

Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana

Michele Ugolini

Politecnico di Milano, Dipartimento di Architettura e Studi Urbani
(michele.ugolini@polimi.it)

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato la centralità di un sistema efficace e diffuso di sanità territoriale. Le Case della Salute, strutture sanitarie dislocate nel territorio di molte regioni italiane appartenenti al settore dell'assistenza primaria, sono considerate, anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, gli strumenti fondamentali per promuovere un rilancio dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali nei territori. L'articolo analizza le esperienze più significative di promozione e redazione di linee guida per la progettazione di Case della Salute in Italia, e in particolare in Emilia-Romagna, con riferimento anche alla pionieristica esperienza inglese. Si propone un percorso progettuale per consolidare le Case della Salute quali luoghi collettivi di riferimento e occasioni di rigenerazione urbana, favorendone la transizione verso l'idea di Case della Comunità proposta dal PNRR.
Parole chiave: Case della Salute della Comunità; salute delle persone e città salubri; architettura e rigenerazione urbana

The Healthcare Centers: fragilities conditions and opportunities of social and urban regeneration

The Covid-19 pandemic has highlighted the centrality of an effective and widespread territorial health system. The experience of Health Homes (Case della Salute), health facilities spread over the territory of many Italian regions belonging to the primary care sector, are considered, also in the National Recovery and Resilience Plan, the fundamental tools for relaunching social-health and social-assistance services. The article analyzes the most significant experiences of promoting and drafting guidelines for the design of Health Homes in Italy, and in particular in Emilia-Romagna, with reference also to the pioneering English experience. The article proposes to consolidate and strengthen the Health Homes as collective reference places for the community and as opportunities for urban regeneration, towards the idea of Community Homes proposed by the PNRR.

Keywords: Community healthcare centers; people health and city salubrity; architecture and urban regeneration

Ricevuto: 2021.04.23
Accettato: 2021.08.04
Doi: 10.3280/tr2021-097-20Supplementooa12939

Pandemia e fragilità del sistema sanitario

La diffusione del Covid-19 ha esplicitato quanto la salute rappresenti un bene primario, la cui tutela è divenuta condizione imprescindibile da perseguire. Questo porta anche a ripensare il significato che assumono gli spazi urbani, sia nella loro configurazione interna, sia all'aperto, rivelatisi vulnerabili durante la crisi pandemica. Nuove linee di azione, non solo sanitarie, investono lo spazio delle nostre città: nuovi standard di organizzazione funzionale, di definizione spaziale e temporale, nuove relazioni per strutturare centri urbani più salubri e meno vulnerabili, più sostenibili e resilienti.

La pandemia ha reso manifesto come salubrità dell'ambiente e salute delle persone siano fattori fondamentali e non separabili per un pieno e sostenibile sviluppo della società. Diviene essenziale puntare su una rinnovata e più estesa idea di salute atta a garantire le migliori condizioni di vita e di crescita delle persone e della comunità insieme alla salvaguardia dell'ambiente in una logica 'One Health' intesa come processo sistemico (Caporale, Pirni, 2020: 14-15, 20-21).

Già nel 1948 la World Health Organization al primo punto nel testo della propria costituzione dichiarava come la salute fosse un diritto fondamentale dell'uomo da intendersi non soltanto quale assenza di malattia o di infermità ma quale stato di benessere fisico, mentale e sociale delle persone (WHO, UNICEF, 1948: 1). La fragilità più evidente che si è manifestata durante la pandemia è relativa alla configurazione dei sistemi di vita collettivi. Le forme di espressione organizzata – lavorative, educative, culturali, ludiche, di mobilità pubblica – della nostra società hanno subito una repentina battuta d'arresto. Si è palesato un punto di crisi, in relazione alla fragilità e rigidità dei presupposti organizzativi e spaziali. Scuole e strutture sanitarie, in particolare, si sono dimostrate incapaci di reagire a un evento pandemico straordinario che richiede rapide capacità di adattamento.

La crisi ha reso esplicita l'inefficacia, almeno durante la prima ondata, di una rete sanitaria di primo livello che, se fosse stata in grado di manifestare le proprie potenzialità di coesione, diffusione e flessibilità organizzative nella relazione con la propria comunità di riferimento sul territorio, avrebbe potuto contribuire al controllo dei contagi agevolando il lavoro negli ospedali (Bucciardini, D'Angelo, Sinisi, 2020).

Le Case della Salute, strutture sanitarie diffuse sul territorio di molte regioni italiane appartenenti al settore dell'assistenza primaria, si sono dimostrate durante la pandemia impreparate ad affrontarla, per modalità organizzative inadeguate, per mancanza

di dotazioni, per strutturazione degli spazi. In molti casi non sono riuscite a erogare i servizi sanitari e assistenziali di base che fornivano, venendo meno anche all'assistenza delle persone più fragili (Monteduro, Nanetti, 2021).

Gavino Maciocco, docente di Igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze, aveva evidenziato con un anno di anticipo rispetto all'esplosione della pandemia (Maciocco, 2019: 16) questa intrinseca fragilità del sistema sanitario, segnalando come di fronte a eventi eccezionali che lo avessero colpito, avrebbe potuto rischiare il tracollo. Da troppo tempo un settore vitale come la sanità pubblica era privo delle necessarie risorse per configurare un servizio di base solido e ben innervato territorialmente.

