegna di testimonianze trans-disciplinari e trans-settoriali** di decisori, operatori e ricercatori protagonisti di una continua ricerca-azione tra Cultura e Salute².

Il percorso ha portato all'emersione di **247 soggetti e 2.821 progetti negli ultimi 10 anni, di cui 389 progetti descritti in dettaglio nella survey**

La ricerca non è esaustiva dell'humus esistente, ma ben rappresenta il fermento e il patrimonio

culturale, professionale e civico diffuso nel territorio delle tre regioni - già rilevato negli ultimi anni da parte di osservatori qualificati³-, frutto di radici profonde in stagioni culturali di grande rinnovamento che hanno interessato i territori in esame dagli anni Settanta fino ai primi anni Duemila. Territorio apripista, il Nord Ovest ha generato un'esperienza ricca per esperienze, saperi, metodologie e portato valoriale, fondata su forte idealità, competenze ibride e intersettoriali, alcune delle quali riconosciute a livello internazionale. **Una massa critica di soggetti e progettualità** che, dopo aver abitato per decenni, spesso sottotraccia, i temi complessi del rapporto tra Cultura, Salute, Sociale, Educazione oggi, **con condizioni abilitanti, può fare un salto di scala e ispirare le politiche.**

Le esperienze progettuali intercettate, di diversa intensità e solidità, possono essere ricondotte alle evidenze scientifiche internazionali dell'impatto dell'Arte e della Cultura sulla Salute e valorizzate. La presenza di un fenomeno di tale rilievo assume oggi un rinnovato significato in considerazione degli effetti prodotti dalla pandemia sul benessere mentale di tutta la popolazione, sulla coesione sociale e sulla crescita delle disuguaglianze.

In questo orizzonte, una nuova alleanza tra Cultura e Salute risulta strategica come risorsa per le sfide contemporanee e quale contributo al ridisegno di quel *welfare* che oggi si definisce come "*welfare culturale*".

¹ I lavori sono stati condotti da un team multidisciplinare composto per la parte scientifica da Catterina Seia, co-founder e Vice Presidente Fondazione Medicina a Misura di Donna, Luca Dal Pozzolo, Alessandra Rossi Ghiglione e Claudio Tortone di DoRS: tutti professionisti afferenti a CCW- Cultural Welfare Center. Ha coordinato l'elaborazione e analisi dei dati Maria Elena Santagati, in collaborazione con Rita Maria Fabris e Lucia Zanetta; l'analisi desk e la gestione contatti sono state a cura di Carla Di Grazia e Silvia Cerrone, la comunicazione di Elisa Biava, Sendy Ghirardi ha contribuito alle interviste.

² Cfr. nel report sia le interviste allegate (*Allegato 1: Corpus completo testimonianze. Incrociare le visioni.*) sia il focus di analisi delle stesse (*In ascolto. Temi e parole chiave per un'alleanza strategica tra Cultura e Salute*).

³ Numero monografico "Cultura, Salute e Benessere" della rivista "Economia della cultura" 2/2017.

Cultura e Salute: evidenze scientifiche e documenti di politica internazionale

A partire dalla fine del Novecento, la ricerca scientifica ha raccolto numerose evidenze sull'impatto della Cultura su più dimensioni della Salute –in ottica biopsicosociale, quindi sia psichica che fisica (effetti sul sistema endocrino, neuronale, immunitario) –, del benessere e sull'inclusione e coesione sociale. **La Cultura rientra infatti tra quelli che si definiscono i “determinanti individuali e sociali di salute”,** ovvero quei fattori che concorrono a costruire la Salute della persona e delle comunità. Lo fa in più modi e tutti contribuiscono a creare le condizioni affinché le persone divengano più capaci di autodeterminarsi rispetto al perseguimento della propria condizione di benessere e Salute, poiché **attraverso la Cultura e l'Arte si possono sviluppare le life skills, la health literacy e il capitale sociale,** di cui parla OMS⁴.

Il “welfare culturale”⁵ si fonda sul riconoscimento, sancito nel **rapporto OMS 2019⁶, che la fruizione e soprattutto la partecipazione attiva ad alcune specifiche attività culturali, artistiche e creative, sono un fattore efficace di prevenzione e promozione della Salute, di integrazione delle pratiche terapeutiche tradizionali, di supporto alla relazione di cura, di contrasto**

alle disuguaglianze. Tale report è stato realizzato nell'ambito del progetto *Contesti Culturali per la Salute e il Benessere*, che la stessa OMS ha voluto e sostenuto per dare corpo e orientamento agli obiettivi e alle priorità di Salute 2020⁷. Nelle considerazioni di interesse politico, lo studio sottolinea “il valore aggiunto del coinvolgimento delle arti per la Salute”, la necessità di “rafforzare la natura intersettoriale” in ogni aspetto e sollecita i *policy makers* dei diversi settori a sostenere **il rapporto tra Cultura e Salute perché efficace nella prevenzione, gestione, trattamento delle patologie e nella promozione della Salute e nella formazione del personale sanitario.** Tali indicazioni si collocano **nel più ampio disegno delle politiche sanitarie e culturali espresso in documenti programmatici internazionali,** come *Salute in tutte le politiche* (OMS 2014), gli *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030* (ONU, 2015) e la *Nuova Agenda Europea della Cultura* (2018). Quest'ultima, tra i documenti politici più innovativi, indica come pilastri delle politiche culturali del prossimo futuro i *crossover* culturali, ovvero le relazioni sistematiche e sistemiche tra la Cultura e altri ambiti di *policy*, un tempo debolmente interconnessi, in primis quello della Salute.

⁴ D. Fancourt, S. Finn, *Health evidence network synthesis report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*, WHO, 2019. La ricerca è stata tradotta da CCW con DoRS Regione Piemonte ed è disponibile sul sito [www.culturalwelfarecenter](https://culturalwelfarecenter.files.wordpress.com/2020/06/health-evidence-network-200604.pdf). Nel report (<https://culturalwelfarecenter.files.wordpress.com/2020/06/health-evidence-network-200604.pdf>) sono presentate evidenze sul contributo delle arti per la promozione di una buona salute e la prevenzione di una serie di condizioni di salute mentale e fisica, così come per il trattamento o la gestione di condizioni acute e croniche che si manifestano nel corso della vita, compresi gli effetti psico-sociali conseguenti a situazioni di forte stress e post-traumatiche, quali stiamo osservando e vivendo in questo periodo epidemico. Inoltre nella ricerca si evidenzia che le arti possono aiutare a fornire un'assistenza multisettoriale, biopsicosociale e integrata, centrata sulla persona quale componente attiva e partecipativa, ed essere capaci di affrontare sfide complesse per le quali non ci sono soluzioni nell'assistenza e nelle cure attuali. Infine, le arti possono, aspetto non secondario, essere soluzioni costo-efficaci vantaggiose poiché tengono conto delle risorse disponibili e sono basate sul capitale umano e di conoscenza. Il report termina fornendo indicazioni ai *policy makers* per la collaborazione e l'integrazione dei settori della Cultura, del Sociale e della Sanità e per maggiori investimenti di ricerca e valutazione, anche su ambiti artistici non ancora esplorati.

