

# COSTRUIRE PROSSIMITÀ:

Progettare una Casa della Comunità in Puglia  
per un nuovo modello di cura umanizzato e sostenibile



Tesi di Laurea Magistrale in Architettura per il Progetto Sostenibile  
A.A. 2024/2025

Studente  
Ilenia Marchitelli

Relatore:  
Riccardo Pollo

Correlatrice:  
Elisa Biolchini



**Politecnico  
di Torino**

Politecnico di Torino

Architettura per la sostenibilità  
A.a. 2024/2025  
Sessione di Laurea Luglio 2025

## **Costruire prossimità**

Progettare una Casa della Comunità in Puglia  
per un nuovo modello di cura umanizzato e sostenibile

Relatore:  
Riccardo Pollo

Candidata:  
Ilenia Marchitelli 315197

Correlatrice:  
Elisa Biolchini



## ABSTRACT

La tesi affronta il tema dell'umanizzazione degli spazi di cura, focalizzandosi in particolare sul modello delle Case della Comunità, concepite per rispondere in modo più ampio e inclusivo ai bisogni assistenziali non limitandosi alla sola cura della malattia, ma abbracciando un concetto più esteso di salute.

In quest'ottica si promuove un approccio centrato sulla persona e sul benessere complessivo, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del DM 77/2022.

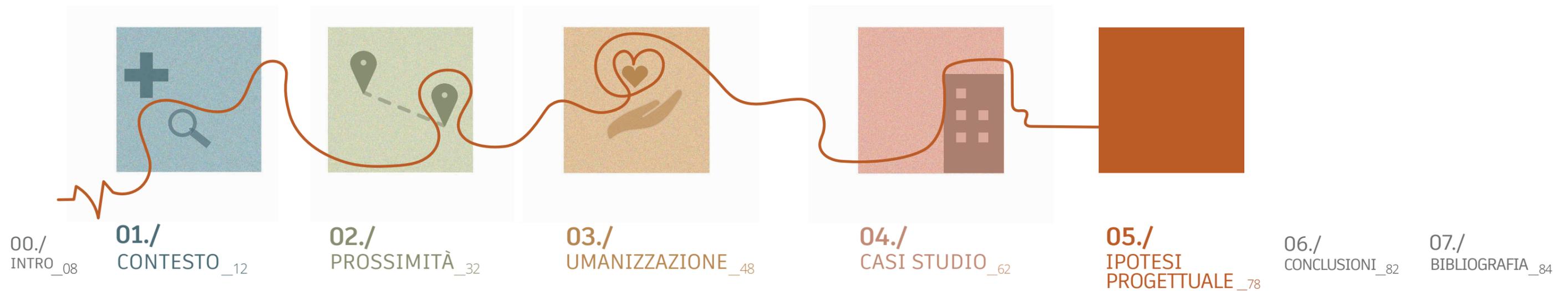
All'interno di questo quadro si propone un progetto per una Casa della Comunità in Puglia, una regione che offre sfide particolari, nell'applicazione di questo modello, legate alla frammentazione dei servizi territoriali e alla necessità di rafforzare la rete di prossimità. Il progetto si fonda sull'analisi dei bisogni dell'utenza e delle caratteristiche del contesto socio-demografico e ambientale, con l'obiettivo di realizzare uno spazio che favorisca l'accessibilità, l'accoglienza e la continuità dell'assistenza.

L'elaborazione del layout e la scelta di materiali, soluzioni spaziali e dispositivi ambientali si fondano su studi e linee guida nazionali e internazionali, tra cui quelle fornite da AGENAS e dai documenti HBN britannici.

Particolare attenzione è dedicata all'applicazione di strategie progettuali in grado di incidere positivamente sul benessere psicofisico degli utenti tenendo in considerazione il valore dell'umanizzazione.

Attraverso ricerche teoriche e sperimentazioni progettuali, la tesi intende dimostrare come l'architettura possa contribuire in modo significativo alla ridefinizione dei luoghi della cura, trasformandoli in spazi capaci di accogliere, ascoltare e prendersi realmente cura delle persone.

# INDICE



**1.1\_I bisogni attuali tra globalizzazione e fragilità** \_13

**1.2\_ Il Servizio Sanitario Nazionale** \_16

- 1.2.1 Struttura e organizzazione del SSN
- 1.2.2 Criticità del SSN
- 1.2.3 Il ruolo dei distretti

**1.3\_ Strutture sanitarie** \_21

- 1.3.1 Le prime strutture dedicate alla sanità
- 1.3.2 Ospedali civili e strutture legate al territorio
- 1.3.3 Ospedali sempre più complessi
- 1.3.4 Ospedale contemporaneo

**1.4\_ Connessione tra sistema sanitario e architettura degli spazi di cura** \_29

**2.1\_ Assistenza di prossimità e cure primarie: nuovi modelli organizzativi** \_35

**2.2\_ Politiche di sviluppo e normative** \_36

- 2.2.1 Agenda 2030
- 2.2.2 PNRR
- 2.2.3 DM 77/2022

**2.3\_ Le case di comunità** \_41

- 2.3.1 Obiettivi generali del progetto per CdC
- 2.3.2. Linee guida per la progettazione di CdC

**3.1\_ L'evoluzione del concetto di salute** \_50

**3.2\_ I determinanti di salute** \_52

- 2.2.1 L'architettura come determinante di salute

**3.3\_ L'umanizzazione negli spazi di cura** \_54

**3.4\_ Metodi per una progettazione più umanizzata** \_55

- 3.4.1 Evidence based design
- 3.4.2 Design biofilico
- 3.4.3 User centered design
- 3.4.4 Design for All

**4.1\_ Centro médico psicopedagógico de Osona** \_64

**4.2\_ PAMS Healthcare Hub** \_68

**4.3\_ Medical Care Home** \_72

**4.4\_ St. Georges healthcare hub** \_75

**5.1\_ Un luogo integrato nel territorio** \_80

**5.2\_ Un luogo che mette al centro le persone e la qualità della cura** \_0

**5.3\_ Un luogo che rispetta l'ambiente** \_0

**5.4\_ Un luogo dotato di senso** \_0

**5.5\_ Un luogo flessibile e adattabile** \_0

## 00./ INTRODUZIONE

Viviamo in un tempo segnato da rapide e profonde trasformazioni: l'intensificarsi dell'interconnessione tra luoghi e persone, insieme alle crisi sanitarie, ambientali e geopolitiche sempre più frequenti, sta ridefinendo il nostro modo di abitare il mondo.

In questo contesto, anche il concetto di salute si trasforma inevitabilmente, configurandosi come una condizione complessa, intrecciata con i fattori ambientali, economici, culturali e relazionali che ci circondano.

Questa visione più ampia rende quello della salute un tema centrale e delicato, imponendo una revisione profonda della rete socio-sanitaria, che deve adattarsi ai nuovi bisogni della popolazione. Diventa fondamentale allora orientarsi verso un sistema capace di rispondere in modo proattivo, ponendo al centro la persona nella sua interezza: obiettivo per cui la rete territoriale risulta una risorsa sempre più strategica, rappresentando il primo livello di prossimità e continuità dell'assistenza.

In tale scenario, si rafforza il valore del concetto di umanizzazione della cura, oggi più che mai necessario.

Da questo punto di vista, le cure primarie e i servizi territoriali, per la loro vocazione di prossimità, si distinguono non solo nella loro funzione di presidio sanitario, ma sono fondamentali anche in quanto spazi relazionali, dove l'ascolto, l'accessibilità e la dignità della persona diventano elementi centrali.

L'architettura, in quanto disciplina capace di interpretare e tradurre questi valori in forma e spazio, gioca un ruolo cruciale nel ripensare i luoghi della cura.

In questo scenario, si inserisce la presente tesi che si propone di sviluppare un progetto architettonico in grado di rispondere alle molteplici complessità individuate, adottando i principi dell'umanizzazione degli spazi di cura e modellandosi sulle reali esigenze degli utenti, tenendo anche in considerazione gli aspetti legati alla sostenibilità ambientale dell'intervento.

La tesi si sviluppa a partire da un'analisi del contesto attuale, nel primo capitolo, affrontata soprattutto sotto il profilo sociale e demografico, volta ad individuare i principali destinatari delle strutture sanitarie territoriali.

In parallelo, si esamina l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare attenzione al legame tra i cambiamenti sociali e le modalità di gestione della sanità nel corso del tempo. Questa indagine consente di mettere a fuoco anche il ruolo

dell'architettura all'interno di tale sistema, evidenziando come le trasformazioni nei bisogni collettivi si riflettano sulla configurazione degli spazi destinati alla cura.

Si prosegue, nel secondo capitolo, approfondendo il modello della Casa di Comunità, introdotto con l'obiettivo di rafforzare la rete territoriale e garantire un'assistenza vicina ai bisogni degli utenti individuati nella fase precedente.

L'analisi si sviluppa su scala progressiva, a partire dalle strategie internazionali, passando per il contesto europeo, fino ad arrivare al quadro nazionale delineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Decreto Ministeriale 77/2022.

Nel terzo capitolo si tratta il tema dell'umanizzazione, indagando in che modo i principi legati alla qualità degli spazi possano influire sul benessere psicofisico degli utenti, con particolare riferimento all'ambito sanitario, dove le persone vivono spesso condizioni di fragilità e momenti delicati della propria esistenza.

A completamento dell'analisi teorica, il quarto capitolo presenta una selezione di casi studio ritenuti significativi per osservare l'applicazione concreta dei concetti precedentemente affrontati. L'obiettivo è quello di ricavare spunti progettuali e valutare le soluzioni adottate.

Infine, il quinto capitolo è dedicato allo sviluppo progettuale di una Casa della Comunità in Puglia. Il territorio preso in esame evidenzia alcune sfide, già presenti su scala nazionale, legate alla difficile integrazione dei servizi sanitari territoriali, spesso percepiti come elementi di rottura rispetto a modelli assistenziali consolidati. Il progetto si concentra in particolare sulla definizione del layout degli spazi, elaborato a partire da considerazioni sulle esigenze funzionali e integrato con strategie microclimatiche, al fine di garantire un adeguato inserimento nel contesto ambientale di riferimento.



01./ CONTESTO

## 01. / CONTESTO

Il mondo contemporaneo è segnato da una complessa interazione tra diversi fattori, quali cambiamenti climatici, disuguaglianze sociali crescenti, instabilità geopolitica e rapidi progressi tecnologici, che inevitabilmente hanno influenza sulla qualità della vita e sull'organizzazione delle società (Kenter et al., 2025). Va evidenziato inoltre che questi fenomeni si sviluppano in un contesto di crescente globalizzazione e interconnessione, il che amplifica tanto le opportunità quanto le vulnerabilità dei sistemi sociali (Benach, 2020).

In questo quadro articolato e in continua evoluzione, la salute è un tema centrale non solo per il benessere individuale, ma anche per aspetti relativi al progresso sociale e alla crescita economica (Ibid.).

In un mondo interconnesso come quello odierno, dove per esempio gli spostamenti sono sempre più rapidi e frequenti, anche le questioni relative alla salute sono progressivamente più collegate: la pandemia del 2019 ci ha insegnato che "i batteri non conoscono confini" (PNRR, 2019), e questo concetto evidenzia proprio quanto sia fondamentale una strategia sanitaria coordinata, non solo a livello nazionale, ma anche su scala globale.

Inoltre, come si accennava più in alto, una corretta gestione della salute non è finalizzata solo al miglioramento del benessere nella vita delle persone, ma rappresenta un elemento strategico anche per l'economia, la stabilità sociale e la legittimità politica degli Stati, in quanto strettamente legata alle aspettative dei cittadini e agli interessi di numerosi stakeholder (Kickbusch, 2013).

È allora evidente la relazione di forte interdipendenza tra uno Stato e la salute dei propri cittadini: se da un lato lo Stato svolge un ruolo fondamentale nella gestione di un sistema sanitario che sia il più possibile inclusivo ed equo, allo stesso tempo anche una popolazione in salute rappresenta un'importante base per il progresso economico e sociale di una nazione (ASviS, 2022) (Figura 1.1).

Figura 1.1  
Rapporto tra Stato e salute della popolazione.  
[Rielaborazione personale](#)



Figura 1.2  
"Key sectors (non-exhaustive) with relevance to health, environment and climate change".  
[Fonte: WHO, 2020](#)

Alla luce di questa relazione di reciproca dipendenza, potenziare la salute pubblica diventa un processo necessario che richiede condizioni fondamentali tra cui la pace, la giustizia sociale, un'adeguata istruzione, un ambiente sostenibile e l'accesso a servizi sanitari efficaci, prerequisiti già delineati nella Carta di Ottawa oltre 36 anni fa (ASviS, 2022). Per questo motivo il settore sanitario non può operare in modo isolato, ma dovrebbe avere un ruolo di coordinamento, favorendo la collaborazione tra i vari settori afferenti alla salute, per ottenere benefici condivisi, duraturi e finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita (WHO, 2020) (Figura 1.2).

In tale contesto emerge la necessità di ripensare a come viene misurato il successo delle società, superando la sola dimensione economica, tenendo conto anche, e soprattutto, dell'uso sostenibile delle risorse, del benessere e della qualità di vita delle persone. (Kickbusch, 2013)

### 01.1. / I BISOGNI ATTUALI TRA GLOBALIZZAZIONE E FRAGILITÀ

Le sfide attuali impongono un ripensamento dei modelli tradizionali di assistenza, spesso distanti dai bisogni reali della comunità. Nei Paesi ad alto reddito infatti, oltre a tenere conto del concetto di salute globale in cui il benessere umano deve essere integrato con la sostenibilità del pianeta, ci sono problemi legati all'inequità nell'accesso ai servizi sanitari e a fattori come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e le disabilità che richiedono risposte immediate (OECD, 2025).

Per un'adeguata riorganizzazione dei servizi sanitari serve quindi analizzare chi sono i principali destinatari delle cure, spesso identificati nella popolazione a rischio, ovvero utenti fragili e vulnerabili (Havrilla, 2017).