Il PNRR e le risorse previste per la sanità territoriale

Lo sforzo delle istituzioni pubbliche, dopo la reazione emergenziale, si sta orientando verso politiche strutturali di rafforzamento dell'assistenza sanitaria per garantire il diritto alla salute dei propri cittadini. Si è acquisita consapevolezza che una più adeguata organizzazione dei sistemi sanitari di base e di prossimità sul territorio sia la condizione necessaria per il controllo della diffusione di un evento pandemico (Collicelli, 2020: 50) che necessita del consolidamento della relazione tra medici di medicina generale e Case della Salute, oltre che di una maggiore e più calibrata diffusione di queste ultime sui territori e nelle città. Anche l'Unione Europea si è mossa in questa direzione mettendo a disposizione degli stati aderenti risorse finanziarie straordinarie per far fronte all'emergenza sanitaria (Zoppè, Dias, 2020) e alle sue conseguenze economiche, in particolare istituendo una linea di finanziamento denominata *Next Generation* che ha dato origine in Italia al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Il PNRR, infatti, all'interno di un programmatico rafforzamento delle reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale prevede un investimento complessivo di 7 miliardi di euro. Inoltre, affida alle Case della Comunità, così rinominate per sottolineare un legame significativo con la comunità di riferimento, il coordinamento di tutti i servizi offerti, in particolare quelli rivolti ai malati cronici (40% della popolazione). Il piano conferma i servizi sanitari già proposti nelle Case della Salute, ma punta sul ruolo attivo dei servizi sociali in un'ottica di loro maggiore integrazione.

L'investimento prevede l'ingente realizzazione a livello nazionale di 1.288 Case della Comunità entro il 2026, in strutture già esistenti o nuove. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2 miliardi di euro (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2021: 227).

Le Case della Salute: un nuovo modello di assistenza primaria

Su modello degli Health Center di origine anglosassone (Brambilla, Maciocco, 2016), poi diffusi in altri paesi – in particolare quelli europei caratterizzati dall'assistenza sanitaria universale – la rete delle Case della Salute rappresenta la principale modalità per rafforzare sul territorio il sistema sanitario e sociale. In Italia, le regioni che hanno introdotto e sviluppato con sistematicità le Case della Salute sono Emilia-Romagna e Toscana (Brambilla, Maciocco, 2016: 38-39).

Bruno Benigni, tra i primi a livello nazionale, sostiene che introdurre le Case della Salute possa favorire un positivo e radicale

cambiamento nel welfare locale: «La Casa della Salute costituisce una condizione essenziale per rendere possibile, tramite la continuità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie di base» (Benigni, 2004: 37-38).

Dal 2006, la politica promossa dal Ministero della Sanità ha rappresentato un cambiamento fondamentale indicando le Case della Salute quali strumenti di integrazione sanitaria e sociale sul territorio, non solo erogatori di servizi, ma luoghi di prevenzione ed educazione alla salute, per rendere le persone responsabili e consapevoli verso stili di vita salubri e sostenibili (Turco, 2006: 4-6).

Con il Decreto della Giunta Regionale n. 291/2010 la Regione Emilia-Romagna imposta, attraverso l'introduzione delle Case della Salute, un nuovo modello organizzativo dei servizi dell'assistenza primaria territoriale che obbliga a un profondo cambiamento di approccio culturale, in un'ottica di garanzia all'accesso e all'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Tali strutture si occupano inoltre della presa in carico di problemi ambulatoriali urgenti, percorsi diagnostici che non richiedono di ricorso all'ospedale, della gestione delle patologie croniche, della prevenzione e promozione della salute. Sono organizzate secondo diversi livelli di complessità – bassa e medio-alta – per corrispondere alle caratteristiche dei territori e alla densità di popolazione. Sono aperte ai cittadini e alle associazioni di volontariato (Regione Emilia-Romagna, 2010: 3-6). Attraverso prevenzione e promozione della salute, consentono di raggiungere strati più vasti di popolazione, non solo le persone malate, incentivando quel mutamento di approccio che è fondamentale per favorire stili di vita volti al benessere psicofisico.

Le Case della Salute possono integrarsi con i cosiddetti Ospedali di Comunità (osco), i centri diurni e le residenze protette per anziani (RSA), disabili, malati psichiatrici e il servizio per le tossicodipendenze (SERT) (Regione Emilia-Romagna, 2010: 23). Nell'insieme definiscono nei territori potenziali configurazioni di servizi a geometria variabile, a differenziata complessità, capaci di interpretare la varietà dei bisogni e delle fragilità sanitarie, socio sanitarie e sociali.