⁵ Voce Treccani a cura di CCW-Cultural Welfare Center, 2020. (www.treccani.it/magazine/atlanter/cultura/Welfare.html).

⁶ Fancourt, Finn, op. cit..

⁷ OMS, *EuropaSalute 2020 - Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere*, 2013 (https://www.dors.it/documentazione/testo/201611/Salute_2020_defWEB.pdf; presentazione con contributi da parte del Ministero della Salute e dell'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS di Venezia <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=338>).

Dentro la cometa: i soggetti emersi

Dall'analisi dei risultati della *survey*, la distribuzione geografica di soggetti e progettualità presenta **una morfologia peculiare, simile a quella di una cometa, con un nucleo fortemente addensato sulla città di Torino, una chioma che si allarga all'intero Piemonte e una coda che si allunga su Liguria e Valle d'Aosta.** La metà dei soggetti, infatti, è localizzato nella città di Torino e un ulteriore 15% nella provincia.

Se si considera l'assetto istituzionale dei 247 soggetti che rappresentano l'universo della ricerca, si attesta quasi sullo stesso livello la presenza di **professionisti singoli - 100 casi (di cui circa il 30% sono dipendenti di strutture sanitarie)** che hanno risposto a titolo di singoli per ragioni legate a complessità organizzative in tempo Covid) e di **organizzazioni non profit - 96 casi. Sommate, le due tipologie sfiorano l'80%** del totale, mentre per la restante parte si registrano **38 Pubbliche Amministrazioni (15,4%)**; 8 sono invece i **gruppi informali pari al 3,2%** e, infine, 5 le **imprese, ovvero il 2%**.

Se si prendono in esame **le organizzazioni** in cui operano i soggetti dell'indagine (96 casi escludendo professionisti singoli e gruppi informali) si rileva la presenza di realtà dotate di un nucleo significativo di personale stabile: più della metà delle imprese si colloca in una fascia di addetti tra gli 11 e i 50 dipendenti, mentre un quarto conta più di 100 dipendenti. Solo poco più del 10% dichiara di non avere dipendenti o di posizionarsi al di sotto dei 10 dipendenti. **È la fascia tra 11 e 50 dipendenti a rappresentare la quota maggiore in tutti i settori, se si eccettua quello sanitario in cui prevalgono strutture con più di 100 dipendenti** afferenti a ospedali e ad Aziende Sanitarie Locali.

Tra i rispondenti del settore culturale, gran parte dei quali operativi nelle organizzazioni non *profit*, la fascia più rappresentata è quella tra i 36 e i 55 anni (60% del totale), di cui il 72% **donne con un alto livello di istruzione.**

L'apporto del volontariato e della partecipazione civica completa la capacità operativa delle strutture: due terzi dei soggetti coinvolgono volontari, con particolare intensità nei settori socio-assistenziale e culturale.

Alla quota relativamente consistente del personale, fa riscontro anche una dimensione

significativa dei **fatturati: più della metà delle organizzazioni si iscrive nella fascia di bilancio al di sopra dei 700 mila euro, fatto che non stupisce per le aziende afferenti al settore sanitario. Diversificata la situazione del settore culturale** con un 25% delle organizzazioni che si colloca al di sopra di questa soglia e il 17% sotto quella dei 20 mila euro.

In estrema sintesi, dunque, i soggetti che operano a cavallo tra Cultura e Salute mostrano una polarizzazione marcata ai due estremi di una scala dimensionale; da un lato una nebulosa consistente e numerosa di singoli professionisti -che lavorano quasi sempre in *team* multiprofessionali e intersettoriali-, dall'altra organizzazioni strutturate e di dimensioni anche significative, soprattutto nel comparto sanitario che, come emerge dall'incrocio con i dati dei progetti, realizzano **progettualità spesso singole, connesse a finanziamenti di piccola scala e discontinui, che per la maggior parte faticano a impattare sul doppio piano della struttura organizzativa e di piani strategici, con l'elaborazione di protocolli e metodi adottati.**

Una comunità nel punto di incontro tra Cultura e Salute

247
soggetti



96 organizzazioni no-profit



38 pubbliche amministrazioni



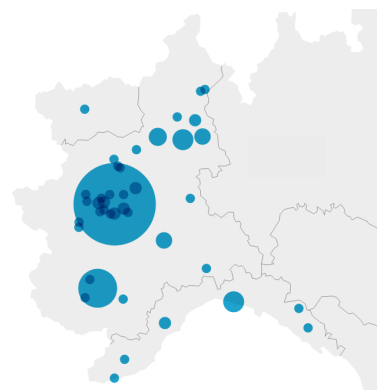
5 imprese



8 gruppi informali



100 singoli individui * 30% circa personale Sanità



Settori di attività



38,9% CULTURA



30,4% SANITARIO



11,3% SOCIALE



8,1% EDUCATIVO



4,5% MULTISETTORE

* 6,9% attivi in altri vari settori

- Settore prevalente per le organizzazioni no-profit: culturale (48%)
- Settore prevalente per le pubbliche amministrazioni e per i singoli

- Imprese e i gruppi informali attivi in modo simile nei settori sanitario e culturale
- Meno presenti soggetti afferenti al settore educativo e a quello socio-assistenziale

Struttura organizzativa



**Il 90% circa conta più di 11 lavoratori
il 25% più di 100**

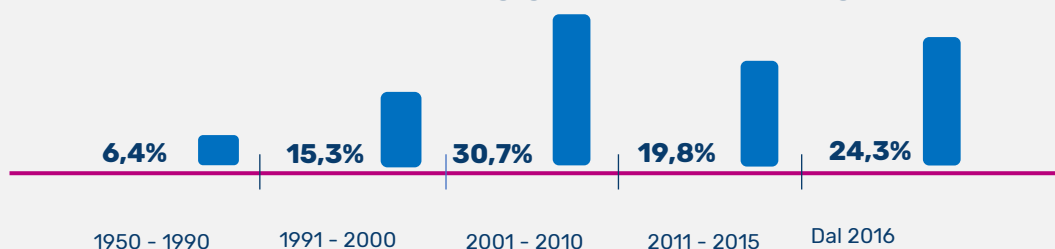


Prevalenza di realtà di medie dimensioni
40% fatturato superiore ai 700 mila euro



Partecipazione civica e volontariato

Dai pionieri a oggi: i primi progetti



Predisposizione per il lavoro in rete

80% ha attivato **partnership** per realizzare progetti



48% aderisce a **network**



Bisogni chiave

risorse economiche
da destinare a progetti
Cultura - Salute

61%

dialogo e collaborazione attiva
tra i settori coinvolti

46%

competenze professionali
specifiche

23%

linee guida nelle politiche pubbliche
dei settori coinvolti

20%

Dentro la cometa: i progetti

Nella risposta ai questionari, i soggetti citano **un numero di progetti realizzati negli ultimi dieci anni superiore a 2.800 unità**, un volume sicuramente di proporzioni considerevoli.