Quello della fragilità è un tema complesso e multidimensionale; a livello globale è legato all'esposizione ad un rischio, che può essere di tipo economico, ambientale, politico, di sicurezza, sociale e umano, in concomitanza con la mancata capacità di affrontare efficacemente tale rischio da parte dello Stato, delle istituzioni o della comunità (OECD, 2022). Si tratta quindi di una condizione sistemica di vulnerabilità strutturale, che rende difficile rispondere a cambiamenti o richieste ambientali.

Per fornire alcuni dati, su scala mondiale, il 24% della popolazione vive in contesti fragili (UNDESA, 2019), nei quali risiede il 73% delle persone in povertà estrema (World bank, n.d.). I cambiamenti climatici aggravano ulteriormente questa situazione, colpendo in modo sproporzionato le regioni più vulnerabili (IPCC, EM-DAT, 2021) (figura 1.3).

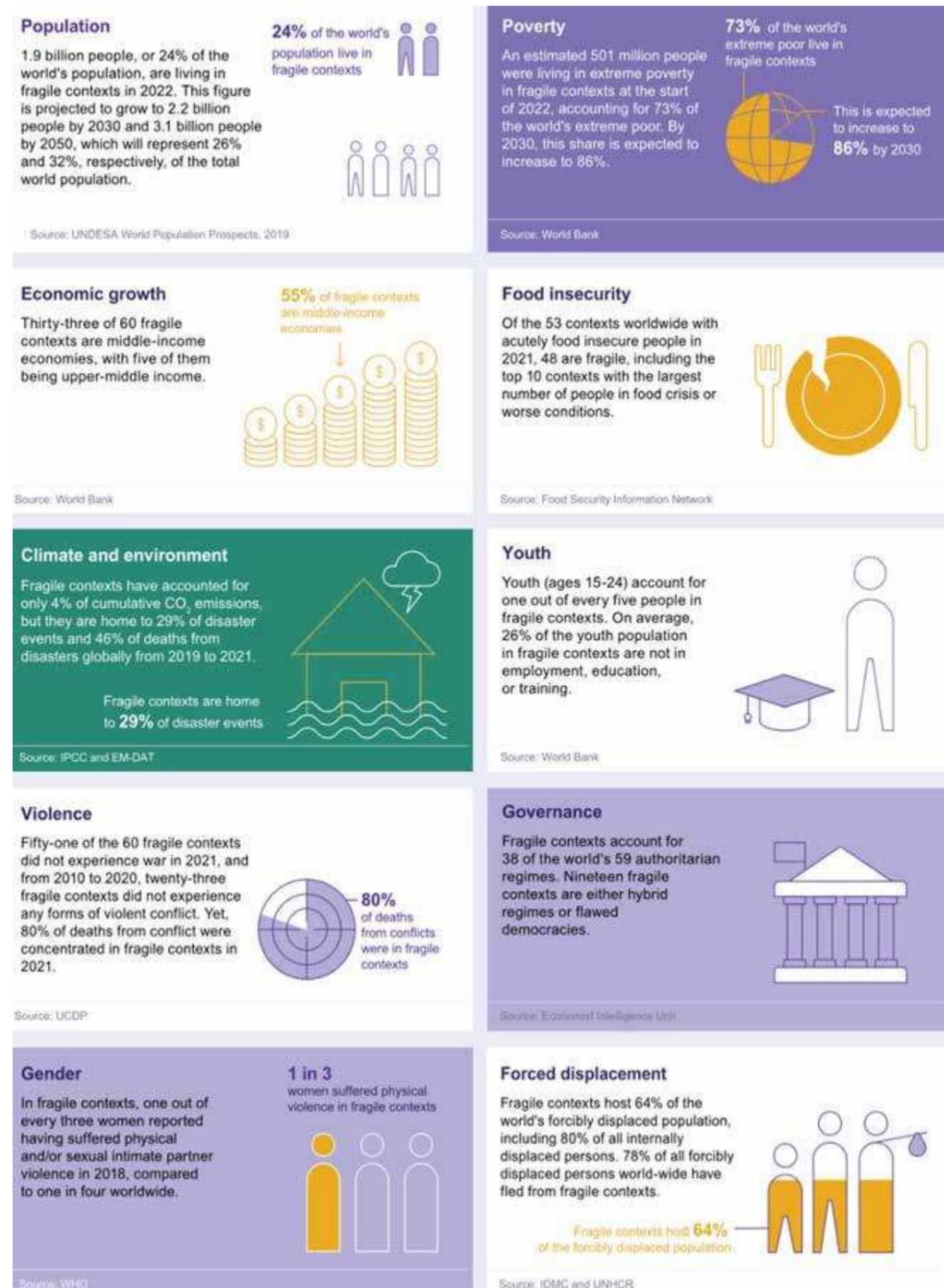


Figura 1.3  
"Key characteristics of fragile contexts".  
Fonte: OECD, 2022

Pur riconoscendo questa prospettiva più ampia, importante soprattutto per comprendere le cause profonde di molte vulnerabilità individuali, nell'ambito di questa tesi l'attenzione si concentra su una fragilità più locale, ovvero su quelle condizioni che il sistema sanitario può concretamente intercettare e risolvere attraverso una rete di prossimità.

In questo contesto l'espressione "utente fragile" si riferisce a una categoria di persone interessate da condizioni di vulnerabilità, più o meno visibili, derivanti da fattori fisici, psichici e/o sociali, che possono comportare un rischio aumentato di esclusione, peggioramento della salute o perdita di autonomia (Baratta, 2022). In quest'ottica è importante sottolineare che non si tratta soltanto di anziani o persone con patologie croniche, sebbene la vecchiaia aumenti il numero di individui considerati fragili (Magarò, 2022), ma anche di individui colpiti da eventi acuti, marginalità economiche, difficoltà relazionali o momentanee situazioni di disabilità e vulnerabilità (Baratta, 2022).

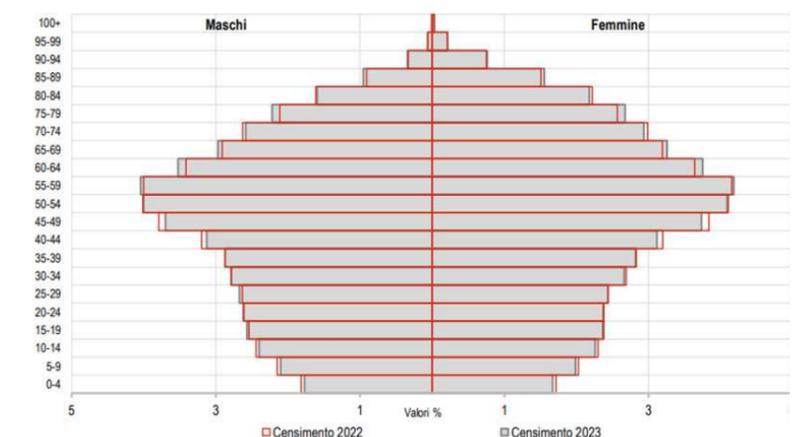
Le tendenze dimostrano come questa categoria sia in forte espansione e richiede quindi un'attenzione prioritaria che si concretizza nella crescita della domanda di reti di supporto (OECD, 2025).

A livello mondiale, circa il 15% della popolazione vive con una o più disabilità, il 70% di queste persone risiede nei Paesi in via di sviluppo. Circa un quinto di questo gruppo presenta disabilità gravi, e secondo le stime, la popolazione affetta da almeno una disabilità è destinata ad aumentare del 50% (Baratta, 2022).

In Italia, la situazione riflette una realtà altrettanto significativa: il 25,5% della popolazione convive con limitazioni funzionali, invalidità o condizioni di cronicità gravi. La percentuale sale al 61,1% se si considerano gli over 65, evidenziando l'impatto dell'invecchiamento demografico (Ibid.).

In proposito di tale tendenza, anche il progressivo invecchiamento della popolazione è ampiamente documentato: nel 2023, per ogni bambino sotto i 6 anni si contavano 5,8 anziani, contro i 3,8 del 2011 a conferma dell'aumento costante dell'indice di vecchiaia e del crescente peso demografico della popolazione anziana (ISTAT, 2024), (figura 1.4).

Figura 1.4  
"Piramide della popolazione residente al 31.12.2022 e al 31.12.2023". Il progressivo invecchiamento della popolazione, visibile nella piramide delle età che rappresenta la struttura per età e sesso della popolazione, è ben evidenziato anche dal confronto tra il peso degli anziani (65 anni e più) e quello dei bambini sotto i 6 anni di età. Nel 2023 per ogni bambino si contano 5,8 anziani a livello nazionale (erano 5,6 nel 2022, 3,8 nel 2011).  
Fonte: Istat, 2024



I dati riportati impongono una riflessione sul ruolo delle comunità e delle reti di supporto confermando la necessità di modelli di assistenza capaci di intercettare precocemente la fragilità e di strutturare interventi vicini ai territori, capaci di integrare dimensioni sanitarie, sociali e relazionali, con l'obiettivo di contrastare l'isolamento e prevenire l'aggravamento delle condizioni di salute (Magarò, 2022).

La centralità dell'utente fragile nella progettazione dei servizi è quindi una condizione imprescindibile per una sanità efficace, equa e sostenibile.

## 01.2. / IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

–

Come si è analizzato fin ora quindi, l'evoluzione delle esigenze sociali, le tecnologie sempre più avanzate, i cambiamenti demografici ed epidemiologici in corso hanno rivoluzionato il modo in cui dobbiamo concepire la rete socio-sanitaria, ed assieme ad essa deve cambiare, e sta cambiando, anche la progettazione delle strutture sanitarie (Capolongo, 2023).

Questo è evidente nell'ultima riforma del Servizio Sanitario Nazionale italiano, che, attraverso gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), punta a finanziare realtà emergenti come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità. Queste strutture non sono del tutto nuove, ma il loro ruolo viene rivisto per garantire un'assistenza territoriale uniforme e sostenibile su tutto il territorio nazionale (Peretti, Torricelli et al., 2023).

A tal proposito, è utile descrivere il modello sanitario italiano, basato su un sistema pubblico, universale e gratuito. Questa impostazione ha rappresentato nel tempo un elemento distintivo, avendo contribuito in modo significativo al miglioramento della qualità della vita e al raggiungimento di elevati livelli di aspettativa di vita nel nostro Paese (Giorgi, 2025).

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta il fulcro per la tutela della salute pubblica in Italia, garantendo il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."* (Costituzione Italiana, art. 32)

Questo sistema si fonda su tre principi fondamentali:

- Universalità, il SSN garantisce l'accesso ai servizi sanitari a tutta la popolazione, senza distinzioni basate su condizioni in-

dividuali o sociali;

- Uguaglianza, il SSN deve erogare i servizi sanitari in modo uniforme, assicurando che tutti i cittadini ricevano le stesse prestazioni sanitarie, indipendentemente da differenze personali o socio-economiche;

- Equità, il SSN si impegna a fornire prestazioni sanitarie proporzionate ai bisogni di salute di ciascun individuo, garantendo parità di accesso alle cure per situazioni di salute simili. (legge n833)

Questi principi si concretizzano attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire gratuitamente o con una compartecipazione alla spesa, utilizzando risorse pubbliche (Ministero della Salute, 2025). I LEA, monitorati e aggiornati periodicamente dalla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, coprono tre macro-aree: la prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera (Ibid.). Tale organizzazione nasce con l'obiettivo di fornire servizi in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nel tentativo di rispondere efficacemente alle mutevoli esigenze sanitarie della popolazione.

Negli ultimi tempi i sistemi sanitari, guidati da scelte politiche disattenti ai reali bisogni della popolazione (WHO, 2008), si stanno sviluppando in direzioni contrarie a queste stesse esigenze e quindi ai principi fondamentali del SSN. Quest'ultimo però, attraverso le più recenti politiche, sta cercando di recuperare l'attenzione verso la comunità attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale e delle cure primarie (Maciocco, 2013).

### 01.2.1. / STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DEL SSN

–

Per garantire che le prestazioni sanitarie siano erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, il SSN adotta un'articolazione organizzativa basata su più livelli di governance. Questa struttura, volta a garantire un equilibrio tra il coordinamento generale e l'adattamento alle necessità locali, è finalizzata anche ad assicurare che le prestazioni siano fornite secondo standard condivisi di qualità e sicurezza. Proprio per questo vengono definiti criteri e requisiti a livello nazionale che le regioni adottano nei loro sistemi di accreditamento<sup>1</sup>: questo serve a garantire che le strutture sanitarie abbiano le risorse, le competenze e l'organizzazione adeguate ad offrire a tutti i cittadini cure di qualità, in linea con i principi fondanti del SSN. (Ministero Salute, 2019)

I livelli in cui si articola il SSN sono:

- Livello centrale, lo Stato ha la responsabilità di assicurare

1

Regolati da D.Lgs. 502/1992 e successive Intese Stato-Regioni, e supportati da AGENAS attraverso processi tecnici e monitoraggi, i sistemi di accreditamento istituzionale sono meccanismi previsti per garantire che le strutture sanitarie pubbliche e private, operanti per conto del SSN, soddisfino requisiti rigorosi in termini di strutture, organizzazione, tecnologia, sicurezza e qualità delle prestazioni.

a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un sistema di prestazioni sanitarie garantite, stabilite attraverso i LEA, e definisce l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie da destinare alla sanità.

Comprende il Ministero della Salute, il Consiglio Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità e altre agenzie governative.

- Livello regionale, le Regioni sono responsabili dell'organizzazione e della programmazione di servizi sanitari nell'ambito territoriale di loro competenza attraverso i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR). Hanno autonomia nella programmazione sanitaria, nel finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e nella gestione delle strutture ospedaliere.

- Livello territoriale, si occupa di fornire servizi sanitari direttamente ai cittadini, assicurando un'ampia capillarità sul territorio nazionale per garantire la prossimità e l'accessibilità alle cure.

Include le ASL, le Aziende Ospedaliere (AO) e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCSS).

(Legge 833)

La legge 833/1978, a sostegno del SSN, introduce anche il Fondo Sanitario Nazionale: uno strumento utile per quanto riguarda l'accesso alle cure dal punto di vista economico e per la gestione economica delle azioni sanitarie.

### 01.2.2. / EVOLUZIONE DEL SSN

—

Comprendere come si è evoluto il SSN è fondamentale per affrontare le attuali esigenze sanitarie, in quanto l'evoluzione della sua struttura organizzativa riflette un percorso complesso che ha cercato di rispondere a sfide sempre nuove.