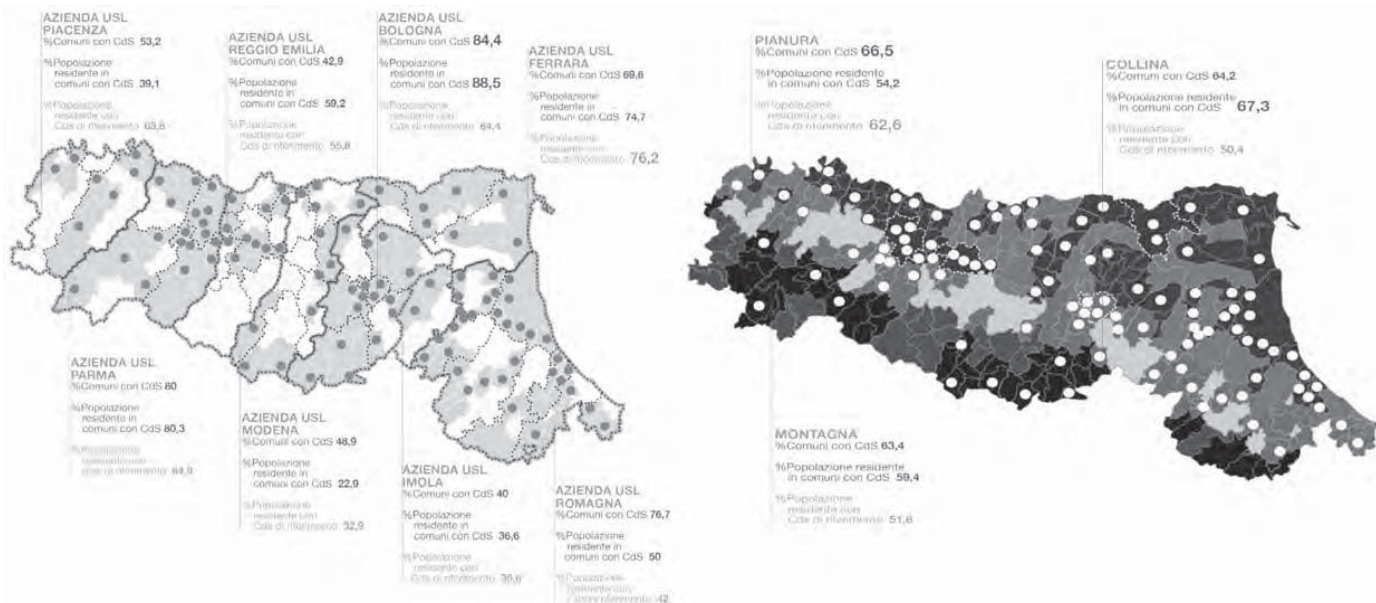
Assistenza primaria e fragilità pre-pandemiche: tre livelli spaziali

La dichiarazione di Alma Ata nel definire il concetto di salute pone al centro dell'attenzione le cure primarie e il loro rapporto con il territorio quale strategia di sostenibilità a lungo termine (WHO, 1978).

Nell'ambito della salute, la situazione italiana pre-emergenza, presentava diverse fragilità sistemiche, tra le quali il costante aumento dell'età media della popolazione e l'alta incidenza delle patologie croniche che rende palese la necessità di un ampio spettro di cure e un'efficace capacità di prevenzione (Guerrini, 2019).

Il sistema dell'assistenza primaria mostrava, insieme alle summenzionate carenze organizzative e di finanziamento, anche fragilità di tipo spaziale, che si esplicitano nella definizione di tre livelli: il territorio, l'ambito urbano, lo spazio interno degli edifici con il loro spazio aperto circostante.

Dal punto di vista territoriale, ogni regione è autonoma nella programmazione e nelle modalità di definizione dell'assistenza sanitaria (Della Porta *et al.*, 2020: 35).



1. Distribuzione Case della Salute in relazione a territorio e popolazione di riferimento; distribuzione Case della Salute in relazione alla zona altimetrica.
 Fonte: report Regione Emilia-Romagna, Case della Salute 2018; elaborazioni grafiche M. Fraconti (2020). *Le case della Salute. Città, architettura e spazio interno*. Tesi di laurea, rel. M. Ugolini, correl. S. Varvaro, Politecnico di Milano.

Le Case della Salute hanno avuto una implementazione assai differenziata da regione a regione. Dal censimento effettuato dalla Camera dei Deputati, aggiornato all'anno 2020, risulta che l'Emilia-Romagna presenta 124 Case della Salute, il Veneto 77, Toscana 76, Piemonte 71, Sicilia 55, Lazio 22, Marche 21, Sardegna 15, Calabria 13, Umbria 8, Molise 6, Liguria 4, Basilicata 1. Le altre regioni non ne possiedono alcuna (Camera dei Deputati, 2021).

Anche la Regione Emilia-Romagna, pur con il numero maggiore, evidenzia una distribuzione sul territorio assai disomogenea, oltre a una copertura di cittadini serviti ancora parziale. Il report annuale del 2018 (Regione Emilia-Romagna, 2018: 8) dedicato alle Case della Salute riporta la distribuzione di queste strutture ponendole in riferimento alla popolazione residente suddivisa per zone altimetriche e per aree urbane con un dato medio di copertura sull'intero territorio regionale pari al 49,04% della popolazione complessiva, ma soltanto il 34,36% della popolazione residente nei capoluoghi risulta coperta a fronte del 62,61% in pianura, il 37% in collina, il 40% residente in montagna (fig. 1). Questi dati evidenziano gli squilibri presenti rispetto alle strutture collocate nelle città.

