



UNA CASA DELLA COMUNITÀ A SETTIMO TORINESE

Localizzazione e ipotesi di intervento

*Tesi di Laurea Magistrale in Architettura per il
Progetto Sostenibile
A.A. 2021/2022*

*Studente:
Gennaro Scotto di Covella*

*Relatore:
Riccardo Pollo*

*Correlatore:
Elisa Biolchini*



**Politecnico
di Torino**

Studente: *Gennaro Scotto di Covella*



UNA CASA DELLA COMUNITÀ A SETTIMO TORINESE

Localizzazione e ipotesi di intervento

*Tesi di Laurea Magistrale in Architettura per il
Progetto Sostenibile
A.A. 2021/2022*

Relatore: Riccardo Pollo

Correlatore: Elisa Biolchini

*Ai miei genitori,
ai miei nonni.*

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 11 |
| CAPITOLO 1_ L'assistenza sanitaria primaria | |
| _1.1 L'assistenza sanitaria primaria | 13 |
| _1.2 L'assistenza sanitaria primaria in Europa e nel resto del mondo | 20 |
| _1.3 La Casa della Salute | 25 |
| _1.3.1 L'introduzione della casa della salute e normativa | 25 |
| _1.3.2 Obiettivi | 28 |
| _1.3.3 Figure coinvolte | 28 |
| _1.3.4 Struttura organizzativa | 28 |
| _1.4 Analisi preliminari | 30 |
| _1.5 Progettazione e best practice | 32 |
| _1.6 Le Case della Salute in Italia | 34 |
| _1.7 Le Case della Salute in Piemonte | 35 |
| _1.8 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza | 36 |
| _1.9 La salute nel PNRR | 38 |
| _1.9.1 Le funzioni e gli standard organizzativi | 39 |
| CAPITOLO 2_ Strutture per l'assistenza primaria: casi studio | |
| _2.1 Raccolta di casi studio | 47 |
| _2.2 Kentish Town Health Centre | 54 |
| _2.3 Waldron Health Centre | 57 |
| _2.4 Houghton Le Spring Primary Care Centre | 60 |
| _2.5 Void Vacon Health Center | 63 |
| _2.6 Ballarat Primary Care Centre | 66 |

| | |
|--|-----|
| CAPITOLO 3_Una nuova Casa della Comunità a Settimo Torinese | |
| _3.1 ASL Piemonte e Distretti | 71 |
| _3.2 Il Comune di Settimo Torinese: dati demografici | 74 |
| _3.3 Il Comune di Settimo Torinese: dati climatici | 78 |
| _3.4 Il Comune di Settimo Torinese: i servizi sanitari esistenti | 84 |
| _3.5 Definizione dell'area di intervento | 86 |
| _3.6 Analisi SWOT | 92 |
| _3.7 Sopralluogo | 93 |
| | |
| CAPITOLO 4_Il progetto della Casa della Comunità | 103 |
| _4.1 Criticità | 106 |
| _4.2 Concept | 108 |
| _4.3 Il progetto in dettaglio | 119 |
| | |
| CONCLUSIONI | 133 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 134 |
| | |
| SITOGRAFIA DEI CASI STUDIO | 138 |

INTRODUZIONE

Il lavoro di tesi si sviluppa a seguito di riflessioni sull'efficienza dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, delle difficoltà avute con l'arrivo della pandemia da Covid19 e alla direzione in cui si dirigono le Leggi Italiane nell'ambito della Sanità.

Nel primo capitolo è stato esaminato il funzionamento del Sistema Sanitario Territoriale in Italia e i principi su cui si fonda. In seguito è stato messo a confronto il Sistema Sanitario Italiano con quello degli altri paesi Europei ed Extra-Europei analizzando le varie tipologie e comparando alcune classifiche elaborate da enti terzi. Si è passati poi al tema della Casa della Comunità, che è stato introdotto in Italia nel 2007 e se ne è valutata la risposta del Paese e delle regioni considerando lo stato attuale. Le Case della Comunità poi sono state approfondite esaminando le leggi e le linee guida proposte fino ad oggi relative al funzionamento, il dimensionamento e la gestione delle stesse.

Il secondo capitolo si divide in due fasi: nella prima sono state individuate e classificate alcune strutture sanitarie in Europa; nella seconda parte sono state selezionate 5 delle strutture precedenti e analizzate nel dettaglio.

Nel terzo capitolo viene esaminato il sistema ASL del Piemonte, ed in particolare il distretto di Settimo Torinese, utilizzato poi come caso studio per la realizzazione di una Casa della Comunità. Tra i comuni del distretto è stato individuato quello di Settimo Torinese come luogo di progetto, è stato poi analizzato sotto vari punti di vista ed infine è stata individuata un'ipotetica area di progetto dove inserire una nuova Casa della Comunità accanto ad un edificio dell'ASL esistente.

Nel 4 capitolo infine, a partire dal concept e dalle considerazioni fatte in merito all'area e il contesto in cui si trova, viene descritto il progetto della Casa della Comunità attraverso gli elaborati grafici e l'esposizione delle scelte progettuali che hanno portato alla forma finale dell'edificio.

CAPITOLO 1

L'assistenza sanitaria primaria

Secondo la DG SANCO (Direzione Generale della Commissione Salute Europea) l'assistenza primaria, ovvero la prima porta di accesso ai servizi sanitari, è :

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multi-professionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”. (DG SANCO, 2014)

L'assistenza sanitaria primaria affonda le sue radici nella Dichiarazione di Alma-Ata dell'OMS (1978) in cui questa viene considerata la funzione e l'obiettivo principale del sistema sanitario, ma anche parte integrante dello sviluppo sociale ed economico della comunità. In ambito sanitario questo fu un evento di enorme importanza per gli anni '70, la conferenza (organizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'UNICEF) coinvolse 134 paesi e sottolineò l'importanza dell'assistenza primaria come strategia per un futuro migliore, il motto della conferenza fu “Salute per tutti entro il 2000”.(Age.Na.S., 2009)

Essa affronta le problematiche principali di salute della comunità, fornendo determinati servizi volti alla cura, alla prevenzione, e alla riabilitazione, promuovendo dunque:

- L'educazione sui principali problemi legati alla salute e a come controllarli o meglio prevenirli;
- Un'alimentazione corretta, una fornitura adeguata di acqua potabile e dei servizi igienici;
- L'assistenza sanitaria di base per le madri e i loro figli, inclusa la pianificazione familiare;
- L'immunità contro le malattie infettive principali;

- Il controllo e prevenzione delle malattie locali endemiche;
- Un adeguato trattamento delle malattie più frequenti e delle lesioni;
- Una fornitura adeguata di farmaci essenziali.

Nello stesso anno con la Legge 23 dicembre 1978, n.833 nasce il Sistema Sanitario Nazionale in Italia, fondato su tre principi:

- Universalità, ovvero la salute non più intesa come bene individuale ma come risorsa della comunità. Questo principio dovrà essere attuato con la promozione, la prevenzione e il recupero della salute di tutta la popolazione attraverso una gestione articolata del territorio attraverso le ASL, le strutture private convenzionate e gli ospedali con lo scopo di garantire a tutti i LEA (livelli essenziali di assistenza);
- Uguaglianza, verso i cittadini che possono accedere alle prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale a prescindere dalle condizioni sociali ed economiche con l'introduzione del ticket per gestire le esenzioni;
- Equità, tutti i cittadini a prescindere dalla classe sociale ed economica hanno il diritto ad un trattamento equo, efficiente, trasparente e il persona le sanitario deve comunicare e informare il cittadino in modo adeguato in riferimento al grado di istruzione e comprensione.

(Legge 23/12/1978 n.833)

I livelli essenziali di assistenza (LEA), come descritto dal Ministero della Salute, sono

“le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)”. (Ministero della Salute, 2019)

I LEA sono stati definiti per la prima volta nel 2001, per poi essere rivisti nel 2017 con il DPCM 12/01/2017, un provvedimento che vede come protagonisti lo Stato, le Regioni, le Province autonome e le Società scientifiche. Nel documento vengono definite le attività i servizi e le prestazioni che devono essere garantite ai cittadini attraverso le risorse pubbliche

utilizzate dal SSN, elenca in modo dettagliato le prestazioni incluse nei LEA, aggiorna gli elenchi delle malattie rare e croniche-invalidanti che comportano il diritto all'esenzione del ticket e infine introduce novità nella specialistica ambulatoriale e assistenza protesica sostituendo prestazioni obsolete con altre tecnologicamente avanzate. I livelli essenziali minimi vengono suddivisi in 3 gruppi:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

(Ministero della Salute, 2019)

Il concetto di Distretto Sanitario viene già introdotto nella Legge 23 dicembre 1978, n.833, a favore della capillarità dell'organizzazione sul territorio, e con l'articolo 10 della stessa si regola l'organizzazione territoriale sanitaria:

“Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali.

L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge. Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.” (Legge 23/12/1978 n.833)

Il Distretto Sanitario, che inizialmente era la sede operativa del SSN, dopo molteplici interventi legislativi (dati dal cambiamento del quadro sanitario generale e delle esigenze, nonché da varie problematiche legate ad aspetti economici, gestioni dei tempi e utilizzo improprio delle risorse) oggi è un'articolazione territoriale dell'ASL, e svolge la funzione di organizzare, nonché gestire, i servizi sanitari territoriali avvicinandoli ai cittadini per assicurarne la facile accessibilità, promuovendo la salute e incentivando la partecipazione di questi ultimi al servizio.

Con la riforma del Titolo V parte II della Costituzione, relativa alla Legge Costituzionale 18-10-2001 n3 è stato reso formale l'obiettivo del SSN, ov-

vero quello di demandare alle Regioni la pianificazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, mentre lo Stato fa da garante e da ente preposto alla legislazione esclusiva al fine di definire i LEA. Le regioni, utilizzando le risorse proprie, possono inoltre garantire servizi aggiuntivi a quelli definiti nei LEA (Damiani,2005)

Il Rapporto dell'Oms 2008 *"Primary Health Care, Now More Than Ever"* mette in evidenza la tendenza globale dei sistemi sanitari ad andare in direzioni opposte alle necessità della popolazione. In molti casi continua a prevalere il controllo della malattia e quindi si mira ad obiettivi a breve termine con servizi scostanti, inoltre spesso si ricade nella "comercializzazione della salute" causando spesso l'impoverimento delle famiglie e la sfiducia nei confronti dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica in generale. Un indicatore del cattivo funzionamento del sistema di cure primarie è il sovraffollamento del Pronto Soccorso. Questi fattori rappresentano in ogni caso una minaccia per la stabilità della società, con il conseguente decadimento dei principi dettati dalla Dichiarazione di AlmaAta. (OMS,2008)

Ecco perché negli ultimi anni per perseguire i tre principi del SSN è risultato fondamentale cambiare prospettiva, e spostarsi da un sistema basato intorno alla cura delle malattie ad un sistema basato sulla comunità, progettato con e per le persone, il baricentro dunque si sposta dall'ospedale al territorio. È sorta quindi la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per assicurare i LEA omogeneamente su tutto il territorio nazionale. (Maciocco,2013)

Per valorizzare, rafforzare e pianificare i servizi sanitari territoriali il SSN prevede:

- il rafforzamento delle cure domiciliari (la casa come luogo di cura);
- una forte integrazione tra assistenza sociale e sanitaria (equipe multidisciplinari per la presa in carico della persona);
- la stratificazione della popolazione in base ai bisogni con la medicina di iniziativa;
- un modello di gestione più efficiente (con la digitalizzazione, dunque telemedicina e rete informatizzata tra i vari professio-

nisti);

- la valorizzazione del contributo della comunità;
- la realizzazione di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, il punto di riferimento per la popolazione come struttura di primo accesso ai servizi sanitari.

(Caputo,2013)

Prima di parlare delle Case della Comunità, o Case della Salute, bisogna soffermarsi sull'importanza dell'Assistenza Sanitaria Territoriale e le ragioni che hanno portato ai cambiamenti di tutto l'assetto Sanitario. Le esigenze di salute della popolazione sono cambiate, e uno dei principali motivi è l'invecchiamento progressivo della popolazione. Basti pensare che dal 2001 al 2020 l'indice di vecchiaia è passato da 131,7 a 183,3. L'indice di vecchiaia rappresenta il numero di anziani (65 anni e più) presenti ogni 100 giovani (0 a 14 anni), per cui un valore maggiore di 100 indica che ci sono più anziani che giovani. Nella Figura 1.1 sono riportati i dati ISTAT di altri dati in merito a questo fenomeno. (Istat,2021)

L'incremento dell'indice di vecchiaia della popolazione, si traduce in un aumento di persone non autosufficienti. Uno dei problemi di cui ci si preoccupa è di come aumentare la qualità di vita di quegli anni "guadagnati" rispetto al passato, e attualmente uno degli obiettivi è quello ritardare l'autosufficienza, rendere i servizi di facile accesso e rendere possibili alcune cure nelle proprie abitazioni. L'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari infatti ha subito conseguenti variazioni come la riduzione dei posti letto negli ospedali e un aumento dei servizi territoriali (seppur spesso poco uniforme e mal dimensionato). Le priorità del Sistema Sanitario Nazionale sono cambiate, sono entrati in gioco fattori come la dimensione affettiva e la relazione sociale dei pazienti che mettono in discussione le vecchie procedure di intervento. Per far fronte a queste nuove necessità è di fondamentale importanza implementare una Medicina di iniziativa e di prossimità che possa intervenire in tempo o prevenire l'evento acuto identificando anticipatamente i soggetti a rischio. Tale sistema tuttavia non richiede solo la partecipazione degli specialisti, ma anche della comunità. (Age.Na.S 2009)

Tra gli obiettivi fissati rimangono quelli di ridurre ulteriormente i ricoveri ospedalieri inadeguati e l'attivazione di veri e propri percorsi assistenziali. Come si evince dalla Figura 1.2 dal 2001 al 2019 grazie alla prevenzione,

| ANNO | Indice di vecchiaia (%) | Popolazione 65 anni e più (%) | Indice di dipendenza degli anziani (%) | Età media della popolazione |
|------|-------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|
| 2001 | 131,7 | 18,7 | 27,9 | 41,9 |
| 2002 | 133,5 | 19,0 | 28,4 | 42,2 |
| 2003 | 135,6 | 19,2 | 28,8 | 42,3 |
| 2004 | 138,0 | 19,5 | 29,4 | 42,5 |
| 2005 | 140,3 | 19,8 | 30,0 | 42,7 |
| 2006 | 142,1 | 20,1 | 30,5 | 42,9 |
| 2007 | 143,1 | 20,2 | 30,6 | 43,1 |
| 2008 | 143,7 | 20,2 | 30,8 | 43,2 |
| 2009 | 144,4 | 20,4 | 31,1 | 43,4 |
| 2010 | 145,2 | 20,4 | 31,2 | 43,6 |
| 2011 | 148,4 | 20,8 | 32,0 | 43,8 |
| 2012 | 151,1 | 21,1 | 32,6 | 44,0 |
| 2013 | 154,6 | 21,5 | 33,3 | 44,2 |
| 2014 | 158,3 | 21,9 | 34,0 | 44,5 |
| 2015 | 162,0 | 22,1 | 34,5 | 44,7 |
| 2016 | 165,9 | 22,4 | 35,0 | 45,0 |
| 2017 | 169,5 | 22,6 | 35,4 | 45,2 |
| 2018 | 174,0 | 22,9 | 35,8 | 45,5 |
| 2019 | 179,4 | 23,2 | 36,4 | 45,7 |
| 2020 | 183,3 | 23,4 | 36,8 | 45,9 |

Figura 1.1 _ dati ISTAT dal 2001 al 2020 su indice di vecchiaia, indice di anzianità, indice di dipendenza degli anziani ed età media della popolazione.
(fonte: dati.istat.it, 2021)

all'informazione e alla cura primaria si sono già ridotti notevolmente i ricoveri ospedalieri. Alcune casistiche, come "malattie del sistema circolatorio", "malattie del sistema nervoso e organi di senso", o "sintomi, segni e stati morbosi mai definiti" ecc. si sono ridotte più di altre. Gli ospedali rimangono di fondamentale importanza per i casi acuti, dunque trattamento delle patologie acute, casi di emergenza, ad elevata necessità di tecnologie ecc. Rimane però, comunque l'obiettivo di limitare gli accessi ad essi con l'aiuto di nuove strutture e una maggiore capillarità del sistema sanitario nazionale.

Una delle variabili più importanti con le quali viene misurata la qualità di un sistema sanitario oltre all'efficienza dell'assistenza primaria, è la

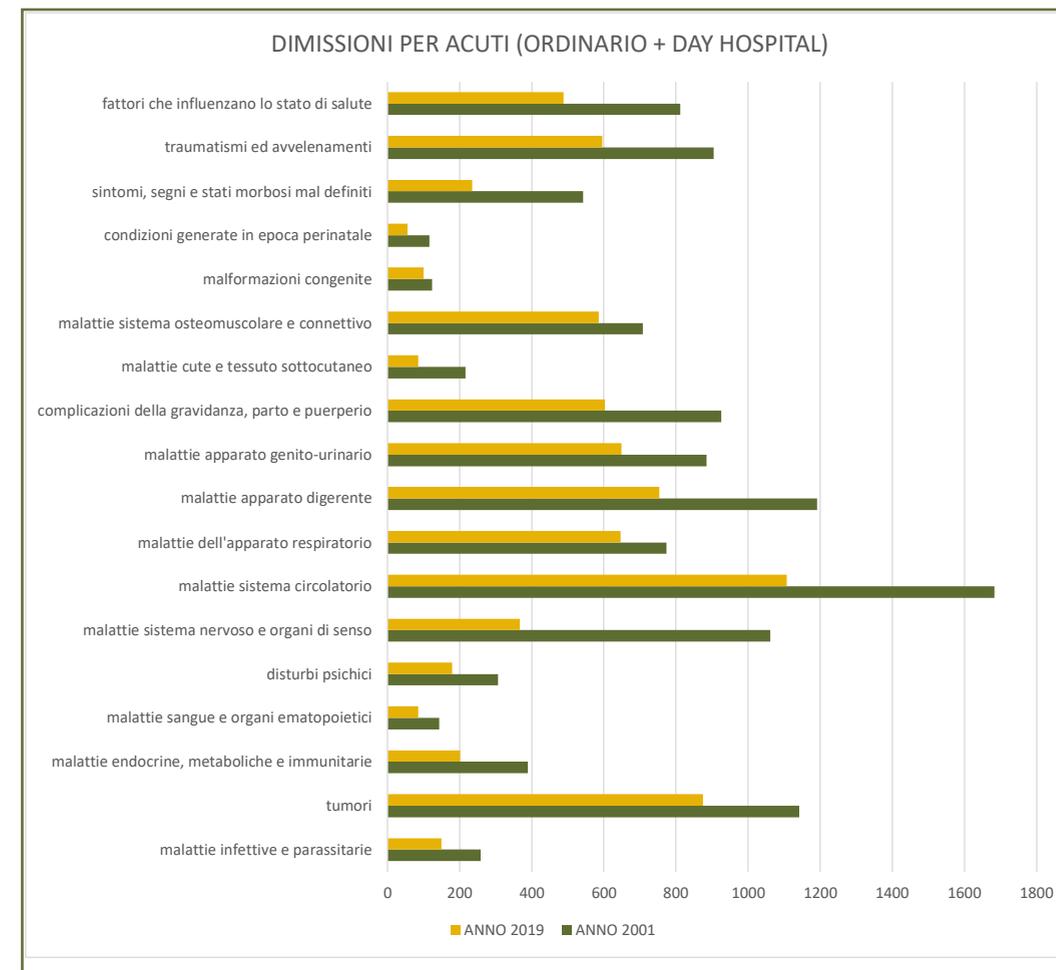


Figura 1.2 _ dati ISTAT dal 2001 al 2019 sulle dimissioni per acuti (ordinario+day hospital).

(fonte:dati.istat.it, 2021)

risposta alle situazioni di emergenza-urgenza sanitaria. (Panuccio,2013)

La pandemia da Covid19, ha messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale Italiano, che si è trovato impreparato: questo è dovuto anche al fatto che tra il 2010 e il 2019 in Italia oltre ad essere stati chiusi molti ospedali, le principali aperture di strutture decise all'assistenza primaria territoriale sono state di tipo privato.(Falla A., 2021)

A seguito della Pandemia infatti assume sempre maggiore importanza il

tema della Sanità e della sua gestione, tema ripreso anche nel programma NGEU (NextGeneration EU) dove si propongono ingenti investimenti sulla ricerca in ambito medico, la formazione professionale e la modernizzazione dei sistemi sanitari di tutti i paesi dell'UE. (EUROPA.EU, 2021).

1.2 L'assistenza sanitaria primaria in Europa e nel resto del mondo

L'European Observatory on Health Systems and Policies, che fa parte dell'OMS, ha condotto nel 2015 un'indagine che ha portato alla pubblicazione di un report sulle cure primarie in Europa analizzando 31 Paesi e prendendo in considerazione numerosi fattori che comprendono, oltre la governance e il finanziamento, anche la forza lavoro e la quantità e qualità dei servizi. Il report contiene diverse classifiche in base alle tematiche e nel complesso l'Italia viene inclusa nel gruppo di paesi con il sistema di cure primarie maggiormente esteso. Tra le più efficienti troviamo il Regno Unito.

Lo studio mette anche in evidenza la rilevanza della potenza finanziaria di un paese nel fornire un servizio di qualità, infatti sebbene l'Italia sia uno dei paesi che spende meno per la sanità ha ottenuto ottimi punteggi nel report. (Quotidianosanita,2015)

L'Italia risulta uno dei paesi con una forte governance delle "primary health care", con essa anche Paesi Bassi, Regno Unito, Danimarca, Portogallo, Spagna, Norvegia, Romania, Slovenia, Lituania ed Estonia. Tra quelli con una governance più debole troviamo la Svizzera, Cipro, Ungheria, Slovacchia, Lussemburgo, Malta, Islanda, Polonia ed Irlanda. In merito al decentramento delle competenze, argomento rilevante ai fini della tesi, l'Italia è stata citata per la sua mutazione degli ultimi decenni, ed inserita tra i paesi con il maggior decentramento, insieme alla Danimarca, Spagna, Svezia e Norvegia. Nel report viene discusso anche della pericolosità del decentramento in assenza di politiche nazionali che assicurino una distribuzione uniforme dei servizi e di conseguenza di fornitori. (Building primary care in a changing Europe, 2015)

Una delle differenze emerse tra i vari paesi è l'equipe di medici e professionisti che vengono inseriti all'interno delle Cure Primarie, infatti in circa la metà dei paesi gli specialisti di medicina interna, chirurghi, neurologi, cardiologi e otorinolaringoiatri vengono inseriti tra le figure che forniscono cure primarie. (Quotidianosanita,2015)

Nella Figura 1.3 viene mostrato uno studio elaborato dall'IPSOS in merito al grado di soddisfazione della popolazione nei confronti dei sistemi sanitari nazionali in tutto il mondo, elaborato a partire dal 2019. Solo il 31% degli Italiani si ritiene soddisfatto del Servizio Sanitario Nazionale, un altro 31% indifferente, e il restante 37% (considerando l'1% degli astenuti) invece è insoddisfatto. (IPSOS, 2021)

Tuttavia, altre statistiche mostrano esiti contrastanti sulla salute in Italia, ad esempio nella Figura 1.4 sono rappresentati alcuni dati risultati da un'analisi riportata in un report del Bloomberg del 2019 sull'indice di salute dei paesi nel mondo e l'Italia è seconda in classifica mondiale, subito dopo la Spagna. (Bloomberg, 2019)

Il motivo dei contrastanti risultati raggiunti dall'Italia non risiedono in dati errati o poco attendibili, ma da temi diversi utili a dare un giudizio complessivo sul Sistema Sanitario Nazionale: Nel primo caso, in cui si valuta la soddisfazione del sistema sanitario il giudizio della popolazione italiana è probabilmente influenzato anche dalla burocrazia e dai conseguenti lunghi tempi di attesa che in Italia possono essere molto lunghi; al contempo nella classifica del grado di salute del Bloomberg il punteggio alto dell'Italia e quello più basso degli altri paesi è influenzato probabilmente anche dalla dieta mediterranea (che riguarda anche la Spagna che si trova al primo posto) e viceversa dalla cattiva alimentazione di altri paesi. Infatti nella Classifica Bloomberg tra le variabili utilizzate per l'elaborazione del punteggio sono incluse la mortalità infantile, i decessi, l'aspettativa di vita, l'incidenza del tabacco o della scarsa copertura vaccinale sui decessi, l'obesità, l'accesso all'acqua potabile, nonché ai servizi igienici sanitari ecc..(Quotidianosanita,2019)

Un'altra analisi molto accurata è quella dell'Health Consumer Powerhouse, che nel 2018 ha elaborato una classifica, l'"Euro Health Consumer Index" (indice che rappresenta il livello di qualità della Sanità in Europa) in cui l'Italia si posiziona al ventesimo posto, mentre al primo posto troviamo la Svizzera e subito dopo Paesi Bassi, Norvegia, Danimarca e Belgio. La classifica si basa su 46 indicatori raggruppati in 6 categorie:

- Diritti del paziente e informazione
- Accessibilità
- Risultati

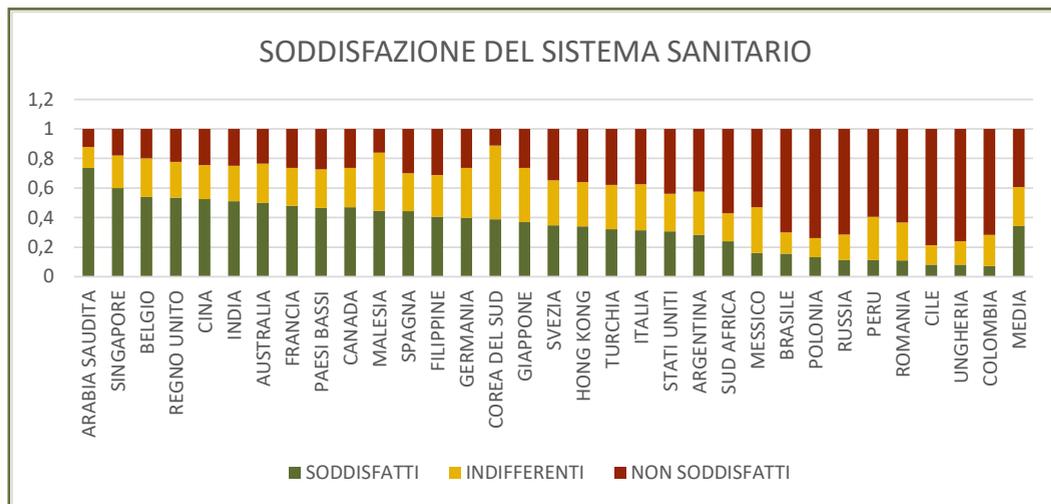


Figura 1.3_ Grado di soddisfazione del sistema sanitario nazionale nei vari paesi _2019

(fonte IPSOS, 2021)

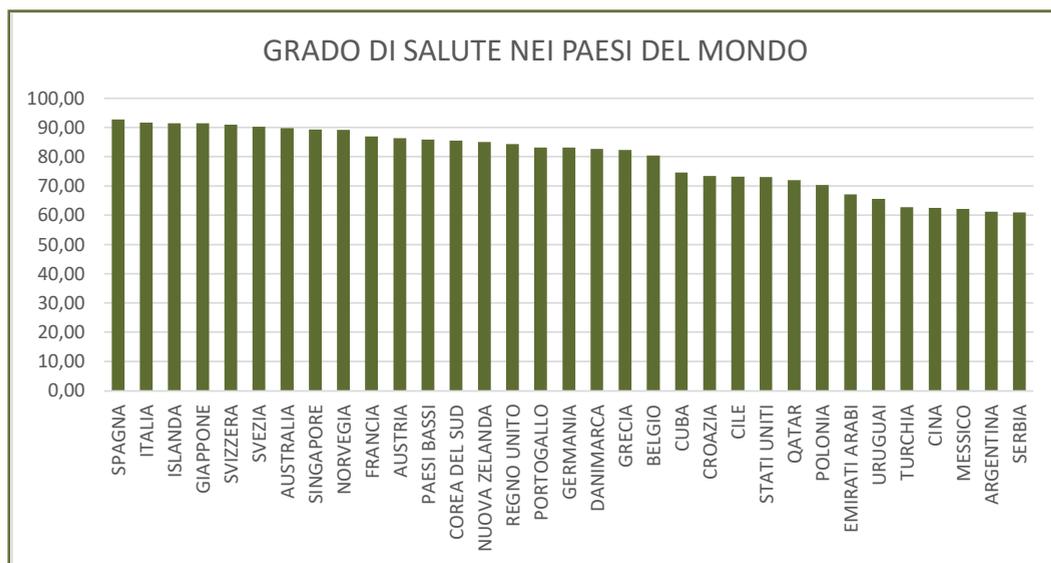


Figura 1.4 _ Classifica del grado di salute nei paesi del Mondo del Bloomberg Health Index _ 2019

*nel grafico sono stati selezionati i paesi di maggior rilevanza

(fonte Bloomberg, 2019)

- Gamma e copertura dei servizi
- Prevenzione
- Farmaci

In questa classifica l'Italia si posiziona appena sotto la Spagna, con un punteggio di 687 (contro gli 883 della Svizzera). Dalla Figura 1.5 si può notare il graduale aumento del punteggio dai paesi dell'Est e Sud Europa ai paesi del Nord Europa. (HealthConsumerPowerhouse, 2018)

Va considerato che nei vari Paesi presi in esame ci sono differenti sistemi sanitari, che influenzano in ogni caso i risultati ottenuti. I due sistemi sanitari di maggior importanza sono il sistema Beveridge e il Bismarck:

- Il modello Bismarck (o sistema di assicurazione sanitaria e sociale) si basa sul principio assicurativo che offre la copertura sanitaria alla famiglia in base ai contributi versati dal lavoratore, dunque l'intero sistema sanitario viene finanziato dai contributi versati obbligatoriamente dai datori di lavoro e dai dipendenti. Paesi in cui è presente il modello Bismarck sono la Germania, Austria, Francia, Olanda, Norvegia e Belgio;
- Il modello Beveridge (o sistema universalistico) adottato ad esempio in Italia e fino ad alcuni anni fa nel Regno Unito (luogo della nascita di questo modello), offre invece una copertura universale a tutti i cittadini, a sostegno del diritto sociale di assicurare un buono stato di salute a tutta la popolazione. Altri paesi in cui è presente il modello Beveridge sono la Spagna, Finlandia, Danimarca e Svezia.

Da questo confronto emerge subito un fattore che spesso viene trascurato o dato per scontato quando si valuta il servizio sanitario, ovvero la salute vista come diritto umano e non un privilegio per pochi.

Tra i modelli di assistenza primaria in questo studio sono stati presi in considerazione a titolo esemplificativo quello del Regno Unito, di cui vedremo alcuni esempi pratici di strutture nel capitolo II, e quello Statunitense. (Fatebenefratelli, 2019)

Nel Regno Unito il sistema sanitario National Health Service (NHS) che ha origini nel 1946, dopo il Rapporto Beveridge (scritto dall'economista William Beveridge) del 1942, nasce con l'intenzione di garantire alla popolazione residente, a prescindere dalla posizione geografica, l'assistenza

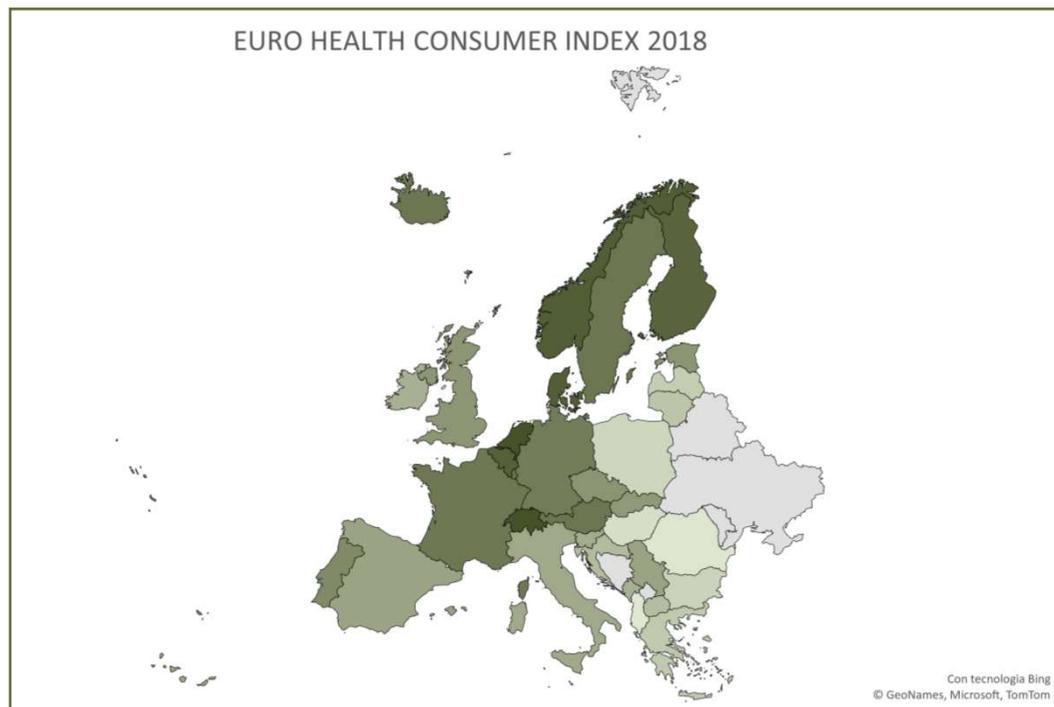


Figura 1.5 _ Mappa schematica dei risultati dell'Euro Health Consumer Index _2018

(fonte: Health Consumer Powerhouse, 2018)

primaria, i servizi specialistici e l'assistenza ospedaliera. Nel 2013 tuttavia il governo ha approvato una riforma che privatizza l'NHS, questa scelta ha fatto molto discutere e secondo alcuni studi ha provocato danni al modello sanitario del Regno Unito da sempre visto come un esempio.