Già dalla sua istituzione nel 1978, si può notare come la nascita del SSN si collochi in un periodo di trasformazioni per quanto riguarda la concezione della salute (Berlinguer, 1991). Nello stesso anno infatti, a seguito di diversi congressi, viene redatta la Dichiarazione di Alma Ata<sup>2</sup>, che dà importanza alla necessità di erogare le cure a tutti e in qualsiasi contesto, facendo leva sulle cure primarie.

Con la legge 883 del 1978, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, si vuole perseguire quel concetto di "salute per tutti"<sup>3</sup> orientandosi verso un assetto sanitario più equo e inclusivo.

Il SSN infatti, rappresenta un modello radicalmente innovativo e in linea con i cambiamenti del periodo: fu concepito, come si può notare dai principi analizzati nelle pagine precedenti, come un sistema sanitario universale, pubblico e finanziato dalla fi-

scalità generale, con l'intento di garantire a tutti i cittadini, senza distinzione, l'accesso gratuito a cure sanitarie di qualità (Spandonaro, 2006).

Questo modello ha quindi sostituito il precedente di tipo mutualistico, fortemente legato all'ambito privato (Giorgi, 2022).

Prima infatti, il sistema sanitario era frammentario e privatizzato, le cure erano prevalentemente fornite da enti assistenziali privati, esistevano per esempio le mutue, ovvero casse mutue per i lavoratori, che offrivano servizi solo ai loro iscritti (Taroni, 2011). La situazione presentava grosse disuguaglianze, con disparità di accesso alle cure tra diverse regioni e categorie di lavoratori (Ibid.).

Il nuovo modello garantisce invece politiche sanitarie che rispondono ai principi di universalità e uguaglianza, ad esempio attraverso la distribuzione dei diversi servizi sul territorio (Giorgi, 2022). Questo è reso possibile grazie all'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) e del Distretto Sanitario di Base. Le prime avevano l'obiettivo di assicurare l'erogazione dei servizi previsti dal SSN, gestendo le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (Ibid.); i distretti invece si occupano del coordinamento dei vari servizi sul territorio, promuovendo un approccio integrato per la salute della comunità (Del Giudice et al., 2017).

Il periodo successivo è caratterizzato da una serie di instabilità sociali e politiche, oltre che dalla difficoltà di conciliare una domanda sanitaria costantemente in crescita a fronte di una disponibilità di risorse sempre più limitate e condizionate da stringenti vincoli finanziari (Magi, 2020).

Questa situazione ha portato, all'inizio degli anni Novanta, alla necessità di una riorganizzazione in modo da razionalizzare la spesa sanitaria e assicurare un SSN al tempo stesso efficiente ed economico, senza comprometterne i principi ispiratori (Triassi, 2019).

Con il D.lgs 502/1992 e 517/1993 si introduce allora il concetto di aziendalizzazione che comporta la trasformazione delle USL in Aziende Sanitarie Locali (ASL), che avrebbero continuato a fornire i servizi delle USL, ma assumendo maggiore autonomia e una gestione orientata a migliorare l'efficienza e la qualità della sanità. Attraverso queste riforme vengono anche definiti i LEA, sempre per perseguire l'obiettivo di garantire equità nell'accesso ai servizi e di contenere i costi (Triassi, 2019).

Questa transizione, pur volta a razionalizzare le risorse e a migliorare le prestazioni, ha prodotto degli effetti negativi come quello di avere una gestione percepita come eccessivamente burocratica, una dequalificazione delle risorse umane e la perdita di una visione sistemica, con la difficoltà ad integrare l'assistenza sanitaria con le esigenze specifiche del territorio (Spandonaro, 2006; Giorgi, 2020). Il concetto di territorializzazione, centrale nella riforma del 1978, perde così efficacia.

2-3

La Dichiarazione di Alma-Ata viene adottata nel 1978 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'UNICEF. Il motto "Salute per tutti entro il 2000" sintetizza l'impegno globale a garantire a tutte le persone un livello di salute sufficiente per condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva. L'approccio promosso si basava sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria primaria, sull'equità nell'accesso ai servizi sanitari e sulla collaborazione tra governi, settori e comunità per affrontare i determinanti della salute.

Nel 1999, con il D.lgs. n. 229 (Riforma ter), si tenta di correggere queste criticità, confermando il compito del SSN di garantire ai cittadini i principi di universalità, equità e uguaglianza affermati con la sua istituzione. Il decreto rafforza il ruolo delle Regioni nella gestione del sistema sanitario e implementa l'azione del Distretto Sanitario, riconoscendolo come un elemento fondamentale nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. Tuttavia, questa funzione non si concretizza pienamente perché resta in parte ostacolata da logiche amministrative centralizzate (Span-donaro, 2006).

Con il tempo, i processi attuati dalle varie riforme hanno portato ad un sistema misto, in cui i servizi vengono erogati sia dal pubblico che dal privato. Le Regioni, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione (Legge Costituzionale n. 3/2001), assumono il compito di programmare, organizzare e supervisionare le attività sanitarie, mentre allo Stato resta la definizione dei LEA.

In questo quadro, le ASL e le Aziende Ospedaliere si configurano come strutture operative essenziali per assicurare una medicina vicina alla popolazione e capace di rispondere alle esigenze locali, pur tra criticità gestionali e finanziarie (Taroni; Giorgi, 2020).

Nel corso degli anni, il SSN ha continuato ad evolversi soprattutto attraverso iniziative volte ad avvicinare maggiormente l'assistenza sanitaria alla comunità attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali, come si vedrà nei capitoli successivi.

### 01.2.3. / RUOLO DEI DISTRETTI

–

Un ente, citato precedentemente, su cui ritengo di dover porre rilevanza per il ruolo cruciale che ha avuto, e continua ad avere, nella gestione della sanità dal punto di vista dell'avvicinamento alle esigenze locali e territoriali, è il distretto sanitario.

Come si è visto, il Distretto Sanitario di Base nasce nel 1978 insieme al SSN con l'obiettivo di organizzare i servizi sanitari in modo da rispondere alle esigenze locali. Era inteso come una struttura volta a promuovere la sanità di prossimità, con una forte attenzione sulla prevenzione e sull'assistenza sanitaria a livello locale.

Poi, a seguito di alcune riforme, se ne amplia il significato, ma nonostante i cambiamenti, il distretto perde potere: le risorse riservate alle attività distrettuali vengono invece destinate ad altri settori, e questo limita le possibilità di azione del distretto (Dalponte et al., 2022).

Oggi, con le riforme adottate dal PNRR, il distretto assume nuovamente un ruolo fondamentale perché coordina attività come

quelle svolte dalle case di comunità (DM 77/2022) che sono attività di assistenza primaria, quindi rivolte a porre attenzione alle esigenze locali.

### 01.3. / STRUTTURE SANITARIE

–

Contestualmente all'evoluzione delle politiche sanitarie e in seguito del SSN, si modificano anche le strutture architettoniche che ospitano le cure. L'edilizia sanitaria infatti è il riflesso sia delle politiche in atto sia del modo di intendere la salute.

Oggi è evidente la maggiore consapevolezza verso temi come la promozione della salute e del benessere collettivo, l'ospedale ha infatti assunto una funzione sociale più ampia, non solo come luogo di cura, ma anche di prevenzione, ricerca e formazione (Capolongo, 2006). Questa prospettiva si riflette nella rete sanitaria, in cui l'ospedale non costituisce un ente isolato, ma tende sempre più a porsi come un nodo centrale di un sistema più ampio che valorizza l'assistenza territoriale e la continuità delle cure (Guizzanti, 2006).

In passato, invece, per un lungo periodo le strutture ospedaliere hanno svolto la loro funzione esclusivamente all'interno delle mura, in un sistema centrato prevalentemente sulla cura della malattia, ma, come si vedrà nei capitoli successivi, grazie al progredire delle conoscenze si inizia col tempo a porre maggiore attenzione a concetti come la prevenzione e la costruzione di una rete sanitaria integrata (Sandri, 1999).

Analizzare l'evoluzione delle strutture sanitarie permette di comprendere i passaggi che hanno portato all'attuale modello che vede le strutture sanitarie non solo come luoghi di cura, ma come un organismo progettato per rispondere in modo efficiente ai bisogni di salute della collettività, in stretta connessione con il territorio e la rete assistenziale.

#### 01.3.1. / LE PRIME STRUTTURE DEDICATE ALLA SANITÀ

–

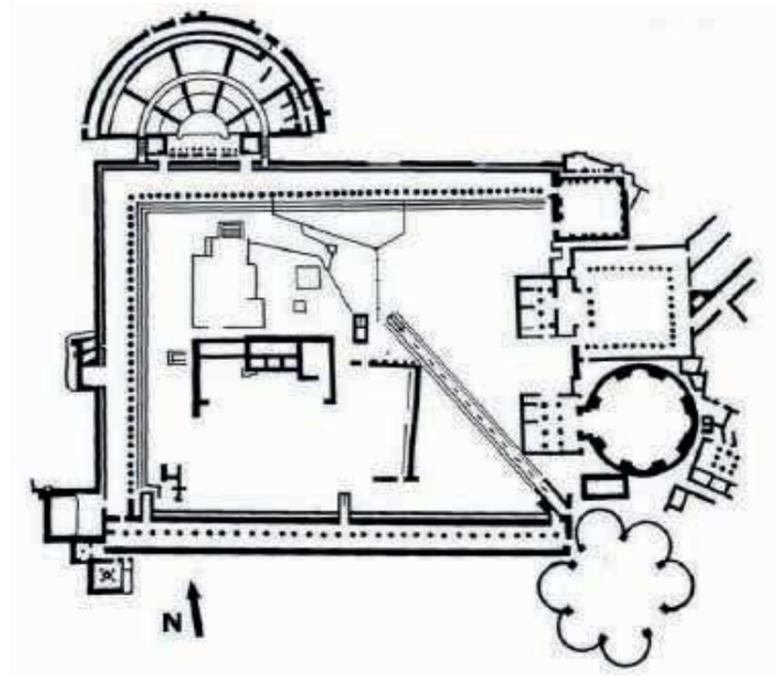
I primi approcci alla salute la vedono legata all'azione divina, infatti le prime strutture note per essere dedicate ad un uso sanitario sono gli Xenodochio, destinati al ricovero degli stranieri poveri e i santuari Asclepici, per i malati autoctoni poveri (Salvadè, 1991).

In particolare, gli Asclepei sono templi, risalenti all'Antica Grecia, dedicati ad Asklepios, dio della medicina, dove oltre alle funzioni religiose si svolgevano anche funzioni legate alla cura dei malati

(Capolongo, 2006). Le stesse cure erano strettamente collegate al culto delle divinità, ritenute indispensabili per la guarigione (Ibid.).

Dal punto di vista architettonico, gli Asclepei erano strutture monumentali caratterizzate da ampi spazi indifferenziati in cui si svolgevano terapie sia di natura igienica che religiosa (Ibid.).

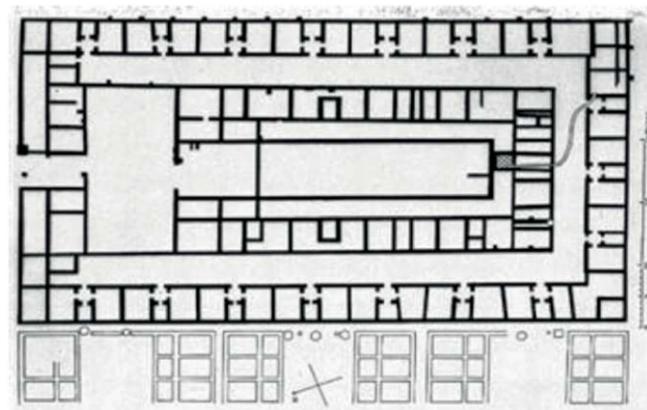
Figura 1.5  
"The Asclepeion at Pergamon".  
Fonte: Lacanna, 2014



Le prime strutture nate invece per scopi esclusivamente sanitari risalgono all'epoca romana e si possono identificare nelle infermerie militari, denominate Valetudinaria (Salvadè, 1991).

Un esempio è l'infermeria militare di Novaesium, a Dusseldorf, risalente al 100 d.C. Essa è caratterizzata da percorsi semplici, studiati per essere funzionali, e da spazi differenziati, distribuiti in base all'ambito di riferimento: degenza, spazi comuni, di amministrazione (Capolongo, 2006).

Figura 1.6  
"Valetudinarium Floor Plan  
Typology in Germany at Late  
1st Century".  
Fonte: Wikimedia, 2022  
[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Roman\\_Military\\_Hospital\\_-\\_Valetudinarium](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Roman_Military_Hospital_-_Valetudinarium)



Sia nel caso dei santuari greci che in quello delle infermerie militari, le strutture sanitarie si configurano come "luogo altro" (Capolongo, 2006) rispetto alla città, in modo da tenere la malattia lontana dalla quotidianità della restante popolazione, considerata sana.

In seguito, a partire dal IV secolo, grazie alla crescita del pensiero Cristiano, che vedeva la cura degli infermi come un atto caritatevole necessario a professare la propria fede, nascono le prime forme organizzate di assistenza (Salvadè, 1991).

Queste consistevano in ospizi e strutture destinate alla cura di pellegrini, poveri e malati, realizzate su imposizione del Concilio di Nicea (325 d.C) e del Concilio di Aquisgrana (816-17 d.C.), secondo cui le città che avessero una cattedrale erano obbligate a costruire luoghi dedicati alla ricezione sanitaria (Capolongo, 2006).

Tali spazi si collocavano per lo più nei pressi dei centri abitati, spesso vicino alle porte delle città e su strade ad alta percorrenza, col fine di svolgere la funzione di ospitalità, per cui erano adibiti (Sandri, 1999).

Per tutto il Medioevo le strutture assistenziali restano legate alla visione della sanità come espressione della fede assumendo caratteri tipologici conformi alle architetture dei luoghi di culto (Capolongo, 2006).

### 01.3.2. / OSPEDALI CIVILI E STRUTTURE LEGATE AL TERRITORIO

Un grande cambiamento nella concezione delle strutture sanitarie è dovuto all'arrivo della peste, nel Trecento, che ha avuto delle conseguenze sia nella concezione igienica delle strutture, portando per la prima volta a differenziare i malati in relazione alle tipologie, sia sul sistema sanitario nel complesso, determinando forti impatti a livello sociale (Capolongo, 2006).