Dei **389 progetti** (descritti in dettaglio nel questionario), in corso o terminati, emerge che oltre **la metà dispone di un budget al di sotto dei 15 mila euro (54%) e che quelli nella fascia 15-40.000 sono il 23%, per un totale del 77% nella fascia sotto i 40 mila euro, mentre il 12% si trova nella fascia dai 100 mila euro e oltre.**

In questo caso la polarizzazione dei progetti è fortemente addensata su **una dimensione economica piccola e molto piccola**, anche per quanto riguarda Ospedali e Aziende Sanitarie; a rinforzare questa considerazione, occorre evidenziare come **sui 122 progetti collocati nella fascia inferiore ai 15.000 euro, ben 58 siano realizzati da strutture con dimensione economica superiore ai 700 mila euro.**

Un secondo elemento, che sicuramente ha una sua influenza anche in questa polarizzazione, attiene al **funding mix che vede nettamente prevalere in tutte le diverse tipologie di progetto l'investimento di risorse proprie delle organizzazioni, seguito a una certa distanza da contributi pubblici, grant o partecipazioni a bandi.** L'apporto di risorse derivanti da donazioni o privati cittadini è addirittura superiore nei casi in cui i progetti sono oggetto d'incarico da parte di una qualche committenza.

In assenza di indicazioni esplicite sul valore delle Arti nell'impatto di Salute all'interno delle linee strategiche sanitarie e culturali non stupisce che gli investimenti economici siano finora di piccola scala; si avvalgono di una forte motivazione di professionisti interni - spesso innovatori all'interno delle loro stesse organizzazioni come evidenziato nella survey dalla profilazione dei soggetti - ed esterni che agiscono in termini di idealità e di investimento sul futuro.

Per quanto riguarda **i quattro diversi ambiti in cui sono stati classificati i progetti** (da parte dei compilatori, con qualche intervento da parte del gruppo di ricerca), secondo la struttura semantica indicata dalla Fondazione Compagnia di S. Paolo, ovvero:

Area 1: Cultura e prevenzione primaria

Area 2: Cultura, relazione di cura e *medical humanities*

Area 3: Cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura

Area 4: Benessere e cura nelle istituzioni culturali

si evidenzia che **molti elementi cardine dei progetti appaiono attraversare tutti e quattro gli ambiti**, relegando in misura maggiore gli aspetti di differenziazione alla scelta degli obiettivi e alle specifiche modalità di azione.

In termini generali **circa il 60% dei progetti è ancora in corso** (la quota oscilla da un minimo del 55% nell'area 3: Cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura a un massimo del 66% nell'area 4. Benessere e cura nelle istituzioni culturali).

In coerenza con un approccio che si fonda sul valore trasformativo dell'esperienza creativa ed estetica, **in quasi tutti i progetti, trasversalmente alle aree di pertinenza, si prevede sia la fruizione di eventi che pratiche attive di coinvolgimento dei destinatari**, mentre risulta fortemente minoritaria la quota che prevede una sola fruizione di eventi.

Per i progetti già terminati emerge il **tema della legacy**, evidenziato dal dato quantitativo di **continuità di rapporto con i destinatari** e dal dato qualitativo, emerso nella descrizione dei progetti, di **impatto sulla dimensione organizzativa dell'ente promotore in termini di costruzione di competenze, partnership, reti e acquisizione di una prospettiva d'azione interdisciplinare e intersettoriale.**

Area 1: Cultura e prevenzione primaria (109 soggetti; 150 progetti)⁸

L'area *Cultura e prevenzione primaria* vede **tra i promotori dei progetti una maggioranza di operatori culturali**, poco meno di 4 su dieci, del settore sanitario in misura del 22% e con percentuali simili attorno al 13/14% del comparto educativo e socio-assistenziale.

I due obiettivi di riferimento generale per quest'area consistono nella promozione della salute e del benessere, nell'*empowerment* di singoli e/o comunità, a loro volta declinati in

⁸. Cfr. la sezione del report relativa a "L'analisi dei progetti. Le progettualità nelle quattro aree di indagine"

ulteriori obiettivi specifici. Per la promozione del benessere e della salute assume un forte peso la **sensibilizzazione verso stili di vita responsabili** e la **promozione di percorsi per l'invecchiamento attivo**. Per ciò che concerne, invece, l'*empowerment* di singoli e comunità, emerge il tema dell'**inclusione delle categorie fragili e vulnerabili, il rafforzamento della coesione sociale**, in cui le *performing arts*⁹ sono indicate tra le risorse culturali prevalenti per la costruzione di capitale sociale.

Un approccio multidisciplinare e fortemente performativo con produzione di spettacoli, esecuzioni *live*, include sul piano delle pratiche artistiche la **copresenza di più arti**, con una maggior frequenza delle arti visive e della musica, seguite dalla produzione narrativa, dalla lettura e dal teatro e l'ingresso del *videomapping* e del *videogaming*.

I siti dove i progetti hanno luogo sono molteplici e comprendono: ambulatori, ASL, librerie, scuole, abitazioni private, comunità di accoglienza, RSA, luoghi pubblici, centri commerciali, negozi, musei, biblioteche ecc. La diaspora in una molteplicità di luoghi differenti corrisponde all'esigenza di andare incontro a specifici gruppi di destinatari, coinvolgendo nuovi pubblici nella loro quotidianità e, come emerge dalle **progettualità più mature - spesso multicentriche e multidimensionali -**, dalla **volontà di sviluppare un'azione sistemica che produca, secondo l'approccio di promozione della Salute, coesione sociale e sviluppo di salute di comunità**.

Area 2: Cultura, relazione di cura e *medical humanities* (75 soggetti; 132 progetti)¹⁰

L'area *Cultura, relazione di cura e medical humanities* vede, com'è naturale, nel ruolo di proposizione delle iniziative **una prevalenza di operatori attivi nell'area della Sanità (54%)** alla quale si aggiunge una minoranza di soggetti operanti nel comparto socio-assistenziale (7%); da rimarcare, tuttavia, che queste iniziative sono promosse anche da **soggetti operanti nel mondo culturale in quote non trascurabili, pari al 28%**.