La riforma ha fatto sì che il sistema pubblico diventasse interamente privato, ma finanziato dallo Stato:

Prima il Primary Care Trust (ovvero l'ente equivalente all'ASL italiana) riceveva i fondi con cui pagare le spese delle attività, le aziende ospedaliere e i committenti. La qualità del servizio era controllata poi dalle "Strategical Care Authorities"; Oggi invece al posto dei Primary Care Trust ci sono i "General Practitioner" (o GP), ovvero medici di famiglia raggruppati in consorzi ("Clinical Commissioning Group", o CCG) che ottengono finanziamenti da spendere nel proprio territorio in servizi sanitari privati a favore dei cittadini.

Attualmente quindi l'NHS è finanziato dallo Stato ma l'offerta e produzione dei servizi è privata. Il GP è una figura che può essere scelta dal paziente da un elenco fornito dall'NHS in base alla posizione geografica e che si occupa della presa in carico e la gestione di tutto il percorso sanitario del paziente. Uno dei problemi principali riscontrati nella privatizzazione è la difficoltà nel monitorare la qualità del servizio a livello nazionale, per cui si hanno informazioni frammentate ed eterogenee e questo va a gravare sull'esperienza globale della comunità. (LOZITO,2016)

Negli Stati Uniti invece il sistema sanitario è completamente basato sul settore privato, sia nel finanziamento che nell'offerta e produzione di servizi. Un evento importante per la sanità degli USA è la riforma "Affordable Care Act" apportata da Barack Obama nel 2010 (che mirava alla sanità pubblica): mentre prima gli unici che potevano accedere alla sanità pubblica erano gli over65, e le persone con un reddito molto basso (che cambia da stato a stato), a seguito della riforma il servizio sanitario pubblico è accessibile anche al ceto medio-basso, ma i fondi destinati a questa categoria vengono comunque finanziati dagli altri contribuenti. Di buono c'è che la maggiore accessibilità al servizio sanitario ha reso possibile un aumento degli screening periodici (grazie anche a campagne di prevenzione) e di conseguenza evitare/ritardare problemi di salute ad una buona fetta di popolazione. Questo fenomeno inoltre ha permesso a distanza di qualche anno di risparmiare miliardi di dollari, e la intenzione attuale degli USA è quella di avvicinarsi sempre di più ai modelli Europei. (Rossi,2021)

_1.3 La Casa della Salute

Secondo il Ministero della Salute: *"La Casa della Salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale."* (Legge 296/2006 - Art. 1, comma 806)

La Casa della Salute è un modello assistenziale-organizzativo che si occupa di raccogliere e gestire alcuni servizi di tipo sanitario per il cittadino. Questa iniziativa va a vantaggio sia dell'utente finale (il cittadino) sia dell'ente erogatore (tutto il sistema sanitario nazionale). Migliorando l'efficienza del sistema sanitario si può infatti garantire un'assistenza equa su tutto il territorio nazionale e si può ridurre il carico puntuale sugli ospedali e il pronto soccorso attraverso l'assistenza primaria o i cosiddetti "codice bianco". Si deve quindi anche garantire un'assistenza 24 ore su 24, 7 giorni su 7. La Casa della Salute nasce per migliorare il sistema sanitario infittendo la rete assistenziale e integrando la collaborazione tra medici di base e gli ospedali tramite la condivisione del lavoro tra medici e specialisti. Accanto a queste necessità di primaria importanza si pongono altre tipologie di assistenza strettamente collegate, come la gestione delle patologie croniche, la pianificazione e gestione dell'assistenza domiciliare, nonché assistenza e orientamento ai servizi previsti dal sistema. (Tobruk 2020).

1.3.1 L'introduzione della casa della salute e normativa

Attualmente non è prevista una normativa nazionale effettiva che regoli la progettazione e la gestione di questi presidi, tuttavia dalla proposta del ministro della salute Livia Turco nel 2006 il criterio di gestione si limita ad essere regionale, per cui la situazione attuale in Italia sotto il punto di vista delle Case della Salute è estremamente eterogenea.

Il documento legislativo di maggior rilevanza in quest'ambito è la Legge 296/2006 – Art.1, comma 806, nella quale è stato previsto un finanziamento di 65,5 milioni di € alle regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per progetti in 4 ambiti: sperimentazione del modello assistenziale della casa della salute (10 milioni), iniziative per la salute della donna e a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato (10 milioni), malattie rare (30 milioni), implementazione della rete unità spinali unipolari (10,5 milioni). In merito alla sperimentazione del modello assistenziale "casa della salute" vengono descritte delle linee guida per accedere ai fondi, consistenti in 10 punti:

- all'interno della struttura devono essere presenti i MMG e garantire un'assistenza 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana lavorando in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e medici di emergenza territoriale (MET). Coloro che per vari motivi non possono lavorare all'interno delle case della salute dovranno comunque essere collegati con essa tramite un sistema a rete che consente di gestire tutti i dati clinici dei pazienti;
- all'interno delle Case della Salute devono essere presenti gli ambulatori della specialistica ambulatoriale, devono dunque essere attive le branche cliniche principali, i servizi di diagnostica di laboratorio, radiologia ed ecografia di base;
- rappresentanza adeguata del personale relativo alle professioni sanitarie, e il personale amministrativo deve essere presente nelle strutture per svolgere funzioni di supporto per tutte le attività di propria competenza;
- all'interno delle Case della Salute deve essere presente l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per piccoli interventi che non necessitano del pronto soccorso ospedaliero. Questi dovranno comunque operare in collaborazione con i MMG;
- per favorire l'integrazione tra le attività sanitarie e quelle socio-assistenziali è necessaria la presenza dello Sportello Unico di Accesso alle prestazioni, attraverso il quale si ha la presa in carico del paziente con l'accesso alle informazioni necessarie;
- in aggiunta allo Sportello Unico di Accesso si prevede anche il Centro Unico di prenotazioni (CUP);
- per favorire l'integrazione tra cura, prevenzione e riabilitazione (con particolare riguardo alle persone affette da patologie croniche) all'interno della casa della salute deve trovare collocazione il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), un servizio multiprofessionale che rende possibile l'ospedalizzazione a domicilio e l'umanizzazione delle cure, nonché la formazione per i pazienti con patologie croniche e le relative famiglie;
- i cittadini e le associazioni per i pazienti trovano all'interno della casa della salute il luogo dove contribuire alla program-

mazione dei servizi e delle attività, e alla valutazione dell'efficienza del presidio, in termini di salute e benessere percepito;

- deve essere previsto l'utilizzo della telemedicina e il teleconsulto a distanza, tramite una piattaforma tecnologica che permetta in tempo reale il collegamento tra la casa della salute e gli ospedali di riferimento per la diagnostica di secondo livello.

(L.296/2006;Polillo,2013)

_1.3.2 Obiettivi

Tra gli obiettivi della Casa della Salute possiamo individuare quello di garantire la continuità assistenziale per 24h 7 giorni alla settimana, dunque stabilire un unico punto di accesso ai cittadini. Altro punto è quello di organizzare e coordinare le soluzioni e le risposte da dare ai pazienti, e migliorare l'integrazione tra Medici di medicina generale e ospedali utilizzando software per facilitare il confronto e condividere il lavoro tra specialisti e MMG. A tal proposito vi è anche la necessità migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale, e quella di elaborare programmi di prevenzione rivolti alla comunità, dal singolo paziente a target specifici di popolazione oltre che incentivare e valorizzare la partecipazione della comunità. Altro obiettivo è quello di offrire formazione costante agli operatori sanitari. (CNETO,2016)

_1.3.3 Figure coinvolte

Le attività che dovranno essere presenti coinvolgeranno il personale delle professioni socio sanitarie (medici di continuità assistenziale, medici di medicina generale [MMG], pediatri di libera scelta, medici specialisti come oculisti, psichiatri, ginecologi ecc., infermieri, assistenti sociali e personale tecnico) e altro personale, tra cui il personale amministrativo e quello di supporto. (L296/2006)

_1.3.4 Struttura organizzativa

L'organizzazione della Casa della Salute è articolata in settori, o macroaree, così da raggruppare le funzioni omogenee e ottimizzare i flussi.

Il CNETO (Centro Nazionale per l'Edilizia e la Tecnica Ospedaliera) ha identificato due tipologie di strutture in base alle funzioni e i servizi ero-

| SETTORE | UNITÀ SPAZIALI configurazione a bassa complessità | UNITÀ SPAZIALI configurazione ad alta complessità |
|------------------|---|---|
| AMMINISTRATIVO | Centro unificato prenotazione Pagamento ticket | Centro unificato prenotazione Pagamento ticket Direzione |
| SANITARIO | Punto primo intervento Infermeria Spazi per medici di medicina generale Spazi per pediatri di libera scelta Centro prelievi | Punto primo intervento Infermeria Spazi per medici di medicina generale Spazi per pediatri di libera scelta Centro prelievi Guardia medica Spazi per medici specialisti Diagnostica strumentale Centro di riabilitazione Day hospital Ospedale di comunità e dimissioni Centro diurno per disabili |
| SOCIO-SANITARIO | Sportello unificato socio-sanitario Servizi socio-sanitari | Sportello unificato socio-sanitario Servizi socio-sanitari Consultorio familiare Consultorio pediatrico |
| SERVIZI GENERALI | Servizi di supporto Servizi igienici | Servizi di supporto Servizi igienici Farmacia Spazi per associazioni Area ristoro |

Figura 1.6_ Centri Socio-Sanitari Territoriali _2016

(fonte:CNETO,2016)

gati dalle Case della Salute: a bassa e alta complessità.

Nel primo caso, dove le funzioni si limitano ai servizi di assistenza primaria (Figura 1.6) si tratta di edifici di dimensioni di circa 700m2, nel secondo caso invece si arriva a circa 3500m2 e sono presenti anche i servizi di specialistica. (CNETO,2016)

1.4 Analisi preliminari

La scelta della tipologia di Casa della Salute da inserire è in buona parte influenzata dall'eventuale grandezza del luogo in cui si inserisce: in un piccolo comune o quartiere di una città può essere opportuno realizzare una struttura a bassa complessità, mentre in un comune con 20-30.000 abitanti se ne può prevedere una ad alta complessità. Si tiene comunque conto dell'integrazione delle varie strutture, ad esempio per i servizi specialistici un edificio ad alta complessità può essere di riferimento per altri a bassa complessità. È importante dunque organizzare i servizi secondo la dimensione del Nucleo e proporzionarli in relazione agli utenti di riferimento.

Altro fattore da considerare è la pre-esistenza di determinati servizi e la loro localizzazione, che influenza non solo la grandezza della Casa della Salute, ma anche la sua posizione (considerando che lo scopo di questo tipo di presidio è proprio quello di accorpate il più possibile i servizi sanitari in un unico luogo). Ciò che però rimane invariato in entrambi i casi è l'erogazione dei servizi di assistenza primaria. Il bacino d'utenza minimo stimato dal CNETO è di circa 15.000 persone.

In merito alla sostenibilità degli interventi una buona pratica (oltre ad essere una delle linee guida dettate dal Ministero della Salute con la Legge 296/2006 - Art. 1, comma 806) è quella di riutilizzare edifici esistenti piuttosto che costruirne di nuovi, tuttavia spesso questo aspetto può essere vincolante perché non tutti gli edifici sono abbastanza flessibili e predisposti ad accogliere funzioni specifiche come quelle in ambito sanitario, dunque si riscontrano molte difficoltà nella progettazione: sulle prestazioni strutturali, tecnologiche ambientali e organizzative (es. flussi e dimensioni degli ambienti).

Inoltre spesso gli interventi di adattamento risultano svantaggiosi dal punto di vista economico (es. adattamenti strutturali o edifici storici e artistici). Altri vincoli possono essere quelli urbanistici, le ridotte dimensioni dell'area, l'accessibilità e la localizzazione.

Le analisi da effettuare possono essere divise in due scale differenti, quella territoriale e quella locale:

Scala territoriale

- Rete ospedaliera esistente e in programma;
- Rete dei servizi sanitari complementari esistenti e in programma;
- Bacino di utenza attuale / potenziale;
- Sistema delle infrastrutture esistenti e in programma;
- Sistema ambientale.

Scala locale

- Conformazione oro-geografica, caratteristiche e dimensioni dell'area di progetto;
- Posizione rispetto ai flussi e al bacino di utenza;
- Accessibilità relativa alle infrastrutture viarie principali e il trasporto pubblico;
- Localizzazione e caratteristiche dei servizi sanitari e socio-assistenziali già presenti.

(CNETO, 2016)

Per quanto riguarda le funzioni interne va elaborata anche un'analisi degli utenti, e delle loro attività, considerando che si tratta quasi sempre di pazienti con caratteristiche ed esigenze eterogenee. Oltre alle variabili intrinseche dei pazienti, come età, disabilità ed etnia va identificata anche la tipologia di assistenza di cui hanno bisogno gli utenti:

- assistenza temporanea, ad esempio utenti in transito;
- continuità assistenziale per cui una vera e propria presa in carico del paziente;
- primo intervento che necessita di una continuità nell'arco di 24 ore;
- accertamenti periodici;
- pratiche burocratiche;
- assistenza periodica per stato di salute compromesso da malattia.

È importante inoltre fare considerazioni a lungo termine, si prevede che nel 2040 più di un terzo della popolazione sarà over 65, e che le malattie degenerative e/o croniche sono sempre più frequenti e rappresenteranno l'80% delle malattie in Italia (Figura 1.7). Queste malattie prevedono trattamenti complessi, che coinvolgono anche i familiari, stabiliscono dei rapporti tra medici e pazienti e percorsi precisi sull'educazione al trattamento della malattia nonché percorsi psicologici necessari per affrontare le cure. (Aress,2010)



Figura 1.7_ Persone con almeno una malattia cronica in Italia dal 2009 al 2020

(fonte: ISTAT, 2021)

_1.5 Progettazione e best practice

In edifici di questo tipo sono da considerare (oltre ai soliti aspetti legati ai luoghi pubblici) molteplici fattori legati agli ambienti e alla fruibilità degli utenti.

Ad esempio i pazienti in età pediatrica rientrano in una categoria che ha bisogni particolari sia dal punto di vista psicologico (arredi e spazi adeguati che li mettano al loro agio) che dal punto di vista fisico (sicurezza e salubrità). È necessario, dunque, prevedere una zona circoscritta con relativa sala d'attesa e servizi aggiuntivi (spazi per allattamento, servizi igienici) riservati a questa categoria. Per garantire il massimo livello di efficienza dell'edificio è opportuno concentrarsi sugli aspetti distributivi, che devono tenere in considerazione numerosi fattori: accessibilità (assenza di barriere architettoniche, soluzioni per ipovedenti ecc.), facilità di orientamento, raggruppamento delle funzioni per omogeneità o relazioni reciproche (es. reparto pediatrico, funzioni che hanno orari prolungati ecc.), orari di esercizio, tipologia di utenti, rispetto della privacy. (Ares, 2010)

Di fondamentale importanza è elaborare un quadro esigenziale per la progettazione (**Figura 1.8**). (CNETO, 2016)

Come descritto nei paragrafi precedenti, la dimensione può variare da 700 m² per le strutture di bassa complessità fino a 3500 m² per le strutture di alta complessità. Questi valori nascono da una serie di simulazioni progettuali e analisi effettuate su quelle strutture di nuova costruzione ideate con impianti planimetrici razionali e spazi standardizzati. Tuttavia un buon dimensionamento della Casa della Salute tiene conto dalle

analisi delle attività da insediare e la loro organizzazione, pertanto la sua progettazione cambierà in base agli esiti di queste ultime.

Questi riferimenti, tuttavia, saranno mal dimensionati nel momento in cui si interviene su edifici esistenti, poiché per vari vincoli (principalmente strutturali) ci saranno spazi eterogenei e uno sfruttamento della superficie meno efficiente. Va considerato quindi che la Casa della Salute a bassa complessità può adattarsi più facilmente a strutture già esistenti. In riferimento alla Figura 1.8, il modello ideale di struttura prevede il 50% della superficie occupato dall'area sanitaria (55% per quelle ad alta com-

| ESIGENZE | REQUISITI | ESIGENZE | REQUISITI |
|---|--|-------------------------------------|--|
| FRUIBILITÀ A SCALA DI COMPLESSO INSEDIATIVO | Livello adeguato di integrazione paesistica con il contesto | COMFORT PSICO SENSORIALE | Impatto emotivo percettivo coerente |
| | Accessibilità agevole | | Condizioni spaziali di privacy o socialità |
| | Facilità di individuazione dell'ingresso all'esterno della struttura | | Riduzione dello stato d'ansia e dello stress |
| FRUIBILITÀ A SCALA DI ORGANISMO EDILIZIO | Facilità di orientamento all'interno della struttura | | Introduzione di relazioni con la natura |
| | Leggibilità delle funzioni | | Stimolazione delle reazioni sensoriali |
| | Accessibilità anche per le persone con abilità fisiche ridotte o compromesse | SICUREZZA | Protezione dai danni alla salute |
| Flessibilità | Protezione dalla diffusione delle infezioni | | |
| Attrezzabilità | Protezione dagli urti | | |
| COMFORT TERMOIGROMETRICO | Uso dell'isolamento termico | | Protezione dagli incendi |
| | Uso dell'inerzia termica | | Protezione dalle intrusioni |
| | Permeabilità all'aria delle superfici finestrate | Resistenza strutturale | |
| | Tenuta all'acqua delle superfici finestrate e dell'involucro | INFORMAZIONE COMUNICAZIONE | Previsione di un sistema di accoglienza |
| | Utilizzo della ventilazione naturale | | Presenza del servizio di mediazione culturale |
| Controllo dei fenomeni dovuti alla condensa | Riconoscibilità delle categorie di personale | | |
| COMFORT VISIVO | Adeguate illuminazione naturale e artificiale | GESTIONE | Manutenibilità |
| | Visibilità all'esterno | | Costi noti |
| | Assenza di fenomeni di disturbo visivo (abbagliamento...) | ECOCOMPATIBILITÀ A' | Uso passivo di fonti rinnovabili di energia (raffrescamento, riscaldamento e illuminazione naturale) |
| COMFORT ACUSTICO | Isolamento acustico degli spazi interni | | Riduzione del consumo di acqua potabile |
| | Protezione degli spazi interni da fonti di disturbo acustico | | Utilizzo di materiali e di elementi a basso carico ambientale |
| | Controllo delle fonti di suono e di rumore | Gestione ecocompatibile dei rifiuti | |

Figura 1.8 _ Quadro esigenziale per la progettazione _2016

(fonte: CNETO, 2016)

plexità), il 10% dall'area amministrativa, il 30% dai servizi socio-sanitari (25% per quelle ad alta complessità) e il restante 10% dai servizi generali. Per una buona gestione degli spazi si può prevedere di avere un unico ingresso centrale (riconoscibile), compattare gli spazi e ottimizzare i percorsi tenendo vicine le aree funzionali che necessitano la prossimità. Il corridoio rappresenta l'elemento portante dei flussi, per cui deve essere posizionato in maniera accurata. (CNETO,2016)

_1.6 Le Case della Salute in Italia

Dall'ultimo report della Camera dei Deputati del 01/03/2021 si rileva che a 14 anni dalla proposta del progetto della Casa della Salute 8 regioni ne sono prive (Figura 1.9).

Il report mette in evidenza anche l'interpretazione confusa dell'utilità di questi presidi, soprattutto in questo periodo di emergenza nazionale.

A dimostrazione della scarsa cooperazione stato/regione vi è la varietà di nomenclature associate a quella che è la "casa della salute" che viene chiamata in questo modo solo in Emilia-Romagna e Toscana, poi Centro di Assistenza Primaria (CAP) in Piemonte, centro di assistenza primaria territoriale (CAPT) in Calabria, Unità territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) in Veneto, Presidio territoriale di Assistenza (PTA) in Abruzzo e Sicilia. Per cui le politiche di intervento variano da Regione a Regione.

Secondo una ricerca avviata dal Consorzio Per La Ricerca Economica Applicata In Sanità (Crea Sanità) nel 2020, il bacino di utenza medio delle Case della Salute è compreso tra le 10.000 e 50.000 unità, ad esclusione dell'Abruzzo e Molise che sono al di sotto dei 10.000 e del Lazio che supera i 50.000.

Uno dei limiti che continuano a persistere anche nelle regioni che si sono impegnate a realizzare questo progetto è l'orario di apertura, le Case della Salute nascono per fornire assistenza per 24h al giorno ma solo nelle Marche prevale questa formula: a livello nazionale l'orario di apertura più diffuso è quello "spezzato" e risulta che il 41% delle strutture è attivo per 6 giorni a settimana, il 36% per 5 giorni a settimana e solo il restante 22% offre un'assistenza 7 su 7 (principalmente adottata in Basilicata e Calabria). (Fassari,2021)

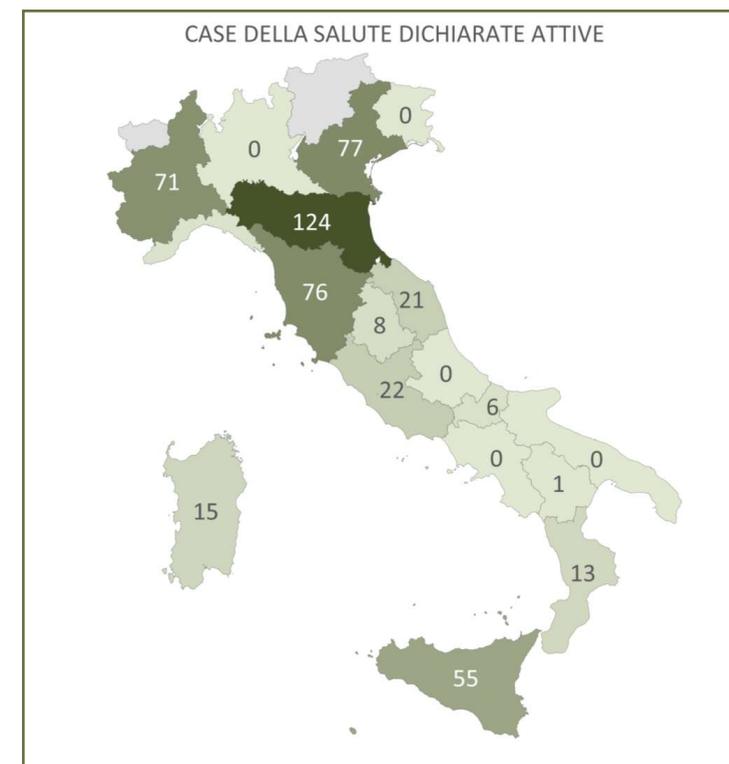


Figura 1.9_Le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità dichiarati attivi nel 2020

(Fonte:Camera dei Deputati, 2021)

_1.7 Le Case della Salute in Piemonte

Attualmente in Piemonte sono state dichiarate attive 71 Case della Salute, o Centri di Assistenza Primaria (CAP). Le strutture in questione possono essere catalogate in due livelli.

Il CAP di I livello, ovvero una struttura autonoma che si occupa delle funzioni di base (cure primarie, presa in carico dei pazienti e gestione delle cure e assistenza) con l'integrazione di assistenza diagnostica e specialistica. I CAP di II livello possono essere considerati come un'integrazione a quelli di I livello e ai servizi di Pronto Soccorso (dunque a sostegno degli ospedali con la gestione dei codici bianchi e verdi).

Con le 71 strutture attive si copre il 40% della popolazione piemontese, di questi solo 11 lavorano ad orario continuato h24 e 16 invece per 12 ore al giorno. Come evidenziato in alcuni report in Piemonte molte struttu-

re non prevedono la presenza dei medici di medicina generale, infatti questi ultimi sono presenti solo in 51 strutture (72%); solo in 30 strutture sono presenti i pediatri di libera scelta (42%). In 34 di esse sono attive le prestazioni del 118 e in 31 hanno la strumentazione per il collegamento con gli Ospedali (IRES 2021).

1.8 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

A seguito della pandemia di Covid-19, che ha indebolito l'economia di tutti i Paesi Europei, l'Unione Europea ha elaborato il programma NGEU (Next Generation EU), che mira ad accelerare la transizione digitale ed ecologica, a migliorare la formazione dei lavoratori, garantire una maggiore equità di genere territoriale e generazionale. Per accedere ai fondi del NGEU l'Italia ha dovuto redigere un PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) che regola la gestione degli investimenti. Il Next Generation EU destina il 90% dei fondi al Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF), i cui fondi stanziati corrispondono a 672,5 Miliardi di € (di cui 360 sono prestiti a tassi agevolati), il restante 10% viene diviso tra REACT-EU, Sviluppo Rurale, Fondo per la Transizione Giusta (JTF), InvestEU, RescEU e Horizon Europe (la cui somma è di 77,5 Miliardi di €). L'RRF impone sei aree di intervento sulle quali il PNRR deve focalizzarsi:

- transizione verde;
- trasformazione digitale;
- crescita Intelligente, sostenibile e inclusiva;
- coesione sociale e territoriale;
- salute e resilienza economica, sociale e istituzionale;
- politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

La Transizione Verde (che discende dallo European Green Deal e dall'obiettivo dell'UE di raggiungere la neutralità climatica entro il 2050) prevede che il minimo della spesa per gli investimenti in ambito climatico sia del 37% dei fondi. La Salute e Resilienza economica, sociale e istitu-

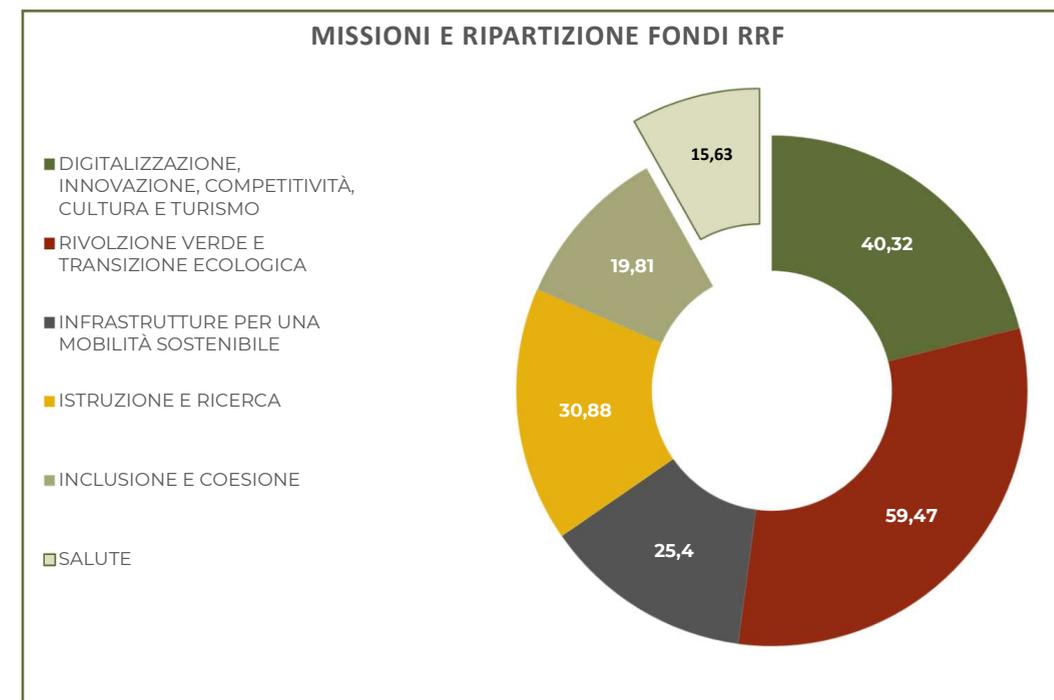


Figura 1.10_Missioni e Ripartizione dei Fondi RRF _2021

(Fonte:PNRR,2021)

zionale invece punta a rafforzare le catene di approvvigionamento e le infrastrutture industriali e sanitarie, vista la scarsa preparazione dimostrata con la pandemia da Covid-19.

Il PNRR italiano si divide in 16 componenti, raccolti in 6 missioni, che rimangono in linea con le linee guida del regolamento RRF, con alcuni accorgimenti (Figura 1.10)

La missione Salute prevede lo stanziamento di 15,63 Miliardi di € derivanti dal PNRR, che sommati ad altri fondi quali il ReactEU e il fondo complementare arrivano ad un totale di 20,23 miliardi di € da investire in due macro-ambiti (Figura 1.11):

- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

In particolare l'investimento prevede di attivare 1'288 Case della Comunità entro la metà del 2026, con la possibilità di utilizzare sia strutture

| RIPARTIZIONE FONDI PREVISTI NEL PNRR | | | |
|--|---|--|------|
| Macro-ambiti | Ambiti di intervento/misure | Miliardi di € | |
| Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'Assistenza Sanitaria Territoriale (7Miliardi di € per il PNRR) | Case della Comunità e presa in carico della persona | 2,00 | |
| | Casa come primo luogo di cura e telemedicina | 4,00 | |
| | Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità) | 1,00 | |
| | | 7,00 | |
| Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale | Aggiornamento tecnologico e digitale | Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero | 4,05 |
| | | Verso un ospedale sicuro e sostenibile | 1,64 |
| | | Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione | 1,67 |
| | Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico | Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN | 0,52 |
| | | Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario | 0,74 |
| | | 8,63 | |

Figura 1.11_Ripartizione fondi RRF (missione salute)_ 2021

(Fonte:PNRR, 2021)

esistenti che nuove. Il Ministero della Salute sarà responsabile dell'implementazione e il coinvolgimento delle amm. Regionali e gli altri enti interessati, e dovrà definire uno strumento di programmazione negoziata entro il primo trimestre del 2022. (PNRR,2021)

_1.9 La salute nel PNRR

Sulla base del PNRR, un nuovo documento di fondamentale importanza sul tema dell'assistenza primaria è quello dei "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale" elaborato e proposto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e dal Ministero, pubblicato a metà del 2021 che propone soluzioni sullo sviluppo e la ge-

stione di un nuovo modello: la Casa della Comunità. Con quest'ultima si prevede che i professionisti prendano in carico ogni tipo di bisogno che una persona può avere, coinvolgendo tutte le risorse del territorio affinché queste case possano essere effettivamente viste come "Case della Comunità". (Notari, 2021)

Nel documento la possibile gestione del territorio viene descritta anche a scala distrettuale. Il Distretto è definito come un'articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL sul territorio, e l'articolazione di quest'ultima è disciplinata dalla normativa vigente che prevede di garantire un distretto ad una popolazione minima di 60 mila abitanti, salvo diverse disposizioni regionali (es. particolari caratteristiche geomorfologiche di un territorio e bassa densità abitativa).

La proposta infatti pone come perno del sistema sanitario assistenziale il distretto sanitario, che avrà come bacino di utenza 100'000 abitanti, e sarà il punto di riferimento per l'accesso a tutti quanti i servizi dell'ASL. Il modello presentato tiene comunque conto delle proposte fatte nel 2007 con il Patto della Salute, per cui rimangono saldi i principi dell'assistenza primaria. Nel documento vengono proposti numeri effettivi sul personale necessario in base ad un numero specifico di abitanti, ed un sistema Hub & Spoke che permetta di rendere efficiente in modo capillare il sistema senza il rischio di sovraccarico. (AGENAS, 2021)

_1.9.1 Le funzioni e gli standard organizzativi

- un distretto ogni 100'000 abitanti circa ;
- 1 Casa della Comunità "hub" per ogni Distretto e un minimo di 3 Case della Comunità "spoke" (in aree metropolitane ogni 30/35 mila abitanti, nelle aree urbane o sub-urbane ogni 20/25 mila abitanti, mentre nelle aree interne o rurali ogni 10/15 mila abitanti);
- le aggregazioni della MMG e PLS , ovvero le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) e medicine di gruppo integrate dovranno avere sede fissa all'interno delle Case della Comunità o quantomeno essere collegate ad essa funzionalmente sottoforma di strutture "spoke" per i piccoli comuni o aree disagiate.
- 1 infermiere di Comunità per ogni 2-2,5 mila abitanti, comun-

que pertinenti alle Case di Comunità.

- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale ogni 100 mila abitanti
- 2 Ospedali di Comunità (20 p. l. ogni 50mila abitanti)
- 1 Hospice fino a 10 p.l. integrato nella rete aziendale delle cure palliative
- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100mila abitanti).

Al distretto vengono affidati molteplici compiti:

- programma i servizi che devono essere erogati dopo aver valutato i bisogni dell'utenza e le risorse disponibili;
- collabora con la direzione generale dell'ASL nel prendere le decisioni sul servizio da garantire, in ambito logistico e in merito alle modalità di accesso al servizio stesso;
- deve erogare direttamente e indirettamente i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, oltre a garantire l'accesso ai servizi e il trattamento equo degli utenti. Dunque deve monitorare continuamente la qualità dei servizi che comprendono la continuità assistenziale, l'approccio multidisciplinare (sia in ambito ambulatoriale sia a domicilio) tra tutte le figure professionali coinvolte nel sistema sanitario distrettuale e ospedaliero. Dovrà inoltre garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale caratterizzate da elevata e specifica integrazione.

Il documento dunque propone una gerarchia che permette una efficiente gestione dei servizi e monitoraggio della qualità di questi ultimi. Un distretto può comprendere la gestione di abitanti residenti in più comuni e l'azione programmatica da coniugare in ambito sanitario necessita una Cooperazione con i comuni di riferimento. Il distretto dunque può anche influenzare la gestione del territorio (esempio il piano di zona (PdZ), il programma delle attività territoriali (PAT).