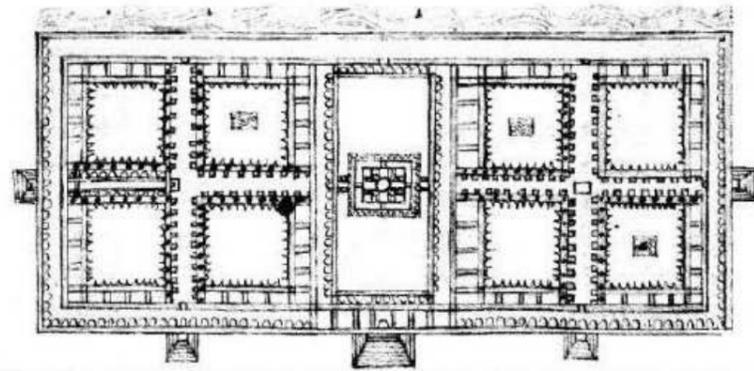
In risposta a queste nuove esigenze di diagnosi e cura (Cosmacini, 2001-a), nascono i nuovi ospedali civili.

Un esempio è costituito dall'Ospedale maggiore di Milano, noto anche come Ca' Granda e realizzato da Antonio Averlino, detto il Filarete, tra il 1456 e il 1465. Questo edificio è rappresentativo di un modello destinato a durare diversi secoli (Capolongo, 2006), caratterizzato da un'attenta ricerca relativa alla forma e alla distribuzione delle funzioni, che vede il modello del cortile centrale, circondato da portici, come fulcro della progettazione (Li Calzi et al., 2002).

In strutture di questo tipo si inizia a porre attenzione anche agli aspetti igienici come, nel caso della Ca' Granda, lo studio dell'a-

reazione delle infermerie per favorire ricambio d'aria ed evitare le correnti nocive per i degenti, grazie all'inserimento di finestre alte (Cosmacini, 2001-a).

Figura 1.7  
"The hospital Cá Granda, by  
Filarete, Milan, 1456".  
Fonte: Lacanna, 2014



Accanto a queste strutture ospedaliere, si sviluppano anche degli edifici di supporto ad emergenze specifiche, quali lazzaretti, lebbrosari, ricoveri e ospizi. Questi edifici, sorti in tutta Italia tra il 1500 e il 1600 (Cosmacini, 2001-b), venivano spesso situate ai margini della città, per contenere il contagio e allo stesso tempo garantire un presidio sanitario accessibile alla popolazione (Capolongo, 2006).

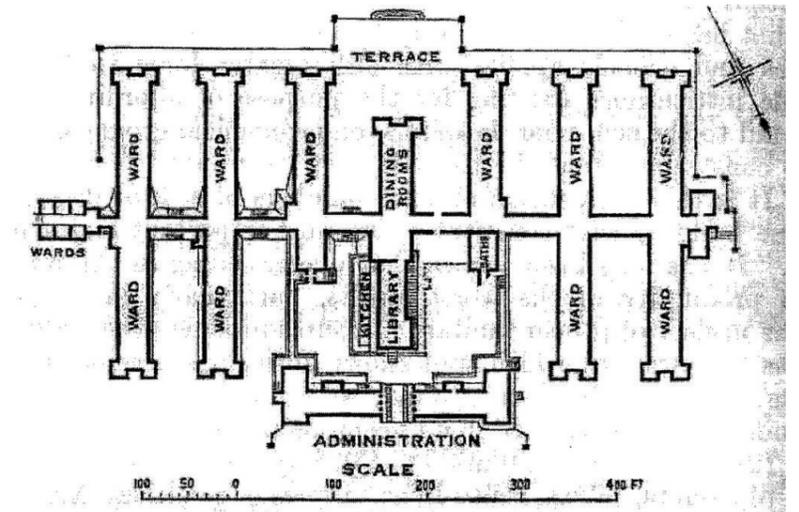
### 01.3.3. / OSPEDALI SEMPRE PIÙ COMPLESSI

Successivamente, si è susseguita una serie di dinamiche che ha portato allo sviluppo degli ospedali a padiglioni.

Verso la fine del XVII secolo si diffonde una nuova forma tipologica pensata per rispondere alla duplice esigenza di aumentare la capienza e garantire la funzionalità dei percorsi interni, caratterizzata da edifici lineari disposti a corte aperta, che diventeranno il modello per lo schema a padiglioni paralleli e isolati (Prandi, 2023). Questa configurazione, diffusa soprattutto in Inghilterra, era inizialmente priva di collegamenti tra i corpi edilizi e prevedeva una disposizione simmetrica attorno a un asse centrale, culminante in un edificio principale (Ibid.).

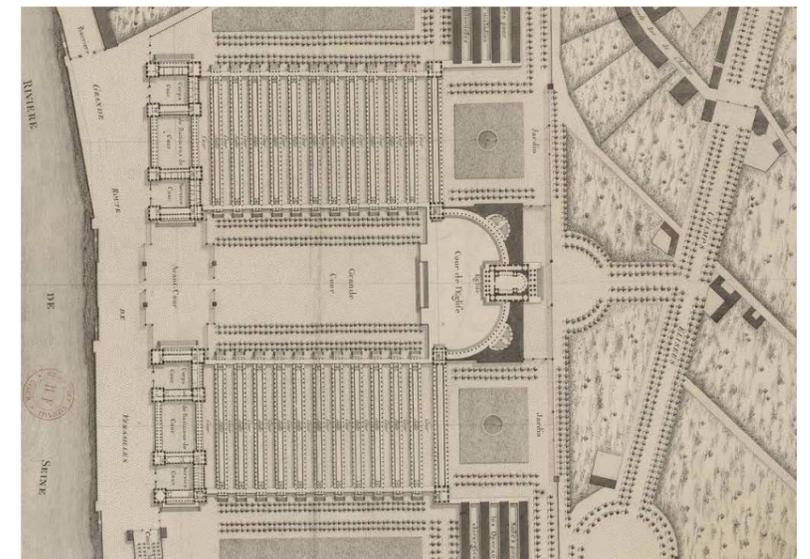
La caratteristica principale della tipologia a padiglioni deriva dalla volontà di suddividere i degenti per patologia; questo accorpamento ha dato vita ad una logica distributiva volta a favorire prima di tutto la salubrità degli ambienti (Capolongo, 2006).

Figura 1.8  
Royal Herbert Hospital di  
Woolwich (Londra).  
Fonte: <https://quadralectics.wordpress.com/3-contemplation/3-5-hospitals/>



L'affermazione di tale modello si ha grazie alla necessità di ricostruire l'Hotel Dieu di Parigi, a seguito dell'incendio del 1772: il concorso bandito per la nuova progettazione sancisce una serie di criteri innovativi che coinvolgono diverse discipline e l'ampia adesione all'iniziativa contribuisce all'avanzamento delle conoscenze architettoniche, mediche e scientifiche (Prandi, 2023).

Figura 1.9  
Progetto per la ricostruzione  
dell'Hotel Dieu di J. B. Le Roy.  
Fonte: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b8444448m#>



Per garantire condizioni igienico-sanitarie ottimali e per rispondere alle esigenze di spazio legate alle dimensioni degli edifici, queste strutture venivano spesso realizzate in aree lontane dai centri urbani (Capolongo, 2006).

Con l'avanzare dei progressi scientifici si arriva alla concezione di ospedale come "macchine per guarire" (Foucault, 1976), concetto che dà vita a modelli edilizi sempre più complessi e volti a

raggiungere elevati criteri di efficienza (Foucault, 1975).

Si sviluppano così i modelli di ospedale monoblocco e successivamente a poliblocco, caratterizzati da spazi concentrati, volti a ridurre al minimo le distanze e massimizzare l'efficienza, in modo da potersi muovere più velocemente da una parte all'altra dell'ospedale. Si punta anche alla riduzione dei costi di produzione e delle spese di gestione, oltre che a quelle dell'utilizzo di suolo, infatti si tratta di edifici organizzati su più livelli (Belvedere, 2011).

In questo tipo di strutture però l'attenzione alle relazioni tra medico-paziente, paziente-paziente e paziente-territorio passa in secondo piano (Capolongo, 2006).

Nel Novecento infatti l'ospedale diventa sempre più ambito di progettazione quasi esclusivamente ingegneristica, in cui l'architetto ricopre un ruolo marginale spesso limitatosi all'aspetto estetico (Prandi, 2023). Parallelamente però, l'emergere di nuove esigenze sanitarie legate alla cura delle malattie sanatoriali offre agli architetti razionalisti l'opportunità di sperimentare tipologie innovative, come dispensari, colonie terapeutiche e sanatori in cui si afferma un equilibrio tra funzionalità e identità architettonica che può essere considerato un riferimento progettuale per le attuali Case della Comunità (Ibid.).

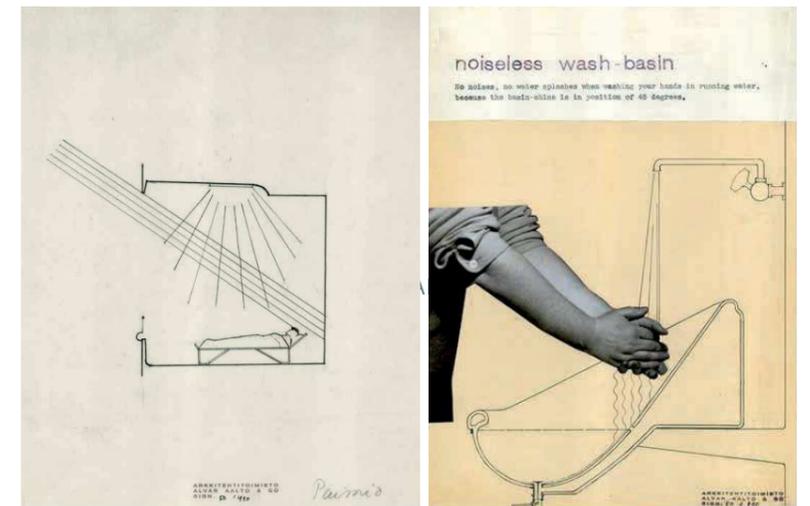
Grazie a queste strutture si avvia una serie di sperimentazioni in campo architettonico che cercano di unire le caratteristiche di efficienza a quelle di qualità degli spazi dal punto di vista di chi li vive (Ibid.). Tra questi studi emergono quelli effettuati per la realizzazione dei propri progetti da Alvar Aalto, in grado di ottenere un'alta qualità architettonica grazie alla combinazione di criteri tecnici e funzionali con aspetti psicologici (Pallasmaa, 1998).

Figura 1.10  
Sanatorio di Paimio.  
Fonte: Alvar Aalto Foundation,  
foto di Gustaf Welin.  
Recuperato da: <https://www.domusweb.it/it/architettura/gallery/2024/01/12/la-sorprendente-attualita-del-sanatorio-di-paimio-di-alvar-e-aino-aalto.html>



Figura 1.11  
Alvar Aalto, lavabo ad angolo per le camere dei pazienti.  
Fonte: Alvar Aalto Foundation.  
Recuperato da: <https://www.of-convalence.com/entries/silent-basin>

Figura 1.12  
Alvar Aalto, bozza per il progetto del sanatorio di Paimio.  
Fonte: Alvar Aalto Museum's collections.  
Recuperato da: <https://www.designmuseum.fi/en/events/paimio-tuberculosis-sanatorium-1929-1933/>



Sono seguiti altri tentativi di innovazione, come quello effettuato da Le Corbusier con l'ospedale di Venezia, che introduce concetti oggi basilari come la concezione dell'ospedale come parte di città, oltre che aspetti come l'attenzione verso la percezione degli spazi da parte degli utenti (Capolongo, 2006).

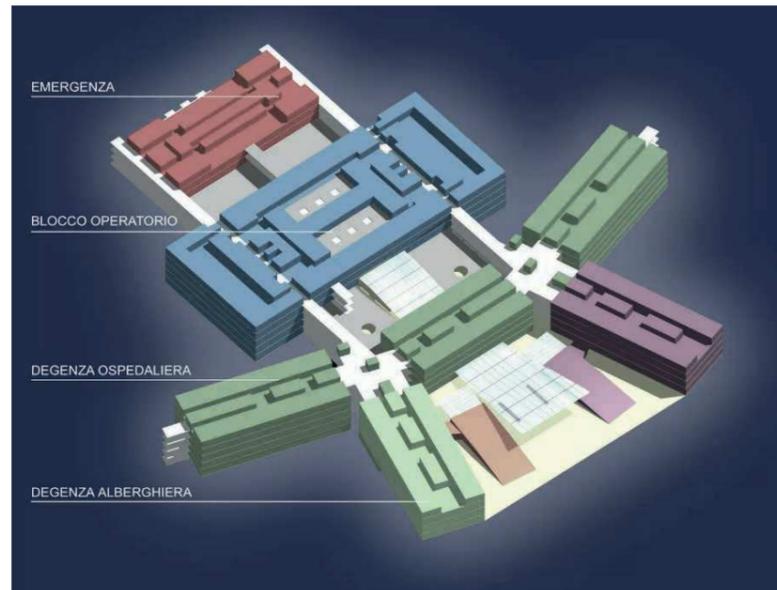
Figura 1.13  
Le Corbusier, ospedale di Venezia.  
Fonte: [https://www.archdaily.com/789025/ad-classics-venice-hospital-proposal-le-corbusier/57b17e0be58eacedfb3000014-ad-classics-venice-hospital-proposal-le-corbusier-plan?next\\_project=no](https://www.archdaily.com/789025/ad-classics-venice-hospital-proposal-le-corbusier/57b17e0be58eacedfb3000014-ad-classics-venice-hospital-proposal-le-corbusier-plan?next_project=no)



Uno studio degno di nota è quello elaborato nel 2000 dal Ministero della Sanità, allora guidato dal ministro Umberto Veronesi, coordinato dall'architetto Renzo Piano per la definizione di un nuovo modello ospedaliero basato su una serie di principi espressi attraverso parole chiave che richiamano concetti come

umanizzazione, urbanità<sup>4</sup>, socialità, ricerca, affidabilità, innovazione, formazione (Prandi, 2023).