Il secondo livello spaziale identificato come fragile riguarda la collocazione delle Case della Salute in ambito urbano che se pur programmate a partire dal potenziale bacino d'utenza, fissato dalle norme regionali per strutture ad alta e media complessità intorno ai 30 mila abitanti, vengono però insediate secondo logiche di disponibilità di immobili di proprietà o in aree ai margini delle città di facile accesso con l'automobile privata e

con buona dotazione di parcheggi. Risulta assente una pianificazione complessiva capace di individuare all'interno dei quartieri luoghi strategici per relazioni e dinamiche contestuali in quanto mancano criteri insediativi e di localizzazione.

L'ultima condizione spaziale di fragilità si riferisce allo spazio interno delle Case della Salute e alle relazioni con lo spazio aperto di prossimità. Spesso la disposizione degli ambienti risponde a criteri funzionali e risente delle difficoltà di doversi ridefinire rispetto a edifici sanitari preesistenti che ne vincolano distribuzione e relazioni. Nella maggior parte dei casi non sono spazialmente pensate per favorire un rapporto attivo con la comunità dei cittadini e per aprire relazioni tra spazi interni e spazi aperti. Anche durante la pandemia l'organizzazione spaziale interna non si è rivelata adattabile e flessibile per supportare le necessarie modifiche anti-contagio.

Regione Emilia Romagna: linee guida per la progettazione delle Case della Salute

Nel 2010 la Regione Emilia Romagna definisce le linee guida per la progettazione della Casa della Salute con l'intento di determinare gli «elementi base di omogeneità e riconoscibilità» di tali strutture fornendo «considerazioni sul dimensionamento e sulla funzionalità distributiva di alcuni locali che vengono ritenuti determinanti per il buon funzionamento della struttura oltre che per la sua riconoscibilità» (Regione Emilia-Romagna, 2010: 4). Tali linee guida, a oggi, rappresentano un punto di riferimento a livello nazionale in quanto

sono le uniche espresse dalla legislazione, sia a livello italiano, sia regionale.

Esse fanno esplicito riferimento alla Health Building Note 11-01 inglese (Department of Health, 2009).

Tre sono le macroaree funzionali in cui le Case della Salute vengono suddivise: area pubblica, area clinica, area di staff (fig. 2). L'area pubblica rappresenta il punto di contatto con la popolazione, il luogo della prima accoglienza, e deve avere un rapporto diretto con lo spazio esterno e distribuire verso i servizi erogati. Per stimolare una vasta partecipazione della popolazione, non solo quella bisognosa di cure, oltre che per potenziare attività connesse alla promozione e prevenzione della salute, le norme consigliano l'inserimento di funzioni ricreative e di spazi confortevoli atti a garantire opportunità di socializzazione quali: bar, edicola, sale conferenze e riunioni, spazi di incontro.

La pandemia ha reso evidente la rigidità spaziale delle strutture esistenti, a partire dall'accoglienza e nel loro rapporto con lo spazio aperto, in quanto sono impostate secondo i parametri del decreto 291/2010 sul principio di univocità dell'ingresso e della massima concentrazione del flusso delle persone per assicurare massima sicurezza e controllo.

A livello urbano il decreto promuove genericamente l'apertura degli spazi esterni più prossimi alla Casa della Salute all'uso della città, incoraggiandone la trasformazione da giardino a parco urbano nell'ottica di innescare un processo di avvicinamento della popolazione.

Di fatto, le linee guida non incentivano la relazione con l'esterno e non promuovono elementi di flessibilità interna che permettano di corrispondere a principi di adeguamento spaziale, compresa, in caso di situazioni pandemiche, la necessità di corrispondere a diversificate distribuzioni utili a evitare rischi di contagio.

Nel complesso, nelle linee guida sono assenti criteri per la localizzazione delle Case della Salute all'interno dei loro contesti di riferimento, evidenziando il forte limite di una mancata idea di sviluppo di relazioni urbane, sociali e di attivazione di processi di rigenerazione attraverso i quali si potrebbe incidere sul valore che le Case della Salute dovrebbero assumere all'interno delle città e dei territori.

Gli Health Centre e le Health Building Note 11-01 del Department of Health

La denominazione Health Centre cui fanno riferimento le linee guida inglesi del 2009 venne usato pionieristicamente nel 1920 all'interno del rapporto Dawson, un documento con cui il ministero della Sanità britannico configurava la nuova organizzazione dei servizi sanitari nel Regno Unito individuando nei Primary Health Centre il livello assistenziale di base (Brambilla, Maciocco, 2016). Le Health Building Note inglesi editate nel 2009 rappresentano a livello internazionale il tentativo più autorevole di coniugare buone e innovative pratiche di organizzazione dei servizi sanitari e sociali con la strutturazione degli spazi in cui tali servizi vengono erogati. Articolano la dimensione fisica degli edifici e le loro spazialità interne nella relazione con gli utenti, gli operatori e le attività che vi si dovranno svolgere.

Rispetto alle indicazioni espresse dalla Regione Emilia-Romagna, le linee guida inglesi hanno maggior respiro, tanto che nel 2013 sono state ampliate con l'introduzione di una decina di *case studies* relativi a edifici significativi con l'obiettivo di rappresentare buoni

esempi costruiti. Questa raccolta configura il tentativo di uscire da una dimensione manualistica e prescrittiva, che contraddistingue la prima parte delle linee guida, per descrivere, attraverso l'analisi contenuta nelle schede dei casi studio, la complessità e la ricchezza delle condizioni realizzate di alcuni edifici visti anche nelle loro relazioni contestuali e architettoniche.