Secondo l'AGENAS la Casa della Comunità è il luogo fisico facilmente riconoscibile, accogliente, dove cittadino può approcciare ed entrare facilmente a contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Casa della Comunità promuove un modello di intervento multidiscipli-

nare e integrato dove non avviene solo l'erogazione degli interventi sanitari ma anche l'integrazione sociale e la progettazione degli interventi stessi. Come già descritto dal patto della Salute per la CdS, l'attività della Casa della Comunità deve essere organizzata per permettere una cooperazione tra i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali interni e tutti i professionisti coinvolti. La novità del documento del agenas sta nella definizione più dettagliata dei servizi da erogare (anche attraverso la telemedicina) e delle figure coinvolte con delle limitazioni sulle CdC spoke (Figura 1.12):

- Equipe multiprofessionali, che comprendono i SAI (Specialisti Ambulatoriali Interni) e dipendenti, infermieri, MMG, PLS e le altre figure sanitarie e socio-sanitarie;
- Presenza medica h24 7/7g eventualmente con il supplemento della continuità assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 7/7g;
- Programmi di screening;
- Punto Prelievi;
- PUA (Punto unico di Accesso) sanitario e sociale;
- Servizi diagnostici per il monitoraggio della cronicità eventualmente anche con l'aiuto della telemedicina (telerefertazione);
- Servizi infermieristici per la promozione della salute pubblica e prevenzione collettiva con il supporto anche dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), ma anche per la continuità assistenziale sanitaria per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Servizi ambulatoriali specialistici, per tutte quelle patologie ad elevata prevalenza (es. diabetologo, cardiologo, pneumologo ecc.);
- Sistema di prenotazione integrato e collegato al CUP aziendale;
- Relazione tra CdC "hub" con le strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture esterne come l'ospedale di comunità);

| SERVIZI | MODELLO ORGANIZZATIVO | |
|---|-------------------------|---------------------------|
| | Casa della Comunità hub | Casa della Comunità spoke |
| Servizi di cure primarie erogati attraverso èquipe multidisciplinari (SAI, MMG, PLS, IFeC ecc.) | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Punto Unico di Accesso | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Servizio di assistenza domiciliare di livello base | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Servizi infermieristici | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Programmi di screening | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione | OBBLIGATORIO | OBBLIGATORIO |
| Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento | / | OBBLIGATORIO |
| Presenza medica | OBBLIG. h24, 7/7 gg | OBBLIG. h12, 6/7 gg |
| Presenza infermieristica | OBBLIG. h12, 7/7 gg | OBBLIG. h12, 6/7 gg |
| Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità) | OBBLIGATORIO | FACOLTATIVO |
| Continuità Assistenziale | OBBLIGATORIO | FACOLTATIVO |
| Punto prelievi | OBBLIGATORIO | FACOLTATIVO |
| Servizi Sociali | RACCOMANDATO | RACCOMANDATO |
| Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza | RACCOMANDATO | RACCOMANDATO |
| Attività Consultoriali | RACCOMANDATO | RACCOMANDATO |
| Vaccinazioni | RACCOMANDATO | RACCOMANDATO |

Figura 1.12_ Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale_ 2021

(fonte: AGENAS, 2021)

- Servizio di base di assistenza domiciliare;
- Partecipazione della Comunità, valore della co-produzione, tramite associazioni dei cittadini e volontariato.

In merito alle unità previste nelle Case della Comunità per garantire i servizi troviamo:

- L'IFeC è il professionista che si tiene in contatto con gli assistiti del territorio in cui opera, e ricopre la figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica e i vari livelli di complessità e che collabora con tutti gli altri professionisti del territorio, favorendo l'integrazione interdisciplinare/sanitaria/sociale ponendo il paziente al centro. E' una figu-

ra rilevante anche dal punto di vista del rapporto fiduciale. Dagli standard è previsto almeno 1 IFeC ogni 2-3mila abitanti.

- L'unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'equipe mobile del distretto che gestisce le situazioni di particolare complessità ed evidente difficoltà operativa di presa in carico. Dagli standard è previsto almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100mila abitanti, è dunque prevista nel caso della Casa della Comunità "hub".
- La Centrale Operativa Territoriale ha la funzione di coordinare la presa in carico del paziente e il dialogo tra le strutture e i professionisti (attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali e ospedaliere, oltre al dialogo con la rete di emergenza). Dagli standard è previsto un minimo di una Centrale Operativa Territoriale per ogni distretto o ogni 100mila abitanti, a sua volta composta da un minimo di 5 infermieri (o IFeC) ed un coordinatore.
- L'Assistenza Domiciliare, nelle varie forme previste, è un servizio si occupa di garantire vari trattamenti (infermieristici, medici, riabilitativi ecc.) svolti dal personale qualificato per l'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, volte a stabilizzare o rallentare il declino del quadro clinico e migliorare la qualità della vita quotidiana dei pazienti in difficoltà. In questo caso i responsabili clinici dei pazienti sono i MMG e i PLS che hanno il potere decisionale nella gestione dell'assistenza domiciliare. Attualmente non ci sono degli standard, ma l'entità del servizio va valutata in base al territorio, ma si presuppone la presenza di una sede nelle Case della Comunità "hub" con un rapporto inter-operativo con la Centrale Operativa Territoriale distrettuale. Le figure coinvolte in questo servizio sono medici, infermieri, terapisti della riabilitazione e operatori socio-sanitari.
- I servizi per la salute della donna e del bambino, ovvero il consultorio familiare, che è un servizio gratuito di libero accesso volto alla cura, prevenzione, e consulenza dedicati alle donne, ai minori e alle famiglie. Gli standard prevedono un consultorio ogni 100mila abitanti, e può svolgere le attività all'interno delle CdC "hub". Tra gli specialisti coinvolti troviamo: ginecologo,

psicologo, assistente sociale, ostetrica, educatore professionale con funzioni socio-sanitarie, personale sanitario di base, personale amministrativo ed altre figure come ad esempio il mediatore linguistico, il mediatore familiare e l'avvocato.

Altre unità a scala regionale comunicate nel documento ma non avente necessariamente sede nelle case della comunità:

- La Centrale Operativa 116117 è la sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti, che offre un servizio telefonico h24 e gratuito per supporto sanitario o socio-sanitario a bassa intensità assistenziale. Dagli standard è prevista almeno una CO116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o 1 per regione
- L'Ospedale di Comunità è un presidio medico destinato ai ricoveri brevi, che vengono inseriti nel contesto dell'assistenza territoriale e si trova al centro tra il domicilio e il ricovero in ospedale. L'ospedale di comunità dunque riduce il rischio di ricoveri ospedalieri impropri (riducendo il carico sugli ospedali) e si rende anche più prossimo al domicilio del paziente. Gli standard prevedono 1 ospedale di Comunità da 20 posti letto ogni 50mila abitanti o 0,4 pl ogni 1000 abitanti, mentre per il personale ogni ospedale dovrebbe essere dotato di 9 infermieri, 6 OSS (operatori socio-sanitari) e un medico per un minimo di 4h/giorno. Può avere sede all'interno di una Casa della Comunità, ma può essere anche una struttura autonoma.
- La rete locale delle cure palliative, che è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di cure palliative fornite nei vari livelli di assistenza in un territorio con una gestione globale dei pazienti. Nella RLCP è prevista anche la presenza dell'hospice, un presidio socio-sanitario che si occupa della presa in carico globale del paziente e del suo nucleo familiare, integrata con l'ospedale. E' rivolto ai pazienti affetti da patologie croniche, oncologiche, neurodegenerative, irreversibili e in stadi avanzati che hanno bisogno di un supporto sia medico che psicologico e sociale nelle ultime fasi della vita. Lo standard previsto è di 1 Hospice fino a 10 p.l. ogni 100 mila abitanti. Esistono varie tipologie di hospice e anche il team di specialisti che cooperano possono variare.

- i servizi per la salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile, che rappresentano una delle aree sanitarie più complesse poiché impone un stretto rapporto di cooperazione tra il sistema sanitario, i servizi sociali, la rete relazionale del paziente e la società. Questo servizio necessiterà comunque di un contatto con i professionisti all'interno della CdC, come i MMG, i PLS o i consulenti, nonché gli specialisti come i neuropsichiatri, psicologi ecc.. Il servizio non avrà un'unica sede, poiché sarà applicato, oltre che nel Centro di Salute Mentale territoriale, anche nelle residenze extra-ospedaliere o negli ospedali.
- Il Dipartimento di Prevenzione, che si occupa dei servizi per le attività di prevenzione e promozione della salute, ha il compito di promuovere le azioni necessarie ad individuare e rimuovere le cause di malattia di origine ambientale, animale o umana attraverso iniziative coordinate con i dipartimenti dell'asl, gli ospedali e i distretti, e il coinvolgimento degli operatori delle diverse discipline. Lo standard prevede un dipartimento di prevenzione per ogni 500mila abitanti
- Servizio di gestione dei sistemi informativi e standard di qualità del servizio sanitario con l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- Servizio di telemedicina da gestire da implementare con un sistema informatico adeguato che tenga conto della sicurezza della privacy, dell'accessibilità, dell'efficienza nel garantire la cooperazione tra gli specialisti ma anche la comprensione e il dialogo con il paziente.

(AGENAS,2021)

CAPITOLO 2

Strutture per l'Assistenza Primaria: Casi Studio

_2.1 Raccolta dei casi studio

Per lo studio condotto in questa tesi è stato fondamentale ricercare altre strutture dedicate all'assistenza primaria che possano essere da riferimento per i presidi costruiti e da costruire nel territorio Italiano.

Compatibilmente con il materiale trovato sono stati selezionati alcuni progetti ritenuti, relativamente a diversi temi, modelli esemplari. Alcuni di essi saranno poi descritti in maggiore dettaglio nelle pagine successive.

Molti dei seguenti progetti sono stati individuati nel Regno Unito, dove il Sistema Sanitario Nazionale (NHS) è considerato, come già detto nel precedente capitolo, un modello per la sanità a livello internazionale. Le strutture prese in esempio sono nuove costruzioni, spesso realizzati con budget medio-alti, con diverse funzioni e diverse dimensioni. Dal panorama italiano sono stati selezionati pochi esempi principalmente per mancanza di accesso agli elaborati grafici, oltre alla scarsità di strutture nuove anche a causa dalle linee guida dettate dalla legislazione passata che incentivava all'adattamento di strutture esistenti per la realizzazione di nuove Case della Salute e quella attuale in merito alle Case della Comunità (argomento affrontato nel capitolo 1) .

Nella Figura 2.1 sono state mappate le strutture analizzate in Europa, con una maggiore concentrazione nella Gran Bretagna.

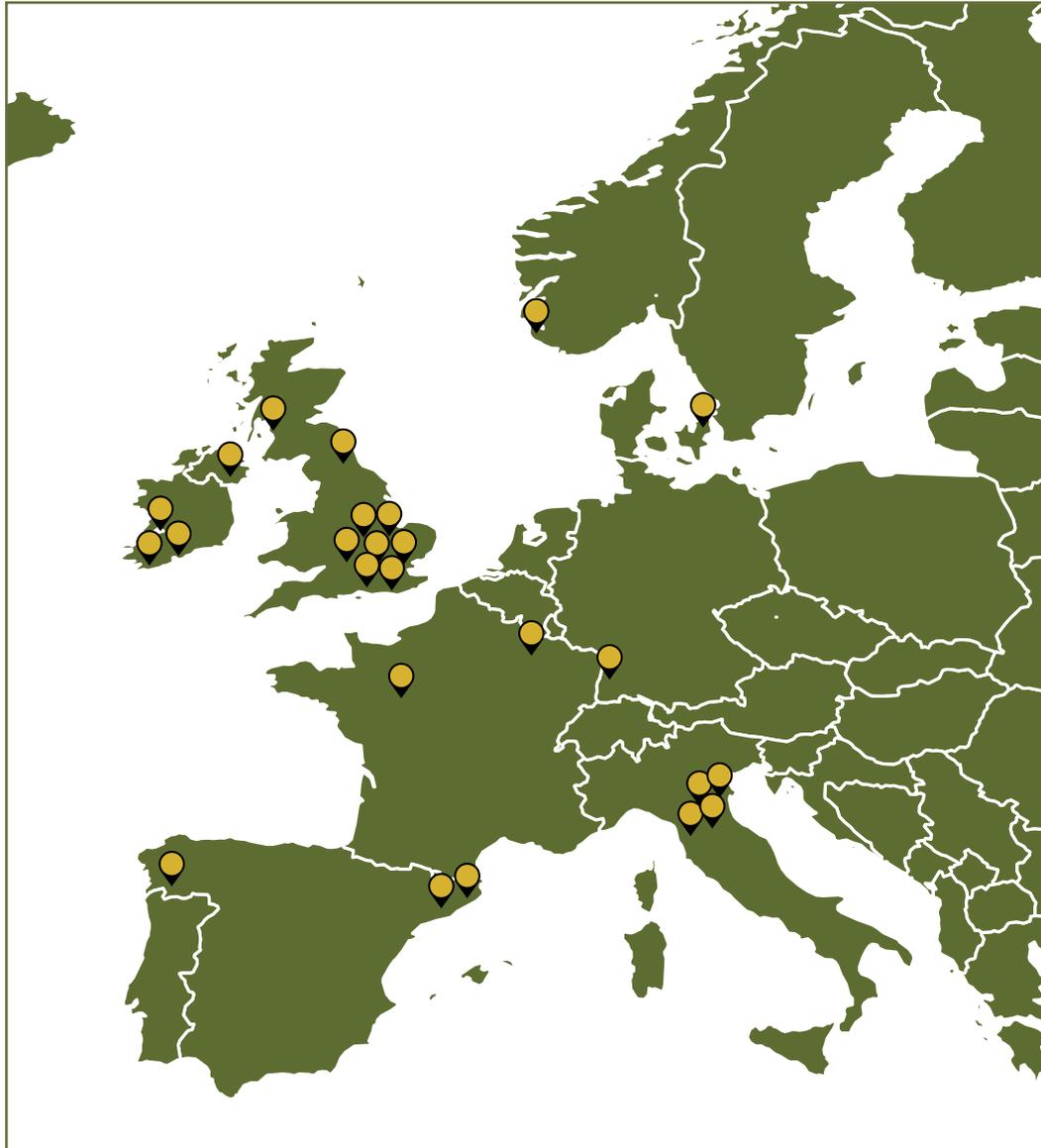


Figura 2.1_ Mappa dei casi analizzati

| | | |
|---|--|---|
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Social health centre San Felice sul Panaro (MO) Italia 2019 1600 m2 MCArchitects MCArchive Centro riabilitativo residenziale per disabili gravi e gravissimi</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Centro socio sanitario di Larciano Larciano Italia 2016 625 m2 Settanta7 Settanta7 Amministrazione, Ambulatorio infermieristico territoriale, infermiere di famiglia e comunità, MMG</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>CAP Blanes 2 Blanes, Girona Spagna 2007 3000 m2 AQ4 Arquitectura Adrià Goula centro di assistenza primaria - medici di famiglia, pediatria, dentisti, ostetriche, infermeria, assistenti sociali</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Osona psychopedagogical medical center Barcellona Spagna 2016 1657 m2 Comas pont / arquitectes Adrià Goula Servizi di riabilitazione per persone con malattie mentali</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Centro de saude di Valenza Barbadàs, Ourense Spagna 2017 ND IDOM Aitor Ortiz MMG, infermeria, educazione sanitaria, dentista, chirurgia igienista, sala campionamenti, pronto soccorso, sale per interventi di pediatria, infermeria pediatrica, biblioteca</p> |

| | | |
|--|--|--|
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>La Pierre Blanche - La Corbiere Estavayer Le Lac Svizzera 2020 5680 m2 LocalArchitecture Michel Bovay centro terapeutico (privato)</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Health Center Void-Vacon Void-Vacon Francia 2014 705 m2 STUDIOLADA Nicolas Waltefaugle, Olivier Jouanneau medici medicina generale, dentista, fisioterapista, infermeria</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>La Chapelle Saint Mesmin Centre La Chapelle Saint Mesmin Francia 2019 840 m2 Adquatio Architects Adquatio Architects infermeria, medici di medicina generale, ostetricia, chirurghi dentali, reumatologo, chiropratica</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Vardheim Health Centre Randaberg Norvegia in costruzione 12600 m2 Nordarchitects + 3RW Arkitekter 3RW Arkitekter and NORD architects case di cura, servizi sanitari dentali, centri sanitari e centri di attività</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Hillerød Health Centre Hillerød Danimarca 2017 4500 m2 NordArchitects NordArchitects cure primarie – riabilitazione, fisioterapia</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>St Mary's Primary Care Centre Cork Irlanda 2019 6500 m2 AVANTI architects AVANTI architects MMG, infermieri di sanità pubblica, fisioterapia, servizi di terapia occupazionale, dietetica, logopedia, podologia, psicologia, odontoiatria, oftalmologia, immunizzazione, servizi di salute mentale e serie di sale prenotabili</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Bandon Primary Care Centre Cork Irlanda 2021 4500 AVANTI architects Tommy Barker medici di famiglia, infermieri, biblioteca, osteopata, cura degli anziani, farmacia – il centro di assistenza primaria si concentra all'ultimo piano</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>Bandbridge Health and Care Centre Cork Irlanda 2015 6000 m2 AVANTI architects Donal McCann medici di base, fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, infermieristica specialistica, suite riabilitazione, ambulatori dentali. Accanto al centro 46 posti per disabili di apprendimento e 20 sistemazioni per disabilità fisica. Stazione ambulanze</p> |
|  | <p>NOME LUOGO NAZIONE ANNO SUPERFICIE PROGETTISTA FOTO FUNZIONI</p> | <p>South Beach Medical Centre Ardrossan Regno Unito 2014 10000 m2 Reiach & Hall Reiach & Hall cure primarie – farmacia, fisioterapia, infermieri, formazione professionale, sala operatoria, clinica ostetrica (1/sett.), dietologo (1/mese)</p> |

| | |
|--|--|
|  | <p>NOME Kentish Town Health Centre</p> <p>LUOGO Londra</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2008</p> <p>SUPERFICIE 3432 m2</p> <p>PROGETTISTA Allford Hall Monghan Morris</p> <p>FOTO Allford Hall Monghan Morris</p> <p>FUNZIONI consultorio, pediatria, infermeria, diagnostica immagini, podologia, studio dentistico, radiografia, biblioteca, sale consultazione per l'insegnamento, servizi sociali, ufficio protezione bambini, caffè, palestra</p> |
|  | <p>NOME The Waldron Health Centre</p> <p>LUOGO Londra</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2010</p> <p>SUPERFICIE 6029 m2</p> <p>PROGETTISTA Hanley Halebrown</p> <p>FOTO Nick Kane</p> <p>FUNZIONI assistenza familiare, test HIV, cure prenatali, fleotomia, assistenza infermieristica/sanitaria distrettuale, odontoiatria, podometria, gruppi cessazione fumo</p> |
|  | <p>NOME Portadown Health & Centre</p> <p>LUOGO Portadown , Craigavon</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2010</p> <p>SUPERFICIE 6300 m2</p> <p>PROGETTISTA AVANTI architects</p> <p>FOTO Paul Tierney, Tom de Gay</p> <p>FUNZIONI medici di medicina generale, clinica prenatale, cliniche di gestione delle malattie croniche, sorveglianza sanitaria dei bambini, screening cervicale, servizi contraccettivi, servizi medici di maternità, chirurgia minore limitata e iniezioni articolari, podologia, fisioterapia, pianificazione familiare, intervento familiare, servizi ortopedico e oculista, logopedia, ergoterapia, audiologia, medicina g.u., ostetricia comunitaria, operatori sociali, radiografia e dentale. Farmacia e caffetteria</p> |
|  | <p>NOME Tessa Jowell Health Centre</p> <p>LUOGO Greater, Londra</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2012</p> <p>SUPERFICIE ND</p> <p>PROGETTISTA Murphy Philipps Architects</p> <p>FOTO Benedict Luxmoore</p> <p>FUNZIONI farmacia, pediatria e logopedia, cardiologia, screening oculare diabetico, team inclusione sanitaria, podologia, diabetologia, infermeria, clinica vescica e intestino, audiologia, neuro-riabilitazione, laboratori diagnostica, fisioterapia, servizi ambulatoriali ospedalieri, hub-anziani.</p> |

| | |
|---|--|
|  | <p>NOME Houghton Le Spring Primary Care Centre</p> <p>LUOGO Houghton Le Spring</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2011</p> <p>SUPERFICIE ND</p> <p>PROGETTISTA P+HS architects</p> <p>FOTO P+HS architects</p> <p>FUNZIONI servizi sanitari di base, radiologia, chirurgia minore, unità di riabilitazione (24 posti letto), + caffè, infopoint, palestra</p> |
|  | <p>NOME Akerman Road Health Centre</p> <p>LUOGO Londra</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2012</p> <p>SUPERFICIE 5200 m2</p> <p>PROGETTISTA Henley Halebrown Rorrison</p> <p>FOTO Henley Halebrown Rorrison</p> <p>FUNZIONI medici di famiglia, odontoiatria, servizi per bambini, salute sessuale, assistenza primaria, ostetricia, servizi sanitari di comunità, logopedia, cliniche specialistiche per condizioni a lungo termine. Base di squadre infermieristiche</p> |
|  | <p>NOME Baldry Gardens Health Centre</p> <p>LUOGO Londra</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2010</p> <p>SUPERFICIE 1030 m2</p> <p>PROGETTISTA Henley Halebrown</p> <p>FOTO Nick Kane</p> <p>FUNZIONI ND, Health Centre</p> |
|  | <p>NOME Sir Ludwig Guttmann Health and Wellness Centre</p> <p>LUOGO Londra</p> <p>NAZIONE Regno Unito</p> <p>ANNO 2011</p> <p>SUPERFICIE 5300 m2</p> <p>PROGETTISTA Penoyre & Prasad</p> <p>FOTO Penoyre & Prasad</p> <p>FUNZIONI consulenza e patrocinio per l'HIV</p> |

_2.2 Kentish Town Health Centre

Il Kentish Town Health Centre si trova in un quartiere periferico di Londra (Kentish Town, nel borgo di Cadmen) in una zona residenziale, con il prospetto principale rivolto ad Ovest (Figura 2.2). È costituito al piano terra da un basamento in mattoni scuri, sormontato poi da due piani bianchi molto articolati, la cui forma si basa su un concept ispirato al gioco Jenga.

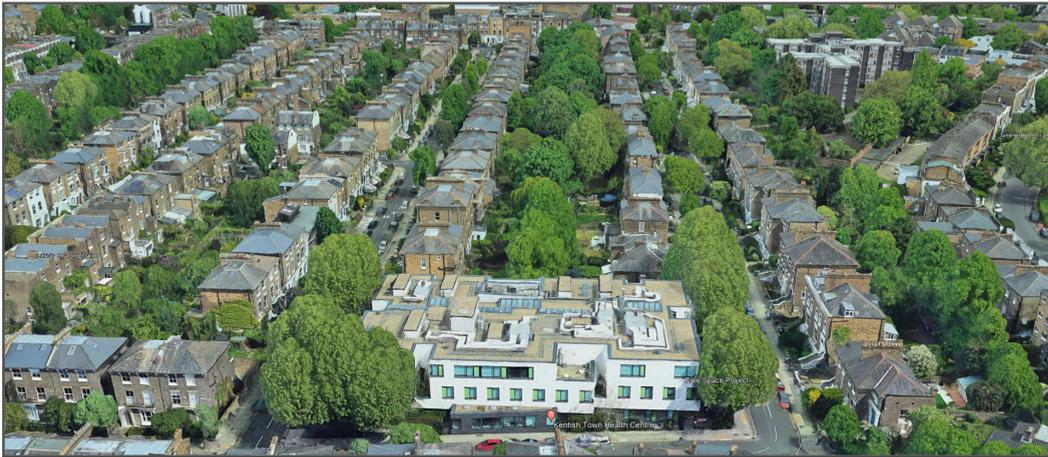
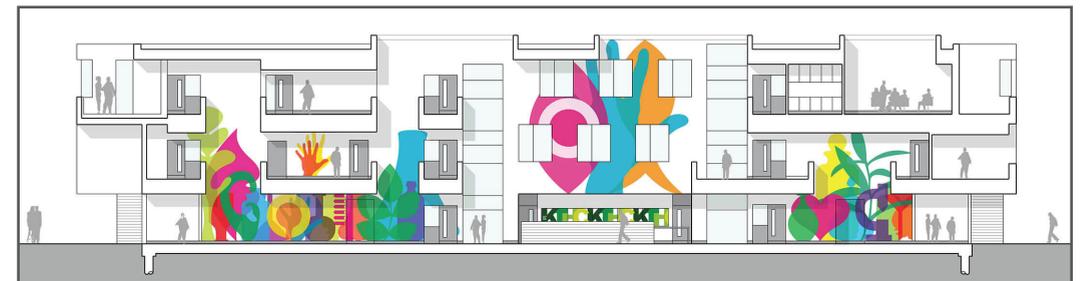
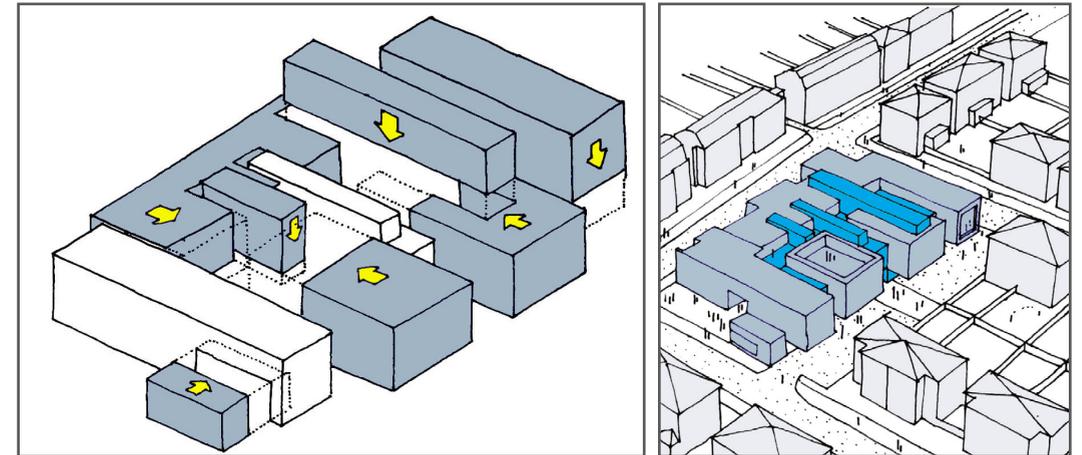


Figura 2.2_Vista da Google Earth

All'interno un corridoio centrale attraversa l'intero edificio allargandosi nel punto centrale in cui vi è l'atrio a tripla altezza che si rivolge al giardino posteriore. Nel corpo centrale bianco e nero sono inserite aperture ricche di verde, per poi avere interni ricchi di grafiche astratte multicolori. La progettazione dell'edificio ha avuto un approccio sostenibile, con l'utilizzo di materiali riciclati, gestione della ventilazione naturale e purificazione notturna dell'aria negli interni, inoltre è stata data molta importanza alla luce, al contatto con la natura e alla percezione psicofisica all'interno dell'edificio.

L'edificio, vincitore di numerosi premi, è stato realizzato nel 2008 e ha una superficie di 3.432 m², mentre i costi di costruzione sono di 10,1 Milioni di Sterline. All'interno sono presenti numerose funzioni: consultorio, pediatria, infermeira, diagnostica immagini, podologia, studio dentistico, radiografia, biblioteca, sala riunioni, sale consultazione per l'insegnamento, servizi sociali, ufficio protezione bambini, caffè e palestra.

L'edificio è aperto ad orari variabili (circa 10-11h al giorno) durante la settimana, ed è chiuso il sabato e la domenica, fatta eccezione per alcuni servizi. (Allford Hall Monaghan Morris)



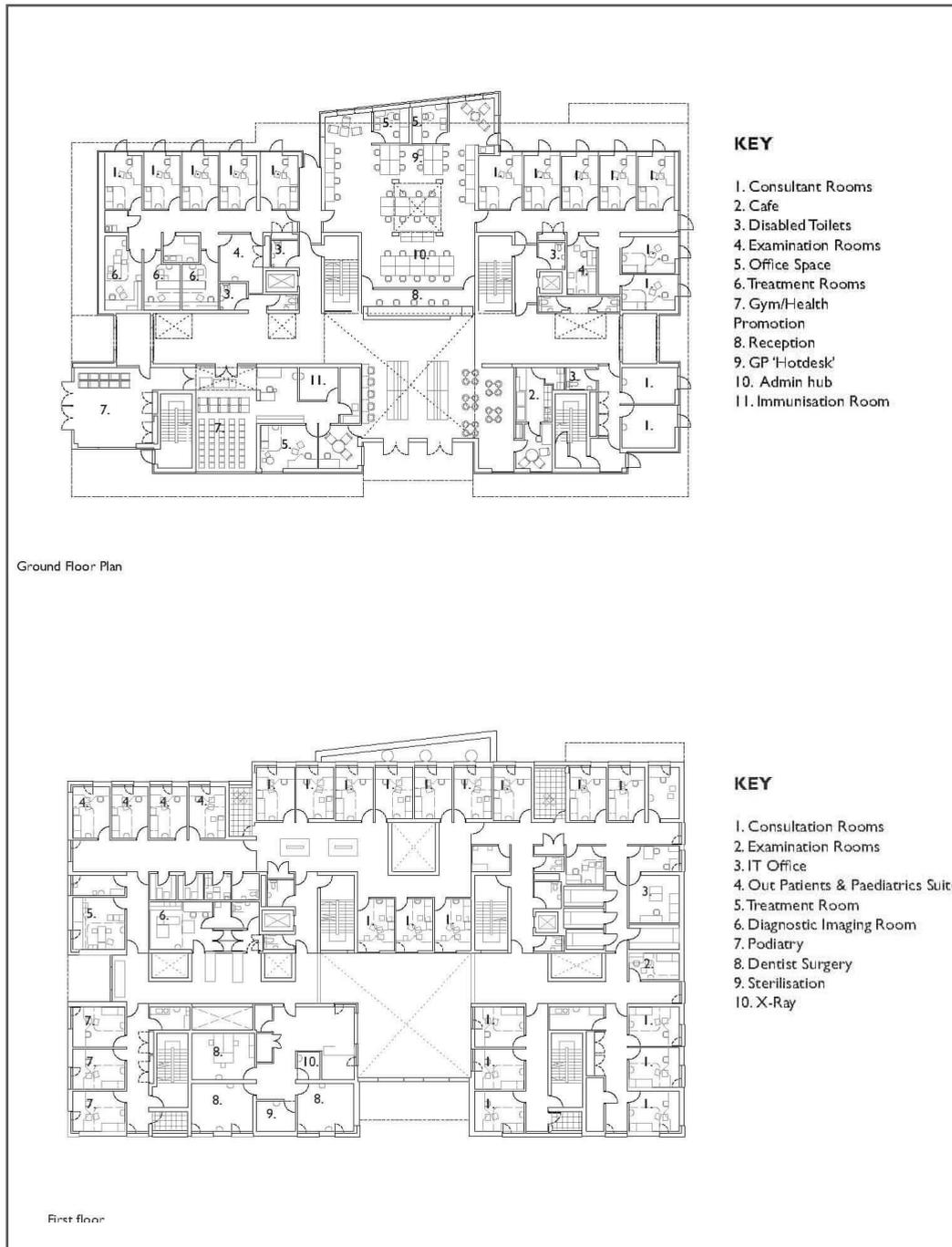
fonte: Allford Hall Monaghan Morris

_2.3 Waldron Health Centre

Il Waldron Health Centre si trova nel quartiere New Cross ad est di Londra e il suo progetto si è basato sull'idea di cambiare la percezione delle persone verso gli spazi per l'Assistenza Sanitaria, che è vista spesso come un luogo sgradevole. La zona in cui si trova presenta un paesaggio eterogeneo, con aree residenziali alternate a parchi e grattacieli. L'edificio è stato costruito insieme ad una piazza civica in adiacenza alla stazione ferroviaria di New Cross che la separa da un parco verde, e si trova in una zona semi-residenziale ma a contatto con una



Figura 2.3_Vista da Google Earth

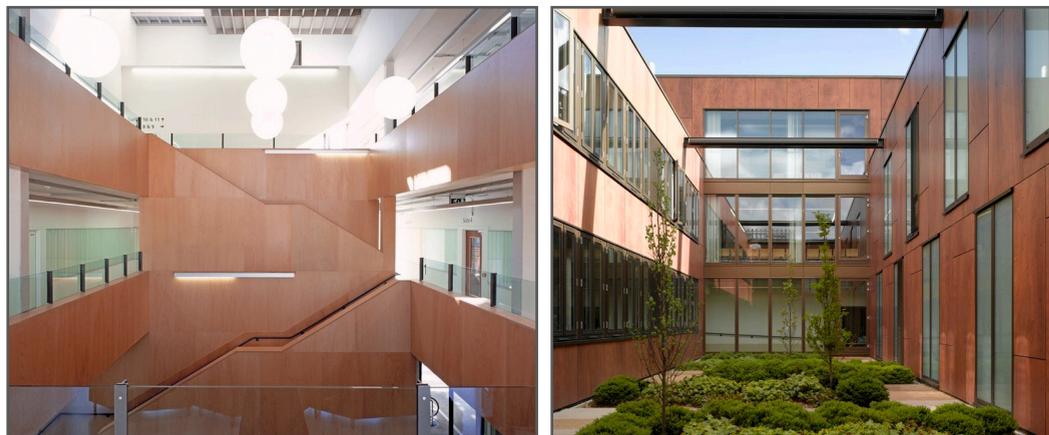


fonte: Allford Hall Monaghan Morris

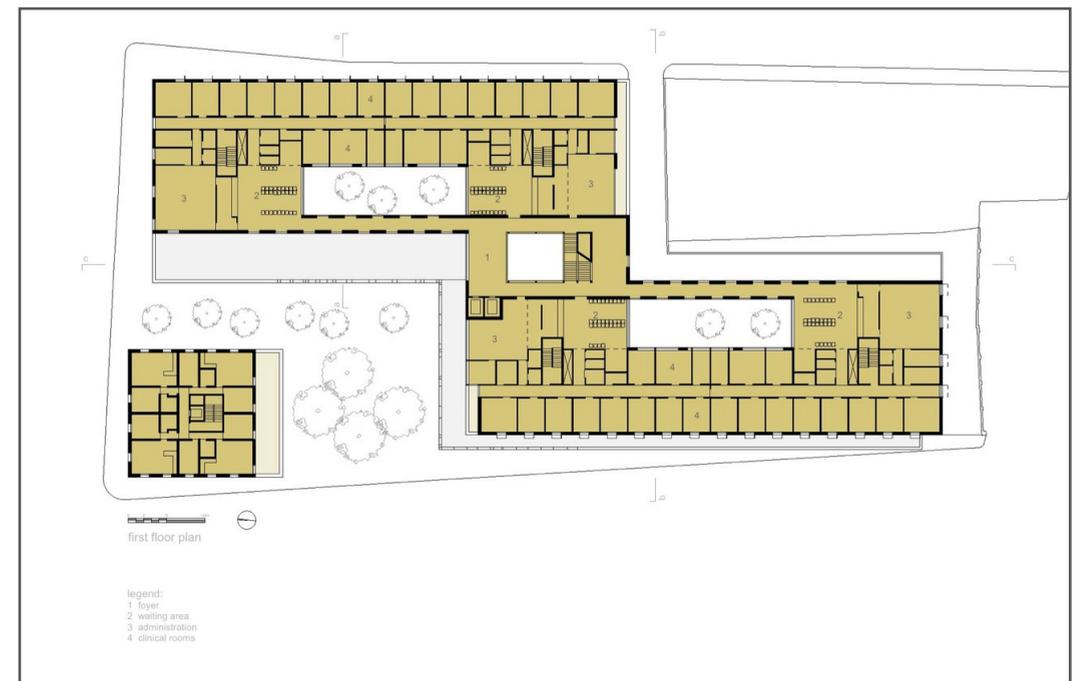
strada principale (Figura 2.3). L'edificio si sviluppa sull'asse Nord-Sud, è composto da due blocchi sfalsati ed è caratterizzato da 3 cortili interni, volti ad assicurare l'illuminazione naturale all'interno e il contatto con l'esterno. All'interno un foyer di 5 piani ospita delle opere d'arte dell'artista Martin Richman e un caffè al piano terra. È rivestito da pannelli "parapioggia" in legno di ciliegio che gli conferisce un aspetto caldo, e le schermature, anch'esse in legno, fungono anche da deflettori acustici.