Gli obiettivi ai quali fa riferimento quest'area progettuale riguardano principalmente la promozione di pratiche e in alcuni casi la fruizione di eventi artistici e culturali per **sostenere pazienti e caregiver nel percorso di cura e supportare l'inclusione di target**

particolarmente fragili o svantaggiati; dall'altra lo **sviluppo di competenze** (*soft skills*, gestione etica, competenze di cura multiculturale) **nelle professioni sociosanitarie e il sostegno agli operatori sanitari in rapporto al rischio di burn out e/o al benessere in contesti ad alta intensità** (oncologia, cure palliative, cronicità).

Poco più del **70% dei progetti riguarda l'utilizzo di pratiche e di approcci artistici e culturali nel trattamento di specifiche patologie** -anche se non inserite nei protocolli di cura, eccetto singoli casi - e percorsi in condizioni di disagio, mentre poco meno del 30% s'incentra sulla formazione attraverso pratiche performative del personale sociosanitario, per la quale si è raggiunta una massa critica di sperimentazione sostenuta in termini di ricerca scientifica anche da alcune importanti esperienze valutative.

Area 3: Cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura (21 soggetti; 31 progetti)¹¹

Nell'area *Cultura per l'umanizzazione dei luoghi di cura* a proporre le iniziative sono **soggetti provenienti in poco meno della metà dei casi dal mondo culturale, che si attivano in risposta a sollecitazioni partite dall'interno dei luoghi della cura per l'interessamento e l'azione promotrice di operatori sensibili, mentre una quota parte attorno al 26% afferisce al settore sanitario** e un 10% al comparto socio-assistenziale.

Gli obiettivi s'incentrano **sull'adeguamento degli spazi non solo in termini funzionali, ma anche percettivi ed estetici**, in risposta a quella contraddizione in termini, così diffusa, dell'assenza di cura per i luoghi di cura, che non può che incidere negativamente su chi si trova già in situazioni problematiche e di sofferenza, oltre che sui *carer*, che la avvertono consapevolmente o meno. In molti casi **i progetti prevedono la partecipazione diretta dei destinatari, pazienti, personale sanitario, caregiver e il coinvolgimento della comunità cittadina**.

I luoghi in cui si realizzano tali progetti sono, di conseguenza, strutture sanitarie e, in particolar modo, ospedali concentrati nella città di Torino, ma sono presenti anche interventi in provincia di Alessandria, Cuneo, Biella, mentre la survey non pone in evidenza Liguria e Valle d'Aosta (emergono alcune evidenze dall'analisi desk e nelle interviste).

⁹. Vedi focus *Performing arts* nel report completo

¹⁰. Cfr. la sezione del report relativa a "L'analisi dei progetti. Le progettualità nelle quattro aree di indagine"

¹¹. Cfr. la sezione del report relativa a "L'analisi dei progetti. Le progettualità nelle quattro aree di indagine"

Area 4: Benessere e cura nelle istituzioni culturali (56 soggetti; 76 progetti)¹²

L'Area *Benessere e cura nelle istituzioni culturali* appare caratterizzata da una **forte presenza di operatori culturali nel dar vita a progetti impegnati su un triplice fronte di obiettivi: ampliare i pubblici, garantire migliori condizioni di fruibilità dei luoghi, favorire l'inclusione e la partecipazione**, abbattendo nel contempo le diverse barriere all'accesso e mirando ad azioni che coinvolgano specifici target (persone con disabilità e di difficoltà di ordine fisico-sensoriale-cognitivo, utenza scolastica, famiglie e persone di diverse culture). Il tema dell'accessibilità universale occupa in quest'area una posizione centrale, è declinato in una molteplicità di fattispecie, attraversa gli altri obiettivi correlati, contribuendo a individuare **strumenti e azioni studiate per specifiche popolazioni**, ma portando benefici a un pubblico più allargato.

Considerando nel loro insieme le 4 aree appaiono evidenti alcune considerazioni possibili sulle **sfide di Salute**. Nell'analisi dei progetti realizzati ricorrono più frequentemente **lo sviluppo cognitivo e il supporto genitoriale nella prima infanzia, la promozione di stili di vita sani e il contrasto alle dipendenze per i giovani, la promozione dell'invecchiamento attivo per gli anziani, il sostegno ai percorsi di cura per pazienti con patologie specifiche, croniche, con disabilità o in cure palliative, la promozione del benessere di persone fragili e/o svantaggiate con azioni di promozione dell'accessibilità e dell'inclusione sociale, il sostegno ai caregiver familiari, la formazione dei curanti e il contrasto al burn out degli stessi, l'umanizzazione dei luoghi della cura con l'ingaggio della comunità sanitaria e cittadina**. Da rilevare che nella maggior parte delle progettualità e in modo particolare dai soggetti con maggior storicità e maturità metodologica, **le modalità di azione messe in campo hanno come impatto una pluralità di destinatari la cui stessa messa in relazione gli uni con gli altri è parte del processo salutogenico sviluppato dal progetto**. Si può

parlare in questo caso di **una metasfida** a cui i progetti si orientano, quella della **costruzione di 'comunità competenti e proattive in termini di salute'** (vedi raccomandazioni OMS sulla promozione della salute di comunità).

Le principali sfide a cui i rispondenti intendono far fronte con le progettualità future si registrano sul fronte della **prevenzione, con particolare attenzione agli stili di vita, alle fasce più giovani della popolazione, alla promozione dell'invecchiamento attivo e dell'inclusione sociale di persone con bisogni speciali**, oltre a un'attenzione particolare verso il tema della salute mentale e il trattamento di specifiche patologie. Sfide che risultano in linea e coerenti con gli obiettivi progettuali rilevati nelle varie aree, in particolare in "Cultura e prevenzione" e "Cultura, relazione di cura e *medical humanities*", che registrano peraltro il maggior numero di risposte quali aree di prioritario interesse.

Da evidenziare infine come la *survey* faccia emergere in tutte le 4 aree **progetti con approcci multidimensionali e policentrici che superano la concezione lineare della cura e della creazione di salute, iscrivendosi in modelli comunitari e circolari di cura e prevenzione**, con l'attivazione della **partecipazione della pluralità dei soggetti e dei contesti**, per garantire una Salute equa e sostenibile, come anche la recente pandemia Covid ha evidenziato. **È questa la linea di indirizzo data dai documenti di Salute internazionali** (Salute 2020, Agenda 2030¹³, Carta di Ottawa¹⁴ sulla promozione della Salute) e in questa prospettiva d'azione si riconosce anche quella parte di mondo culturale che si incrocia con il Terzo Settore, **i luoghi della cultura dal basso** (centri culturali indipendenti, centri culturali di prossimità, soggetti culturali transdisciplinari aperti all'intersectorialità), **le organizzazioni e le istituzioni culturali più abituate a confrontarsi con attori diversi per partnership e/o per lavoro in contesti culturali e sociali differenti, non solo a livello locale**.