Le Health Building Notes hanno così l'ambizione di fornire una guida alle *best practices* sulla progettazione e la pianificazione di nuovi edifici sanitari e sull'adeguamento e ampliamento delle strutture esistenti.

Secondo la valutazione degli autori, dal quadro emerge che la maggior parte dei progetti mira a integrare una varietà di servizi sia sanitari, sia di assistenza sociale, in alcuni casi con raggruppamenti che vengono considerati innovativi: biblioteche, palestre, spazi aperti alla comunità. L'accessibilità è considerata con attenzione ed emerge che molti edifici sono facilmente accessibili a piedi e con il trasporto pubblico; quest'ultimo meno praticabile nei casi collocati ai margini della città e vicini a centri commerciali.

Tutti i progetti analizzati hanno favorito le potenzialità dell'ambiente fisico per migliorare l'esperienza di pazienti e operatori: gli edifici sono progettati per rendere l'orientamento intuitivo e per sfruttare al meglio le caratteristiche del sito come pendii, viste e luce diurna.

Per quanto riguarda salute e salubrità, alcune realizzazioni hanno incorporato misure di design sostenibile, anche se molti esempi riportati non considerano il potenziale contributo che lo spazio intorno all'edificio avrebbe potuto dare nel contribuire a creare un quartiere più sano.

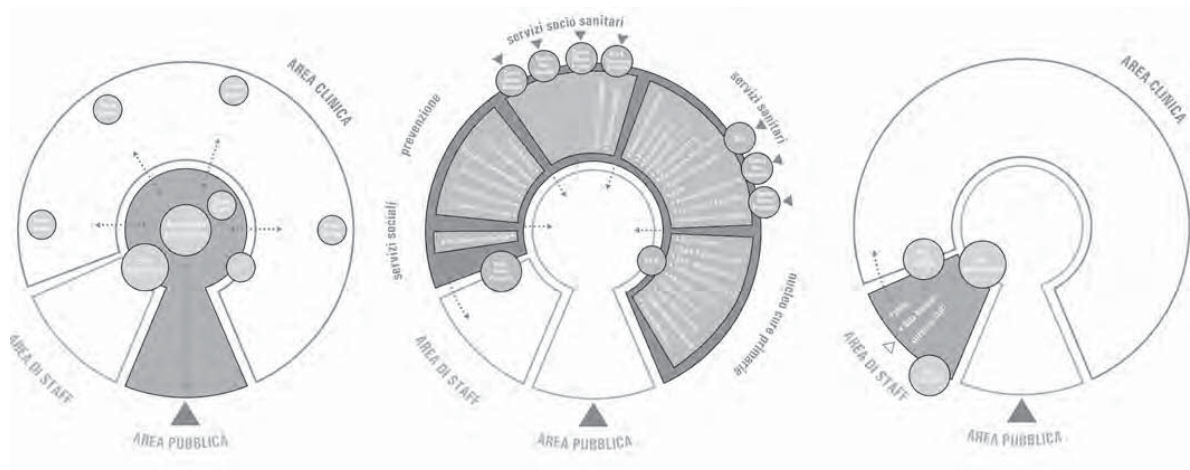
Una proposta: le Case della Salute per la Comunità come occasione di rigenerazione urbana e sociale

A partire dalla situazione pandemica e dalle esperienze italiane e inglesi è possibile trarre alcune indicazioni e proporre un percorso di lavoro per consolidare e rafforzare le Case della Salute come luoghi collettivi di riferimento per la comunità. La riflessione viene approfondita attraverso un progetto multidisciplinare di ricerca dal titolo 'Cultivare_Salute.Com', finanziato dal Politecnico di Milano nell'ambito del bando Polisocial Awards. In relazione al progetto degli spazi delle nuove Case della Salute della Comunità si individuano due caratteri originali che si ritiene possano essere applicati in futuri interventi.

In primo luogo, la definizione di nuove modalità di organizzazione dello spazio interno per poter affrontare sia condizioni di emergenza imposte da nuove ondate pandemiche, sia la ricchezza delle normali relazioni quotidiane.

In secondo luogo, la possibilità di innescare, attraverso una rete di assistenza sanitaria e sociale integrata e diffusa sul territorio, processi di rigenerazione urbana e sociale che, utilizzando un'attenta strategia localizzativa rispetto al contesto e alle sue potenziali relazioni, configuri, attraverso l'architettura, nuove identità e *centralità urbane periferiche*, capaci di sostanziare un'idea di città salubre e di tutelare e promuovere, quale diritto fondamentale, la salute delle persone.

Entrambi i caratteri aprono una possibile riflessione intorno al tema della relazione con lo spazio pubblico, dove al termine spazio si attribuisce la capacità di accogliere e promuovere il vivere collettivo. L'insediamento di nuove Case della Salute dovrebbe avvenire tramite il riconoscimento di luoghi della città a vocazione



2. Schema organizzazione funzionale: area pubblica, area clinica, area di staff.
Fonte: Regione Emilia-Romagna (2010), Decreto Giunta Regionale n. 291/ 2010.

intrinseca, dotati di identità urbane stratificate che nel tempo si sono rese manifeste. Si tratta di una condizione imprescindibile che supera logiche prestazionali sintetizzabili in parametri quantitativi e si sostanzia in quella che possiamo definire *strategia localizzata*. In generale lo scopo è spingere la programmazione verso una ridefinizione dei luoghi, anche quelli apparentemente consolidati nell'uso, che veda la Casa della Salute quale nodo strategico e di riconoscimento identitario della comunità.