Il Waldron Health Centre, progettato da Henley Halebrown Architects è stato realizzato nel 2010 sostituendo un vecchio edificio ad uso sanitario ed ha una superficie di 6029 m2, i costi di costruzione sono di 13,4 Milioni di Sterline. Il Centro è attivo con una media di 8h al giorno e rimane chiuso il sabato e la domenica. Le funzioni presenti all'interno della struttura sono:

assistenza familiare, test HIV, cure prenatali, fleotomia, assistenza infermieristica/sanitaria distrettuale, odontoiatria, podometria, gruppi cessazione fumo, logopedia, infermeristica scolastica, diabetologia, infermieri distrettuali (servizi a domicilio), clinica per la salute riproduttiva e sessuale (supporto pratico ed emotivo alle madri). Inoltre le suites della struttura vengono utilizzate da specialisti di ospedali che forniscono cliniche prenatali. (Henley Halebrown Architects)



fonte: Henley Halebrown Architects



fonte: Henley Halebrown Architects; Archdaily

_2.4 Houghton Le Spring Primary Care Centre

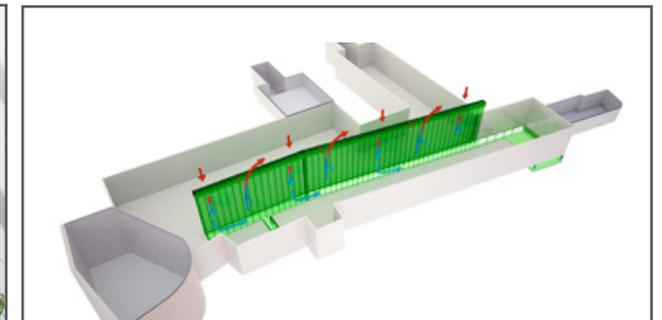
L'Houghton Le Spring Primary Care Centre si trova nell'omonimo quartiere di Sunderland della contea del Tyne and Wear, in Inghilterra. Il contesto in cui si inserisce è residenziale ma il quartiere è circondato da aree rurali (Figura 2.4). Il progetto di P+HS Architects realizzato nel 2011 ha ottenuto la Certificazione BREEAM Outstanding, dimostrando che anche gli edifici che hanno bisogno di molta energia, se ben progettati possono essere virtuosi e poco impattanti.

L'edificio è stato costruito in adiacenza ad una struttura esistente, e comprende anche una vasta area esterna adiacente al parcheggio, dove sono presenti uno skatepark, aree per il giardinaggio comunitario e il campo da bocce. La caratteristica principale dell'edificio è una grande "parete termica" di circa 50 metri che funge da spina dorsale dell'edificio ed è composta da 49 canali che regolano la ventilazione separata per i vari spazi, riducendo anche la possibile trasmissione di infezioni. Per il raggiungimento della certificazione hanno contribuito altri fattori come il sistema di raccolta delle acque piovane, una turbina eolica, il tetto verde ecc..



Figura 2.4_Vista da Google Maps

All'interno del Primary Care Centre ci sono i servizi sanitari di base, radiologia, chirurgia minore, unità di riabilitazione (24 posti letto), e spazi comuni con caffè, infopoint e palestra. Il centro è aperto per una media di 12h al giorno in settimana e 14h al giorno il Sabato e la Domenica. (P+HS Architects)



fonti: P+HS Architects; CUNDALL



fonti: P+HS Architects; CUNDALL

_2.5 Void Vacon Health Center

L'Health Centre, Progettato da STUDIOLADA, si trova a Void-Vacon, un piccolo comune di 1700 abitanti, situato nel dipartimento della Mosa (regione Grand Est). L'edificio è stato costruito in una zona residenziale, in prossimità di un nodo con la strada extraurbana a scorrimento veloce che sfiora il piccolo comune (figura 2.5).



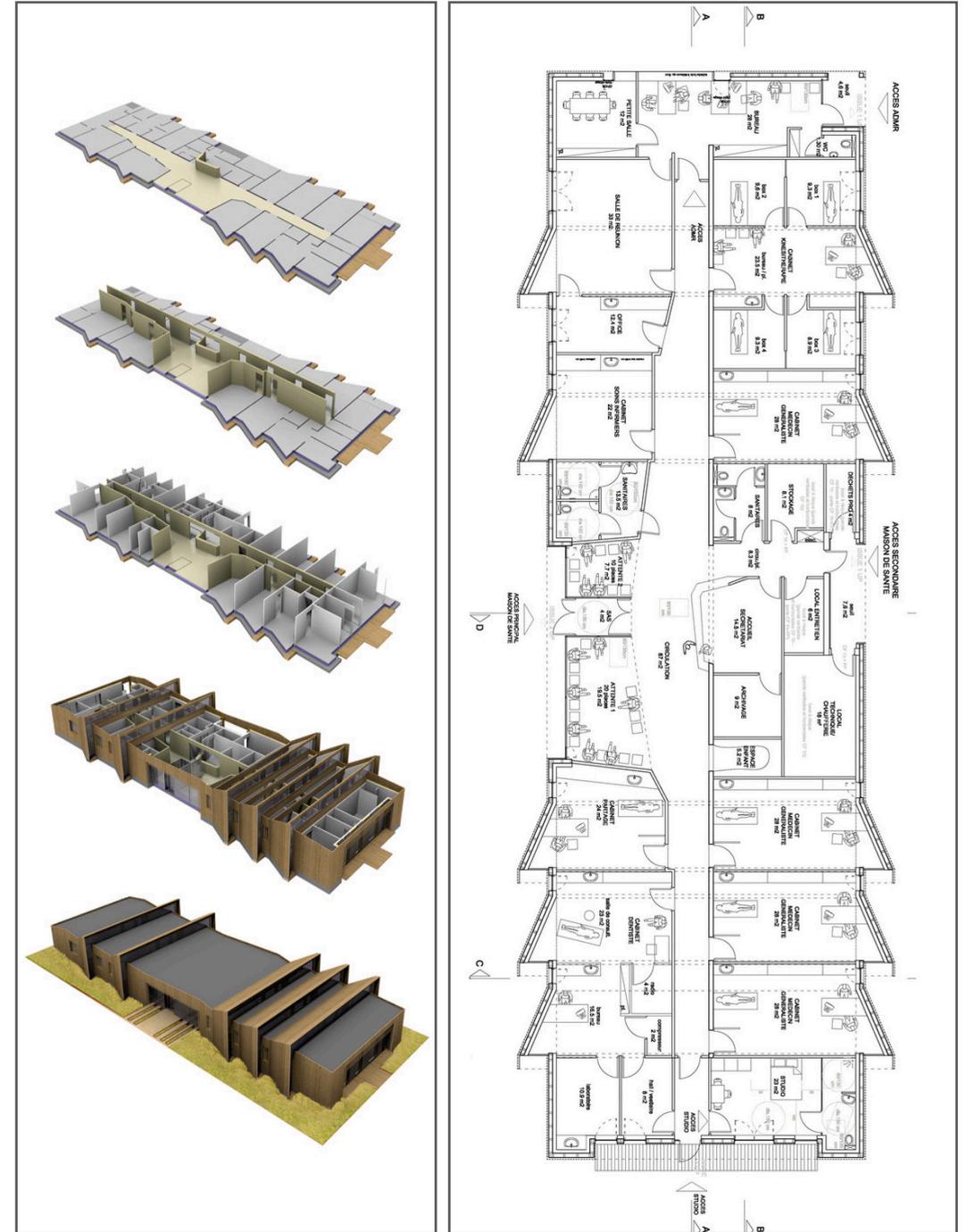
Figura 2.5_Vista da Google Maps

La particolare forma dell'edificio trova ragione in tre obiettivi posti dai progettisti: Avere maggiore luce naturale interna (avendo quindi le vetrate verso Sud), proteggere gli interni dal rumore proveniente della strada a scorrimento veloce e offrire intimità alle stanze dei medici. L'edificio è completamente rivestito da listelli in legno che fungono anche da schermatura, ed è circondato da aiuole in pietrisco per garantire una distanza minima dalle circolazioni pedonali alle aperture degli studi medici. La struttura è in legno, fatta eccezione per il muro di spina in mattoni di pietra calcarea.

L'Health Centre di Void Vacon è stato realizzato nel 2014 e ha una superficie di 705 m². All'interno della struttura sono presenti i medici di medicina generale, uno studio dentistico, uno studio di fisioterapia e un'infermeria. (Archidaily)



foto: Nicolas Waltefaugle fonte: Archidaily

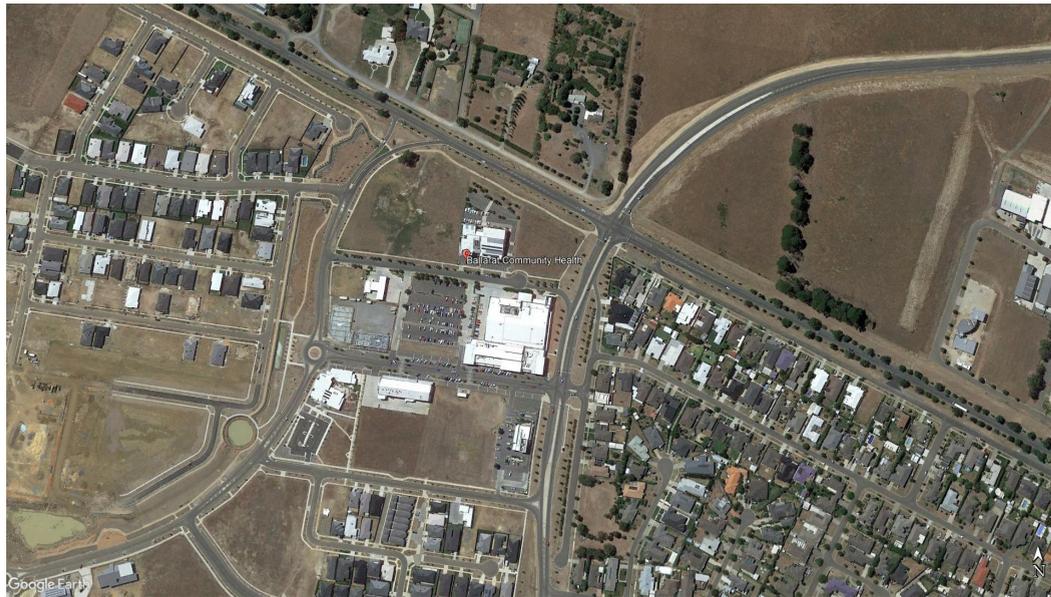


fonte: Archidaily

_2.6 Ballarat Primary Care Centre

Il Primary Care Centre di Ballarat, città Australiana nello Stato di Victoria di circa 100.000 abitanti, è l'unico progetto esaminato in questa tesi extra-Europeo. In questo edificio si può notare l'attenzione e la volontà di promuovere la salute e la progettazione sostenibile con l'utilizzo dei materiali, una costante presenza di vegetazione e il contatto visivo con l'esterno.

L'edificio si trova in al confine tra un'area residenziale ed una prettamente rurale, ed è situato in prossimità di una strada extraurbana principale (Figura 2.6).



vista da Google Maps, 2021

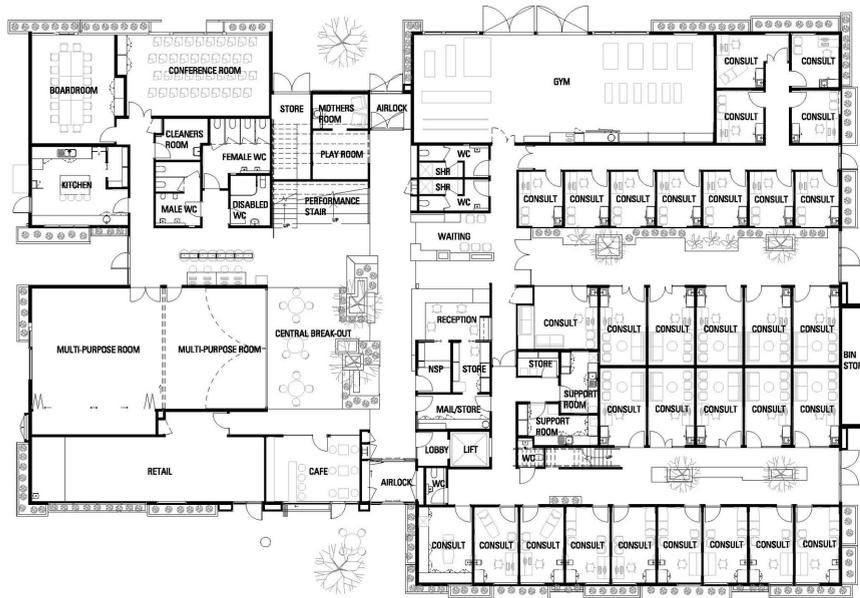
Il centro dell'edificio è attraversato da Nord a Sud da un grande spazio a doppia altezza, inondato dalla luce naturale grazie alla copertura traslucida e le vetrate sui prospetti, sul quale si affacciano delle sale polivalenti. Tra i materiali utilizzati troviamo il policarbonato in facciata alternato ad un rivestimento metallico, mattoni del luogo e legno riciclato. Nella progettazione è stato tenuto conto dell'eterogeneità degli utenti, per cui è stata data molta importanza all'accoglienza dell'edificio, e in particolare allo spazio centrale, dove si viene inondati dalla luce naturale e la compresenza di vegetazione, e sensazione di calore date dall'utilizzo del legno. Nel progetto sono state previste molte soluzioni in ottica di sostenibilità ambientale come la raccolta dell'acqua piovana (con una capienza di 80.000 litri), servizi a supporto della mobilità green, pannelli fotovoltaici, sistema intelligente di controllo dell'apertura delle finestre, utilizzo

di materiali riciclati e a basso contenuto di COV ecc.

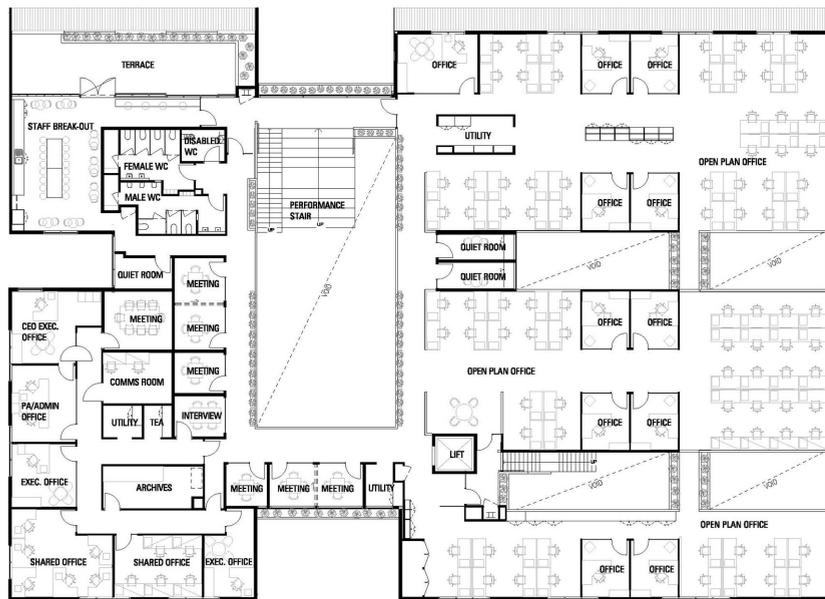
Il Ballarat Primary Care Centre è stato progettato dagli architetti di DesignInc e costruito nel 2014. Ha una superficie interna di 2850 m² per arrivare a 4050 m² con il parcheggio, un costo di 9,8 milioni di dollari. (Archidaily)



foto: Dianna SNape; fonti: Archidaily; DesignInc



Ground Floor



First Floor



fonte: Archidaily

CAPITOLO 3

Una nuova Casa della Comunità a Settimo Torinese

_3.1 ASL Piemonte e Distretti

Dopo aver analizzato la struttura del Sistema di Assistenza Primaria in Italia è stato condotto uno studio sull'ASL del Piemonte (Figura 3.1), si è deciso di prendere come caso studio il Distretto di Settimo Torinese (facente parte dell'ASL TO4) per la realizzazione di una Casa della Comunità. Il Distretto di Settimo Torinese opera su 4 comuni differenti: Settimo Torinese, Leinì, Volpiano e San Benigno, con un bacino d'utenza

| ASL | DISTRETTI | ASL | DISTRETTI | |
|------------|--|------------|--|--|
| AL | Aqui Terme Alessandria Casale Monferrato Novi Ligure Ovada Tortona Valenza | TO3 | Collegno Giaveno Orbassano Pinerolo Rivoli Susa Val Pellice Valli Chisone e Germanasca Venaria | |
| | AT | | Asti Centro Asti Nord Asti Sud | |
| BI | Biella | | | |
| CN1 | Cuneo Borgo San Dalmazzo-Dronero Mondovì Ceva Savigliano-Fossano Saluzzo | | TO4 | Ciriè Chivasso Settimo Torinese San Mauro Ivrea Cuorgnè |
| | CN2 | | | Alba Bra |
| NO | Arona Borgomanero Galliate Novara | TO5 | Chieri Carmagnola Moncalieri Nichelino | |
| | Città di Torino | Torino | VC | Vercelli Valsesia |
| | | | VCO | Verbania Omegna Domodossola |

*Figura 3.1_Structura sanitaria della regione Piemonte _2021
(Fonte: Regione Piemonte)*

| COMUNE | ABITANTI | ANNO DI RIF. |
|------------------|-----------------|--------------|
| Leinì | 16398,00 | 2019 |
| San Benigno | 5980,00 | 01/01/2021 |
| Settimo Torinese | 46699,00 | 01/01/2021 |
| Volpiano | 15260,00 | 01/01/2021 |
| TOTALE | 84337,00 | |

Figura 3.2_ Bacino d'utenza Distretto Settimo Torinese_2021 (fonte:tuttitalia)

totale di 84'337 abitanti (Figura 3.2).

In riferimento ai valori descritti in "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" dell'Age.Na.S il distretto preso in oggetto può essere considerato un "distretto tipo", sia per dimensione che per numero di abitanti. Il distretto si trova in una zona periferica della Città di Torino, Capoluogo del Piemonte, dov'è presente il grande complesso delle Molinette ed è in costruzione la Città della Salute a circa 15Km in linea d'aria dal Centro di Settimo Torinese.

In merito a quanto descritto nei paragrafi precedenti si tiene conto che un distretto medio di 100'000 abitanti necessita di 3 Case della Comunità "spoke" e 1 Casa della Comunità "hub". Attualmente l'unica Casa della Salute attiva (inaugurata nel 2017) è situata a Settimo Torinese ed è annessa all'Ospedale Civico di Settimo Torinese, a Sud della Città. Considerando che il comune di San Benigno conta solo 5'980 abitanti, si può ipotizzare che le CdC "spoke" possano essere situate a Leinì, Volpiano e Settimo Torinese (vale a dire quella già esistente), e disporre la CdC "hub" aggiuntiva comunque a Settimo Torinese.

Per completezza è stata valutata la scelta anche dal punto di vista geografico:

Nella Figura 3.3 si può notare la vicinanza del comune di Settimo Torinese a quello di Torino, e la differenza di densità abitativa tra i vari comuni. Difatti, seppur la differenza in termini di superficie non sia elevata, e la poca centralità di Settimo Torinese rispetto a Leinì, Volpiano e S. Benigno Canavese, il baricentro della popolazione si può considerare più vicino a Settimo Torinese. L'immagine inoltre è utile per capire in quale fronte conviene ipotizzare una Casa della Comunità Hub, ovvero il fronte Nord.

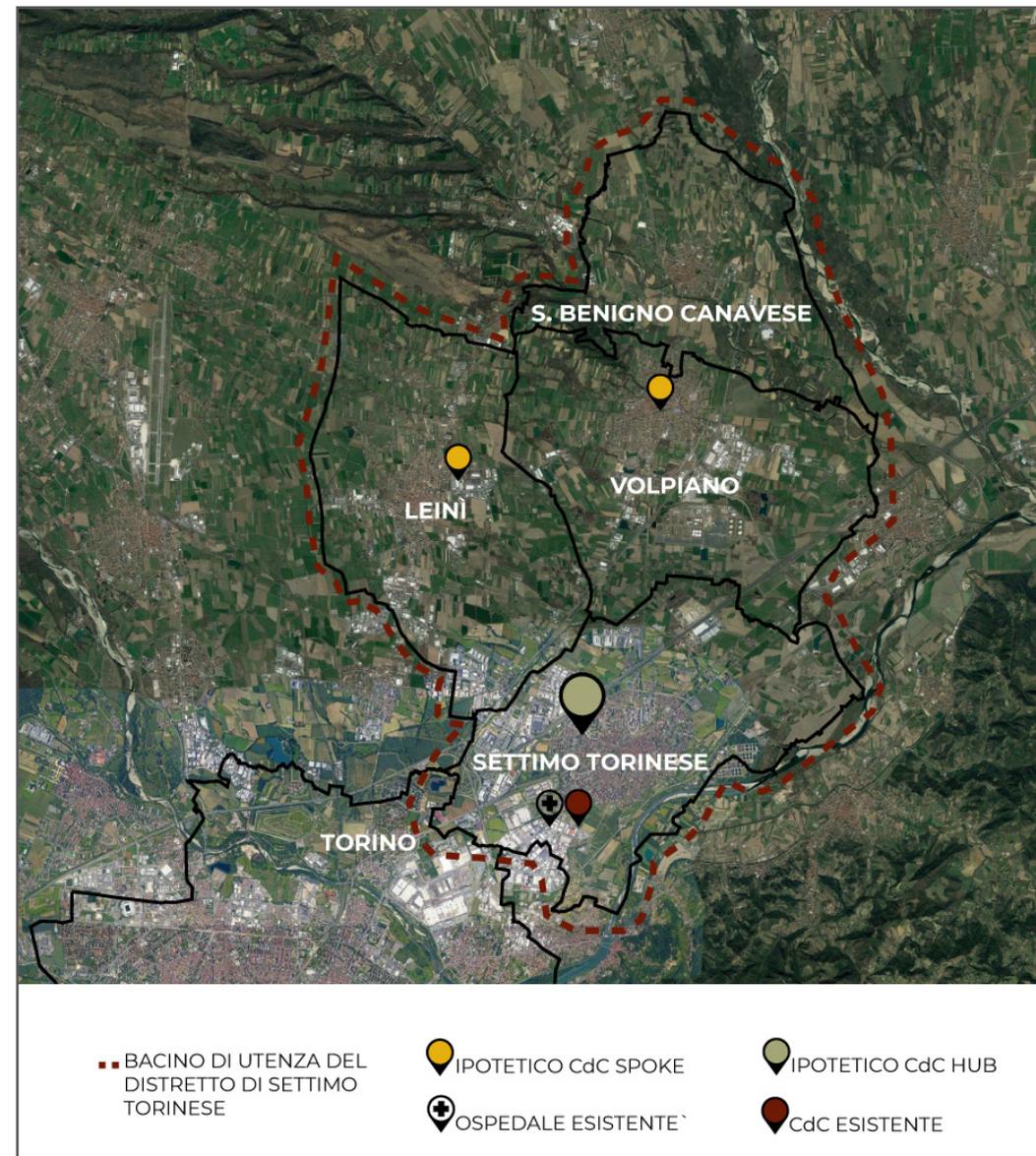


Figura 3.3_ Mappa dei comuni del Distretto di Settimo Torinese

Inoltre, utilizzando Google Maps come strumento di analisi preliminare, sono stati verificati i tempi di percorrenza per il raggiungimento di Settimo Torinese dai 3 comuni minori. Il risultato è che grazie all'Autostrada della Valle d'Aosta A5 i tempi di percorrenza da San Benigno Canavese (che è il più distante) a Settimo sono paragonabili a quelli da Leinì.

3.2 Il Comune di Settimo Torinese: dati demografici

Il Comune di Settimo Torinese nasce come piccolo borgo, che negli ultimi 50 anni ha subito un grosso aumento demografico a seguito della migrazione dalle altre regioni d'Italia, principalmente dal Veneto e dal Meridione. Oggi la città è costituita da un nucleo densamente abitato e un'area industriale piuttosto estesa. Parte di quest'ultima è situata a Nord ed è separata dal resto della città dalla ferrovia e dall'autostrada A4. A sud invece la città viene confinata dalla Strada Provinciale 11 Padana Superiore e dal Fiume Po'. La città è inoltre attraversata longitudinalmente da un'altra linea ferroviaria che collega Settimo Torinese con Torino da un lato e il Canavese dall'altro.

Come già anticipato nei paragrafi precedenti il Comune di Settimo Torinese registra quasi 47.000 abitanti, ed una superficie di 31,46 Km². Per una conoscenza approfondita del luogo, ai fini di individuare un'area di intervento adeguata è stata un'analisi del comune sotto più punti di vista. Nella figura 3.4 è stata rappresentata la variazione del numero di abitanti dal 2001 al 2019, si può notare un valore in continua discesa a partire dal 2014 che ha determinato una riduzione di circa 1000 abitanti in 5 anni. L'età media a Settimo Torinese è di 47,1 anni contro i 45,9 anni di media Nazionale. (Istat, 2021)

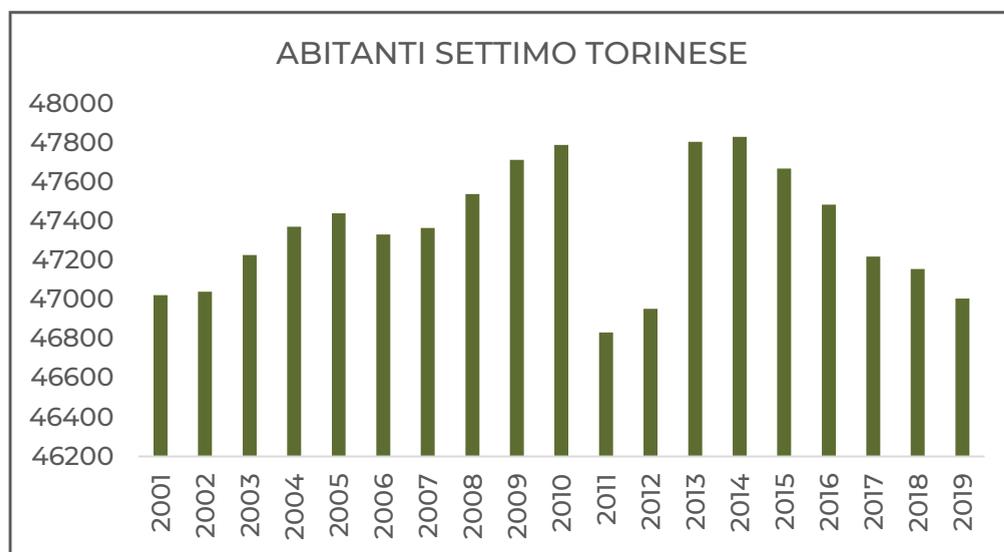


Figura 3.4

(fonte:ISTAT)



Figura 3.5_ Vista satellitare del comune di Settimo Torinese da Google Maps

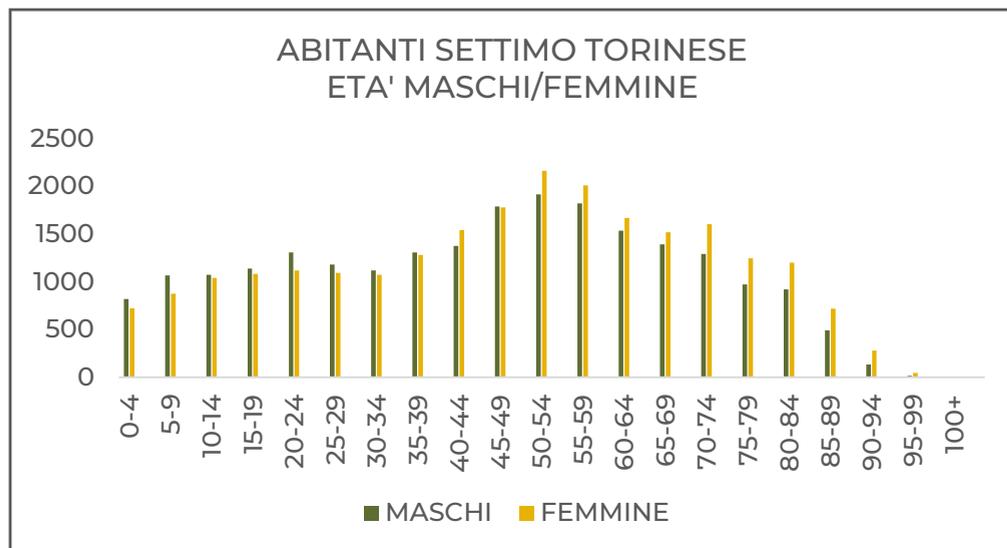


Figura 3.6 _dati relativi al 2021

(fonte:ISTAT)

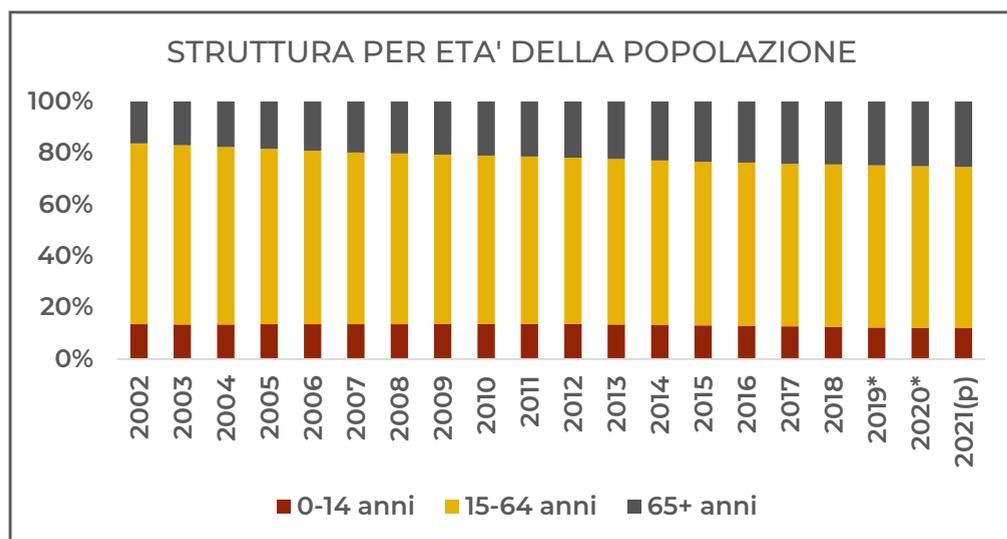


Figura 3.7

(fonte:ISTAT)

Nella Figura 3.7 Si può notare, a conferma di quanto detto nel primo capitolo, l'aumento graduale della percentuale di anziani che nel 2021 supera il 20%. Questa informazione si rileva fondamentale ai fini di una corretta progettazione, non solo degli edifici, ma anche dell'organizza-

zione e la struttura dei servizi sanitari territoriali e del personale, dunque del cambiamento delle esigenze della popolazione.