¹² Cfr. la sezione del report relativa a "L'analisi dei progetti. Le progettualità nelle quattro aree di indagine"

¹³ Cfr OMS Europa, *Salute 2020. Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere*, 2013 (https://www.dors.it/documentazione/testo/201611/Salute_2020_defWEB.pdf). ONU, *Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile*, 2015 (<https://asvis.it/1-agenda-2030-dell-onu-per-lo-svilupposostenibile/>)

¹⁴ Cfr OMS, *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*, 1986 (https://www.dors.it/alleg/0400/1986_Carta_Ottawa_OMS_ita.pdf)

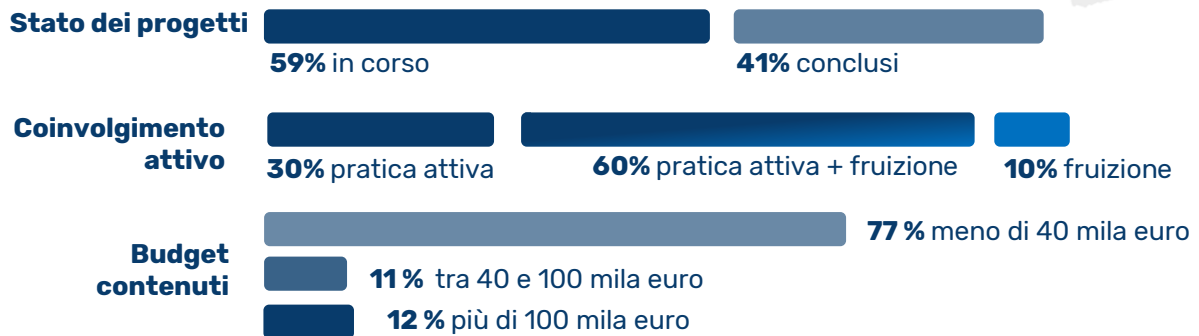
Progetti nel punto di incontro tra Cultura e Salute

2.800

iniziative realizzate negli ultimi 10 anni

389

progetti dettagliati



Aree tematiche



150

Cultura e prevenzione primaria



132

Cultura, relazione di cura e medical humanities



31

Cultura e umanizzazione luoghi di cura



76

Cultura e benessere nelle istituzioni culturali

Obiettivi

CULTURA E PREVENZIONE PRIMARIA

62%

Promuovere la salute e il benessere e sensibilizzare verso stili di vita sani

38%

Empowerment singoli e comunità

CULTURA, RELAZIONE DI CURA E MEDICAL HUMANITIES

71%

Accompagnare i percorsi di cura con la cultura

27%

Formare alle medical humanities i professionisti della cura

CULTURA E UMANIZZAZIONE LUOGHI DI CURA

79%

Umanizzazione dei luoghi di cura

CULTURA E BENESSERE NELLE ISTITUZIONI CULTURALI

51%

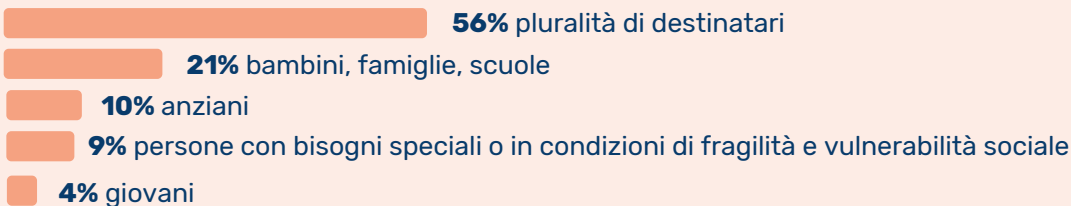
Promuovere il benessere nei luoghi della cultura

40%

Promuovere l'accessibilità e la partecipazione culturale dei cittadini

CULTURA E PREVENZIONE PRIMARIA

DESTINATARI



LUOGHI

Un terzo dei progetti si svolge nei luoghi della cultura, poco meno di un quinto in luoghi eterogenei, nei luoghi della cura e nelle istituzioni del settore educativo, uno su dieci in aree urbane.

GENERI

Pratiche artistiche con più generi

maggior frequenza delle arti visive e della musica, seguite da produzione narrativa, lettura e teatro

RISORSE

Team multidisciplinari * Figure professionali ricorrenti: EDUCATORI ARTISTI PSICOLOGI

Coinvolgimento volontari:

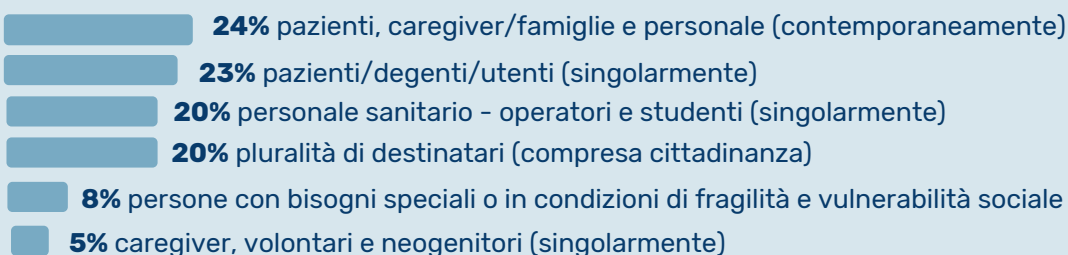
67% dei progetti li coinvolge

Budget contenuti:

75% meno di 40 mila euro
Ruolo significativo di autofinanziamento, contributo volontari e di enti pubblici

CULTURA, RELAZIONE DI CURA E MEDICAL HUMANITIES

DESTINATARI



LUOGHI

Poco meno della metà dei progetti fa riferimento ai luoghi della cura, prevalentemente ospedali, poco più di un quinto ai luoghi della cultura, mentre la restante parte a varie tipologie di luoghi.