Figura 1.14  
Modello di ospedale scondo il programma redatto dal Ministero della Sanità nel 2000. Fonte: <https://www.slideshare.net/slideshow/nuovo-modello-ospedale-renzo-piano/60698550>



4-5

Il principio di urbanità si riferisce alla capacità di uno spazio urbano di favorire la socialità, l'integrazione e la qualità della vita degli abitanti. Secondo Bernardo Secchi, una città non è solo un insieme di edifici e infrastrutture, ma un organismo complesso che deve garantire accessibilità, relazioni sociali, sicurezza e vivibilità. Il principio di urbanità in ambito sanitario e ospedaliero si traduce nella creazione di ambienti che siano non solo funzionali dal punto di vista medico, ma anche integrati nel contesto urbano e rispettosi del benessere generale degli utenti.

Oggi, con lo sviluppo della diagnostica e il rafforzamento del concetto di prevenzione, si riconosce l'ospedale contemporaneo come il centro di una rete sanitaria integrata, affiancato da altri servizi di assistenza come telemedicina, ambulatori, day-hospital (Capolongo, 2006). La configurazione spaziale riflette questo modello riducendo gli spazi dedicati alla degenza e aumentando la quantità di spazi dedicati alla diagnostica, preferendo i servizi alternativi alla degenza ospedaliera, laddove questa non risulta strettamente necessaria (Ibid.).

Per quanto riguarda l'organizzazione degli spazi, viene inoltre posta attenzione alle caratteristiche di flessibilità in modo da adattarsi nel tempo alle mutevoli esigenze del sistema sanitario (Ministero della sanità, 2000).

L'ospedale contemporaneo inoltre diventa a tutti gli effetti un luogo urbano, inserito nel contesto attraverso strade, negozi, auditorium, e una serie di espedienti legati al principio dell'urbanità<sup>5</sup>, usati per integrare la struttura nel contesto in cui si colloca, in modo da ridurre al minimo la sensazione di estraneità dal mondo da parte dei pazienti (Capolongo, 2006).

In generale infatti, si pone particolare attenzione ad aspetti come sicurezza, privacy, comfort e piacevolezza degli spazi: tutti finalizzati alla salvaguardia del benessere degli utenti.

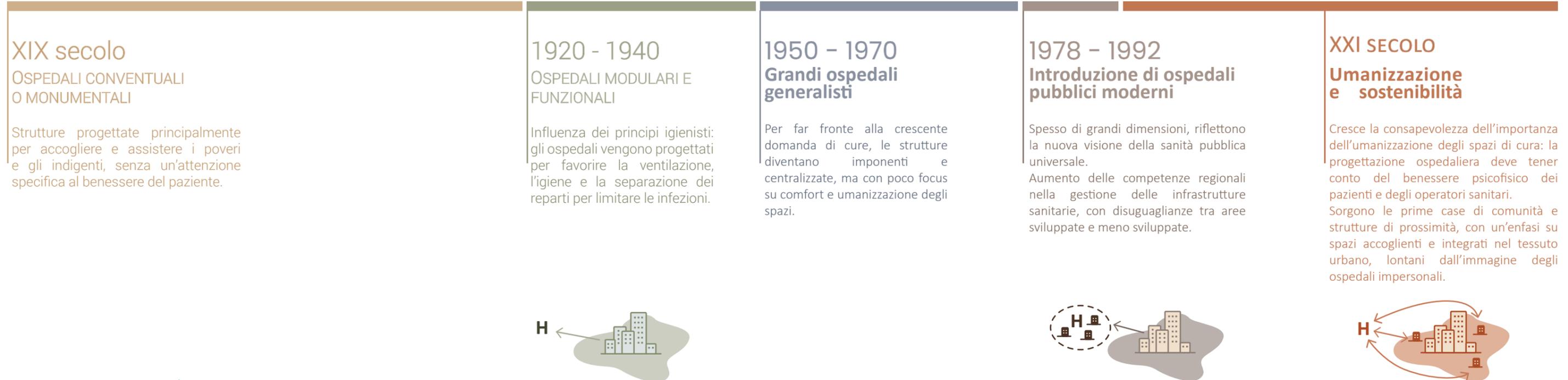
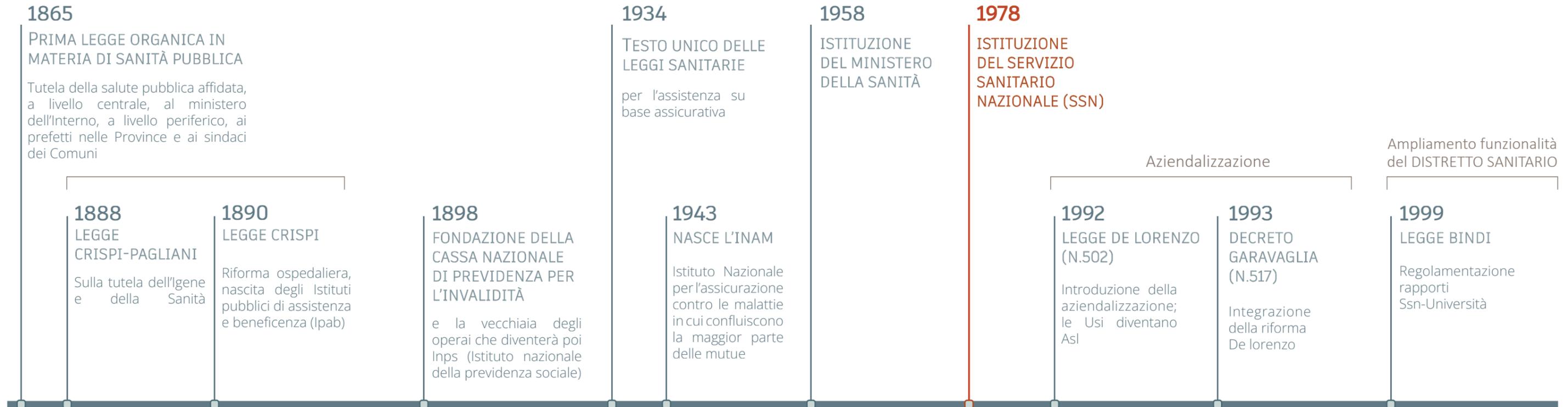
#### 01.4. / CONNESSIONE TRA SISTEMA SANITARIO E ARCHITETTURA DEGLI SPAZI DI CURA

L'analisi dell'evoluzione delle strutture sanitarie, in relazione ai cambiamenti del sistema sanitario, evidenzia come gli spazi di cura siano passati da semplici luoghi di degenza a elementi chiave di un sistema integrato all'interno del sistema urbano (Sandri, 1999).

Di seguito (figura 1.15), una linea del tempo che evidenzia l'evoluzione parallela del sistema sanitario e delle strutture legate all'assistenza, fino alla configurazione attuale.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

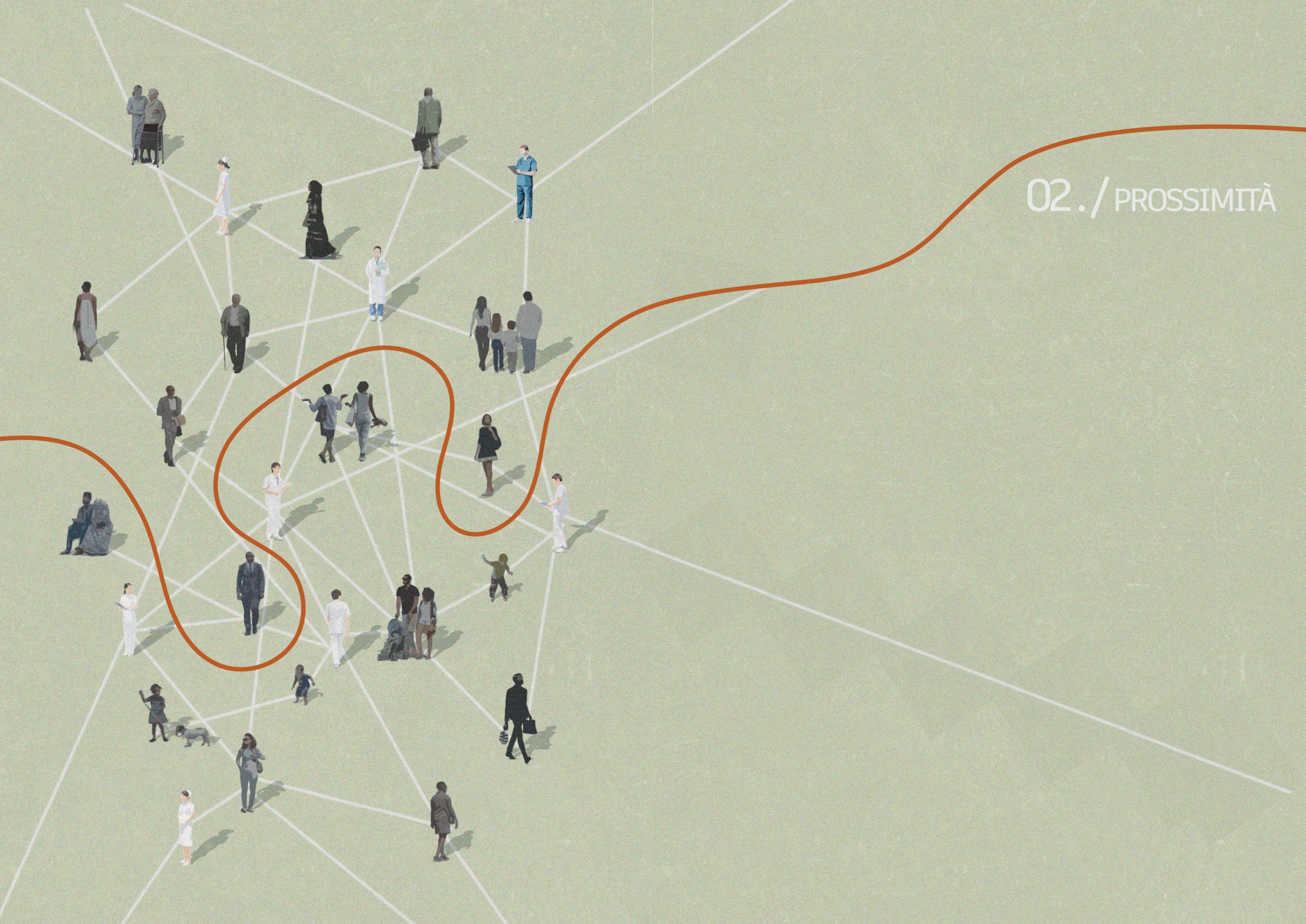
Figura 1.15  
Fonte: Corriere della sera, 2018. Rielaborazione



EVOLUZIONE DELL'ARCHITETTURA SANITARIA IN ITALIA



02. / PROSSIMITÀ



## 02. / PROSSIMITÀ

Come analizzato nel capitolo precedente, l'insorgenza di nuove necessità sociali, e quindi sanitarie, hanno portato ad un cambiamento di prospettiva che vede il benessere dell'uomo al centro. Questa evoluzione, partita da una visione della salute non limitata soltanto all'assenza di malattia ma da ricondurre ad "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" (OMS, 1948), mira a sviluppare un sistema di cure accessibile, inclusivo e vicino al cittadino, in grado di rispondere a bisogni sempre più complessi (ASviS, 2022).

Ad oggi quindi, il Servizio Sanitario Nazionale deve tenere in considerazione, oltre agli aspetti clinici, anche nuovi fattori, come quelli sociali ed emotivi. Per questo bisognerebbe mettere in discussione le vecchie procedure e tendere ad implementare l'assistenza di prossimità, appropriata non solo per la capacità di essere più vicina ai diversi bisogni della comunità, ma anche per la possibilità di intervenire prima che si verifichi un evento acuto grazie all'identificazione anticipata dei soggetti a rischio (AGENAS 2009).

Attualmente, la limitata disponibilità di servizi territoriali in grado di gestire le cronicità e i bisogni a bassa intensità clinica, contribuisce ad un uso inappropriato delle risorse sanitarie (AGENAS, 2022). Pazienti che potrebbero essere assistiti attraverso percorsi territoriali integrati, finiscono invece per sovraccaricare gli ospedali (AGENAS, 2009), strutture in realtà concepite per essere altamente specializzate, quindi inadeguate per le esigenze citate precedentemente, che richiederebbero invece un approccio olistico e integrato (CNETO, 2023).

Alla luce di queste criticità, si riconosce la necessità di potenziare le risorse finanziarie, umane, digitali, strumentali, strutturali e tecnologiche del sistema sanitario, per contribuire in modo tangibile al rafforzamento dell'assistenza sanitaria, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze territoriali e raggiungere un assetto complessivo più omogeneo a livello nazionale, garantendo un buon equilibrio tra i macro-livelli di assistenza: prevenzione, cure territoriali e ospedaliere (Ministero della Salute, 2024).

Le priorità del SSN sono quindi oggi orientate verso l'implementazione della medicina territoriale e delle cure primarie, un approccio che non si limita a gestire eventi acuti, ma che mira anche a prevenirli, attraverso una maggiore integrazione tra professionisti e comunità, promuovendo una "medicina di prossimità" (AGENAS, 2009).

### 02.1. / ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ E CURE PRIMARIE: NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Le cure primarie, riconosciute dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978 come essenziali per assicurare l'accesso universale alla salute, rappresentano il primo livello di contatto tra la popolazione e il sistema sanitario (WHO, 1978).

Queste forniscono prestazioni sanitarie e sociosanitarie orientate a una domanda di assistenza diversificata in base alle caratteristiche della popolazione del bacino di utenza e del territorio in cui sono collocate; sono infatti comprese nell'"assistenza sanitaria territoriale/distrettuale" (CNETO, 2023).

L'importanza delle cure primarie è emersa soprattutto in contesti, come nel caso italiano, dove si è sentita la necessità di adottare modelli che favoriscano l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità delle cure (CNETO, 2023).

In Italia, le cure primarie si articolano in una rete complessa di servizi diffusi sul territorio, costituiti da un insieme di attività che si relazionano a più livelli assistenziali e si caratterizzano proprio perché sono legate per funzioni, accessibilità, relazioni istituzionali con il territorio.