In merito agli abitanti un altro tema approfondito è quello dell'immigrazione, nelle figure 3.8, 3.9 e 3.10 sono rappresentati il numero degli abitanti stranieri e la loro provenienza. Gli stranieri a Settimo torinese

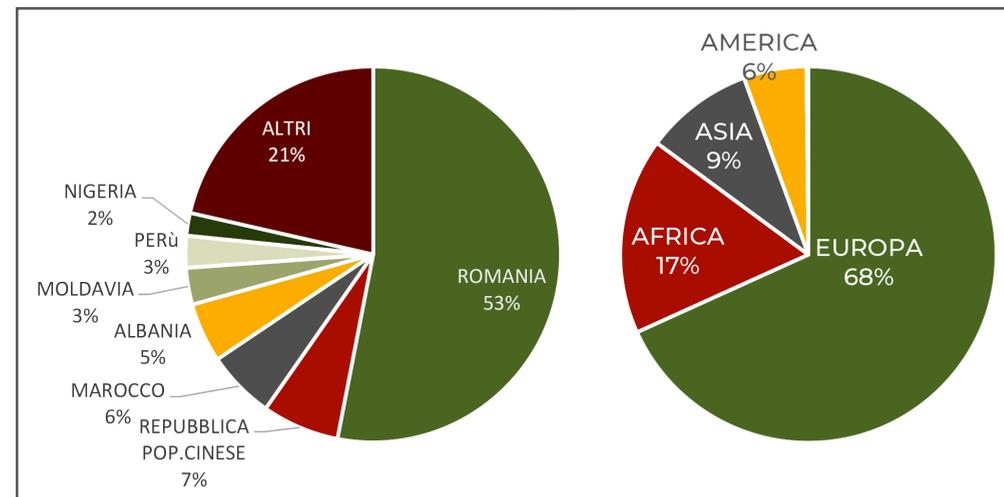


Figura 3.8 _dati relativi al 2020

(fonte:ISTAT)

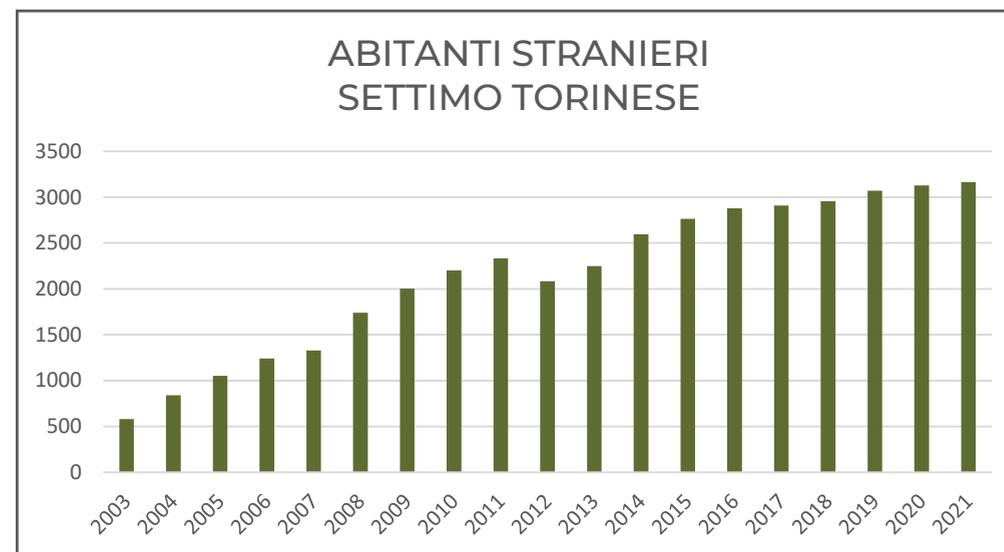


Figura 3.9

(fonte:ISTAT)

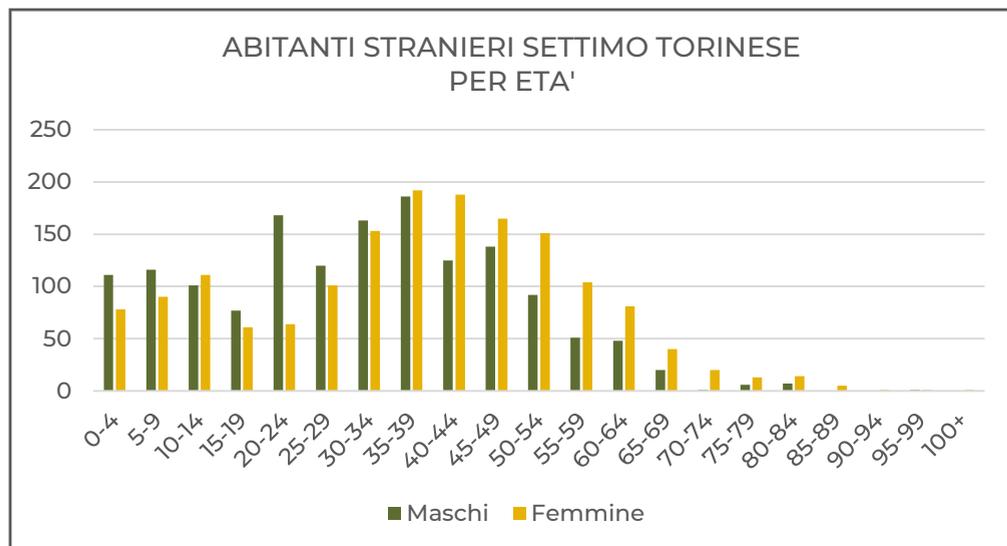


Figura 3.10 _dati relativi al 2021

(fonte:ISTAT)

rappresentano circa il 7% della popolazione e sono in costante aumento, con una forte prevalenza di donne dopo i 40 anni (più marcata rispetto alla popolazione media). La gran parte degli stranieri proviene dall'Europa (68%), di cui circa la metà dalla Romania. (Istat, 2021)

_3.3 Il Comune di Settimo Torinese: dati climatici

L'analisi del territorio si è spostata dagli aspetti demografici a quelli geografici.

Il Comune ha una superficie prevalentemente pianeggiante, e si trova, come Torino, a circa 25Km a Sud dalla catena montuosa delle Alpi a circa 207m sul livello del mare. Si classifica in Zona Climatica E(Le Classi climatiche sono 6, dalla A alla F), che comprende i comuni con gradi-giorno compresi tra 2101 e 3000: i gradi giorno equivalgono alla somma totale annuale della differenza (solo quella positiva) tra la temperatura degli ambienti interni, convenzionalmente fissata a 20 °C, e la temperatura media giornaliera esterna. Dunque il numero di gradi-giorno è direttamente proporzionale alla rigidità del clima in quel territorio. Nelle immagini riportate in questo paragrafo sono rappresentati i principali dati

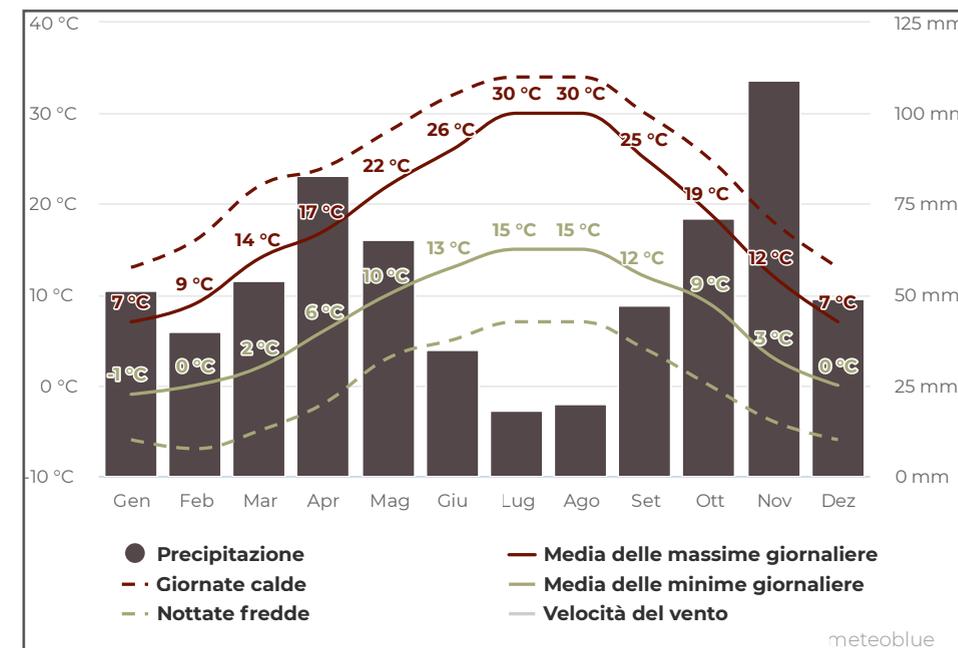


Figura 3.11 _ Intervalli di temperature e precipitazioni annuali.

(fonte:meteoblue)

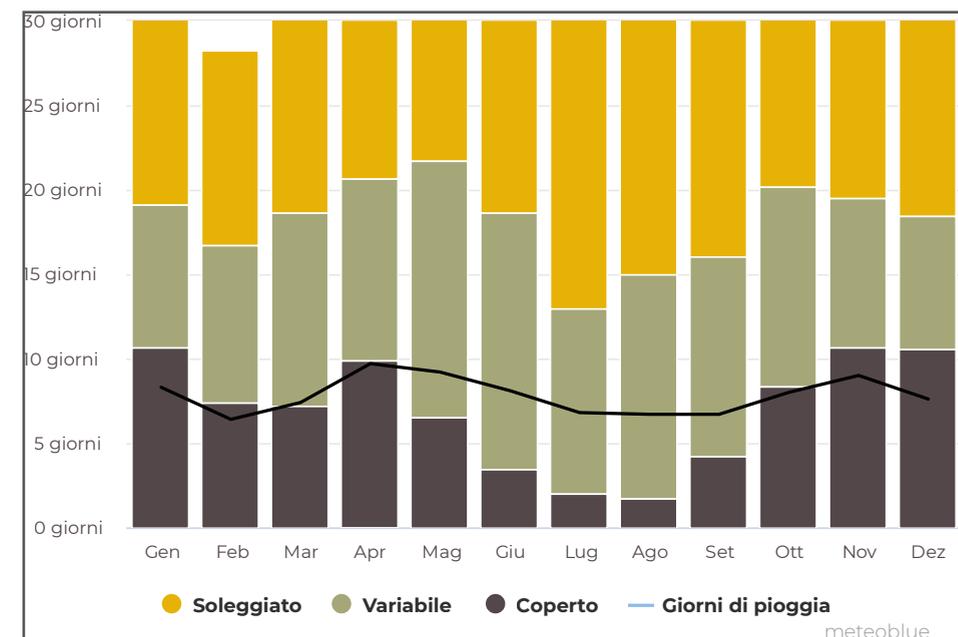


Figura 3.12 _ Medie climatiche mensili.

(fonte:meteoblue)

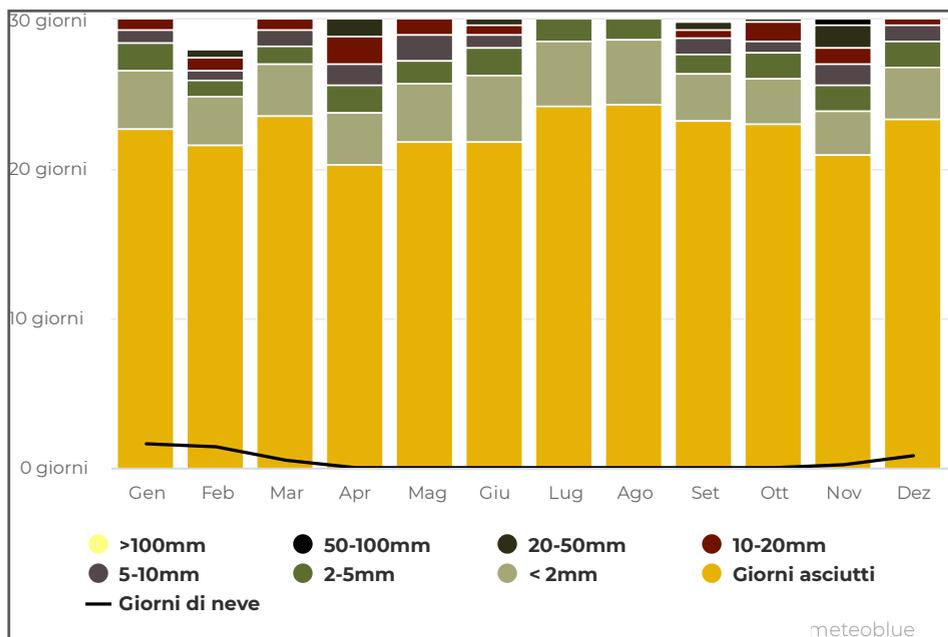


Figura 3.13 _ Precipitazioni e giorni di neve.

(fonte:meteoblue)

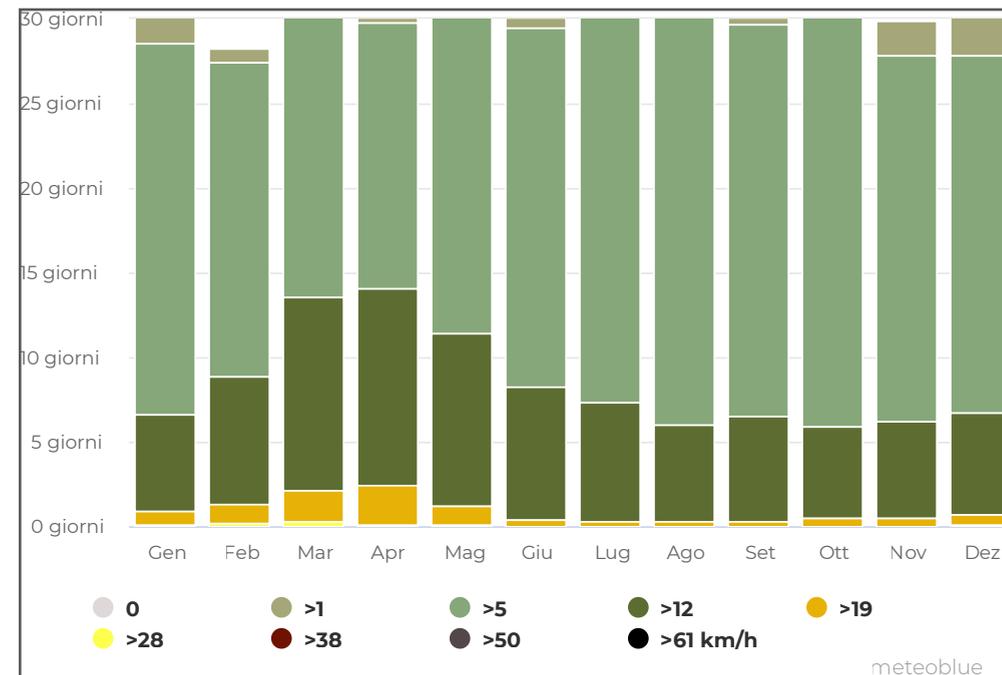


Figura 3.15 _ Forza dei venti durante l'anno.

(fonte:meteoblue)

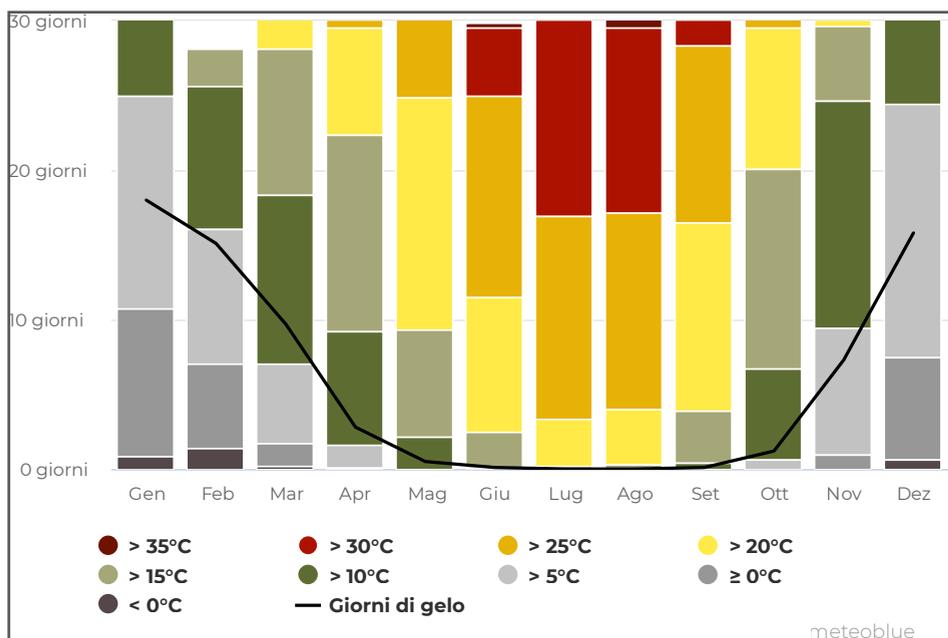


Figura 3.14 _ Intervalli di temperatura medi annuali.

(fonte:meteoblue)

climatici di Settimo Torinese reperiti sul sito "MeteoBlue" che genera i dati da un modello simulato.

Dalla rosa dei venti (Figura 3.16) si evince un vento prevalente da Nord Ovest di entità molto bassa, che può considerarsi "trascurabile" ai fini della progettazione. (Meteoblue,2021)

Nella figura 3.17 invece è rappresentato il diagramma solare, strumento utile a comprendere il percorso del sole nei vari periodi dell'anno, queste informazioni sono particolarmente utili per una buona progettazione volta a garantire un dispendio minimo di energie in Estate per il raffreddamento e in Inverno per il riscaldamento, considerando che il sole ha una traiettoria più bassa d'inverno e viceversa d'estate. Tali informazioni influenzano la posizione delle aperture e delle schermature, nonché dell'esposizione delle intere facciate, l'ombreggiamento di determinate aree ecc.. Altro fattore da considerare è il quantitativo giornaliero di ore di sole, che come sappiamo è maggiore d'estate e minore d'inverno. Nel solstizio invernale (21 dicembre) e nel solstizio d'estate (21 giugno) si hanno le condizioni limite (ovvero la giornata più corta e più lunga dell'anno). Questi dati sono rilevanti ai fini della progettazione perchè vengono

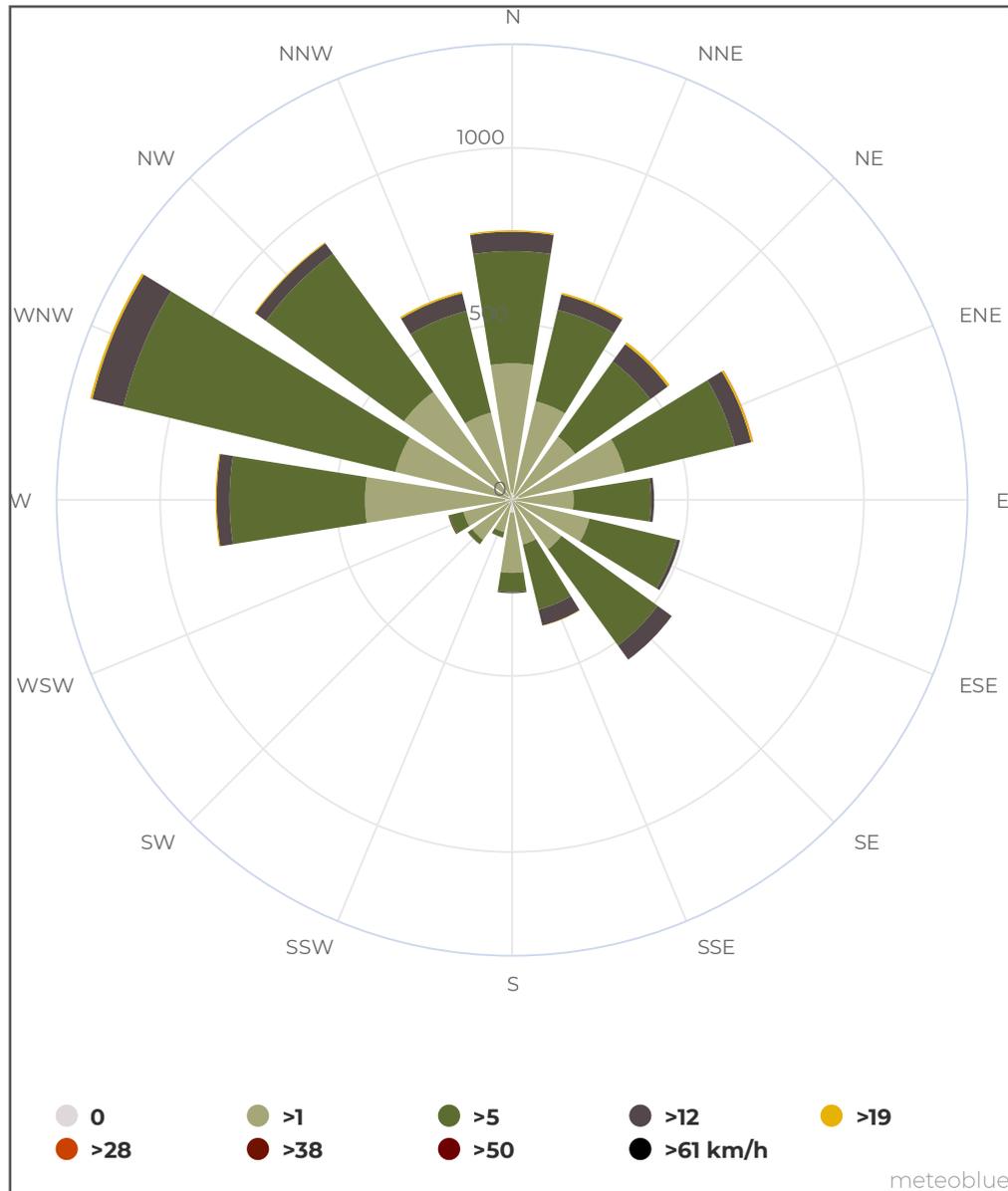


Figura 3.16 _ Rosa dei venti.

(fonte:meteoblue)

utilizzati per verificare il soddisfacimento di alcuni parametri come l'ombreggiamento e l'irraggiamento.

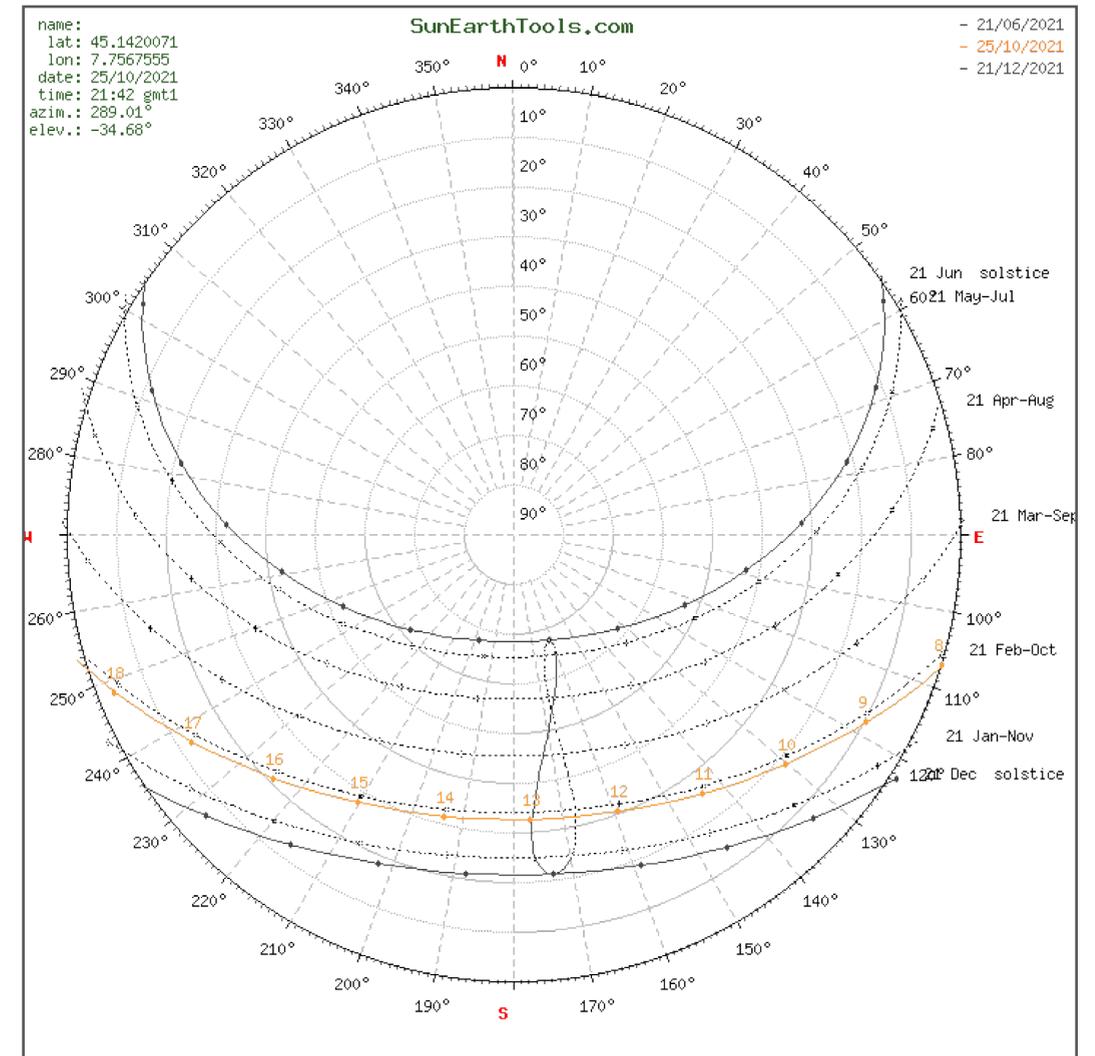


Figura 3.17 _ Diagramma solare.

(fonte:SunEarthTools)

_3.4 Il Comune di Settimo Torinese: i servizi sanitari esistenti

Ai fini della valutazione dell'ipotesi fatta nel primo paragrafo di questo capitolo, è stata condotta un'analisi sui Servizi Presenti nel territorio di Settimo Torinese. Nella figura 3.18 sono stati mappati i principali presidi e indicato approssimativamente la quantità di servizi che ciascuno di essi offre, allo scopo di avere un quadro generale del territorio:

Considerando i servizi già presenti (Figura 3.19) ed escludendo la Struttura Ospedaliera, l'edificio con maggior concentrazione di servizi (rappresentata con il numero 9 in figura 3.19) è la centrale dell'ASL to4 situata a Via Leinì 70 a Settimo Torinese. Buona parte dei presidi offre servizi di diagnostica per immagini e prestazioni ambulatoriali.

Un'altra analisi svolta è stata relativa alla posizione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, che risultano essere rag-

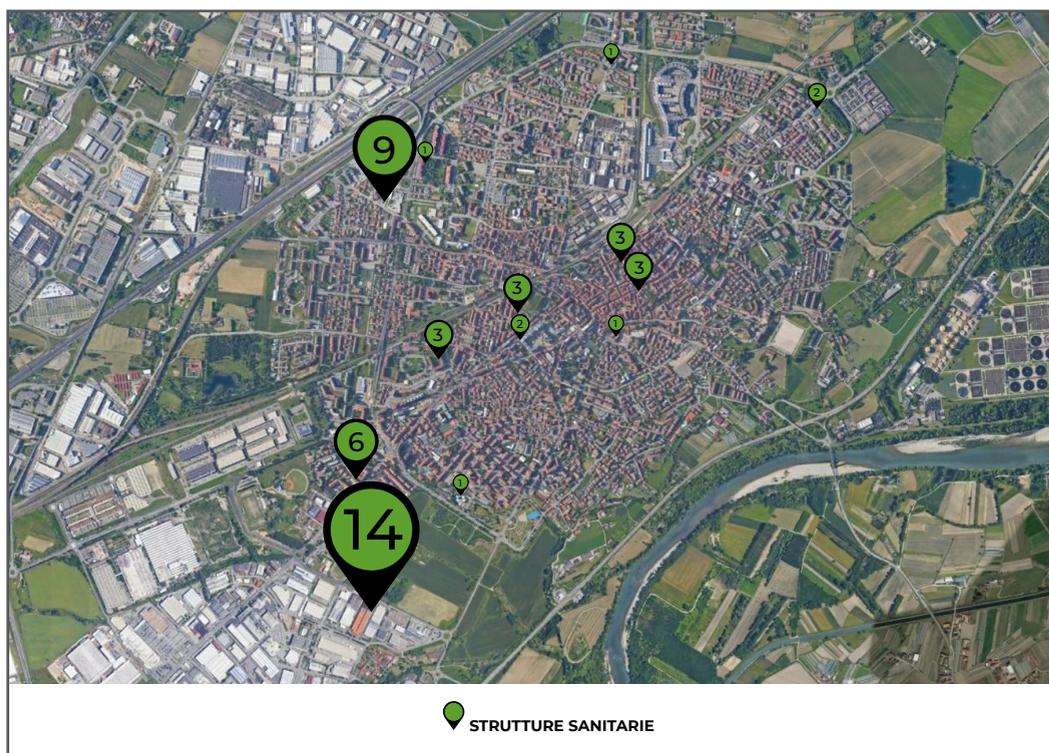


Figura 3.18_ Mappa delle strutture sanitarie presenti a Settimo Torinese_2021
(fonte dati:TuSalutePiemonte-assessorato alla sanità)

gruppati, come accade molto frequentemente in Italia, in studi medici associati (Figura 3.19). In questo caso i valori indicano effettivamente il numero di medici, ed è stato tenuto conto che alcuni di essi hanno due sedi (anche nello stesso comune). I dati sono stati estrapolati dalla banca dati online dell'Assessorato alla sanità - salute Piemonte..

Sovrapponendo le due immagini emerge che la posizione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, nella maggior parte dei casi, non coincide con quella delle strutture sanitarie. Questo aiuta a comprendere quanto attualmente il sistema sia poco integrato. Altra considerazione invece va fatta in merito alla diversa concentrazione tra i servizi sanitari e i medici e pls. I primi sono maggiormente situati in aree periferiche (come l'Ospedale Civico e la centrale dell'Asl To4 di Via Leinì), al contrario dei medici che si trovano principalmente nel centro della città. Anche i pediatri di libera scelta risultano essere dislocati dal centro.

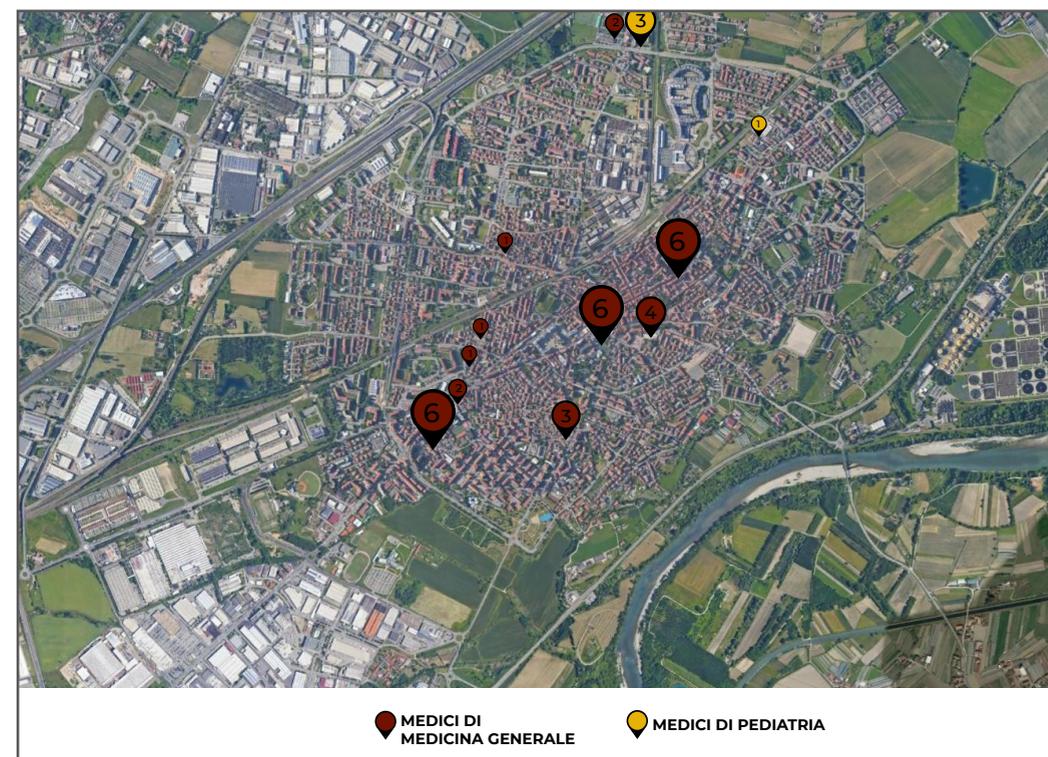


Figura 3.19_ Mappa dei medici di Base e Pediatri presenti a Settimo Torinese_2021

(fonte dati:TuSalutePiemonte-assessorato alla sanità)

_3.5 Definizione dell'area di intervento

Nell'ipotesi di una nuova Casa della Comunità "Hub" a Settimo Torinese sono stati analizzati, con l'aiuto di Google Maps, i percorsi principali dai comuni di San Benigno Canavese, Leinì e Volpiano (Figura 3.20) in auto. Il risultato mostra che l'accesso più comodo per il raggiungimento della città è in corrispondenza dell'uscita dell'Autostrada A4 e del Cavalcavia

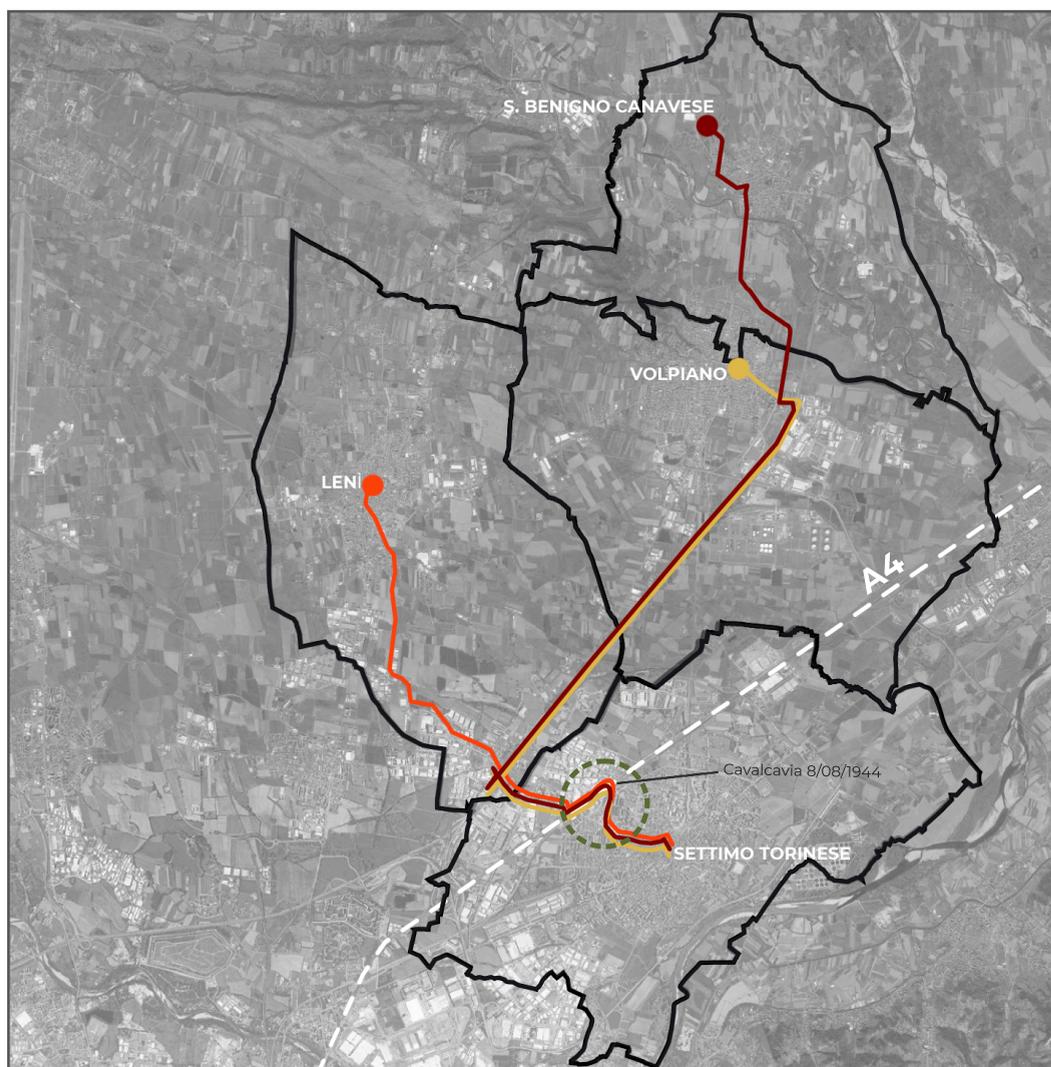


Figura 3.20_ Percorso in Auto da Leinì, Volpiano e S. Benigno Canavese a Settimo Torinese. Base da Google Maps

"8 Agosto 1944" a Nord Ovest della città.