Tale operazione non è di solo interesse medico-sanitario, ma intercetta diverse discipline tra cui quelle del progetto secondo una logica transcalare: dalla progettazione architettonica e urbana a quella degli spazi interni e aperti, alla progettazione ambientale passando per l'urbanistica e la pianificazione territoriale.

Nell'ottica di una riduzione di consumo di suolo e del possibile riuso di edifici esistenti appartenenti al vasto patrimonio di immobili inutilizzati, il principio guida dovrebbe agire all'interno di programmi urbani complessi, secondo un quadro di azioni e strategie capaci di costituire un articolato sistema di relazioni che, a partire dalla Casa della Salute della Comunità, si rapporti con gli spazi verdi sia nuovi che esistenti – parchi, giardini, viali –, si relazioni con gli edifici a carattere pubblico – scuole, centri di aggregazione, centri sportivi, palestre –, si raccordi potenziandole con le connessioni di mobilità dolce e sostenibile – pedonale, ciclabile, elettrica e il pubblico trasporto – e, più in generale, riscopra tutti quei luoghi interstiziali e di risulta delle città che esprimono la potenzialità di essere coinvolti in un diverso disegno urbano. All'interno di un'idea di città salubre, l'insediamento di una Casa della Salute della Comunità dovrebbe essere rafforzato da un denso mix di funzioni – pubbliche e private – e da un elevato livello di qualità degli spazi pubblici e dell'architettura. Si tratta di immaginare vere e proprie nuove centralità urbane sostenute da una densità di funzioni e una progettazione integrale dello spazio pubblico capace di rendere tali luoghi altamente attrattivi e identitari per la comunità.

Anche architettonicamente la Casa della Salute dovrebbe manifestare la propria stabile presenza, non attraverso l'espressione

di immagini coordinate e concepite a priori, quasi si trattasse di un logo a scala urbana, con l'applicazione di predefinite e astratte gamme cromatiche. Si tratta piuttosto di aprire dialoghi architettonici capaci di cogliere le specificità dei luoghi, di strutturare complesse relazioni urbane, sia nell'organizzazione dello spazio aperto pubblico rispetto al contesto circostante, sia nella definizione di uno spazio interno flessibile, adattabile e modulabile anche rispetto ai suoi potenziali rapporti con lo spazio aperto alla scala dell'edificio.

Costituire una città salubre, vivibile, bella e ricca di urbanità (Consonni, 2016) è ancora l'obiettivo di una nuova normalità post Covid-19.

Alcune realizzazioni significative

Alcune realizzazioni recenti di Case della Salute costituiscono interessanti architetture di riferimento in quanto aiutano a mettere a fuoco esempi di rigenerazione di parti di città secondo percorsi progettuali che si avvicinano a quelli proposti e possono costituire utili spunti di riflessione. Tra i vari casi internazionali studiati, si è qui preferito tenere il filo del percorso svolto, tra linee guida britanniche e italiane e si sono selezionati quattro casi ritenuti significativi per ricchezza di relazioni urbane e di luogo ma diversi per contesto in cui sono inseriti: due casi inglesi scelti tra quelli analizzati nelle Health Building Note e due casi italiani collocati in Emilia-Romagna.

Il Waldron Health Centre (Henley Halebrown Rorrison Architects, 2010), situato nel Borough of Lewisham, all'interno della circoscrizione sud di Londra, struttura relazioni urbane con il parco limitrofo, un'area pedonale, un centro culturale, una scuola. Raggiungibile attraverso una pista ciclabile, si dispiega nel lotto articolando corti interne e una piazza d'angolo, disegnando in tal modo un brano nuovo di città. Dislocando al piano terra servizi commerciali e una caffetteria si rende inclusivo e dialogante, nonché attrattivo, rispetto alla popolazione del quartiere. Sempre a Londra il Kentish Town Health Centre (Allford Hall

Monaghan Morris Architects, 2008) si integra con il contesto cittadino tramite l'espedito architettonico di un percorso semipubblico, dalle dimensioni di una vera e propria strada, che attraversa l'intera struttura da nord a sud, divenendo *square* nel momento in cui si amplia a ospitare l'invaso, alto tre piani, dell'atrio di accoglienza, luogo di attesa e socializzazione. Le persone, aiutate nella fruizione del servizio dalla composizione chiara degli ambienti, si possono muovere con semplicità tra i diversi settori: non solo gli ambulatori e le stanze destinate ai servizi sociali, ma anche una palestra, una biblioteca, uffici e consultori. Risulta qui evidente l'integrazione di servizi e l'apertura del centro ai cittadini dei quartieri del suo bacino di utenza.