Questi servizi includono:

- servizi di laboratorio di prevenzione, di screening, educativi di comunità;
- servizi di laboratorio diagnostico;
- servizi in regime ambulatoriale o diurno;
- servizi in regime di degenza breve;
- servizi in regime continuativo di assistenza residenziale o semi-residenziale;
- servizi a domicilio con funzione preventiva o di presa in carico stabile del paziente;
- servizi di continuità assistenziale, di emergenza.

(CNETO, 2023)

Il funzionamento delle cure primarie è strettamente collegato alla qualità delle cure territoriali: per migliorare le prime bisognerebbe infatti garantire alcune condizioni come l'integrazione tra i vari servizi e la continuità assistenziale (Mauro; Giancotti, 2023).

La necessità di implementazione delle cure territoriali, viene riconosciuta nel corso della storia recente per esempio attraverso il "decreto Balduzzi" del 2012.

Il Decreto Legge n° 158 del 2012, ha introdotto modelli orga-

nizzativi innovativi volti a migliorare l'efficienza e l'accessibilità dell'assistenza di primo livello.

Tra le principali novità, c'è stata la distinzione tra Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

Le AFT sono strutture organizzative in cui operano solo Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), con il compito di garantire continuità assistenziale e prevenzione, oltre che di facilitare l'integrazione tra ospedale e territorio.

Le UCCP, sono invece strutture multidisciplinari che riuniscono diverse figure professionali, quali medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche, e assistenti sociali, e operano in regime h24. Le UCCP rappresentano uno dei nodi centrali del distretto sanitario assicurando assistenza primaria, diagnostica di primo livello e cure domiciliari (Triassi, 2019). Queste unità sono strettamente connesse alle AFT, creando una rete infrastrutturale integrata (Ibid.).

Tra le altre innovazioni introdotte dalla Riforma Balduzzi troviamo gli Ospedali di Comunità, strutture di ricovero intermedie pensate per accogliere pazienti con esigenze cliniche non gravi, e le Case della Salute, presidi territoriali che integrano servizi sanitari e sociali per garantire un approccio olistico alla salute.

Questi strumenti miravano a ridurre il ricorso inappropriato agli ospedali e a migliorare l'efficienza del sistema sanitario, tuttavia la loro implementazione è risultata spesso disomogenea e incompleta, lasciando irrisolte molte criticità legate alla frammentazione dei servizi e alle disparità territoriali (Damiani et al., 2016).

## 02.2. / POLITICHE DI SVILUPPO E NORMATIVE

I servizi di assistenza sanitaria territoriale, pur diversificati per funzione e accessibilità, hanno spesso sofferto di frammentazione e scarsa organizzazione, rendendo difficile per i pazienti orientarsi e accedere con continuità alle prestazioni (CNETO, 2023). I nuovi modelli organizzativi proposti dal PNRR puntano a superare queste criticità, introducendo strumenti innovativi come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità. Queste strutture mirano a diventare dei punti di riferimento integrando servizi sanitari, sociali e sociosanitari (Ministero della Salute, 2024).

Questi interventi rappresentano un passo importante verso un sistema sanitario che mette davvero il paziente al centro, favorendo un'integrazione reale tra cure primarie, territorio e ospedale, in linea con gli obiettivi di equità e sostenibilità promossi dalle politiche sanitarie nazionali ed europee (AGENAS, 2009).

6

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è un piano d'azione sviluppato a livello globale, viene sottoscritta il 25 settembre 2015 da 193 Paesi delle Nazioni unite, tra cui l'Italia, per condividere l'impegno a garantire un presente e un futuro migliore al Pianeta e alle persone che lo abitano. Definisce 17 Obiettivi di sviluppo sostenibile da raggiungere entro il 2030, articolati in 169 Target, che rappresentano una bussola per porre l'Italia e il mondo su un sentiero sostenibile. Il processo di cambiamento del modello di sviluppo viene monitorato attraverso i Goal, i Target e oltre 240 indicatori: rispetto a tali parametri, ciascun Paese viene valutato periodicamente in sede Onu e dalle opinioni pubbliche nazionali e internazionali.

### 02.2.1. / AGENDA 2030

Nel panorama globale, un approccio sicuramente allineato al principio della prossimità, è costituito dal terzo dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG) dell'Agenda 2030<sup>6</sup>: "Salute e benessere per tutti", che mira a portare i servizi di cura più vicino alle comunità, riducendo le disuguaglianze territoriali e sociali. Lo scopo di tale obiettivo è quello di sottolineare l'importanza di garantire l'accesso universale a cure di qualità, rafforzare i sistemi sanitari e promuovere la prevenzione come strumento cardine.

In Europa, l'Agenda 2030 trova un riscontro nel Next Generation EU (NGEU), uno strumento temporaneo nato nel 2020 per riparare ai danni economici e sociali causati dalla pandemia di Covid-19.

Il programma, sviluppato grazie alla comune iniziativa della Commissione Europea, del Parlamento Europeo e dei leader dell'Unione Europea, non si pone solo come un piano di ripresa, ma coglie l'opportunità di trasformare le economie e le società dei paesi europei in coerenza con gli obiettivi internazionali, per un'Europa "più ecologica, digitale e resiliente" (Unione Europea, n.d.).

Dal punto di vista finanziario, il piano comprende un investimento di oltre 800 miliardi di euro inseriti all'interno del bilancio europeo 2021-2027 e destinati a tutti gli stati membri.

Per ottenere i fondi, gli stati membri devono predisporre dei piani nazionali nei quali descrivono le modalità di utilizzo degli investimenti in modo coerente a quanto stabilito nel NGEU. Prima di ogni erogazione infatti, la Commissione valuta il raggiungimento soddisfacente di ciascun traguardo e obiettivo previsti dal dispositivo per la ripresa e la resilienza. (Unione Europea, n.d.)

### 02.2.2. / PNRR

Per accedere ai fondi NGEU l'Italia ha quindi dovuto elaborare un piano per regolare la gestione degli investimenti: in questo modo nasce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), entrato ufficialmente in vigore nel 2021. Nello specifico questo comporta una serie di investimenti e riforme indirizzati al raggiungimento degli obiettivi europei e globali.

Il Piano si articola inizialmente in 6 Missioni (oggi 7):

- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- Rivoluzione verde e transizione ecologica

- Infrastrutture per una modalità sostenibile
- Istruzione e ricerca
- Inclusione e coesione
- Salute
- RePowerEU

Queste Missioni costituiscono delle aree tematiche su cui intervenire, e sono state individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del Next Generation EU<sup>7</sup>. Le Missioni si articolano a loro volta in Componenti, che rappresentano delle specifiche aree di intervento rivolte a determinate sfide; le Componenti sono a loro volta composte da Investimenti e Riforme. (PNRR)

In particolare la Missione 6 “salute” prevede il finanziamento di riforme e misure finalizzate al miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale, con l’obiettivo di “rendere le strutture più moderne, digitali e inclusive, garantire equità di accesso alle cure, rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio promuovendo la ricerca” (PNRR).

Gli investimenti appartenenti a quest’area tematica, a cui il Governo Italiano ha destinato 15,63 mld, sono articolati in due Componenti:

- La prima relativa al miglioramento delle infrastrutture ospedaliere e all’aumento della diffusione dell’assistenza di prossimità su tutto il territorio (7mld);
- La seconda volta all’aggiornamento tecnologico e digitale del SSN (8,63mld).

(PNRR)

In particolare, la prima Componente, monitorata dal Ministero della salute tramite AGENAS<sup>8</sup>, si pone i seguenti obiettivi: potenziare il SSN adeguando i servizi alle esigenze delle comunità e dei pazienti; rafforzare le strutture sanitarie territoriali e l’assistenza domiciliare; implementare soluzioni avanzate di telemedicina a supporto dell’assistenza domiciliare (AGENAS, 2022).

Per conseguire tali obiettivi i fondi sono ripartiti a loro volta in tre tipologie di investimento:

- Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona (2 miliardi di euro);
- Investimento 2: case come primo luogo di cura e telemedicina (4 miliardi di euro);
- Investimento 3: rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (1 miliardi di euro).



Figura 2.1  
“PNRR: 6 Missioni (M) articolate in Componenti (C) a loro volta strutturate in investimenti.”  
Fonte: AGENAS, 2022; PNRR, 2021

### 02.2.3. / DM 77/2022

In linea con il PNRR (missione 6 – salute), nell’ambito di misure volte al miglioramento del SSN, e in particolare con attenzione alle strutture socio sanitarie di prossimità, il ministero ha emanato il DM 77/2022. Il decreto ridefinisce l’assistenza sanitaria territoriale in Italia, con l’obiettivo di garantire cure più vicine ai cittadini definendo modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del SSN. Impone alle Regioni il rispetto di criteri e requisiti per garantire cure più accessibili e integrate, rafforzando il legame tra ospedale e territorio.

I servizi e i presidi descritti nel modello sono:

- Distretto Sanitario,
- Casa della Comunità,
- Centrale Operativa Territoriale,
- Ospedale di Comunità,
- Infermiere di Famiglia e di Comunità,
- Assistenza domiciliare integrata,
- Unità di Continuità Assistenziale,
- servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie,
- rete delle cure palliative e terapia del dolore,
- telemedicina,
- prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

Alcuni di questi servizi erano già presenti nel sistema sanitario e con il decreto vengono strutturati e potenziati. Le principali novità sono costituite dall’introduzione di nuovi modelli di assistenza quali le Case di Comunità (CdC), che costituiscono dei punti di riferimento per l’assistenza primaria, dove operano medici, infermieri e altri professionisti sanitari; gli Ospedali di Comunità (OdC), ovvero delle strutture intermedie per pazienti che necessitano di cure a bassa intensità senza ricovero ospedaliero; le Centrali Operative Territoriali (COT), che hanno il ruolo di coordinare servizi sanitari, ospedalieri e sociali per una presa in carico più efficiente; viene inoltre rafforzato il ruolo dei Distretti Sanitari nell’organizzazione dell’assistenza territoriale (figura 2.2).

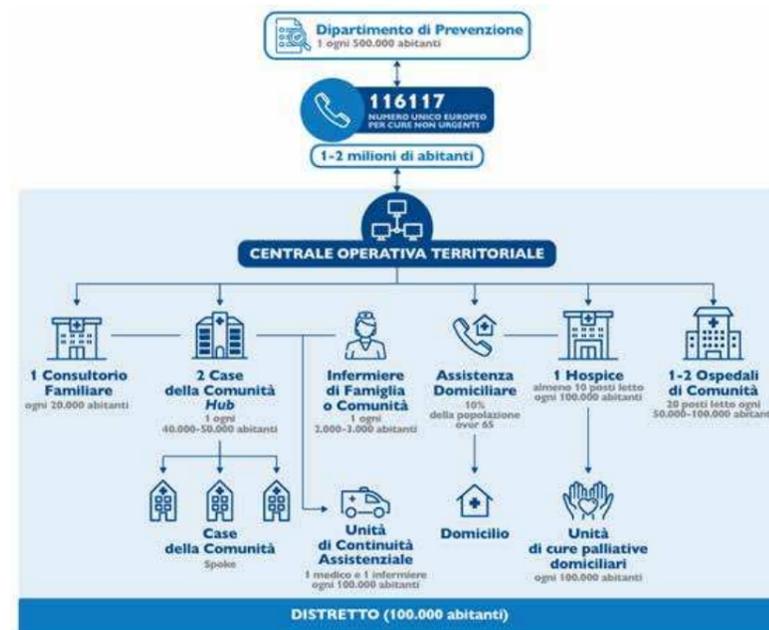
7

I piani d’investimento proposti dai singoli Stati Membri devono riguardare specifici settori d’investimento in via conforme con quelli previsti dal Regolamento RRF (Recovery and Resilience Facility - Regolamento EU/2021/241): 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.

8

L’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è un ente pubblico non economico di rilievo nazionale, che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.

Figura 2.2  
 "Schema di sintesi  
 dell'organizzazione del  
 Distretto e delle relazioni tra la  
 Cdc, OdC e COT."  
 Fonte: AGENAS, 2022.



È necessario soffermarsi innanzitutto sul ruolo della COT, in quanto introduce un meccanismo organizzativo innovativo per garantire continuità assistenziale e costituisce un elemento fondamentale per la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio.

Il suo ruolo è quello di garantire un coordinamento efficace tra ospedali, servizi territoriali e assistenza domiciliare, evitando frammentazioni nel percorso di cura dei pazienti.

La COT opera come un nodo strategico che facilita il passaggio tra i diversi livelli di assistenza, ottimizzando la gestione delle risorse e migliorando la continuità assistenziale. Attraverso strumenti digitali e telemedicina, supporta il monitoraggio dei pazienti a domicilio e la gestione delle emergenze sul territorio, riducendo ricoveri ospedalieri non necessari.

Questa struttura non eroga direttamente prestazioni sanitarie, ma svolge una funzione di direzione, permettendo una sanità più integrata, efficiente e accessibile. Il suo carattere innovativo risiede proprio nella capacità di superare la tradizionale separazione tra ospedale e territorio, promuovendo un modello di assistenza più fluido e orientato alla presa in carico globale del paziente.

In questa tesi l'attenzione verrà posta sulle Case della Comunità, analizzandone l'organizzazione, le funzioni e il ruolo nell'ambito del nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale delineato dal DM 77/2022.

Va specificato che, nonostante i buoni propositi del modello, al-

cuni esperti ne individuano sin dall'inizio alcune criticità come l'adeguatezza del finanziamento nella gestione dei nuovi modelli, o la mancata definizione del nuovo ruolo della medicina generale (CNETO, 2023).

### 02.3. / LE CASE DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità (CdC) è un presidio che deriva concettualmente dalla Casa della Salute, evolvendone il modello organizzativo e ampliandone le funzioni.