A tal proposito va evidenziato che, secondo i grafici mostrati in precedenza, in tal punto di accesso alla città (prima del quale vi è una zona prettamente industriale) è presente un presidio di grandi dimensioni: Il complesso dell'Asl di Via Leinì 70, già precedentemente citato per essere il secondo presidio per dimensioni nel Comune subito dopo l'Ospedale Civico di Settimo Torinese.

Considerando la possibilità di utilizzare le risorse già esistenti da valorizzare e integrare in un'ottica di un Sistema Sanitario Territoriale efficiente ed integrato, si considera l'ipotesi di localizzazione della nuova Casa della Comunità "Hub" nei pressi del complesso di Via Leinì 70.

Da un'ulteriore verifica approssimativa riguardo ai tempi di percorrenza in auto, dal centro dei vari comuni all'area individuata si evince che:

- S. Benigno Canavese - Via Leinì 70, Settimo Torinese
Distanza 15,7Km percorrendo l'Autostrada della Valle d'Aosta (A5);
Tempo di percorrenza: 18 minuti in condizioni di traffico scorrevole;
- Volpiano - Via Leinì 70, Settimo Torinese
Distanza: 11,6Km percorrendo l'Autostrada della Valle d'Aosta (A5);
Tempo di percorrenza: 12 minuti in condizioni di traffico scorrevole;
- Leinì - Via Leinì 70, Settimo Torinese
Distanza: 7,8Km;
Tempo di percorrenza: 12 minuti in condizioni di traffico scorrevole.

È da sottolineare che tali valori sono stati calcolati tramite Google Maps con partenza dal centro ipotetico delle città, per cui i questi possono essere considerati indicativi e variabili a seconda del luogo e orario di partenza.

Per quanto riguarda il trasporto pubblico l'area in questione è attualmente poco collegata, con tempi di percorrenza che possono superare i 60 minuti. Tale problema viene attualmente considerato trascurabile in quanto si considera una riprogrammazione doverosa della rete di au-



Figura 3.21_ Localizzazione dell'area presa in esame, vista da Google Maps

tobus in caso di interventi importanti sul piano della Sanità Territoriale.

La figura 3.21 mostra in maggiore dettaglio l'area in discussione.

L'edificio dell'Asl è disposto longitudinalmente sull'asse Nord-Sud, con il prospetto Sud su Via Leinì, una strada molto trafficata che termina nel centro di Settimo Torinese, e con il prospetto Est su Corso Piemonte.

L'area circondata da edifici residenziali, ma mentre sul fronte sud è completamente delimitato da una zona ad alta densità abitativa, sugli altri fronti il territorio gode di molte aree verdi, attrezzate e non. La rotatoria adiacente, nata dal raccordo con la zona industriale di Settimo Torinese, l'autostrada e le altre strade urbane, rappresenta un punto fondamentale per la connessione dell'edificio, non solo per i tre comuni di afferenza, ma anche per il collegamento della stessa Asl con l'ospedale principale di Torino. Come evidenziato in figura 3.22, le aree verdi oltre ad essere di grandi dimensioni, sono molto vicine tra loro, garantendo una facile connessione. Una di esse è di pertinenza della Scuola Superiore Galileo Ferraris ma attualmente è dismessa. L'area verde a nord ovest, che separa il piccolo centro commerciale del Mercatò dall'Asl è attualmente incolta ed ospita un traliccio di modeste dimensioni. L'area ad Est invece è già attrezzata ed ospita due campi da gioco e dei percorsi pedonali

L'area attorno all'Asl è in parte di pertinenza della Croce Rossa, e l'intero isolato presenta numerose superfetazioni. Buona parte delle aree esterne attualmente è adibita a parcheggio delle ambulanze. L'edificio dell'Asl ha una forma planimetrica irregolare, ma si sviluppa quasi interamente su 2 piani senza salti di quota, inoltre è circondato da uno spazio verde piantumato.

Accanto a questi edifici è presente un ampio spazio destinato a parcheggio, poco utilizzato e con scarsa manutenzione. Il lotto in cui esso giace ha una forma trapezoidale irregolare con lati approssimativamente di 40 e 70 metri, con una superficie di circa 3400 m². Inoltre attualmente appare chiuso verso Nord, ma non si esclude una possibile apertura verso la rotatoria.

Dunque nell'ipotesi di realizzare una nuova Casa della Comunità "Hub" a Settimo Torinese, accorponosi ad un altro edificio al fine di valorizzare il patrimonio esistente e favorire il concetto di riuso, e migliorare l'Assistenza Sanitaria Territoriale del distretto di Settimo Torinese, si è deciso di progettare un edificio in corrispondenza del Parcheggio, re-

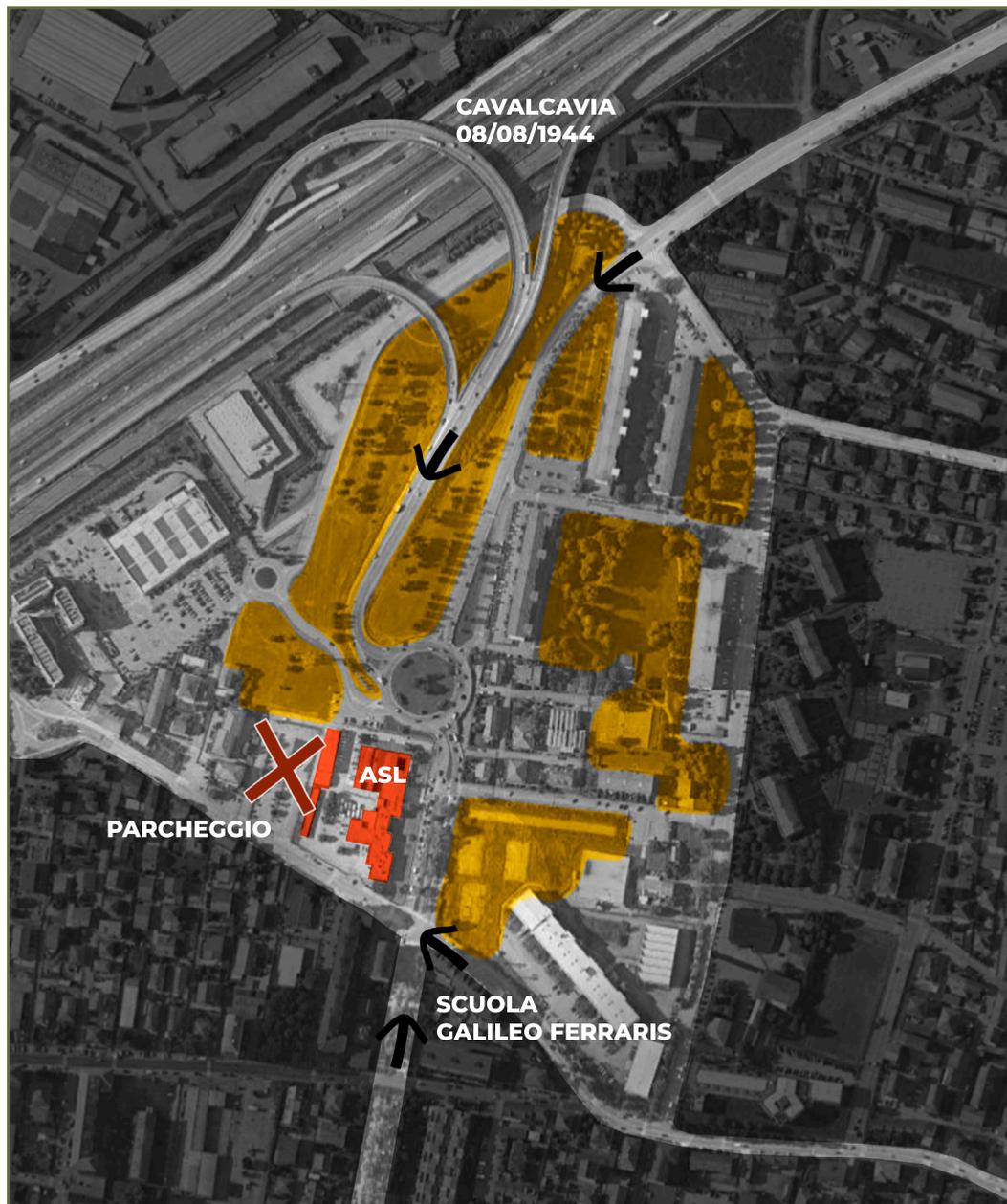


Figura 3.22_ Analisi schematica dell'area, vista da Google Maps

stituendo ad esso una funzione, e restituendo al terreno la permeabilità persa con la cementificazione. Non di minor importanza, l'intervento contribuirà anche a un "miglioramento estetico" del prospetto su Via Leinì (che come già detto rappresenta una strada di una certa rilevanza). L'intervento potrebbe inoltre fungere da collegamento per le aree verdi attualmente in disuso e non sfruttate, per la creazione di un percorso ciclopedonale chiuso e aree attrezzate da cedere alla comunità di Settimo Torinese, integrando la Casa della Comunità rendendola un luogo vivibile e lontano dai concetti di semplici strutture sanitarie.

_3.6 Analisi SWOT

Dopo aver individuato gli ipotetici attori (la comunità, medici e specialisti, le associazioni, i giovani, l'ASL ecc.) è stata elaborata un'analisi di tipo SWOT mettendo in luce i punti di forza, i punti di debolezza, le opportunità e le minacce che questo intervento potrebbe comportare.

| | |
|--|--|
| <p>PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Risparmio sui costi di gestione del Distretto ▶ Risparmio sui costi del personale ▶ Unico punto di accesso ai servizi territoriali ▶ Miglioramento del fattore paesaggistico del quartiere ▶ Maggiore efficienza del Sistema Sanitario Territoriale | <p>PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Costi di realizzazione del complesso ▶ Costi di un piano di comunicazione e formazione degli utenti ▶ Gestione degli spazi pubblici e privati ▶ Costi di un nuovo piano di accessibilità con il trasporto pubblico |
| <p>OPPORTUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Riduzione di accessi agli pronto soccorso ▶ Riduzione dei ricoveri inopportuni ▶ Rapporto fiduciale medico-paziente ▶ Fiducia nella Sanità Pubblica ▶ Integrazione tra professionisti ▶ Coinvolgimento attivo della comunità ▶ Coinvolgimento attivo dei giovani ▶ coinvolgimento attivo della popolazione straniera ▶ Maggiore informazione | <p>MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficoltà della comunità nel cambiare le abitudini ▶ Scarsa efficienza nella comunicazione ▶ Scarsa integrazione tra professionisti ▶ Utilizzo improprio della struttura |

_3.7 Sopralluogo

Una volta svolte le analisi preliminari e individuati gli obiettivi è stato di fondamentale importanza raggiungere l'area di intervento.

Nelle prossime pagine vengono illustrate delle foto scattate durante un sopralluogo dell'area oggetto di analisi. Si può notare, oltre alla presenza di superfetazioni, una gestione poco efficiente ed efficace di tutto lo spazio esterno. Le auto e i mezzi della Croce Rossa hanno accesso ad aree pedonali e non c'è una configurazione definita dei parcheggi. La presenza delle aree verdi non è accompagnata da una corretta manutenzione, rendendo tali aree non fruibili. Il fronte stradale non comunica informazioni e non aiuta a migliorare il decoro della città. Nella foto n.2 si notano due blocchi prefabbricati di recente costruzione (non rilevati nella vista satellitare di Google Maps), che si presume siano temporanei ed adibiti a deposito.

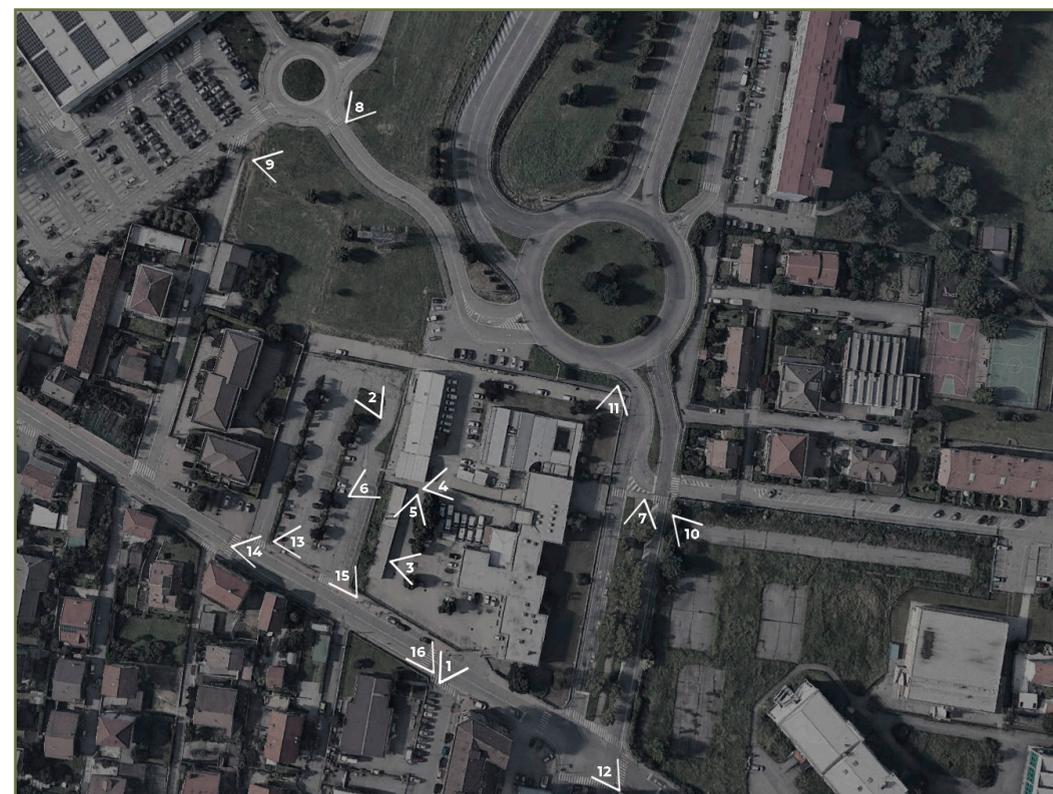


Figura 3.23_ Punti di scatto delle foto seguenti. Vista satellitare da Google Maps



Foto n.1_ Ingresso principale dell'Asl, su Via Leini



Foto n.2_ Vista dal parcheggio dei due edifici prefabbricati di recente costruzione



Foto n.3_ Vista interna dell'area



Foto n.4_ Vista interna dell'area, presenza di superfetazioni e mezzi parcheggiati impropriamente



Foto n.5_ Vista interna dell'area, elementi abusivi sulla destra, parcheggio auto non controllato



Foto n.6_ Vista interna dell'area, edificio della Croce Rossa



Foto n.7_ Percorso ciclopedonale su Corso Piemonte



Foto n.8_ Spazi verdi inutilizzati adiacenti alla rotatoria



Foto n.9_ Spazio verde inutilizzato tra il parcheggio e la rotatoria



Foto n.11_ Lato Est dell'edificio dell'Asl, zona verde piantumata



Foto n.10_ Area verde incolta di pertinenza della scuola



Foto n.12_ Vista dell'edificio dell'ASL dall'incrocio tra Corso Piemonte e Via Leini



Foto n.13_ Parcheggio



Foto n.15_ Ingresso del parcheggio



Foto n.14_ Vista del parcheggio da Via Leini



Foto n.16_ Vista dell'area di pertinenza dell'Asl da Via Leini

CAPITOLO 4

Il progetto della Casa della Comunità

Una volta concluse le dovute analisi si è passati, prima che all'ipotesi della "forma" dell'edificio, al dimensionamento dello stesso. Nell'ottica di realizzare una nuova Casa della Comunità si tiene conto di avere un bacino d'utenza ridotto per quanto riguarda i servizi di base che deve avere una CdC, per cui il servizio relativo ai Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta vanno dimensionati orientativamente sulla metà della popolazione, ovvero 23.350 abitanti. Considerando lo stato attuale dei MMG, che sono già consolidati nel territorio il calcolo indicativo del numero di professionisti viene arrotondato per difetto:

Sulla metà della popolazione, dunque 23.350 abitanti, vanno considerati solo gli adulti per i MMG e solo i bambini da 0 a 14 anni per i pediatri di libera scelta. Secondo il censimento del 2021, 5.596 abitanti hanno da 0 a 14 anni per cui il calcolo del numero di pediatri sarà fatto per 2.798 unità. Considerando un pediatra ogni 800 bambini il risultato è 3,49 che è stato arrotondato per difetto a 3.

Il calcolo invece dei MMG sarà su 20.551 abitanti. Ogni MMG deve farsi carico di 1.500 pazienti, per cui il numero di medici necessari sarà 13,7, che è stato ridotto a 12.

Una volta effettuato il calcolo approssimativo del numero di MMG e PL ci si è concentrati sulle funzioni già presenti nel presidio esistente per capire se e come integrarle. Siccome non è stato possibile ottenere elaborati grafici e informazioni dettagliate sulla struttura ci si è basati sulle risorse disponibili online. Dalla banca dati del sito web SalutePiemonte-asserato alla sanità, risulta che l'edificio in Via Leinì 70 ospita le seguenti funzioni:

- prestazioni ambulatoriali;
- centro dialisi;
- distribuzione diretta dei farmaci;

- infermieristica;
- diagnostica per immagini;
- recupero riabilitazione funzionale (RRF);
- diabetologica:1 livello;
- centro prelievi.

(SalutePiemonte)

Prendendo in considerazione le informazioni descritte nel primo capitolo, in merito alle funzioni che una Casa della Comunità “Hub” deve avere, è stato ipotizzato di spostare alcuni servizi dalla struttura esistente alla struttura nuova per fare spazio ad altri non presenti in precedenza. Si considera ad esempio di trasferire nella nuova struttura tutti i servizi relativi all'accoglienza, per cui l'accesso principale per la comunità sarà dal nuovo edificio. Insieme all'atrio si considera il Centro Unico di Prenotazione, il servizio di pagamento del Ticket (che oggi comprende il l'installazione di sportelli automatici) e il Punto Unico di Accesso.

Secondo l'ipotesi di progetto i servizi medici presenti nella nuova struttura saranno, oltre che gli studi di MMG e PLS, l'Infermeria e il Punto di Primo Intervento, il quale si suppone debba essere di rapida accessibilità per gli utenti in casi di particolare urgenza. Anche le funzioni dedicate alla cura della persona che riguardano gli aspetti socio-sanitari vengono posizionati all'interno della nuova struttura, poichè servizi che più di altri necessitano di spazi adeguati, e accortezze che possano mettere al proprio agio i pazienti in difficoltà.

Tra le funzioni invece non presenti nell'elenco delle attività ricavato dalla banca dati di SalutePiemonte, ed ipotizzate all'interno della nuova struttura sono la Centrale Operativa, gli ulteriori Servizi specialistici, e l'Unità Speciale di Continuità Assistenziale.

Nella figura 4.1 è rappresentato uno schema funzionale dei due edifici e delle relative funzioni considerando le connessioni dirette (linee continue) e indirette (linee tratteggiate) necessarie per il corretto e ottimale funzionamento della struttura sanitaria vista come insieme. Questo schema permette di comprendere come potrebbero essere disposte le varie funzioni e comprendere degli ipotetici flussi da gestire in fase di progetto. Le funzioni sono state raggruppate anche in base al colore che evidenzia quelle di amministrazione/gestione, quelle relativi agli aspetti

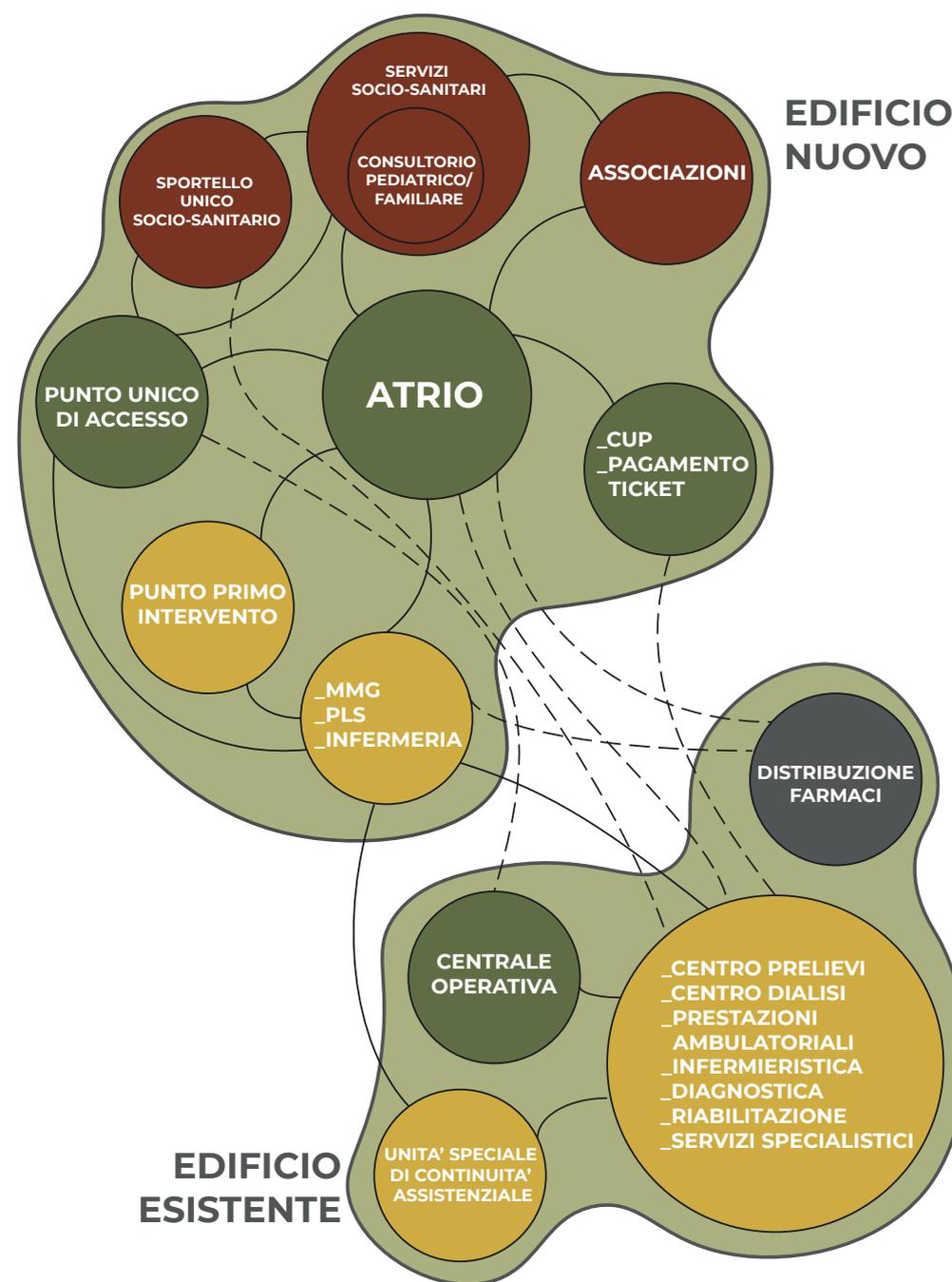


Figura 4.1_ Schema funzionale della CdC tra nuovo ed esistente

socio-sanitari, e quelle effettivamente operative in ambito medico, per ultima la distribuzione di farmaci.

_4.1 Criticità

In una prima fase di progetto sono state elencate le criticità dell'area di pertinenza attuale dell'ASL (di cui alcune già discusse nei paragrafi precedenti):

- mancata gestione dei parcheggi e scarso controllo degli accessi carrabili nell'area interna;
- gestione degli ingressi e dei flussi poco chiari e non strutturati;
- presenza di superfetazioni;
- prospetto su fronte strada di scarso pregio con visuale sul parcheggio e aiuole incolte;
- costruzione recente di elementi prefabbricati (di cui si presuppone la temporaneità d'uso);
- assenza di spazi esterni dedicati agli utenti (interni ed esterni) per l'attesa (o pausa) fuori dall'edificio;
- mancata delimitazione delle aree di pertinenza dell'ASL e della Croce rossa.

In seguito le criticità relative all'intera area circostante:

- vaste aree verdi dismesse, con un migliore sfruttamento del verde solo in prossimità di edifici residenziali medio-grandi;
- assenza di piste ciclabili e, in alcuni casi, di marciapiede, con carreggiate troppo strette per un'eventuale ipotesi di inserimento.

In fase di progettazione viene ipotizzata la forma dell'edificio tenendo in considerazione le criticità sopra elencate e criteri di sostenibilità ambientale e sociale, dunque tra gli obiettivi:

- individuare gli elementi abusivi/temporanei con l'ipotesi di demolizione o smantellamento degli stessi
- individuare gli accessi e i flussi carrabili e pedonali

- individuare l'ipotetico punto di accesso alla struttura;
- garantire luce naturale negli ambienti interni;
- garantire la privacy e soddisfare le esigenze degli utenti;
- garantire spazi piacevoli e dedicati agli utenti (interni ed esterni), favorendo il contatto con l'esterno, dunque con la natura;
- utilizzare materiali sostenibili, favorire costruzioni a secco con elementi prefabbricati.

In merito all'intera area:

- individuare le aree verdi dismesse ed ipotizzare un'eventuale riqualificazione;
- integrare la struttura in un percorso ciclo-pedonale intervallato da aree attrezzate;
- restituire più verde possibile all'area di intervento.

Nella Figura 4.2 è stata rappresentata schematicamente l'area di intervento ed individuato un ipotetico circuito ciclopedonale, fruibile dai residenti e dagli utenti della CdC (o dai loro accompagnatori), nonché dai clienti del Supermercato presente. Nel circuito si ipotizzano aree attrezzate, di cui una già esistente nella vasta area verde ad est che comprende due campi da gioco (Parco Luciano Lama).

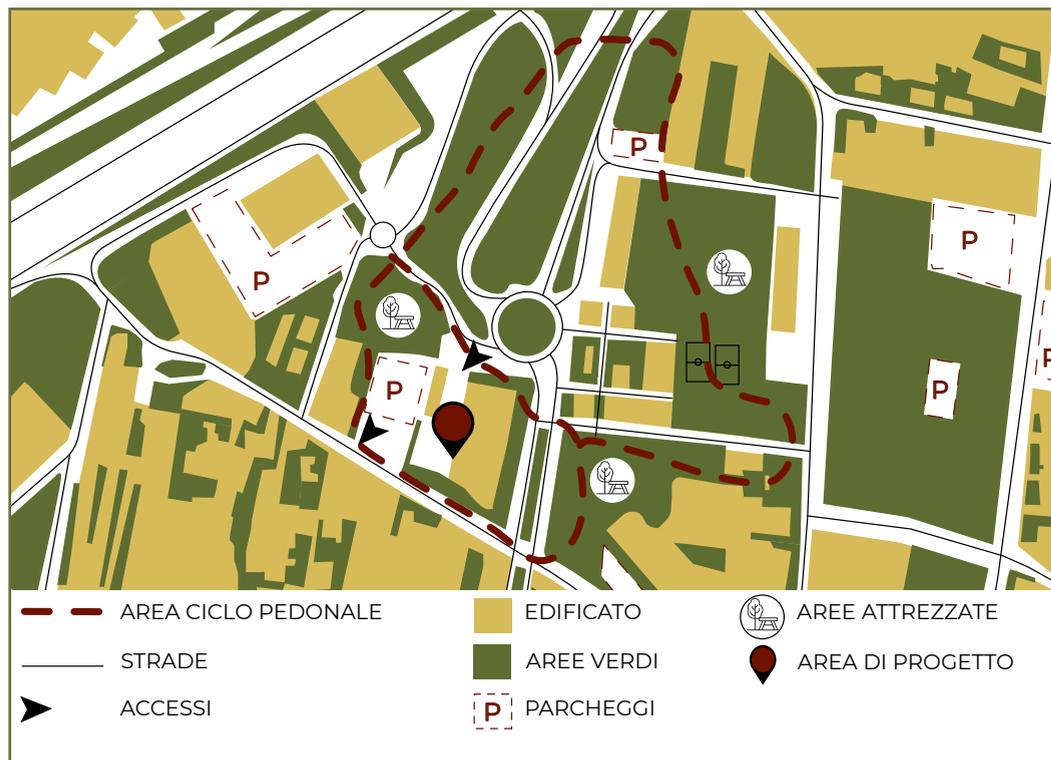


Figura 4.2_ Mappa schematica dell'area di intervento e ipotesi dei percorsi.

_4.2 Concept

Nella figura 4.3 è rappresentato il concept dell'edificio proposto e il procedimento che ha portato alla forma finale. In primo luogo si considera l'ipotesi di demolire i due corpi posti a nord dell'area, insieme al corpo che separa il parcheggio dall'ASL attualmente adibito a garage (di cui alcuni dismessi).

Nella grande area ottenuta a seguito delle demolizioni si ipotizza di collocare l'edificio sul fronte strada, nascondendo l'area di parcheggio sul retro e massimizzando l'esposizione a SUD, sfruttando anche il basso profilo degli edifici antistanti. Nella configurazione del volume di partenza si considera l'intera area e si prepone già l'idea di avere più corti interne possibili per favorire la luce naturale all'interno e collocare gli studi medici intorno ad esse. Viene lasciato ad ovest il passo carrabile per il parcheggio e viene ipotizzato l'ingresso principale a Nord, in corrispondenza della rotatoria, tale accesso infatti risulta più veloce e comodo per il raggiungimento dell'area, sia dai comuni limitrofi, che dal centro di

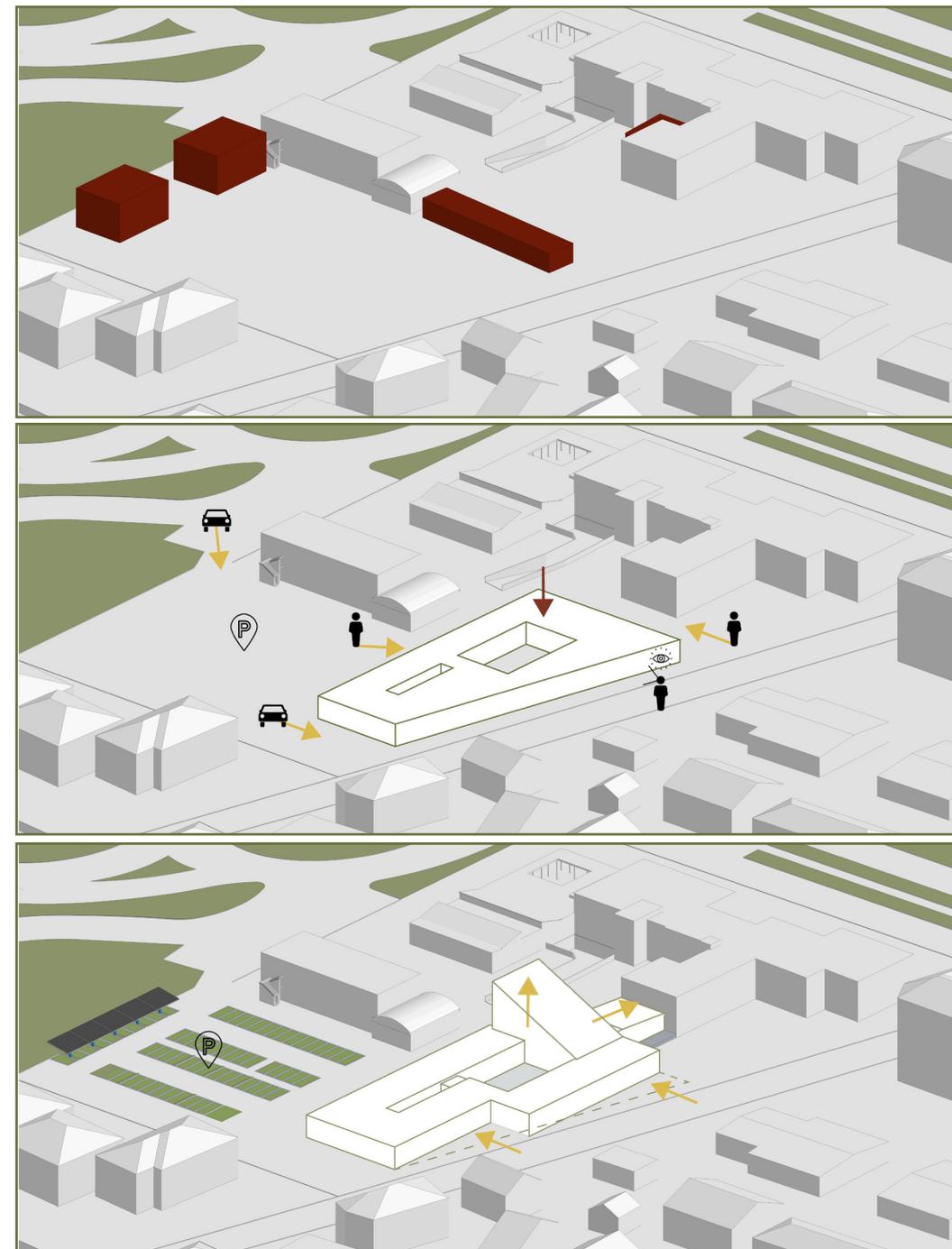


Figura 4.3_ Concept di progetto

Settimo Torinese, essendo la Via Leinì una strada molto trafficata nelle ore di punta. Insolita è invece la collocazione dell'ingresso principale che non è sul fronte strada, questo perchè si presuppone che una buona parte degli utenti che raggiunge la CdC a piedi arriva da Via Leinì, ovvero il fronte Sud ed Est che comprende buona parte dell'intero comune, invece chi raggiunge la struttura tramite mezzi propri usufruisce del parcheggio, per cui arriva dal retro dell'edificio. Inoltre, siccome si ipotizza di rendere l'atrio dell'edificio l'unico accesso alla struttura (per gli utenti esterni) è necessario che esso stia a stretto contatto con la struttura esistente per raggiungere in maniera diretta i servizi in essa contenuti. Pertanto si ipotizza di collocare l'accesso principale a Nord Est dell'area precedentemente delimitata. Tale scelta però comporta due criticità:

- Essendo sul retro dell'edificio, l'ingresso principale non risulta di facile individuazione, nè per gli utenti a piedi, nè per gli automobili.
- L'ipotetico percorso per chi accede da Via Leinì contrasterebbe un ipotetico collegamento alla struttura esistente.