Il progetto della Casa della Salute di Finale Emilia (Modena) colloca invece la struttura nel centro storico, a fianco del Castello delle Rocche, significativo edificio della città. L'intervento crea una profonda corte pedonale direttamente aperta sullo spazio verde del castello, mentre dall'altro lato s'innesta nel costruito storico, con l'obiettivo di costituire una relazione urbana di continuità con il sistema degli spazi pubblici esistenti. L'intento è di recuperare alcuni fabbricati, sia storici che più recenti, del piccolo ospedale preesistente, ma contemporaneamente di innestare alcuni nuovi con una operazione di demolizione selettiva. L'intento perseguito è di inserire la struttura sanitaria all'interno delle trame del tessuto urbano quale funzione pubblica di eccellenza in relazione con quelle esistenti. Anche la Casa della Salute di Carpaneto Piacentino (Piacenza), (figg. 3-4) stabilisce un dialogo con lo spazio pubblico e le funzioni preesistenti, in particolare con l'adiacente biblioteca ricavata nella struttura dell'ex macello e le poste. La sua collocazione in un'area di passaggio tra periferia e centro storico corrisponde all'intento di individuare e rafforzare una nuova polarità urbana. La sua tipologia a corte aperta verso la strada abbraccia un grande albero che diviene programmaticamente elemento identitario e generatore della corte stessa e della sua riconoscibilità urbana. Si delinea un prezioso spazio verde quale accesso al piccolo edificio che acquisisce una connotazione di luogo accogliente e domestico, aperto alla cittadinanza e non più soltanto luogo specialistico sanitario, da frequentare solo in caso di problemi di salute.

Uno sguardo rivolto al futuro prossimo

Guardando ai prossimi anni, anche in relazione a quanto previsto dal PNRR, assume importanza investire sullo sviluppo e sulla calibrata diffusione in Italia delle Case della Comunità quali nodi nevralgici di una strategia di rigenerazione che punta a creare ricche trame di socialità diffusa e sia capace al contempo di sostanziare nuove forme di urbanità. Il loro radicamento nel territorio, necessita di essere rafforzato, da un lato, interagendo con la strutturazione dello spazio pubblico, con il sistema degli spazi aperti e, soprattutto, attraverso la ridefinizione dei criteri della loro distribuzione sul territorio; dall'altro, sostenendo nuove trame di relazioni sociali attraverso l'integrazione con altri sistemi di interesse collettivo: associazionismo, volontariato, educazione e cultura, nonché con altre componenti del sistema sanitario in una logica di dispiegamento a rete.

Il coinvolgimento della comunità, intesa nel suo senso più esteso e inclusivo, insieme all'aspetto sociale e assistenziale, componente essenziale del programma istitutivo delle Case della Salute, avrebbe già dovuto divenire fattore trainante del loro ruolo attivo sul territorio e all'interno delle città. La vicenda della pandemia

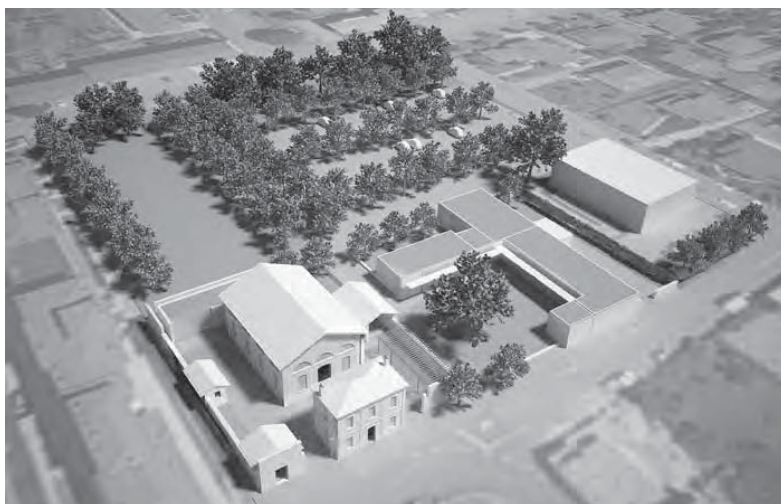
invita a verificare le possibilità di come pensare ai servizi sociali intesi in una dimensione più ampia, non solo come *presa in carico* ma come riconoscimento di una domanda di servizi da parte di persone che pur non avendo particolari difficoltà economiche, esprimono comunque bisogni di cui le politiche pubbliche dovrebbero occuparsi (Bricocoli, Savoldi, 2010).

Riposizionare l'idea di Case della Salute secondo queste linee di azione consente di immaginarle come propulsori di socialità diffusa per tutta la popolazione, in particolare per giovani e anziani e per le persone fragili, con l'obiettivo di promuovere cultura della salute e prevenzione sanitaria intese come corretti stili di vita e condizione di benessere.

Così configurate, le Case della Salute divengono potenziali nuclei vivi, Case della Comunità del quartiere o di un'area estesa, intercettando le forme del disagio e i bisogni, insieme alle spinte alla partecipazione e alla co-progettazione degli attori del territorio e di tutti i cittadini, provando ad accogliere e dare risposta a una rinnovata domanda di 'collettivo' di incontro tra le persone in spazi di relazione capaci di cogliere il senso della preziosità dell'uomo (De Carli, 1982: 250).