Le Case della Salute, introdotte in alcune Regioni italiane a partire dagli anni 2000, erano strutture sanitarie territoriali nate per offrire servizi integrati di medicina generale, specialistica e assistenza infermieristica, promuovendo un approccio multidisciplinare alla cura del paziente. Tuttavia, la loro diffusione è stata frammentata e priva di uno standard nazionale univoco. (Simbari, 2023)

Il DM 77/2022 ha trasformato questa realtà nella Casa della Comunità, rendendola un modello nazionale uniforme con standard precisi. La CdC, rispetto alla Casa della Salute, ha un'organizzazione più chiara volta a garantire una risposta ai bisogni sociali e sanitari che sia distribuita in modo uniforme a livello nazionale. Sono infatti previste due tipologie di CdC (Hub e Spoke) in relazione alla dotazione di servizi forniti, alla durata della presenza medica garantita e al bacino demografico di riferimento.

Le Case della Comunità hub sono le strutture principali, con presenza fisica h24;

Le Case della Comunità spoke sono delle articolazioni territoriali delle CdC hub, volte a garantire la capillarità dei servizi.

Il fine è quello di garantire nel complesso una cura continuativa e integrata, con una distribuzione dei carichi assistenziali in base alla necessità del paziente.

La CdC è concepita quindi come un nuovo tipo di presidio in grado di concretizzare l'assistenza di prossimità avvicinando il più possibile i servizi socio-sanitari alla comunità (Agenas, 2022).

Viene definita infatti dal DM 77 come "il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento" (DM 77/2022).

La Casa della Comunità deve essere il punto di primo accesso per i cittadini ai servizi sanitari, offrendo un presidio facilmente riconoscibile e accessibile (CNETO, 2023).

Per soddisfare queste esigenze, la CdC deve basarsi su un mo-

dello di assistenza fondato sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, assicurando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (Agenas, 2022).

Per rafforzare il legame con il territorio e favorire l'accesso ai servizi, è necessario che questa integrazione non avvenga solo all'interno della struttura, ma si estenda anche al contesto urbano (Hoa et alii, 2019). I servizi devono essere progettati per connettersi con la realtà sociale locale, avvicinandosi dal punto di vista funzionale, psicologico e sociale ai bisogni della popolazione e riconoscendo nelle reti sociali e nelle comunità di appartenenza elementi chiave per il benessere collettivo (Longo e Barsanti, 2021).

I servizi offerti si inseriscono in questa logica di integrazione, combinando prestazioni sanitarie, sociosanitarie e attività svolte in collaborazione con gli Enti del Terzo settore<sup>9</sup> (CNETO, 2023).

Il personale sanitario e socio-sanitario comprende medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri, assistenti sociali e psicologi. La presenza medica è garantita h24, 7 giorni su 7, anche grazie al servizio di Continuità Assistenziale. Le attività includono l'assistenza sanitaria di base e specialistica, la presa in carico stabile del paziente, la diagnostica di base, i programmi di screening, la continuità assistenziale e l'emergenza.

Inoltre, vengono promosse la formazione e l'educazione sanitaria, insieme a una stretta collaborazione con i servizi sociali e socio-sanitari. La CdC ospita spazi dedicati non solo alle cure primarie, ma anche ad altre attività che favoriscono l'interazione tra il personale e la partecipazione attiva della comunità, ponendo rilevanza sulla partecipazione degli Enti del Terzo Settore (CNETO, 2023).

Il Terzo Settore ricopre infatti una funzione essenziale nel supporto della CdC, attraverso l'offerta di servizi che arricchiscono quelli del SSN. Tra questi rientrano la donazione di sangue, il soccorso sanitario, oltre a iniziative di ascolto e supporto per le persone più vulnerabili. Le organizzazioni del Terzo Settore operano in sinergia con la CdC, collaborando nella pianificazione di attività formative e informative rivolte alla comunità. Tale contributo è fondamentale per favorire la partecipazione della cittadinanza e l'inserimento della struttura nel territorio. Per agevolare questa cooperazione, si prevedono spazi condivisi destinati a incontri, eventi e attività di sensibilizzazione, consolidando così la CdC come punto di riferimento per la salute collettiva (CNETO, 2023).

Un modello così strutturato richiede necessariamente un approccio interdisciplinare che coinvolga non solo le scienze mediche e sociali, ma anche le discipline dell'architettura. La progettazione delle CdC deve rispondere ai requisiti organizzativi, sociali, relazionali e culturali necessari per il funzionamento ef-

ficace di queste strutture, promuovendo strategie vantaggiose ed ottimali all'interno di un sistema sanitario in continua evoluzione (Setola, 2022).

### 02.3.1. / OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO PER CdC

—  
L'interdisciplinarietà richiesta nella progettazione e gestione delle CdC è essenziale per tenere in considerazione tutte le necessità delle diverse categorie di utenti come pazienti, operatori sanitari, visitatori e cittadini in generale (AGENAS, 2022).

Questo approccio consente di realizzare ambienti che non solo rispondano alle esigenze sanitarie e assistenziali, ma che garantiscano anche condizioni di comfort adeguate a chi li frequenta, contribuendo così alla qualità del servizio e alla soddisfazione degli utenti (CNETO, 2023).

Alla base della progettazione c'è una visione della salute intesa come stato di benessere fisico, psicologico e sociale, in linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948). Questo implica la necessità di sviluppare spazi che favoriscano l'inclusione sociale, garantiscano accessibilità e uguaglianza, e tengano conto di aspetti percettivi e sensoriali in grado di promuovere la salute mentale, l'orientamento (wayfinding<sup>10</sup>) e l'umanizzazione. Inoltre, una progettazione consapevole deve prevedere strategie che rispondano alle esigenze presenti senza compromettere quelle delle generazioni future, come sottolineato nel rapporto Brundtland del 1987<sup>11</sup> (AGENAS, 2022).

Un altro aspetto cruciale è la sostenibilità ambientale, che impone di ridurre al minimo l'impatto delle strutture sanitarie sul territorio, limitando il consumo energetico e le emissioni, e adottando soluzioni che favoriscano l'efficienza e il risparmio delle risorse. Il cambiamento climatico pone nuove sfide alla progettazione di questi spazi, rendendo indispensabile l'adozione di strategie mirate a garantire edifici resilienti e sostenibili (CNETO, 2023).

Sulla base di queste considerazioni, la programmazione delle CdC si articola intorno a tre macro-obiettivi strategici. Il primo riguarda gli aspetti sociali e urbani, con interventi volti alla rigenerazione del tessuto cittadino, al miglioramento dell'accessibilità e alla promozione dell'inclusione sociale. Il secondo obiettivo si concentra sugli aspetti ambientali e climatici, puntando all'efficientamento energetico, alla salubrità degli ambienti, alla riduzione dell'impatto antropico e all'integrazione di aree verdi per contrastare gli effetti del cambiamento climatico. Infine, gli obiettivi architettonico-funzionali mirano a garantire la sicurezza, la flessibilità degli spazi e l'innovazione digitale nella gestione e nell'organizzazione degli edifici (Figura 2.3).

9

Gli Enti del Terzo Settore sono definiti come organizzazioni private senza scopo di lucro che perseguono finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale (D.Lgs. 117/2017). In ambito sociosanitario, svolgono attività di interesse generale, collaborando con le istituzioni pubbliche per promuovere l'inclusione sociale, la tutela della salute e il benessere delle persone, specialmente nei contesti territoriali.

10

Il wayfinding è il processo cognitivo attraverso il quale un individuo determina un percorso da un luogo all'altro all'interno di un ambiente, comprendendo la pianificazione della direzione da seguire e le decisioni relative all'orientamento spaziale. Fonte: Chen et al., 2009; Montello, 2005.

11

Il rapporto Brundtland è un documento pubblicato nel 1987 dalla Commissione mondiale sull'Ambiente e lo Sviluppo in cui viene introdotto per la prima volta il concetto di sviluppo sostenibile.

Questi obiettivi, che spaziano dall'inclusione sociale alla sostenibilità ambientale, derivano da una nuova concezione della salute che non si limita all'aspetto medico, ma abbraccia il benessere complessivo della persona. In questa prospettiva, si inserisce l'approccio One Health, che riconosce l'interconnessione tra la salute umana, quella animale e quella degli ecosistemi. Di conseguenza, le strutture sociosanitarie devono adottare soluzioni che minimizzino l'impatto ambientale e riducano i costi energetici, senza compromettere la qualità degli ambienti e dei servizi offerti (CNETO, 2023).

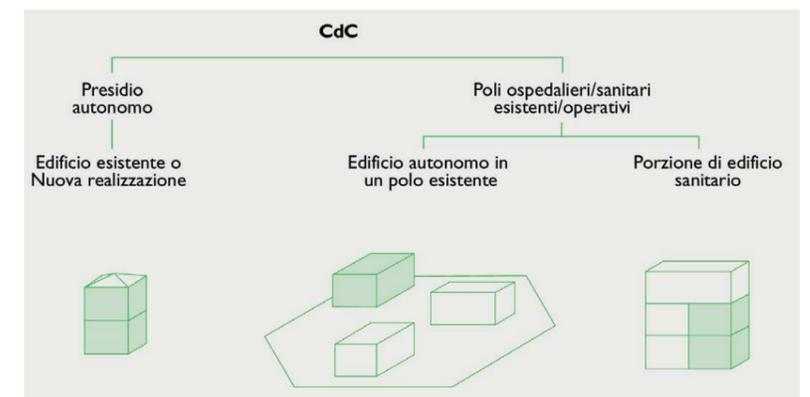
Garantire salubrità e comfort microclimatico significa ricorrere a soluzioni efficienti per la climatizzazione, la ventilazione e l'illuminazione, ottimizzando anche l'uso delle risorse idriche. Il rispetto di questi requisiti deve avvenire nel rispetto degli obiettivi di sostenibilità ambientale definiti a livello europeo, in linea con il principio Do No Significant Harm e con la strategia One Health promossa dalla WHO. Inoltre, queste strutture possono avere un ruolo educativo, sensibilizzando la comunità all'importanza di pratiche sostenibili attraverso soluzioni architettoniche che integrino luce naturale, ventilazione ottimizzata e l'uso di energie rinnovabili (CNETO, 2023).

In questa prospettiva, l'umanizzazione degli spazi non si limita alla loro funzionalità, ma si estende alla dimensione relazionale e comunitaria. Coinvolgere la cittadinanza nei processi di progettazione e gestione delle CdC significa promuovere una sanità più vicina alle persone, favorendo la creazione di reti di fiducia e di supporto all'interno della comunità (AGENAS, 2022).

Figura 2.3  
"Schema obiettivi generali del progetto per CdC."  
Fonte: AGENAS, 2022.



Figura 2.4  
"Possibili scenari di localizzazione e inderimento della CdC."  
Fonte: AGENAS, 2022.



### 02.3.2. / LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE DI CdC

In aggiunta agli obiettivi, AGENAS fornisce indicazioni progettuali e funzionali "per la corretta ed efficiente realizzazione delle Case della Comunità" (AGENAS, 2023) attraverso un documento redatto in collaborazione con il Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano.

Il fine di tale documento è quello di supportare tecnici e progettisti nella realizzazione di strutture relative a reti di prossimità definendo, sulla base delle normative esistenti, un metaprogetto che contribuisca ad una programmazione e progettazione di spazi che "oltre ad offrire servizi per la salute, siano al contempo orientate all'inclusione e benessere sociale, alla sostenibilità e resilienza climatica nonché all'efficienza energetica e impiantistica" (Ibid.).

La programmazione delle Case della Comunità si fonda su alcuni elementi chiave, tra cui l'integrazione tra servizi sanitari e assistenziali, la continuità della presa in carico e la corretta localizzazione sul territorio tenendo in considerazione le tipologie Hub e Spoke individuate dal DM 77/2022, differenziate per dimensione, distribuzione e bacino d'utenza (AGENAS, 2022). La definizione delle funzioni e dei servizi da attivare tiene conto sia delle caratteristiche del contesto locale sia di strategie sanitarie più ampie, ponendo particolare attenzione alla riqualificazione del patrimonio edilizio esistente o alla costruzione di nuovi spazi coerenti con le esigenze della rete territoriale (Ibid.).

Nelle linee guida infatti si differenziano diversi scenari di localizzazione delle CdC a seconda che esse siano poste all'interno di poli sanitari esistenti o costituiscano presidi autonomi (Figura 2.4) (AGENAS, 2022), specificando che occorrono analisi preliminari volte a valutare la scelta di edifici esistenti in cui integrare le nuove funzioni o terreni per le nuove costruzioni.

Le indicazioni fornite da AGENAS, tenendo sempre in considerazione la differenziazione tra Case della Comunità Hub e Case della Comunità Spoke, individuano gli spazi necessari suddividendoli in aree funzionali, che sono a loro volta raggruppate in macro-aree: specialistica, cure primarie, assistenza di prossimità, servizi generali e logistici (Perino et al., 2023) (figura 2.5).

Il metaprogetto prevede inoltre indicazioni generali per il dimensionamento parametrico delle strutture, ipodizzando una superficie lorda di pavimento di circa 900 mq per le CdC Hub e di circa 600 mq per le Spoke (Ibid.), distinguendo anche le percentuali, in termini dimensionali, dedicate a ciascuna macroarea (AGENAS, 2022).

A supporto dell'organizzazione spaziale e dell'efficienza funzionale, il documento elabora anche schemi delle relazioni tra spazi e attività, individuando criteri progettuali fondamentali per garantire caratteristiche quali privacy, flessibilità e ottimizzazione dei percorsi (Perino et al., 2023). Tra questi, si segnala la necessità di un ingresso centrale e ben riconoscibile per l'utenza, eventualmente predisposto per la separazione dei flussi in entrata e in uscita; la collocazione chiara e accessibile dei connettivi verticali, con preferenza per ascensori distinti tra personale sanitario/tecnico e pubblico; e la differenziazione dei percorsi orizzontali secondo i diversi flussi funzionali (Ibid.; AGENAS, 2022).

Oltre alle linee guida AGENAS, un ulteriore riferimento utile nella definizione dei criteri progettuali per le strutture sanitarie di prossimità è rappresentato dal documento Health Building Note 11<sup>12</sup> (Department of Health, 2013): questo fornisce indicazioni specifiche sia in merito alla localizzazione degli spazi, sia in relazione al loro dimensionamento (Pollo et al., 2023).

Le HBN si fondano su principi di progettazione evidence-based, promuovendo ambienti in grado di migliorare l'efficacia delle cure e il benessere psicofisico sia dei pazienti che del personale sanitario; il loro utilizzo rappresenta un punto di riferimento non solo per la qualità spaziale, ma anche per l'integrazione tra aspetti funzionali, ambientali e relazionali nei contesti sanitari (Hamilton & Watkins, 2009).