Per ovviare a questi due problemi, nel terzo "step" si ipotizza di elevare il punto dell'ingresso in altezza per contraddistinguerlo dal resto dell'edificio e renderlo facilmente visibile ed intuibile; viene poi aggiunto un collegamento all'edificio esistente che rappresenta uno spazio cuscinetto per garantire le due funzioni (raggiungimento dell'atrio e collegamento tra le due strutture), e all'interno di esso sono state inserite anche alcune funzioni prettamente di tipo amministrativo. Viene poi regolarizzata la forma dell'edificio, rendendo forzatamente i lati paralleli a quelli dell'ASL esistente, rendendo in primo luogo la facciata principale più movimentata, e regolarizzando gli spazi interni nell'ottica di un assemblamento dell'edificio con elementi modulari prefabbricati (Figura 4.4 e 4.5), pertanto, una volta individuati gli ingombri di uno studio medico e del corridoio è stato ottenuto un modulo di riferimento per definire con maggior precisione le dimensioni complessive dell'edificio, fatta eccezione per l'atrio. Inoltre, per limitare il contatto visivo tra l'interno e l'esterno, e aumentare la privacy interna senza rinunciare alla luce, si prevede di rialzare l'intero edificio di circa 1m dalla quota del marciapiede e interporre delle "fasce" piantumate che separano ulteriormente l'interno con l'area pedonale.

L'ultima fase, che ha definito gli aspetti formali principali dell'edificio riguarda la schermatura delle aperture, che viene garantita tramite sporgenze della copertura che si abbassa ai suoi estremi per racchiudere le

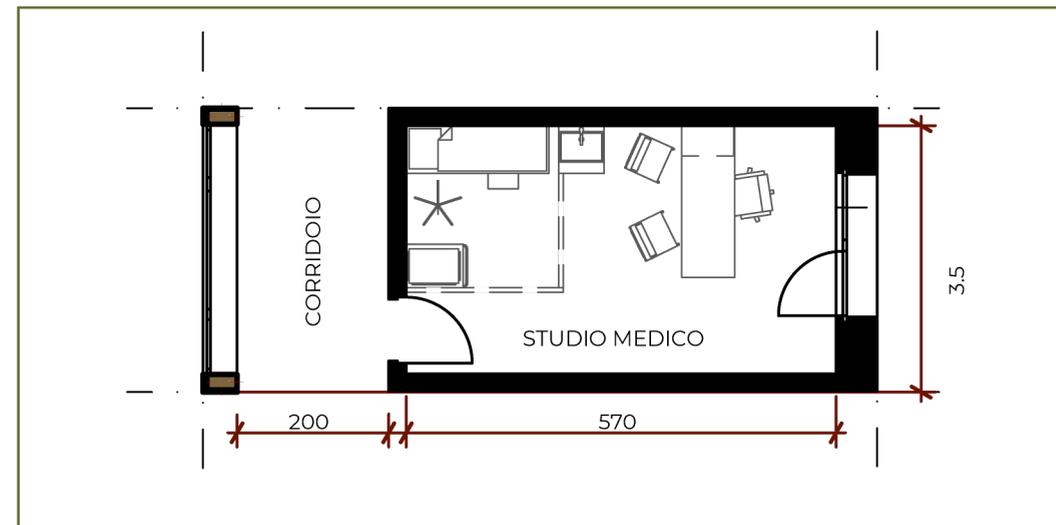


Figura 4.4_ Ipotesi di modulo degli studi medici, scala 1:100

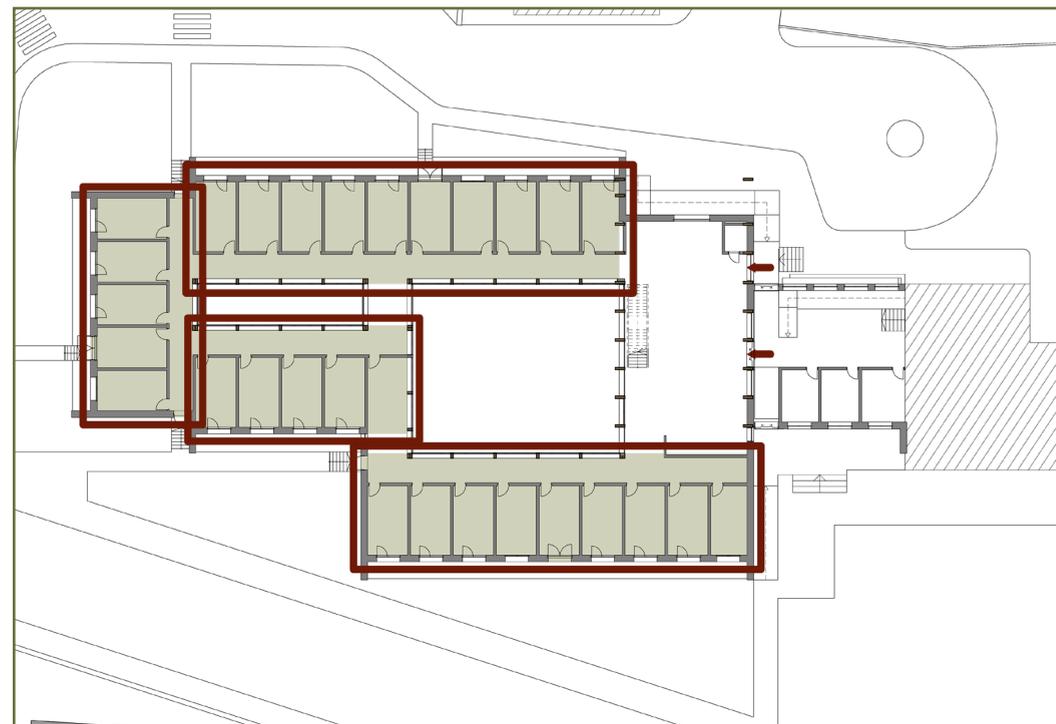


Figura 4.5_ Utilizzo e disposizione dei moduli a seguito della regolarizzazione dei volumi e l'allineamento alla struttura esistente, favorendo la prefabbricazione considerando una struttura in legno.

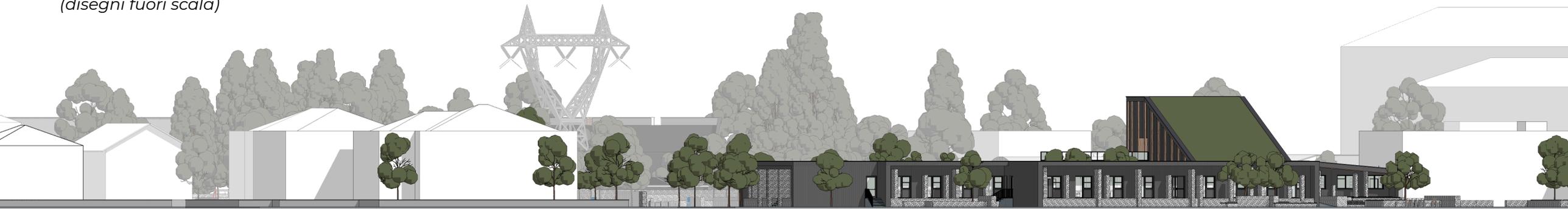
fasce piantumate antistanti la facciata. Le aperture sono poi state verificate tenendo conto della Legge Regionale n.13 del 28/05/2007 che prevedono un fattore solare delle superfici trasparenti uguali o maggiori del 70% nei periodi estivi ad EST, SUD e OVEST, e minore del 30% nel periodo invernale nel quadrante SUD. Tali verifiche vanno misurate in momenti precisi dell'anno (21/07, ore 09.00 per le superfici esposte ad EST, ore 12 per quelle esposte a SUD, e ore 16 per quelle esposte ad OVEST, mentre per il periodo invernale il 21/12 alle ore 12.00 per le superfici esposte a SUD. Ora solare).

(LR n.13 28/05/2007 Regione Piemonte)

Per comprendere al meglio l'inserimento del progetto nel contesto è stata inoltre ipotizzata, approssimativamente, la riqualificazione delle aree verdi dismesse, di cui quella ad Est di pertinenza della scuola ISS Galileo Ferraris e le aree verdi a Nord dell'area di progetto di suolo pubblico. (Variante 38 PRG Settimo Torinese). Nelle seguenti pagine sono rappresentati gli elaborati di progetto con il risultato delle proposte appena descritte.

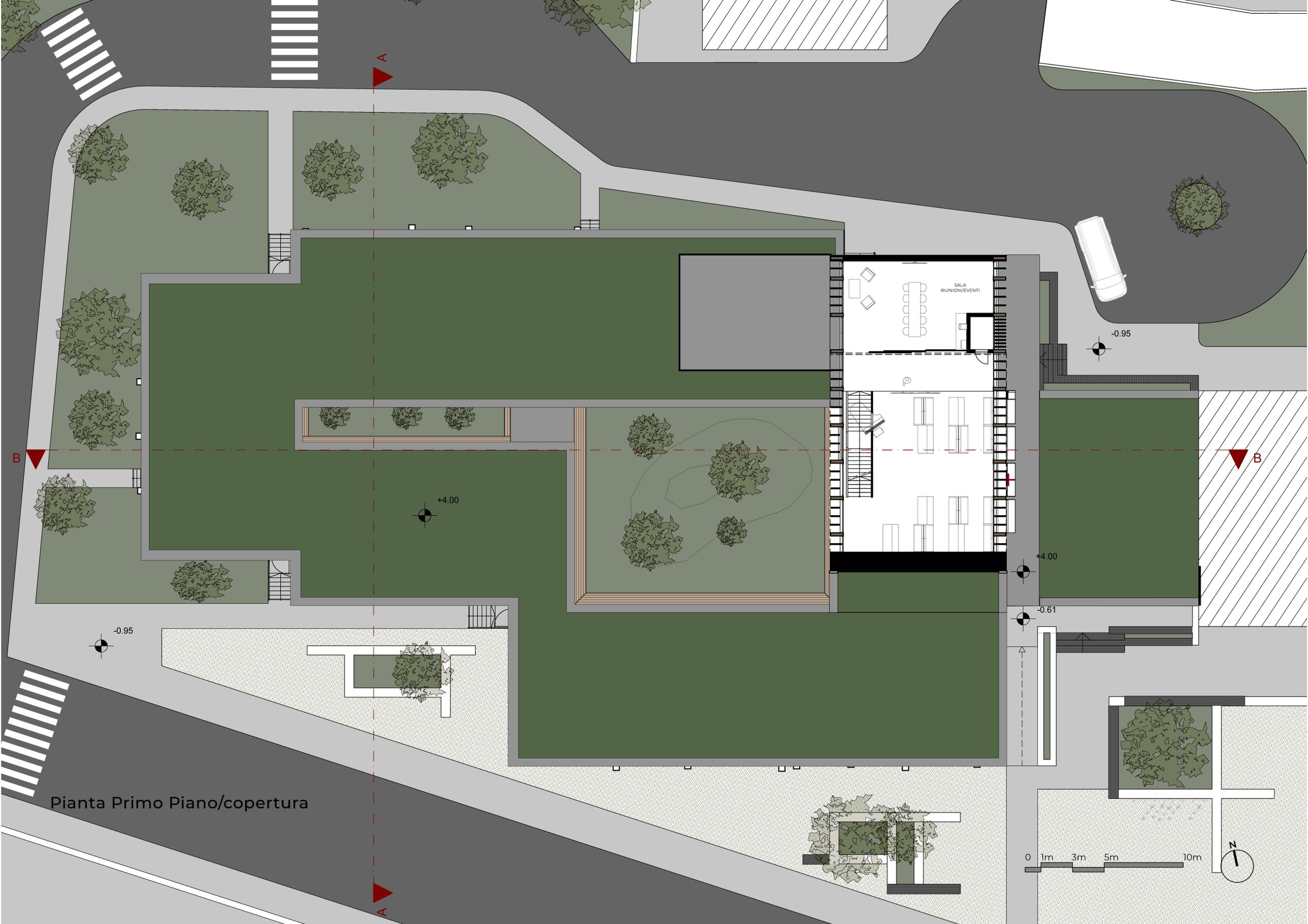


Figura 4.6_ a destra: Masterplan di progetto;
Figura 4.7_ in basso: sezione territoriale.
(disegni fuori scala)





Pianta Piano Terra



Pianta Primo Piano/copertura

SALA RIUNIONI/EVENTI

-0.95

+4.00

+4.00

-0.61

-0.95

0 1m 3m 5m 10m



Sezione B-B'

0 1m 3m 5m 10m



Sezione A-A'



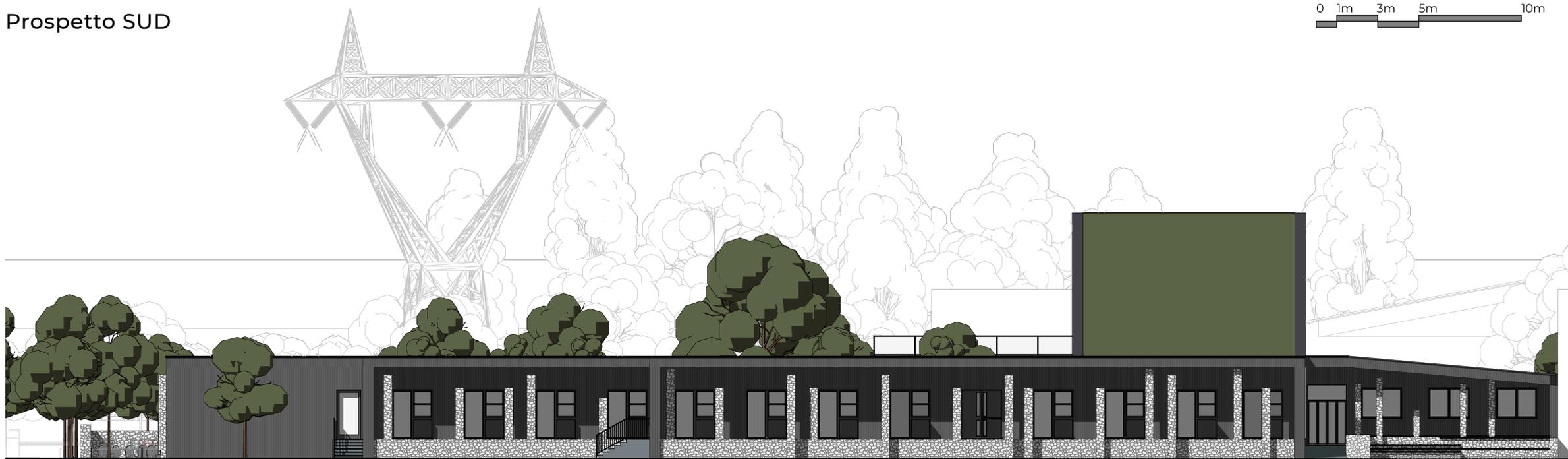
_4.3 Il progetto in dettaglio

Nelle sezioni riportate si può notare il dislivello di 1m dalla quota del pavimento esterno e la presenza delle sporgenze che contribuiscono in modo efficace nel prospetto Sud a ridurre il carico termico dovuto ai raggi solari nei periodi estivi, permettendo invece il passaggio dei raggi bassi dei periodi invernali.

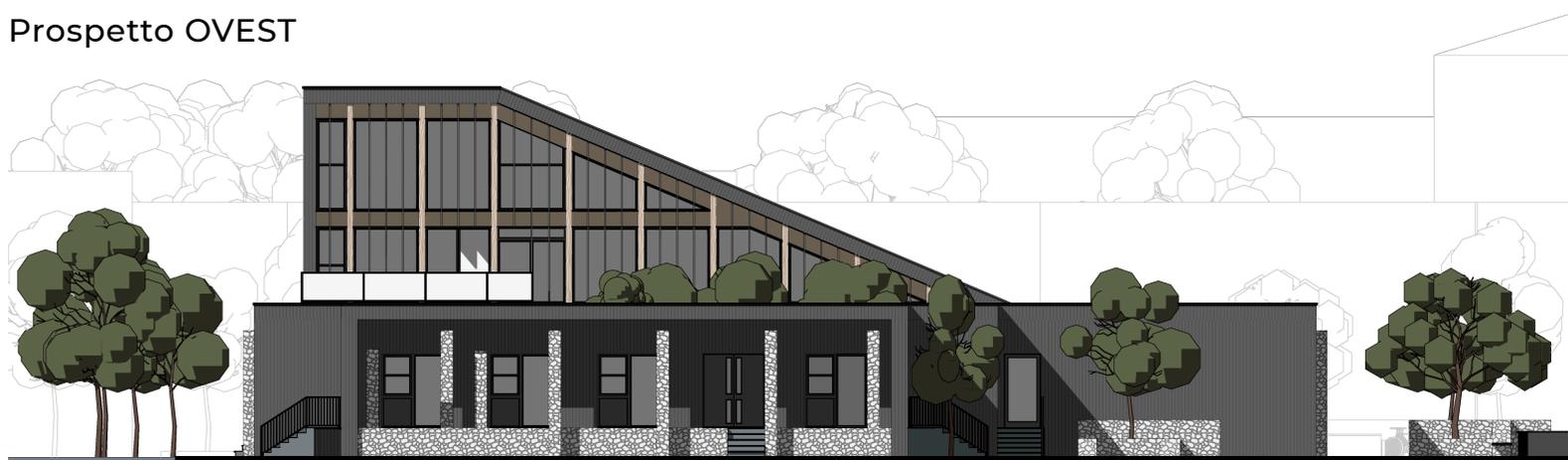
In merito al tema della privacy, lo spazio posto tra la facciata e i percorsi pedonali, come già anticipato, è diviso da una fascia verde, posta al di sotto delle sporgenze appena citate. Le spinte orizzontali del terreno vengono contenute da gabbioni metallici, il cui riempimento potrebbe essere di riciclo, ma non è stato approfondito questo tema nella tesi. L'utilizzo dei gabbioni trova ragione però nel fatto che sono strutture a secco, per cui riciclabili e riutilizzabili. A livello architettonico si è deciso di integrare i gabbioni nell'intera facciata, con elementi che si sviluppano in altezza e che svolgono molteplici funzioni: contribuisco-

1. Gabbioni Metallici LedroSteel, scheda tecnica accessibile online: <https://www.ledrosteel-box.com/gjm-steel-box.html>

Prospetto SUD



Prospetto OVEST

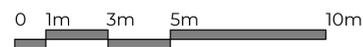


2. Tavole da rivestimento in legno, scheda tecnica accessibile online: <https://catalogs.edilportale.com/SAPIENS-BROCHURE-2021-it-en-Sapiens-0-cat-d63f6955.pdf>

no a limitare il contatto visivo tra il marciapiede e l'interno degli studi medici, fungono da supporto per piante rampicanti, contribuiscono all'ombreggiamento (principalmente nel prospetto ovest) ed hanno una funzione estetica volta a dare movimento alla facciata. I gabbioni sono poi ripresi in tutte le aree esterne, fungendo da panchine, aiuole, divisori e sostegni nello spazio circostante l'edificio, ma si considera anche l'utilizzo nelle aree verdi da riqualificare (vedere Masterplan a pag.105)

Per quanto riguarda la facciata invece si ipotizza un rivestimento in legno termotrattato², con una tecnica chiamata Shou Sugi Ban (dal Giapponese, che vuol dire "tavole di cedro bruciate"). Il processo, che brucia lo strato esterno del legno, permette di renderlo estremamente resistente agli agenti atmosferici e agli attacchi degli insetti xilofagi, e non necessita di trattamenti periodici, che com'è noto,

Prospetto EST



Prospetto NORD



consistono nell'utilizzo di vernici contenenti sostanze inquinanti che rendono il legno non riciclabile. Inoltre durante la manutenzione non si staccano le tavole dalle facciate per trattare le superfici nascoste, e questo rende le tavole meno resistenti nel tempo. Tuttavia questo trattamento altera anche le caratteristiche meccaniche del legno, rendendolo non adatto agli elementi strutturali, per questo motivo nell'edificio di progetto si nota una colorazione differente tra il legno strutturale e non.

In merito alle coperture si è ipotizzato un tetto verde estensivo che arriva fino al punto più alto dell'edificio, mentre nella porzione di copertura piana adiacente alla sala eventi si prevede un'area calpestabile adibita a terrazzo accessibile dalla sala.

Un altro tema di fondamentale importanza è l'ingresso principale. Il doppio accesso, da Nord e da Sud da vita a due aree di piacevole sosta in periodi differenti dell'anno, quello a Sud nel periodo

invernale risulta costantemente irradiato, mentre quello a Nord è costantemente ombreggiato grazie all'elevazione dell'edificio proprio in corrispondenza dell'ingresso. A Nord, essendo distante dall'area di parcheggio è stato ipotizzato un percorso carrabile per l'accompagnamento dei pazienti fino all'ingresso, e questa scelta ha ridotto lo spazio a disposizione. La rampa di collegamento tra la quota di terreno e la quota del piano di progetto quindi si posiziona sotto la sala riunioni. Tale dislivello necessita però di un'altra rampa nel corpo di collegamento siccome il piano di calpestio dell'edificio esistente è posizionato a pochi cm dalla quota di terreno. Per quanto riguarda l'accesso da Sud il dislivello viene in parte risolto all'esterno ed in parte all'interno del corpo di collegamento.

L'ingresso dunque si ha con l'atrio a tutta altezza, e una grande parete vetrata esposta ad Ovest. La grande superficie e l'esposizione ad OVEST e EST hanno comportato l'inserimento di schermature verticali (anch'esse ipotizzate in legno carbonizzato). Sul fronte Nord invece la parete del primo piano risulta completamente cieca. L'altezza del blocco dell'ingresso inoltre favorisce la ventilazione naturale tramite la risalita ed espulsione del calore nei periodi estivi, in più il fronte Ovest, essendo ruotato di alcuni gradi verso Nord, risulta in corrispondenza dei venti (seppur deboli) principali di Settimo Torinese.

Nella figura 4.8, viene mostrata un'ipotesi di struttura dell'edificio. Come già anticipato nei paragrafi precedenti, già dalla prima fase è stata privilegiata una forma rettangolare e modulare per gli studi medici allo scopo di poter costruire l'edificio con elementi prefabbricati ed assemblati a secco, contenendo i costi e i tempi, oltre che alle questioni ambientali collegate alle attività edili di costruzione in loco. I corpi che ospitano gli studi quindi sono composti da moduli in pareti di XLAM in legno di abete³ e pilastri in legno nella facciata che dà sul cortile interno.

La struttura dell'atrio è prevista con una struttura a telaio di legno lamellare tamponata con pareti in xlam (principalmente a Nord).

Nella figura 4.9 vengono riassunte le strategie adottate in fase di progettazione dell'edificio.

3. Pannelli xlam in legno di abete, scheda tecnica accessibile online: https://www.xlamdolomiti.it/assets/site/doc/Xlam_Dolomiti_Production.pdf

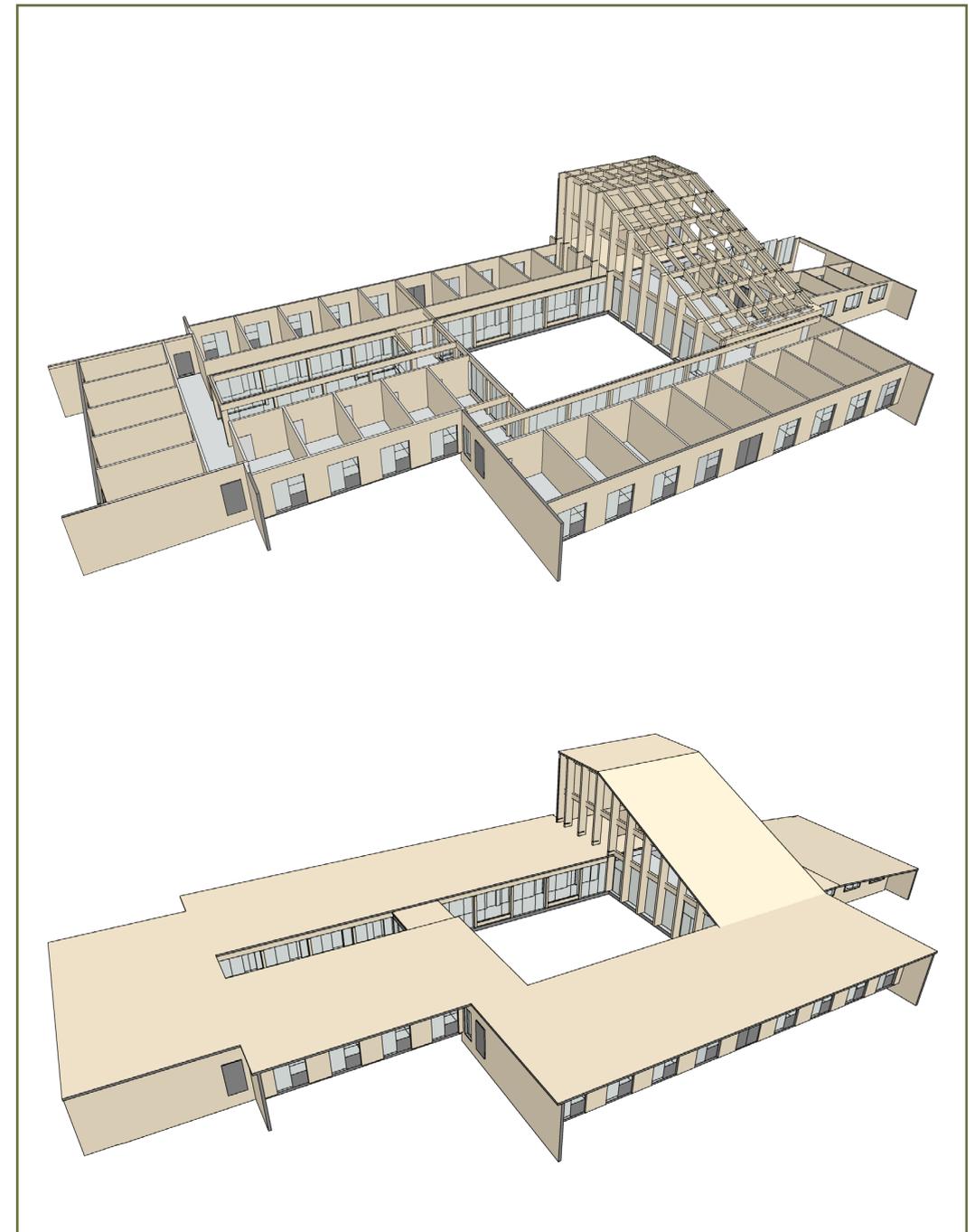


Figura 4.8_ ipotesi di schema costruttivo dell'edificio senza copertura;

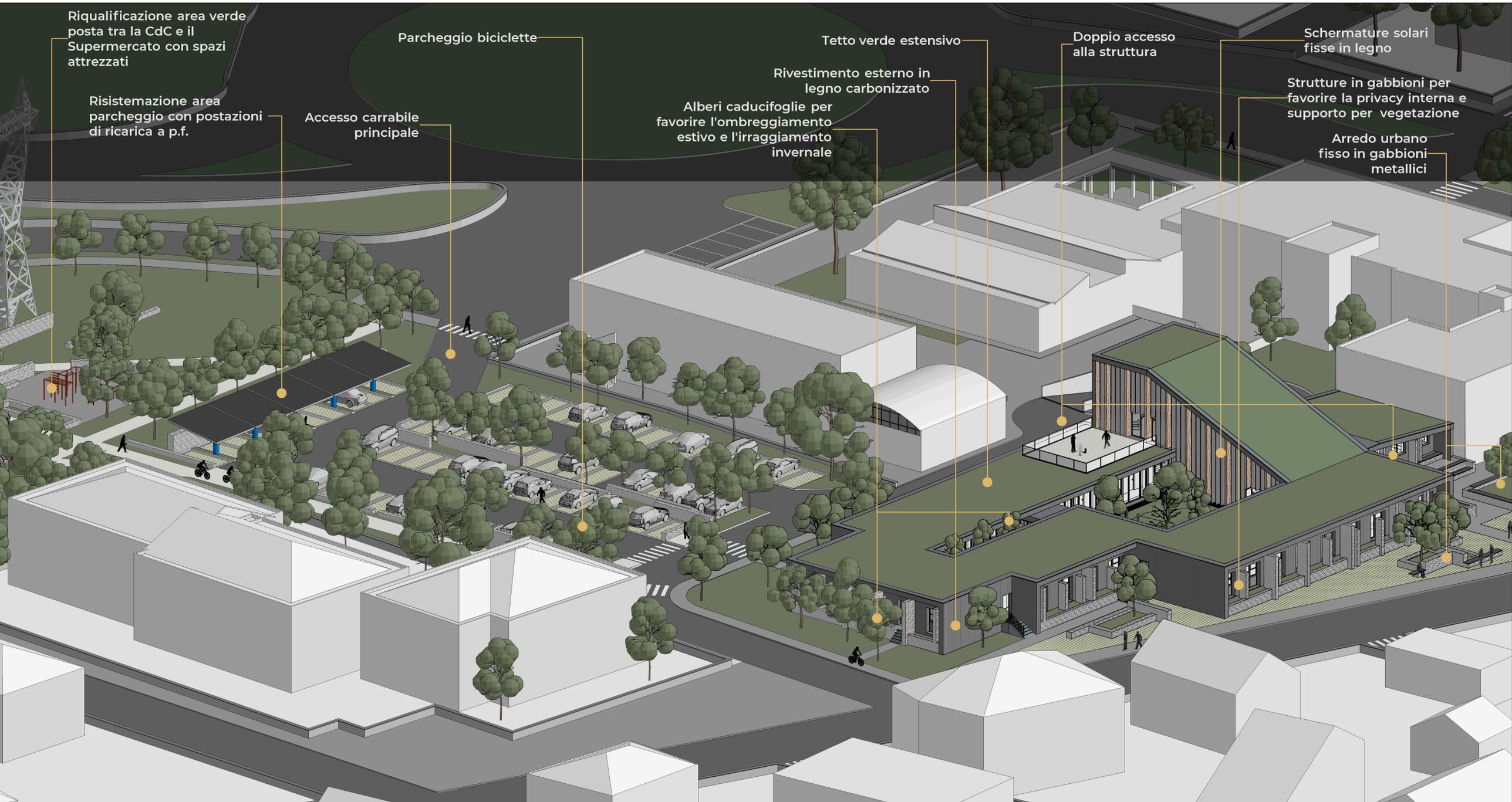
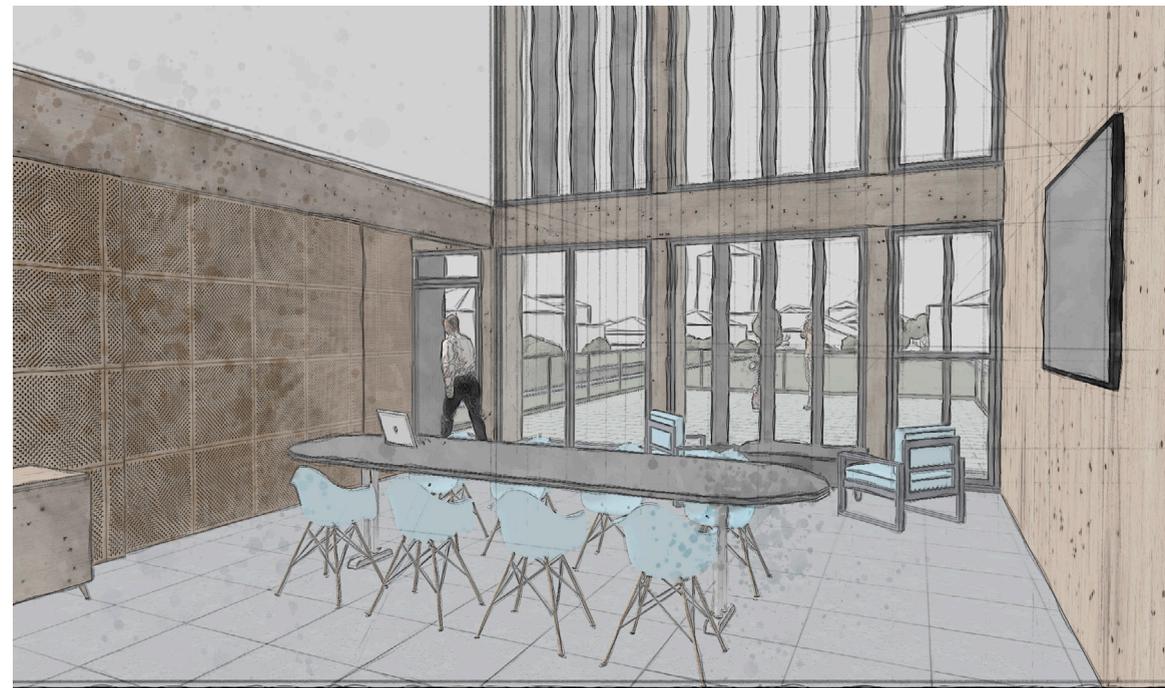
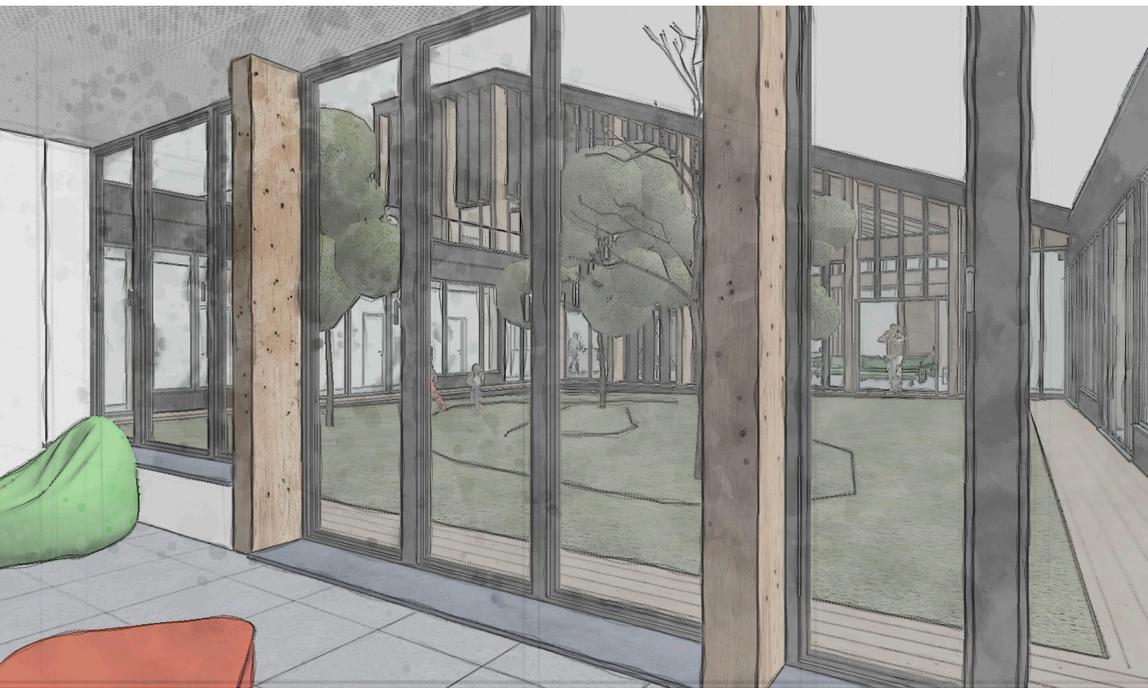


Figura 4.9_ Strategie adottate nel progetto.