GENERI

Pratiche artistiche con più generi

prevalenza musica, teatro e arti visive, seguiti da produzione narrativa e altri generi

RISORSE

Team multidisciplinari * Figure professionali ricorrenti: PSICOLOGO MEDICO ARTISTA INFERMIERE

Coinvolgimento volontari:

52% dei progetti li coinvolge

Budget contenuti:

75% meno di 40 mila euro
Ruolo significativo di autofinanziamento, contributo volontari e di enti pubblici

CULTURA E UMANIZZAZIONE LUOGHI DI CURA

DESTINATARI

41,5% pazienti, caregiver/famiglie e personale

41,5% pluralità di destinatari 41,5

10% pazienti/degenti/utenti (singolarmente)

7% personale sanitario (operatori e/o studenti) (singolarmente)

LUOGHI

Oltre la metà delle risposte totali fa riferimento ai luoghi della cura, ospedali torinesi in primis, la restante parte all'insieme dei luoghi della cultura, a scuole, ad aree urbane e ad altre tipologie di spazi, a vario titolo e con diverse modalità coinvolti nei processi di umanizzazione dei luoghi di cura.

GENERI

Pratiche artistiche con più generi

prevalgono le arti visive, seguite da architettura e musica, e altri generi che accompagnano i processi partecipativi finalizzati al riallestimento degli spazi o le proposte volte a migliorare la qualità dell'esperienza nei luoghi di cura

RISORSE

Team multidisciplinari * Figure professionali ricorrenti: MEDICO INFERMIERE

Coinvolgimento volontari:

45% dei progetti li coinvolge

Budget contenuti:

70% meno di 40 mila euro
Ruolo significativo di autofinanziamento, contributo volontari e la sponsorizzazione di una o più aziende.

CULTURA E BENESSERE NELLE ISTITUZIONI CULTURALI

DESTINATARI

45,5% pluralità di destinatari (compresa cittadinanza)

34% persone con bisogni speciali o in condizioni di fragilità e vulnerabilità

20,5% bambini, famiglie, scuole

LUOGHI

In circa la metà dei casi sono coinvolti luoghi della cultura, prevalentemente musei ubicati nell'area metropolitana torinese, in un quinto luoghi della cura e in misura minore altri luoghi, le scuole e le aree urbane.

GENERI

Pratiche artistiche con più generi

Arti visive presenti in quasi un terzo dei progetti, seguite prevalentemente da musica, teatro, altri generi e danza.

RISORSE

Team multidisciplinari * Figure professionali ricorrenti: PSICOLOGO MEDICO ARTISTA INFERMIERE

Coinvolgimento volontari:

60% dei progetti li coinvolge

Budget contenuti:

85% meno di 40 mila euro
Ruolo significativo di autofinanziamento, contributo enti pubblici e grant ente filantropico

Sfide, nodi, opportunità

Dall'analisi (survey e ascolti) viene evidenziata come risorsa l'alleanza strategica tra Cultura e Salute, soprattutto nell'attuale scenario di profonda incertezza, segnato in maniera drammatica dagli impatti della pandemia ancora in corso, con una società che dovrà affrontare anche rilevanti effetti post-traumatici da stress e l'acuirsi delle disuguaglianze sociali. Parimenti viene sottolineato quanto sia possibile e urgente lavorare a una nuova idea di welfare, secondo la quale i temi dello sviluppo umano divengano parte integrante delle strategie di prevenzione e di cura, la promozione della Salute e la lotta alle disuguaglianze si coniughino con la costruzione di significati condivisi, il senso di appartenenza sociale, il rispetto e la tutela della vita umana in tutte le sue dimensioni e in tutta la sua complessità.

Dalla ricerca emergono alcuni punti di attenzione, nodi che possono rivelarsi opportunità.

Il *crossover* e le relazioni intersettoriali

Per quanto il *crossover* (interazione sistematica e sistemica, non episodica ed estemporanea) **all'interno dei singoli settori e tra un settore e l'altro sia fortemente raccomandato dall'Unione Europea** – e costituisca al contempo la precondizione per l'impatto dei progetti di Cultura e Salute, la *survey* indica che la realtà non è affatto in questi termini. Nella maggior parte dei casi **il progetto stesso deve costruirsi il terreno sul quale appoggiarsi**, deve far dialogare comparti dell'amministrazione riottosi alla cooperazione, costruire ponti culturali per tradurre vocabolari di linguaggi utilizzabili solo all'interno delle singole discipline.

Punto di partenza per i *crossover*, per la

grande maggioranza dei progetti, è la presenza di team interprofessionali e spesso interdisciplinari. Ma solo la longitudinalità dei progetti consente di superare la mera giustapposizione di competenze e sensibilità e la pur importante capacità dialogica, maturando piuttosto – non in termini puramente teorici, ma attraverso le sfide poste dalla realizzazione sul campo – **una indispensabile cultura della complessità che diventa metodo di lavoro e pone basi solide per logiche di lavoro intersettoriali.**

Reti e *partnership*

La complessità non può essere affrontata da soli. Le alleanze sono determinanti. Dalla *survey* emerge che **l'80% dei 247 soggetti dichiara di aver attivato *partnership*, con quote che vanno dall'80 al 91%**. La costruzione di reti non è solo logica strumentale di propagazione della comunicazione e degli effetti, ma assume **un ruolo centrale nella strutturazione stessa del progetto**. Dei 155 soggetti che forniscono informazioni dettagliate in merito ai *partner*, la maggioranza (43%) ha attivato almeno tre *partnership*, un quarto dichiara un solo *partner*, due *partner* è la condizione del 13,5 % mentre la restante quota attorno al 17% intesse reti di relazioni con più di tre *partner*.

Emergono, inoltre, **con una funzione di forte connettività, tutti quegli operatori che agiscono costantemente, non solo in occasioni di singoli progetti, a cavallo di una pluralità di settori** e che rappresentano spesso i fili di ordito su cui si intessono le reti di cooperazione, **i *gate keeper***, che presidiano connessioni e fluidificano gli scambi.

Nell'operare in rete, se da un lato è fondamentale l'interconnessione della società locale rispetto ai singoli progetti, come risulta dalla *survey* gioca un ruolo assai importante **la partecipazione a**

bandi nazionali o europei che richiedono network di relazioni strutturate, che possono consentire salti di scala nelle progettualità e nelle competenze mobilitate: il problema diventa la stabilizzazione dei rapporti e la manutenzione della rete, al di là del periodo di operatività del progetto.

Due facce della stessa medaglia: un approccio biopsicosociale alle Salute, una nozione salutogenica della Cultura

Le esperienze analizzate e le testimonianze raccolte convergono su un approccio biopsicosociale alla Salute e nell'evidenziare come il disegno del territorio dei progetti non sia determinato esclusivamente dalla risposta a una specifica criticità o disagio, quanto piuttosto a ricercare inclusione, reti di relazioni necessarie a far fronte al problema, anticiparlo, attivando risorse salutogeniche per la creazione di opportunità di Salute.