Riferimenti bibliografici

- Benigni B., 2004, «La Casa della Salute». *Quaderni del Socio Sanitario*, 6: 37-53.
- Brambilla A., Maciocco G., 2016, *La Casa della Salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carocci.
- Bricocoli M., Savoldi P., 2010, *Milano Downtown. Azione pubblica e luoghi dell'abitare*. Milano: Et al.
- Bucciardini R., D'Angelo C., Sinisi L., 2020, «La sanità del territorio». *Salute e non solo Sanità. Come riorientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile*, Roma: ASviS Alleanza italiana per lo sviluppo sostenibile, 13-16. <https://asvis.it/public/asvis2/files/Approfondimenti/PositionPaperGdLGoal3.pdf> (accesso 2021.07.20).
- Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali, 2021, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, n. 144, 1.3.2021. http://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0207.htm?_1619198796640 (accesso 2021.04.05).
- Collicelli C., 2020, «Salute, comunità e sussidiarietà ai tempi della pandemia». In: Caporale C., Pirni A. (a cura di), *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*. Roma: CNR Edizioni. Doi: 10.48220/PANDEMIAERESILIENZA-2020.
- Consonni G., 2016, *Urbanità e bellezza*. Chieti: Solfanelli.
- Corliano M.E., 2020, «Il virus come fatto sociale totale tra paura del contagio e ricerca della comunità». *Palaver*, 9, 2: 227-246. Doi 10.1285/i22804250v9i2p227.
- De Carli C., 1982, *Architettura Spazio Primario*. Milano: Hoepli.
- Decreto legge n. 14/2020, *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza Covid-19*, 9.3.2020, art. 8.
- Della Porta M.R., Mazzoni E., Salerno D., Tani G., 2020, «Regionalismo differenziato, manifestazioni e radici». In: Da Empoli S., Mazzoni E. (a cura di), *Ripartire la sanità al centro. Dall'emergenza sanitaria all'auspicata rivoluzione della governance del SSN*. www.i-com.it/wp-content/uploads/2020/09/Ripartire-la-sanita-al-centro-Studio-I-Com.pdf (accesso 2021.04.05).
- Department of Health, 2009, *Health Building Note 11-01. Facilities for primary and community care service*. London: The Stationery Office.
- Department of Health, 2013, *Health Building Note 11-01. Facilities for primary and community care service*. London: The Stationery Office.



3-4. Casa della Salute di Carpaneto Piacentino progettisti A+C ARCHITETTURA E CITTÀ studio associato Archh. Paola Cavallini & Stefano Della Santa con Ivano Fiamma. Fotografia di Michele Cinotti – Area Comunicazione Azienda Usi Piacenza, e plastico di studio.

Guerrini G., 2019, «La cronicità in Italia fra condizione attuale e prospettive future». *I Luoghi della Cura*, 3-2019. www.luoghicura.it/sistema-programmazione-e-governance/2019/06/la-cronicita-in-italia-fra-condizione-attuale-e-prospettive-future/ (accesso 2021.07.20).

Maciocco G., 2004, «Il Distretto di domani». *Quaderni del Socio Sanitario*, 6: 75-77.

Maciocco G., 2019, *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*. Roma: Carrocci.

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, con Istituto Superiore di Sanità, 2020, *Virus e malattia*. www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaQNuovoCoronavirus.jsp?id=228&lingua=italiano (accesso 2020.10.02).

Monteduro G., Nanetti S., 2021, «Invecchiamento, anziani fragili e Covid: una chiave di lettura». *I luoghi della Cura*, 1: 4-5, www.luoghicura.it/sistema/cultura-e-societa/2021/02/invecchiamento-anziani-fragili-e-covid-una-chiave-di-lettura/?pdf (accesso 2021.07.20).

Ministero dell'Economia e delle Finanze 2021, «Missione 6: Salute- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale». Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021: 224-227. www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf (accesso 2021.07.20).

Regione Emilia-Romagna, 2010, Decreto Giunta Regionale 291, *Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale*. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute/documentazione-case-della-salute/delibere> (accesso 2020.10.02).

Regione Emilia-Romagna, 2016, Decreto Giunta Regionale 2128, *Casa della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa*. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute/documentazione-case-della-salute/delibere> (accesso 2021.04.02).

Regione Emilia-Romagna 2018, *Le Case della Salute in Emilia-Romagna*. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute> (accesso 2021.04.02).

Turco L., 2006, *Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*. Audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, 27.6.2006. http://leg15.camera.it/_dati/lavori/stencomm/12/audiz2/2006/0627/INTERO.pdf (accesso 2021.04.02).

WHO, UNICEF (1978) *Alma Ata Declaration on Primary Health Care*. www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (accesso 2021.04.02).

WHO, 1948, *Constitution of World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (accesso 2021.11.22).

WHO, 2006, *Gaining health*, trad. Ministero della Sanità, *Guadagnare salute: la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*, EUR/RC56/8 + EUR/RC56/Conf.Doc./3. www.epicentro.iss.it/croniche/pdf/Strategia_europea_italiano.pdf (accesso: 2021.04.02).

Zoppè A., Dias C., 2020, *The ESM Pandemic Crisis Support*. ECONOMIC GOVERNANCE SUPPORT UNIT (EGOV) Directorate-General for Internal Policies. [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/651350/IPOL_BRI\(2020\)651350_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/651350/IPOL_BRI(2020)651350_EN.pdf) (accesso 2021.04.02).