CONCLUSIONI

Il tema della tesi ha riguardato la progettazione di una Casa della Comunità a Settimo Torinese, ed è stata fondamentale la fase iniziale di studio del Sistema Sanitario Territoriale e l'applicazione in Italia. Da questa prima fase è emerso che il Sistema Sanitario Nazionale punta già da decenni al rafforzamento di tale servizio, ma, almeno fino all'arrivo del PNRR di Luglio 2021 che getta le basi per un piano più dettagliato di gestione del territorio, non era presente una forte regolamentazione che potesse imporre uno sviluppo solido del Sistema Sanitario Territoriale. Il totale potere decisionale delle Regioni ha portato ad una eterogeneità sul territorio nazionale. È emerso inoltre, come ad esempio con la pandemia da Covid 19, che le nostre esigenze mutano continuamente, e che non sempre le infrastrutture riescono ad adattarsi. Per questo una buona progettazione degli spazi deve essere concepita per la comunità e deve tenere conto dei possibili cambiamenti ed adattarsi ad essi. Per tale motivo rimane un importante questione quella del riuso degli edifici, che, per quanto in Italia sia presente una grande percentuale di edifici dismessi, è chiaro che strutture dedicate alla Sanità, che di per sè è un sistema complesso, necessitano di grandi investimenti e di flessibilità degli edifici, cosa che rimane in contrapposizione con quelle che sono le caratteristiche di buona parte degli edifici esistenti. La tesi infatti è volta a sperimentare l'ipotesi di un intervento di nuova costruzione, che tiene conto comunque delle strutture preesistenti in materia sanitaria, e i vantaggi che esso può avere rispetto al completo riutilizzo di una struttura. Sarebbe interessante per uno sviluppo futuro del progetto quantificare i costi sia in fase di costruzione che in fase di esercizio, valutare dettagliatamente l'impatto ambientale che esso può avere e soprattutto gli effetti in ambito sociale che esso può generare all'interno della società e del personale sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- AGE.NA.S., REGIONE CAMPANIA, MARCHE, EMILIA-ROMAGNA, SICILIA, VENETO, TOSCANA (2009), "STATO DI ATTUAZIONE DEI MODELLI INNOVATIVI DI ASSISTENZA PRIMARIA NELLE REGIONI ITALIANE"
- AGE.NA.S. (2021), "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE"
- ARESS, (2010), "LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DELLE "CASE DELLA SALUTE"
- BLOOMBERG (2019), HEALTH INDEBLOOMBERX OF 2019
- BOIS LAB, PROVINCIA DI TORINO, SAVOIE CONSEIL GENERAL, "IL LEGNO PER UN'ARCHITETTURA SOSTENIBILE" A CURA DI GUIDO CALLEGARI E ROBERTO ZANUTINI, FIRENZE, ALINEA EDITRICE, 2010
- CAMERA DEI DEPUTATI (2021), "CASE DELLA SALUTE ED OSPEDALI DI COMUNITÀ: I PRESIDI DELLE CURE INTERMEDIE. MAPPATURA SUL TERRITORIO E NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE – DOC. N.144", IN QUOTIDIANOSANITÀ, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/ALLEGATI/ALLEGATO9118664.PDF](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9118664.pdf)
- CAPUTO P. (2013), "OBIETTIVI PRIORITARI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE E PROGETTI REGIONALI" IN "ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI" – AGENAS, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.AGENAS.GOV.IT/IMAGES/AGENAS/MONITOR/QUADERNO/PDF/13_ASSISTENZA_H24.PDF](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/13_ASSISTENZA_H24.pdf)
- CAROVILLANO S., DAMIANI G., POSCIA A. E SILVESTRINI G., "CURE PRIMARIE. CONFRONTO SHOCK TRA UK E USA", ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.SALUTEINTERNAZIONALE.INFO/2013/03/CURE-PRIMARIE-CONFRONTO-SHOCK-TRA-UK-E-USA/](https://www.saluteinternazionale.info/2013/03/cure-primarie-confron-to-shock-tra-uk-e-usa/)
- CNETO - CAPOLONGO S., MAURI M., PERETTI G., POLLO R., TOGNOLO C., ZINGARETTI G. (2016), "CENTRI SOCIO-SANITARI TERRITORIALI" (CSST), CNETO
- CREASANITA' (2020), "CASE DELLA SALUTE E PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA - LO STATO DELL'ARTE", ROMA, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/ALLEGATI/ALLEGATO8337424.PDF](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8337424.pdf)
- DAMIANI G. (2005) ASSISTENZA TERRITORIALE – OSSERVATORIOSULLASALUTE.IT,

ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.OSSERVATORIOSULLASALUTE.IT/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/10/RO-2005-ARG-ASSISTENZA_TERRITORIALE.PDF](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2005-arg-assistenza_territoriale.pdf)

- DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH AND CONSUMERS (EUROPEAN COMMISSION), 2014, DEFINITION OF A FRAME OF REFERENCE IN RELATION TO PRIMARY CARE WITH A SPECIAL EMPHASIS ON FINANCING SYSTEMS AND REFERRAL SYSTEMS, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://OP.EUROPA.EU/EN/PUBLICATION-DETAIL/-/PUBLICA-TION/C34869F8-783E-4D99-9F58-6BCD5965608E/LANGUAGE-EN](https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e/language-en)
- EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (2014) – "DEFINITION OF A FRAME OF REFERENCE IN RELATION TO PRIMAY CARE WITH A SPECIAL EMPHASIS ON FINANCING SYSTEMS AND REFERRAL SYSTEMS", ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://EC.EUROPA.EU/HEALTH/SITES/DEFAULT/FILES/EXPERT_PANEL/DOCS/004_DEFINITIONPRIMARYCARE_EN.PDF](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf)
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (2015), "BUILDING PRIMARY CARE IN A CHANGING EUROPE" IN ILSOLE24ORE SANITÀ, ACCESSIBILE IN: [HTTPS://WWW.EURO.WHO.INT/_DATA/ASSETS/PDF_FILE/0018/271170/BUILDIN-GPRIMARYCARECHANGINGEUROPE.PDF](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/buildingprimarycarechangingeurope.pdf)
- EUROPA.EU, (2021), NextGenerationEU, accesibile online: https://europa.eu/next-generation-eu/index_it
- FALLA A., (2021), "DA DIECI ANNI CHIUEVAMO OSPEDALI (SOPRATTUTTO PUBBLICI): COSÌ LA PANDEMIA CI HA TROVATO IMPREPARATI", ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.TODAY.IT/ATTUALITA/OSPEDALI-ITALIA-PANDEMIA.HTML](https://www.today.it/attualita/ospedali-italia-pandemia.html)
- FASSARI L., (2021), "ASSISTENZA TERRITORIALE AL PALO. LA STORIA INCOMPIUTA DELLE CASE DELLA SALUTE: A 14 ANNI DALLA LEGGE IN OLTRE IL 30% DELLE REGIONI NON CI SONO. POCHI ANCHE GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ" IN QUOTIDIANO-SANITÀ, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/STUDI-E-ANALISI/ARTICOLO.PHP?ARTICOLO_ID=93087](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=93087)
- FATEBENEFRAPELLI, "SISTEMA SANITARIO ITALIANO: UN DONO CHE FA LA DIFFERENZA", FATEBENEFRAPELLI.IT, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.FATEBENEFRA-TELLI.IT/BLOG/SISTEMA-SANITARIO-ITALIANO-UN-DONO-CHE-FA-LA-DIFFERENZA](https://www.fatebenefratelli.it/blog/sistema-sanitario-italiano-un-dono-che-fa-la-differenza)
- FONDAZIONI S.CLELIA BARBIERI E CASA DELLA CARITÀ A CURA DEL GRUPPO INTERREGIONALE "CASE DELLA SALUTE", (2017), "IL MANIFESTO SALUTE BENE COMUNE/PER UNA AUTENTICA CASA DELLA SALUTE" IN SENATO.IT, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.SENATO.IT/APPLICATION/XMANAGER/PROJECTS/LEG17/ATTACHMENTS/DOCUMENTO_EVENTO_PROCEDURA_COMMISSIONE/FI-](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/fi-)

LES/000/004/885/CASE_DELLA_SALUTE_3.PDF

- HEALTH CONSUMER POWERHOUSE, (2018), "EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2018", ACCESSIBILE ONLINE:
[HTTPS://HEALTHPOWERHOUSE.COM/MEDIA/EHCI-2018/EHCI-2018-REPORT.PDF](https://healthpowerhouse.com/media/ehci-2018/ehci-2018-report.pdf)
- IPSOS (2021), "LEVEL OF SATISFACTION WITH NATIONAL HEALTH SYSTEMS WORLDWIDE AS OF 2019, BY COUNTRY" ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.STATISTA.COM/STATISTICS/1109036/SATISFACTION-HEALTH-SYSTEM-WORLDWIDE-BY-COUNTRY/](https://www.statista.com/statistics/1109036/satisfaction-health-system-worldwide-by-country/)
- IRES – PERINO G., SILENO L., TRESALLI G., VIBERTI G. (2021), "CONTRIBUTO DI RICERCA 317/2021_RETE OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE IN PIEMONTE – EVOLUZIONE, SCENARI, LINEE DI INTERVENTO 2020", IN IRESPIEMONTE, ACCESSIBILE ONLINE:
[HTTPS://WWW.IRES.PIEMONTE.IT/PUBBLICAZIONI_IRES/CR-317_2021.PDF](https://www.ires.piemonte.it/pubblicazioni_ires/cr-317_2021.pdf)
- ISTAT (2021) DATI DEMOGRAFICI DELLA POPOLAZIONE ITALIANA
- ISTAT (2021) DATI SULLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE ITALIANA
- LEGGE 296/2006 – ART.1, COMMA 806 ALLEGATO A
- LOZITO F. (2016), "QUEL PASTICCIACCIO BRUTTO DELLA PRIVATIZZAZIONE DEL NHS" IN HEALTHDESK, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.HEALTHDESK.IT/STORIES/QUEL-PASTICCIACCIO-BRUTTO-PRIVATIZZAZIONE-NHS](http://www.healthdesk.it/stories/quel-pasticciaccio-brutto-privatizzazione-nhs)
- LF (2020), "IL FLOP DELLE CASE DELLA SALUTE. ORARI DI APERTURA LIMITATI E DOMENICA QUASI SEMPRE CHIUSE. SERVIZI DIFFERENTI TRA REGIONI E SCARSA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA. CREA-FP CGIL: "MODELLO POCO INNOVATIVO E POCO ATTENTO AI BISOGNI REALI", IN QUOTIDIANOSANITÀ, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/STUDI-E-ANALISI/ARTICOLO.PHP?ARTICOLO_ID=87057](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=87057)
- MACIOCCO G. (2013), "RIFLESSIONI SUL FUTURO DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE" IN "ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI" – AGENAS, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.AGENAS.GOV.IT/IMAGES/AGENAS/MONITOR/QUADERNO/PDF/13_ASSISTENZA_H24.PDF](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/13_assistenza_h24.pdf)
- MINISTERO DELLA SALUTE (2019), "I PRINCIPI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)" IN SALUTE.GOV, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.SALUTE.GOV.IT/PORTALE/LEA/DETTAGLIOCONTENUTILEA.JSP?LINGUA=ITALIANO&ID=5073&AREA=LEA&MENU=VUOTO](https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettagliocontenutilea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=lea&menu=vuoto)

- MINISTERO DELLA SALUTE (2017), "COSA SONO I LEA" IN SALUTE.GOV, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.SALUTE.GOV.IT/PORTALE/LEA/DETTAGLIOCONTENUTILEA.JSP?AREA=LEA&ID=1300&LINGUA=ITALIANO&MENU=LEAESSN](https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettagliocontenutilea.jsp?area=lea&id=1300&lingua=italiano&menu=leaEssn)
- NOTARI A (2021), "CASA DELLA COMUNITÀ, ECCO COME FUNZIONA IL "MODELLO" EMILIA-ROMAGNA" IN DIFESAPOPOLO.IT, ACCESSIBILE ONLINE:
- OMS (2021), "ASSISTENZA SANITARIA DI BASE", ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.DIFESAPOPOLO.IT/MOSAICO/CASE-DELLA-COMUNITA-ECCO-COME-FUNZIONA-IL-MODELLO-EMILIA-ROMAGNA](https://www.difesa popolo.it/mosaico/case-della-comunita-ecco-come-funziona-il-modello-emilia-romagna)
- [HTTPS://WWW.WHO.INT/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/PRIMARY-HEALTH-CARE](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care)
- OMS (1978), DICHIARAZIONE DI ALMA-ATA
- PANUCIO A., "SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA: APPROPRIATEZZA NELL' UTILIZZO DEI SERVIZI DI PRIMO CONTATTO" IN "ASSISTENZA H24 E RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PRONTO SOCCORSO: EVIDENZE E INDIRIZZI" – AGENAS, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.AGENAS.GOV.IT/IMAGES/AGENAS/MONITOR/QUADERNO/PDF/13_ASSISTENZA_H24.PDF](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/13_assistenza_h24.pdf)
- PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - PNRR (2021)
- PICCARDO C., "SOSTENIBILITÀ DEGLI EDIFICI IN LEGNO – INDIRIZZI PER LA PROGETTAZIONE", MILANO, FRANCOANGELI, 2015
- POLILLO R., "LA CASA DELLA SALUTE. RIFLESSIONI SU UN MODELLO SEMPRE ATTUALE.ANCHÉ NEL LAZIO", QUOTIDIANOSANITA, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/STUDI-E-ANALISI/ARTICOLO.PHP?ARTICOLO_ID=12890](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=12890)
- QUOTIDIANOSANITA(2015), "CURE PRIMARIE.L'ITALIA TRA LE PRIME D'EUROPA. IL RAPPORTO DELL'OMS" ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/STUDI-E-ANALISI/ARTICOLO.PHP?ARTICOLO_ID=26690](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=26690)
- QUOTIDIANOSANITA(2019), "LA SPAGNA SCALZA L'ITALIA E DIVENTA IL PAESE PIÙ SANO AL MONDO", ACCESSIBILE ONLINE: [HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/STUDI-E-ANALISI/ARTICOLO.PHP?ARTICOLO_ID=71299](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=71299)
- ROSSI S. (2021), "IL MODELLO SANITARIO AMERICANO E LE SUE EVOLUZIONI" IN PPHC, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.PPHC.IT/IL-MODELLO-SANITARIO-AMERICANO-E-LE-SUE-EVOLUZIONI/](https://www.pphc.it/il-modello-sanitario-americano-e-le-sue-evoluzioni/)
- ROGORA A., "PROGETTAZIONE BIOCLIMATICA PER L'ARCHITETTURA MEDITERRANEA-METODI ESEMPLI", MILANO WOLTERS KLUWER, 2012
- SALUTEPIEMONTE - ASSESSORATO ALLA SALUTE, (2021), BANCA DATI SERVIZI SANITARI A SETTIMO TORINESE – ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://SANSOL.ISAN.CSI.IT/](https://sansol.isan.csi.it/)

LA-MIA-SALUTE/TROVA-UN/#/MEDICI-PEDIATRI

- SALUTEPIEMONTE - ASSESSORATO ALLA SALUTE, (2021), BANCA DATI MEDICI E PEDIATRI A SETTIMO TORINESE – ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://SANSOL.ISAN.CSI.IT/LA-MIA-SALUTE/TROVA-UN/#/MEDICI-PEDIATRI](https://sansol.isan.csi.it/la-mia-salute/trova-un/#/medici-pediatri)
- TOBRUK D., (2020), "CASA DELLA SALUTE: COS'È, COME FUNZIONA E RUOLO DELL'INFERMIERE", IN DIMENSIONEINFERMIERE, ACCESSIBILE ONLINE: [HTTPS://WWW.DIMENSIONEINFERMIERE.IT/CASA-DELLA-SALUTE-COSA-SONO-RUOLO-INFERMIERE/](https://www.dimensioneinfermiere.it/casa-della-salute-cosa-sono-ruolo-infermiere/)
- TRADA TECHNOLOGY,"LOW-ENERGY, TIMBER FRAME BUILDINGS", TRADA TECHNOLOGY LTD,2011

SITOGRAFIA DEI CASI STUDIO

- [HTTPS://WWW.ARCHILOVERS.COM/PROJECTS/207798/CENTRO-SOCIO-SANITARIO.HTML](https://www.archilovers.com/projects/207798/centro-socio-sanitario.html)
- [HTTPS://WWW.MCARCHITECTS.IT/PROJECT/CENTRO-SOCIO-SANITARIO-DI-SAN-FELICE-SUL-PANARO](https://www.mcarchitects.it/project/centro-socio-sanitario-di-san-felice-sul-panaro)
- [HTTPS://WWW.ARCADATA.COM/EN/EXCLU/SOCIAL-HEALTH-CENTRE-SAN-FELICE-SUL-PANARO-ITALY-35.HTML](https://www.arcadata.com/en/exclu/social-health-centre-san-felice-sul-panaro-italy-35.html)
- [HTTPS://WWW.CATALAN-ARCHITECTS.COM/EN/COMAS-PONT-ARQUITECTES-VIC/PROJECT/PSYCHOLOGICAL-MEDICAL-CENTER](https://www.catalan-architects.com/en/comas-pont-arquitectes-vic/project/psychological-medical-center)
- [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM/870911/PSYCHOPEDAGOGICAL-MEDICAL-CENTER-COMAS-PONT-ARQUITECTOS](https://www.archdaily.com/870911/psychopedagogical-medical-center-comas-pont-arquitectos)
- [HTTPS://WWW.THESKIN.SYSTEMS/STORIE/POLIAMBULATORIO.ASP](https://www.theskin.systems/storie/poliambulatorio.asp)
- [HTTPS://WWW.GANDELLIGROUP.COM/CASA-DELLA-SALUTE-LARCIANO-PT/](https://www.gandelligroup.com/casa-della-salute-larciano-pt/)
- [HTTPS://WWW.IMPRESEDILNEWS.IT/SALUBRITA-E-SOSTENIBILITA-I-REQUISITI-DELLA-CASA-DELLA-SALUTE-DI-LARCIANO/](https://www.impresedilnews.it/salubrita-e-sostenibilita-i-requisiti-della-casa-della-salute-di-larciano/)
- [HTTPS://WWW.AHMM.CO.UK/PROJECTS/HEALTH/KENTISH-TOWN-HEALTH-CENTRE/](https://www.ahmm.co.uk/projects/health/kentish-town-health-centre/)
- [HTTPS://MODULO.NET/IT/REALIZZAZIONI/KENTISH-TOWN-HEALTH-CENTRE](https://modulo.net/it/realizzazioni/kentish-town-health-centre)
- [HTTPS://WWW.AMERSHAMVALE.CO.UK/WALDRON-HEALTH-CENTRE-SERVICES](https://www.amershamvale.co.uk/waldrone-health-centre-services)
- [HTTPS://HENLEYHALEBROWN.COM/WORKS/WALDRON/](https://henleyhalebrown.com/works/waldrone/): [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM/106209/WALDRON-HEALTH-CENTRE-HENLEY-HALEBROWN-RORRISON](https://www.archdaily.com/106209/waldrone-health-centre-henley-halebrown-rorrison): [HTTPS://WWW.NORDARCHITECTS.DK/VARDHEIM](https://www.nordarchitects.dk/vardheim)
- [HTTPS://WWW.E-ARCHITECT.COM/NORWAY/VARDHEIM-HEALTH-CENTRE-BUILDING](https://www.e-architect.com/norway/vardheim-health-centre-building)

[HTTPS://WWW.NORDARCHITECTS.DK/HILLEROD-HEALTHCARE](https://www.nordarchitects.dk/hillerod-healthcare)

- [HTTPS://WWW.URBANREALM.COM/NEWS/4840/WORK_COMPLETES_ON_ARDROSSAN_MEDICAL_CENTRE_.HTML](https://www.urbanrealm.com/news/4840/work-completes-on-ardrossan-medical-centre_.html)
- [HTTP://WWW.SOUTHBEACHSURGERY.CO.UK/](http://www.southbeachsurgery.co.uk/)
- [HTTPS://WWW.REIACHANDHALL.CO.UK/WORK-HEALTHCARE/SOUTH-BEACH-MEDICAL-CENTRE-ARDROSSAN](https://www.reiachandhall.co.uk/work-healthcare/south-beach-medical-centre-ardrossan)
- [HTTPS://LAPIERREBLANCHE.CH/](https://lapierreblanche.ch/)
- [HTTPS://WWW.DENERIAZ.CH/?CPT_PORTFOLIO=CENTRE-DE-SANTE-LA-CORBIERE-A-ESTAVAYER](https://www.deneriaz.ch/?CPT_PORTFOLIO=CENTRE-DE-SANTE-LA-CORBIERE-A-ESTAVAYER)
- [HTTPS://LOCALARCHITECTURE.CH/PROJECTS/NATURAL-THERAPEUTIC-CENTER/](https://localarchitecture.ch/projects/natural-therapeutic-center/)
- [HTTPS://WWW.THEPLAN.IT/ENG/ARCHITETTURA/LA-CORBI%C3%A8RE-NEW-NATURAL-TERAPEUTIC-CENTER-IN-ESTAVAYER-LE-LAC](https://www.theplan.it/eng/architettura/la-corbi%C3%A8re-new-natural-terapeutic-center-in-estavayer-le-lac)
- [HTTPS://ARCHELLO.COM/STORY/82675/ATTACHMENTS/PHOTOS-VIDEOS/13](https://archello.com/story/82675/attachments/photos-videos/13)
- [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM/875573/HEALTHCARE-CENTER-IN-VALENZA-IDOM](https://www.archdaily.com/875573/healthcare-center-in-valenza-idom)
- [HTTPS://DIVISARE.COM/PROJECTS/348466-IDOM-AITOR-ORTIZ-HEALTHCARE-CENTRE-IN-VALENZA](https://divisare.com/projects/348466-idom-aitor-ortiz-healthcare-center-in-valenza)
- [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM/772875/HEALTH-MUNICIPAL-CLINIC-STUDIOLADA-ARCHITECTS](https://www.archdaily.com/772875/health-municipal-clinic-studiolada-architects)
- [HTTPS://DIVISARE.COM/PROJECTS/324084-STUDIOLADA-ARCHITECTES-HEALTH-MUNICIPAL-CLINIC](https://divisare.com/projects/324084-studiolada-architectes-health-municipal-clinic)[HTTPS://WWW.MYSURGERYWEBSITE.CO.UK/PAGE1.ASPX?P=1&T=1&PR=NIS464](https://www.mysurgerywebsite.co.uk/page1.aspx?p=1&t=1&pr=NIS464)
- [HTTPS://AVANTIARCHITECTS.CO.UK/PROJECT/PORTADOWN-HEALTH-CARE-CENTRE/#1](https://avantiarchitects.co.uk/project/portadown-health-care-centre/#1)
- [HTTPS://AVANTIARCHITECTS.CO.UK/PROJECT/ST-MARYS-PRIMARY-CARE-CENTRE-CORK/#4](https://avantiarchitects.co.uk/project/st-marys-primary-care-centre-cork/#4)
- [HTTPS://WWW.MMD.IE/PROJECT/ST-MARYS-PRIMARY-CARE-CENTRE/](https://www.mmd.ie/project/st-marys-primary-care-centre/)
- [HTTPS://WWW.IRISHEXAMINER.COM/PROPERTY/COMMERCIAL/ARID-40271885.HTML](https://www.irishexaminer.com/property/commercial/arid-40271885.html)
- [HTTPS://WWW.MMD.IE/PROJECT/BANDON-PRIMARY-CARE-CENTRE-LIBRARY/](https://www.mmd.ie/project/bandon-primary-care-centre-library/)
- [HTTPS://WWW.HEALTH-NI.GOV.UK/NEWS/HEALTH-MINISTER-OPENS-NEW-%C2%A316MILLION-BANBRIDGE-HEALTH-CARE-CENTRE](https://www.health-ni.gov.uk/news/health-minister-opens-new-%C2%A316million-banbridge-health-care-centre)
- [HTTPS://WWW.FELIXOHARE.COM/BANBRIDGE-COMMUNITY-TREATMENT-CARE-CENTRE](https://www.felixohare.com/banbridge-community-treatment-care-centre)
- [HTTPS://CUNDALL.COM/PROJECTS/BANBRIDGE-HEALTH-AND-CARE-CENTRE.ASPX#](https://cundall.com/projects/banbridge-health-and-care-centre.aspx#)

- [HTTPS://SELONDONCCG.NHS.UK/IN-YOUR-AREA/SOUTHWARK/TEZZA-JOWELL-HEALTH-CENTRE/](https://selondonccg.nhs.uk/in-your-area/southwark/tezza-jowell-health-centre/)
- [HTTPS://WWW.SOUTHWARKNEWS.CO.UK/NEWS/DULWICH-HEALTH-CENTRE-TO-BE-NAMED-AFTER-LATE-MP-TEZZA-JOWELL/](https://www.southwarknews.co.uk/news/dulwich-health-centre-to-be-named-after-late-mp-tezza-jowell/)
- [HTTPS://WWW.GUYSANDSTTHOMAS.NHS.UK/NEWS-AND-EVENTS/2020-NEWS/NOVEMBER/20201102-TEZZA-JOWELL-HEALTH-CENTRE-NOW-OPEN.ASPX](https://www.guysandstthomas.nhs.uk/news-and-events/2020-news/november/20201102-tezza-jowell-health-centre-now-open.aspx)
- [HTTPS://CALFORDSEADEN.COM/PROJECT/TEZZA-JOWELL-HEALTH-CENTRE/](https://calfordseaden.com/project/tezza-jowell-health-centre/)
- [HTTPS://WWW.WILLMOTTDIXON.CO.UK/PROJECTS/TEZZA-JOWELL-HEALTH-CENTRE-DULWICH](https://www.willmott Dixon.co.uk/projects/tezza-jowell-health-centre-dulwich)
- [HTTPS://CUNDALL.COM/PROJECTS/TEZZA-JOWELL-HEALTH-CENTRE.ASPX#](https://cundall.com/projects/tezza-jowell-health-centre.aspx#)
- [HTTPS://PANDHS.CO.UK/PROJECTS/HOUGHTON-PRIMARY-CARE-CENTRE](https://pandhs.co.uk/projects/houghton-primary-care-centre)
- [HTTPS://CUNDALL.COM/PROJECTS/HOUGHTON-LE-SPRING-PRIMARY-CARE-CENTRE.ASPX#](https://cundall.com/projects/houghton-le-spring-primary-care-centre.aspx#)
- [HTTPS://WWW.SKYSCRAPER.CITY.COM/THREADS/HOUGHTON-WALK-IN-AND-PRIMARY-CARE-HEALTH-CENTRE-HOUGHTON-SUNDERLAND-2FL-COMPLETED.1117629/](https://www.skyscrapercity.com/threads/houghton-walk-in-and-primary-care-health-centre-houghton-sunderland-2fl-completed.1117629/)
- : [HTTPS://AECOM.COM/PROJECTS/AKERMAN-HEALTH-CENTRE/](https://aecom.com/projects/akerman-health-centre/)
- [HTTPS://CUNDALL.COM/PROJECTS/AKERMAN-ROAD-HEALTH-CENTRE.ASPX#](https://cundall.com/projects/akerman-road-health-centre.aspx#)
- [HTTPS://HENLEYHALEBROWN.COM/WORKS/AKERMAN/](https://henleyhaalebrown.com/works/akerman/)
- [HTTPS://WWW.ACCESSABLE.CO.UK/VENUES/AKERMAN-HEALTH-CENTRE#2F-10DE54-4537-8547-8D31-16F92FD6BC02](https://www.accessible.co.uk/venues/akerman-health-centre#2f10de54-4537-8547-8d31-16f92fd6bc02)
- [HTTPS://WWW.WILLMOTTDIXON.CO.UK/PROJECTS/AKERMAN-ROAD-HEALTH-CENTRE](https://www.willmott Dixon.co.uk/projects/akerman-road-health-centre)
- [HTTPS://WWW.THEGUARDIAN.COM/ARTANDDESIGN/ARCHITECTURE-DESIGN-BLOG/2013/JAN/03/AKERMAN-HEALTH-CENTRE-SOUTH-LONDON](https://www.theguardian.com/artanddesign/architecture-design-blog/2013/jan/03/akerman-health-centre-south-london)
- [HTTPS://ARCHITIZER.COM/PROJECTS/AKERMAN/](https://architizer.com/projects/akerman/)
- [HTTP://WWW.VILLE-LACHAPELLESAINTMESMIN.FR/LA-MAISON-DE-SANTE-PLURIPROFESSIONNELLE-MSP#.YMIAZvJxcuX](http://www.ville-lachapellesaintmesmin.fr/la-maison-de-sante-pluri-professionnelle-msp#.YMIAZvJxcuX)
- [HTTP://WWW.ADQUATIO.COM/INDEX.PHP/SANTE/LA_CHAPELLE_SAINTE_MESMIN_45_](http://www.adquatio.com/index.php/sante/la_chapelle_saint_mesmin_45_)
- [HTTPS://WWW.CITAMEDICO.COM/CAP-BLANES-2/](https://www.citamedico.com/cap-blanes-2/)
- [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM/345406/CAP-BLANES-AQ4-ARQUITECTURA?AD_MEDIUM=WIDGET&AD_NAME=MORE-FROM-OFFICE-ARTICLE-SHOW](https://www.archdaily.com/345406/cap-blanes-aq4-arquitectura?ad_medium=widget&ad_name=more-from-office-article-show)
- [HTTP://HICARQUITECTURA.COM/2013/04/AQ4-ARQUITECTURA-CAP-BLANES/](http://hicarquitectura.com/2013/04/aq4-arquitectura-cap-blanes/)
- [HTTPS://DIVISARE.COM/PROJECTS/152987-HENLEY-HALEBROWN-NICK-KANE-BALDRY-GARDENS-HEALTH-CENTRE](https://divisare.com/projects/152987-henley-halebrown-nick-kane-bal-dry-gardens-health-centre)
- [HTTPS://WWW.AJBUILDINGSLIBRARY.CO.UK/PROJECTS/DISPLAY/ID/3241#](https://www.ajbuildingslibrary.co.uk/projects/display/id/3241#)

- [HTTPS://WWW.PENOYREPRASAD.COM/PROJECT/SIR-LUDWIG-GUTTMANN-HEALTH-AND-WELLBEING-CENTRE/](https://www.penoyreprasad.com/project/sir-ludwig-guttman-health-and-wellbeing-centre/)
- [HTTPS://WWW.SHL.UK/CLINIC/SIR-LUDWIG-GUTTMANN-HEALTH-AND-WELLBEING-CENTRE](https://www.shl.uk/clinic/sir-ludwig-guttman-health-and-wellbeing-centre)
- [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM/870911/PSYCHOPEDAGOGICAL-MEDICAL-CENTER-COMAS-PONT-ARQUITECTOS](https://www.archdaily.com/870911/psychopedagogical-medical-center-comas-pont-arquitectos)

Giunto al termine del mio percorso, mi sento in dovere di dedicare questa pagina alle persone che mi hanno supportato in questi anni di permanenza a torino e negli ultimi mesi durante la stesura della presente tesi.

Ringrazio il Prof. Riccardo Pollo, quale relatore di questa tesi, per la sua disponibilità in ogni fase del lavoro, fin dalla scelta dell'argomento.

Ringrazio anche la correlatrice di questa tesi, la Dott.ssa Elisa Biolchini, per i suoi consigli e per avermi suggerito le giuste modifiche da apportare agli elaborati.

Ringrazio infinitamente i miei genitori, che hanno reso possibile questa esperienza, appoggiandomi sempre nelle scelte e supportandomi in ogni momento, soprattutto nei momenti di sconforto. Ringrazio anche Nicola e Jessica, i miei fratelli, che hanno sempre creduto in me.

Ringrazio Ilaria, la mia ragazza, per essermi stata sempre vicina incoraggiandomi e credendo in me più di ogni altro, per gli innumerevoli momenti belli e brutti passati in questi anni, per i sacrifici che ha fatto per me e per tutti i consigli che mi ha dato.

Ringrazio inoltre tutti i miei amici della residenza, con i quali spero di non perdere i rapporti, e ringrazio Enrico Mathias e Massimo, che nonostante la distanza continuano ad essere presenti, ascoltando i miei sfoghi e regalandomi momenti di spensieratezza.