Un presupposto mette d'accordo gli operatori, sia del mondo della Sanità che della Cultura: evitare di piegare le attività culturali a un qualsiasi ruolo strumentale unicamente funzionale alla lotta contro una patologia specifica. Anche se taluni segnalano come auspicabile l'approdo alle ricette mediche culturali (*cultura on prescription* di tradizione anglosassone e scandinava), universalmente è riconosciuto che **la possibilità di un'attività culturale di apportare benessere e/o contribuire a recuperare condizioni di difficoltà e disagio sia connessa proprio al fatto che il suo principio attivo coinvolga dimensioni cognitive, sociali, che a loro volta attivano processi complessi, biopsicosociali.** Nel contrasto e/o prevenzione ai fenomeni di disagio, diviene di fondamentale importanza promuovere le citate *life skills* per potenziare le capacità di Salute con la promozione di nuovi immaginari, contesti emotivi e relazionali virtuosi, costruendo opportunità che contrastino le crescenti disuguaglianze di Salute.

Uno degli indirizzi più chiaramente percepibili dai progetti è l'inclusione tra i destinatari non solo degli individui affetti da patologie, ma anche dei *caregiver*, del personale di cura e della cittadinanza. L'esperienza in museo riattiva le connessioni e le possibilità espressive per i malati di Alzheimer o afasici che non si appoggiano a una comunicazione verbale, ma rappresenta al contempo un'occasione di recupero di energie e sviluppo di competenze per gli accompagnatori e i *caregiver*, familiari e professionali e una condivisione non dolorosa del tempo da trascorrere insieme.

In questa prospettiva, come evidenziano gli *stakeholder* nelle interviste, si apre inoltre l'opportunità **dell'evoluzione in corso della medicina di territorio e della promozione della Salute di comunità, in cui la Cultura può giocare un ruolo primario sia nell'ingaggio dei destinatari che nella costruzione delle motivazioni, dei legami e delle responsabilità che contribuiscono a creare coesione sociale e una maggiore equità di Salute ed efficacia della cura, condizioni fondanti di un welfare di comunità.**

La formazione alle Medical Humanities

Nelle interviste come nell'analisi dei dati qualitativi dei progetti, viene evidenziato che il rafforzamento **della formazione alle medical humanities del personale sanitario, ad oggi reputata insufficiente, è la condizione necessaria.** Nel mondo culturale è altresì avvertita l'esigenza di maturare una piena consapevolezza delle sfide sociali territoriali, del proprio potenziale impatto sociale, per generare efficacia nel dialogo e nell'azione con altre discipline nei processi di empowerment e di cura.

Il tema è considerato centrale per i tre quarti dei rispondenti al questionario appartenenti al settore sanitario, al primo posto, ancor prima della relazione tra cultura e prevenzione; occupa invece la seconda posizione, dopo cultura e prevenzione, tra i rispondenti appartenenti al comparto socio-assistenziale. Ciò nonostante viene evidenziato

che l'avanzare della crescita di competenze integrate è difficoltoso. Si rileva qui una discrasia forte tra la percezione di un fabbisogno e la difficoltà a fornire una risposta all'altezza delle esigenze, anche se occorre tener presente che i rispondenti a questa indagine e gli intervistati rappresentano un gruppo particolarmente sensibile per esperienza maturata nei rapporti tra Cultura e Salute, alla necessità di accedere ad adeguati strumenti culturali, scientifici e cognitivi per la gestione della complessità e per stimolare una creatività progettuale da dispiegare a fronte di un futuro caratterizzato da grande incertezza. Va considerato inoltre che la **tempesta Covid**, come sottolineato anche nelle interviste, **ha messo in luce, anche per i meno attenti, aspetti di grande criticità dovuti all'organizzazione del sistema sanitario e la mancata presa in carico del benessere dei curanti**: la fragilità del personale sanitario di fronte a *stress* intensi e prolungati e la richiesta ossessiva di prestazioni efficaci e risolutive, saranno temi da affrontare.

Virus, digitale, socialità, prevenzione

Luoghi di cultura deserti. Luoghi di cura senza affetti familiari e volontari. Progetti sospesi o in trasformazione. Questo è il quadro odierno. La sterilizzazione della socialità, dovuta al distanziamento sociale imposto dal Covid, è tra le condizioni di maggiore impatto sulle attività culturali e sui processi di cura. Il recupero di una dimensione relazionale ricca e soddisfacente – con tutte le cautele necessarie per una minimizzazione dei rischi di contagio – non può che essere obiettivo prioritario e non procrastinabile sia del mondo culturale, sia dell'ambiente sanitario, della società tutta.

Più in generale, emerge dall'analisi l'urgenza dell'utilizzo esperto del digitale e delle nuove tecnologie per comunicare e mantenere la relazione, non surrogando l'insostituibile contatto personale, ma inventando e ricreando contesti comunicativi, capaci di donare comunque esperienze ricche e possibilità di interazione non solo alle persone affette da patologie, ma anche per mantenere condizioni di vita socialmente e

individualmente accettabili per l'intero corpo sociale.

Già attraverso *survey* si leggono i semi dell'accelerazione della trasformazione digitale in risposta al primo *lock down*, ma **occorre un grande impegno nell'offrire occasioni di risarcimento di alto profilo culturale, che tengano conto del *digital divide***. Emerge la consapevolezza che non si tratta certo del *restyling* grafico di qualche social, ma di una innovazione dal punto di vista dei contenuti, delle implicazioni e del senso le possibilità di essere connessi in rete.

Anche l'organizzazione dei servizi e l'assistenza domiciliare passano oggi necessariamente per una proiezione sul web, ancora da sviluppare nel suo portato cognitivo e culturale, che dovrebbe veder cooperare le migliori risorse del mondo culturale e sanitario, dei programmatori, dei *video maker* e dei *game designer* nella realizzazione di "piattaforme di senso" prima ancora che informatiche, nell'aprire un ambiente digitale la cui ibridazione profonda con l'ambiente fisico possa spostare in avanti la sfida di un *welfare* allargato progressivamente alla maggior parte della popolazione.

Valutare, misurare, descrivere

Il tema della valutazione nel campo dei progetti di Cultura e Salute si colloca in una tenaglia logica e metodologica di grande complessità: da parte sanitaria una tradizione estesa e consolidata di valutazioni strutturate attraverso metodologie scientifiche rigorose; dall'altra un comparto culturale più in difficoltà rispetto ai processi valutativi, anche per un'oggettiva difficoltà a rintracciare indicatori affidabili concernenti l'impatto culturale.

Ciò nonostante **una quota rilevante dei progetti descritti si è dotato di processi di valutazione, prevalentemente condotti dal personale stesso** che ha gestito il progetto, senza ricorrere ad esperti terzi, fatto facilmente spiegabile anche con la limitatezza del budget della gran parte dei progetti. Prevale la classica triade ex-ante, in itinere, ex-post seguita da valutazioni nelle singole fasi in itinere e in misura minore ex-post. A queste difficoltà intrinseche si aggiungono una difficoltà che attiene alla

Raccomandazioni.

Uniti per una società della cura

Il patrimonio emerso, che gli autori della ricerca reputano rilevante nel panorama italiano, ha bisogno di un tessuto istituzionale e sociale di orientamento, supporto, capacitazione per passare dalla molteplicità di pratiche a un ecosistema che sappia dare un contributo efficace e sostenibile al nuovo scenario che si configura con la pandemia Covid.

Occorrono politiche, accordi e infrastrutture settoriali e intersettoriali tra Cultura e Salute.

L'incremento delle diseguaglianze sociali e di salute e la manifestazione di una sofferenza psico-sociale che non si concluderà con il termine dell'epidemia richiede di andare oltre alle esperienze "usuali e tradizionali" e di ripartire con un nuovo paradigma. Ogni sistema è - e sarà- in trasformazione.

Sono inoltre da tenere presenti alcune finestre di opportunità delle programmazioni politiche locali, nazionali e internazionali, quali:

- i piani di finanziamento *Next Generation Eu* e del prossimo settennale di programmazione europea;
- la redazione in corso del Piano Nazionale delle Prevenzione 2020-2025 in relazione al Piano Nazionale delle Cronicità (che hanno come obiettivi l'integrazione e come criteri operativi di *performance* le azioni trasversali indirizzate a intersettorialità, formazione, comunicazione ed equità), convergenti con lo stesso Piano Pandemico per la gestione dell'emergenza Covid;
- la profonda trasformazione in corso della medicina (nuove frontiere della ricerca scientifica e opportunità dell'intelligenza artificiale) e della Sanità.

Il pieno coinvolgimento della Cultura nella condivisione delle nuove sfide sociali del territorio, della conoscenza delle risorse in campo, potrà costituire un fattore generativo.

I progetti Cultura e Salute hanno dimostrato di essere potenzialmente una risorsa portatrice di valore, umanistico e scientifico, in quanto capaci di una trasformazione delle pratiche di promozione del benessere, della qualità dell'ambiente fisico e sociale, della qualità della vita e della cura (dai luoghi di lavoro, della Sanità, della Scuola, nella dimensione urbana).

Tenendo presenti le considerazioni conclusive del report OMS su Arti e Salute (2019) che riguardano i settori della Cultura e Sanità, questa capacità trasformativa potrebbe essere sostenuta attraverso:

Sostegno a progetti, reti e partnership strategiche



- **favorire alleanze e comunità di pratiche tra realtà di diversi settori**, per sviluppare e potenziare i progetti più promettenti (anche con *core support* alle organizzazioni), nella loro misurabilità, trasferibilità e adattamento in contesti sociali analoghi, già attivi o interessati ad avviarli, creando così progetti multi-centrici in collegamento e in scambio di apprendimento;
- **promuovere tavoli di coordinamento e infrastrutture organizzative** sulle diverse sfide sociali, che facilitino un linguaggio

comune e la diffusione e valorizzazione delle pratiche e attivino supporti ai progetti di Cultura e Salute in termini di *capacity building* che di sostenibilità e misurabilità;

- **sviluppare di ecosistemi territoriali, già *in nuce*, anche in città di provincia** (come Biella, Alessandria, Vercelli, Cuneo con percorsi di co-progettazione, dialogo tra alta formazione, ricerca e pratiche) che possano diventare modello declinabile;
- in dialogo con il Terzo Settore, **cogliere le potenzialità** del cambiamento in corso in merito al valore attribuito alla cultura come agente di trasformazione sociale e risorsa di *welfare* (la “**culturizzazione delle imprese sociali**” evidenziata da Sacco, Venturi, Zandonai, Aiccon 2020).
- **delineare politiche e accordi inter-settoriali**, a diversi livelli, che orientino le finalità, gli obiettivi, gli investimenti verso progetti di Cultura e Salute integrati e misurati nel loro impatto con particolare attenzione ai meccanismi di equità sociale.



Capacity building

per favorire

- **percorsi di formazione professionale e inter-professionale**, universitaria e permanente, orientati a sviluppare competenze progettuali trans-disciplinari, competenze relazionali secondo le *medical humanities*, competenze di salute digitale e innovazione sociale con un approccio di laboratorio e di ricerca-azione sul campo;
- **percorsi culturali ed artistici** per gli operatori della Sanità, del Sociale, della Scuola che siano di ascolto, cura e rigenerazione delle persone, nella loro dimensione professionale e umana,

duramente provate nel periodo di emergenza sanitaria e convivenza con il Covid;

- la creazione di un **osservatorio** come piattaforma di informazione e apprendimento
 - con evidenze scientifiche aggiornate, in *open source* per i *practitioner*
 - l’indicazione dei centri di competenza
 - una raccolta dinamica delle *best practice*
 - rafforzando l’efficacia della comunicazione



Ricerca

- **ri-orientare e sviluppare la ricerca valutativa**, anche con il coinvolgimento delle Università, a sostegno dei progetti da consolidare nella loro efficacia e sostenibilità; sviluppo delle competenze valutative; alleanze con centri di competenza in termini di valutazione;
- **esplorare nuovi campi di applicazione**, anche coinvolgendo il mondo culturale nei progetti di Terza Missione delle Università (es. ricerche *active ageing*).

“La ricerca si è sviluppata in un tempo eccezionale, nell’estate dell’anno pandemico e nell’emergenza della fase di Covid19. Ha raccolto la sfida di sollecitare i soggetti del mondo culturale disorientati rispetto alla propria fragilità di fronte alle conseguenze che le limitazioni poste alla convivenza sociale hanno sulle proprie organizzazioni, sui rischi della stessa sopravvivenza di molte realtà e i soggetti del mondo della Sanità, sofferenti per l’impatto della fase 1 e ingaggiati sul fronte più urgente della prevenzione e gestione del contagio. Nonostante queste inedite e sfidanti condizioni, la risposta dei territori è stata generosa. Un segnale di quanto la lettura della risorsa Cultura per la Salute sia chiara e convinta in chi la agisce e di come , forse proprio a causa della pandemia, sia forte il senso di responsabilità, l’impegno civile che si traduce nella volontà di non perdere il valore finora generato dai progetti pionieristici di Cultura e Salute, ma di dare uno slancio nel realizzare compiutamente il dettato costituzionale che indica nella Salute un bene comune e nelle relazioni di Prossimità l’esercizio di un valore che la rende possibile”.

Il team di ricerca