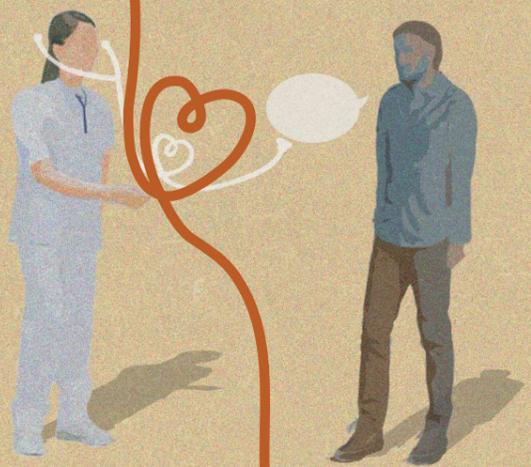
12

Le Health Building Notes costituiscono una raccolta di linee guida tecniche e progettuali, aggiornate periodicamente, che definiscono standard qualitativi per la progettazione di ambienti sanitari, ponendo particolare attenzione all'accessibilità, alla sicurezza, alla funzionalità degli spazi e all'esperienza dell'utente. Fonte: Department of Health, 2013.

Figura 2.5

"Tabella con l'elenco delle Macro-aree e Aree funzionali considerate obbligatorie e facoltative per la CdC Hub e Spoke." Fonte: AGENAS, 2022.

Unità Funzionali della CdC			Indicazioni CdC	
MACROAREA	AREE FUNZIONALI	METAPROGETTO		
		HUB	SPOKE	
SPECIALISTICA	<b>AREA DIAGNOSTICA DI BASE</b>			
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA di BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	Facoltativo
	<b>AREA PRELIEVI</b>			
	Area prelievi e PO	AREA PRELIEVI	Obbligatorio	Facoltativo
CURE PRIMARIE	<b>ATTIVITÀ AMBULATORIALE SPECIALISTICA</b>			
	Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>AREA CURE PRIMARIE</b>			
CURE PRIMARIE	Servizi di medicina generale	AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ	<b>SERVIZI INFERMIERISTICI</b>			
	Servizi infermieristici	AMBULATORI INFERMIERISTICI (IFoC)	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>ASSISTENZA MEDICA H24 / H12</b>			
	Assistenza medica	ASSISTENZA MEDICA H24 / H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)
	<b>PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)</b>			
	Punto Unico di Accesso	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI</b>			
	Presenza degli assistenti sociali	Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	Obbligatorio	Obbligatorio
ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b>			
	Assistenza domiciliare	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio
		UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)	Obbligatorio	/
	<b>SERVIZI PER LA COMUNITÀ</b>			
Spazi per la comunità	SALA RIUNIONI POLIVALENTE	Obbligatorio	Obbligatorio	
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	<b>AREA SERVIZI GENERALI</b>			
	Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PERSONALE	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>AREA SERVIZI LOGISTICI</b>			
	Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	Obbligatorio	Obbligatorio
		SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	Obbligatorio	Obbligatorio
		ISOLA ECOLOGICA	Obbligatorio	Obbligatorio
		AREA PULIZIA	Obbligatorio	Obbligatorio
	<b>AREE LOCALI TECNICI</b>			
CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.			



## 03. / UMANIZZAZIONE

### 03. / UMANIZZAZIONE

Nei capitoli precedenti si è spesso accennato ai temi dell'umanizzazione e dell'evoluzione del concetto di salute. Oggi, i modelli contemporanei di gestione della sanità cercano sempre più di riflettere una visione paziente-centrica, rispecchiando l'attuale visione della salute. Un concetto che nel tempo si è modificato, adattandosi di volta in volta ai cambiamenti sociali, culturali, scientifici ed economici.

#### 03.1. / L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE

A partire dall'antichità in cui la salute veniva considerata in relazione all'influenza di dinamiche cosmologiche ed elementi della natura (Von Engelhardt, 1999), si sviluppano poi nuove interpretazioni grazie al contributo di Ippocrate, nel V secolo a.C., che associa la salute a circostanze legate alla persona come l'alimentazione, la struttura corporea, le relazioni interpersonali (Szadjeko, 2020).

Successivamente, con l'avanzamento delle scienze mediche e a seguito della diffusione del concetto meccanicistico della natura di Isaac Newton (1642-1726), si sviluppa il modello bio-medico della salute. Tale approccio, caratterizzato dallo schema causa-effetto, considera la malattia come una disfunzione prettamente fisica che deve essere diagnosticata e trattata da medici esperti in materia. Se da un lato questa metodologia permetteva diagnosi precise grazie ai progressi scientifici e tecnologici del tempo, dall'altro presentava ovi limiti nel trattare malattie di origine psico-sociale. (Szadjeko, 2020)

L'esigenza di considerare la sfera psicologica e sociale accanto a quella biologica si concretizza nella definizione di salute adottata dall'OMS secondo cui "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non soltanto assenza di malattia o infermità" (OMS, 1946). Vengono quindi introdotti nuovi aspetti, quali la salute mentale e le relazioni sociali, che favoriscono una visione più ampia del benessere di ogni individuo.

Solo trent'anni dopo, grazie a George Libman Engel, la citazione dell'OMS viene messa in pratica grazie all'introduzione del modello biopsicosociale (Tripodi et al., 2016) (Figura 3.1).

Questo riconosce, come fondamentali per la considerazione

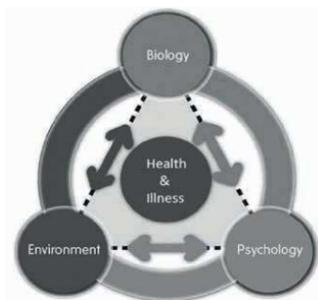


Figura 3.1  
"Il modello biopsicosociale."  
Fonte: Tripodi et al., 2016.

della salute e per la cura del paziente, l'insieme di fattori biologici, psicologici e sociali oltre che l'interazione fra gli stessi. Diventa quindi necessaria la collaborazione tra diversi professionisti come medici, psicologi, professionisti sociali ed educatori, il cui lavoro sinergico è finalizzato ad una considerazione unitaria e globale della persona. (Szadjeko, 2020)

Figura 3.2  
Confronto tra modelli.  
Elaborazione dell'autrice.



Col passare del tempo il concetto di salute viene ulteriormente approfondito, in particolare attraverso il contributo scientifico apportato in sede di diverse conferenze, congressi o gruppi di studio organizzati nel corso degli anni.

Un esempio è sicuramente costituito dalla Dichiarazione di Alma-Ata (1978) che promuove l'assistenza sanitaria primaria come strategia per migliorare la salute della popolazione e sottolinea come la salute sia un diritto fondamentale esteso a tutti oltre che una responsabilità collettiva da garantire attraverso l'azione congiunta di diversi settori.

Sulla scia di questa dichiarazione, nel 1979 l'Assemblea Mondiale della Sanità approva la strategia "Salute per tutti nell'anno 2000": un obiettivo concreto volto a eliminare, a livello globale e in tempi adeguati, ogni barriera economica, geografica e culturale che limita l'accesso ai servizi sanitari essenziali (Maciocco, 2014). Questo approccio è particolarmente rilevante in quanto riconosce anche gli aspetti economici e culturali come influenti sulla salute, oltre ad ampliare la prospettiva a livello universale.

Si susseguono ulteriori sviluppi che confermano il legame tra salute, sviluppo economico e benessere sociale integrando all'argomento l'identificazione di pre-requisiti della salute esterni al settore prettamente sanitario oggi studiati come determinanti di salute (Paccagnella, 2005) (si veda il paragrafo 3.2).

Un'altra rilevante evoluzione si ha con la carta di Ottawa del 1986 che ribadisce l'approccio globale allo sviluppo della salute umana, che sarebbe quindi condizionata da fattori ambientali, sociali ed economici.

La carta di Ottawa inoltre, denota come essenziale la partecipazione delle persone alla promozione della salute: un concetto fondamentale chiarito e implementato in questo documento.

Tale concetto, definito dalla carta di Ottawa come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla" (OMS, 1986), pone in modo

ancora più deciso la persona al centro della salute riconoscendo delle capacità sul miglioramento del proprio benessere. Inoltre, anche in questo documento si parla di prerequisiti fondamentali per garantire la salute, individuati in ambiti quali: pace, abitazione, istruzione, cibo, reddito, ecosistema stabile, continuità delle risorse, giustizia ed equità sociale.

Ad oggi il concetto di salute abbraccia sicuramente l'accezione di benessere generale e non legato solo all'assenza di malattia, si considera però quest'affermazione in modo più ampio. Dal punto di vista sanitario, rimane centrale l'attenzione al paziente nella sua totalità, con un approccio sempre più orientato alla personalizzazione delle cure.

Interessante, in questo contesto, l'espressione "dal curare al prendersi cura" (Vaia, 2017), che sintetizza il passaggio da un modello puramente medico a uno più attento ai bisogni complessivi della persona.



Figura 3.3  
"Determinanti della salute, modello Europeo."  
Fonte: Dahlgren and Whitehead, 1993.

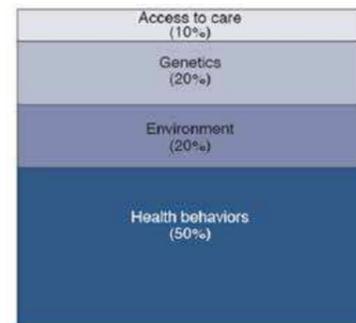


Figura 3.4  
"Determinanti della salute, modello USA."  
Fonte: IFTF, Center for Disease Control and Prevention, 2003

### 03.2. / I DETERMINANTI DI SALUTE

Dalle varie discussioni sul concetto di salute, si evince come essa sia influenzata da numerosi fattori, i cosiddetti determinanti di salute, definiti, come anticipato, dalla carta di Ottawa come "i fattori personali, sociali, culturali, economici e ambientali che influenzano lo stato di salute di individui e popolazioni".

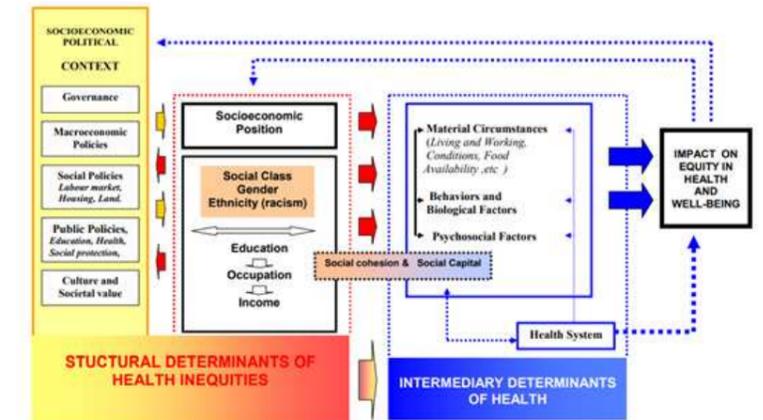
In Europa i determinanti della salute sono stati identificati secondo un modello che li distingue in modificabili e non modificabili e vengono espressi in una serie di strati concentrici, disposti in ordine gerarchico rispetto al centro (la persona) in relazione al loro livello di influenza (Dahlgren and Whitehead, 1993) (Figura 3.3). I determinanti non modificabili corrispondono con le caratteristiche della persona, ovvero l'età, il sesso, il patrimonio genetico. I determinanti modificabili invece sono l'ambiente di vita e lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Questo modello, piuttosto articolato, è diverso dal modello con cui si descrivono i determinanti di salute secondo la concezione degli USA. Secondo questo modello ci sono fattori più importanti di altri: i comportamenti e lo stile di vita influenzerebbero al 50% lo stato di salute delle persone, i fattori ambientali al 20%, i fattori genetici al 20% e l'assistenza sanitaria al 10% (IFTF, Center for Disease Control and Prevention, 2003) (Figura 3.4).

A questi due modelli si contrappone una più recente interpretazione proposta dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute che pone anche l'attenzione sulle disuguaglianze nella distribuzione della salute all'interno della popolazione (Amended from Solar & Irwin, 2007) (Figura 3.5). Nel modello infatti vengo-

no inseriti dei fattori che contribuirebbero alla distribuzione di salute e benessere, come il contesto socio economico, la posizione socio-economica e i cosiddetti determinanti intermedi come le condizioni di vita e lavoro, i fattori psicosociali, la coesione sociale, i fattori biologici, il sistema sanitario. Secondo questo modello sarebbero presenti diversi meccanismi di feedback (rappresentati dalle frecce) che possono avere influenza sui diversi ambiti descritti. (Maciocco, 2009)

Figura 3.5  
"Determinanti della salute, modello più recente."  
Fonte: Amended from Solar & Irwin, 2007



Nonostante la diversa concezione, riflesso delle strategie di sanità pubblica di diversi Paesi, è ormai riconosciuto che i determinanti di salute siano una realtà e abbiano un'effettiva influenza sulla salute.

È ormai evidente come per comprendere del tutto lo stato di salute, bisogna considerare diversi fattori, in passato spesso trascurati.

#### 03.2.1. / L'ARCHITETTURA COME DETERMINANTE DI SALUTE

Da tutti i modelli relativi ai determinanti della salute emerge che, anche se in modo limitato, i fattori ambientali hanno un peso non trascurabile nella qualità della salute degli individui.

In favore di questa teoria ci sono ormai numerosi studi che documentano scientificamente che l'ambiente abbia un'influenza concreta sui comportamenti degli utenti (Bouberkri, Hull, Boyer, 1991; Coss, 1990; Ulrich, 2000).

È una coscienza che si sviluppa a partire dagli studi sulla percezione intrapresi negli anni '50 negli Stati Uniti secondo la dottrina psicologica della Gestalt. Si inizia a parlare di percezione come processo attivo che non dipende dal singolo stimolo sensoriale, ma dal modo in cui questi si combinano per permettere di comprendere una configurazione coerente. "Il tutto è più della somma delle singole parti" (Zerbetto, 1992).

In questo contesto, in cui gli studi psicologici si stavano abbastanza consolidando da poter fornire conoscenze relative ad ambiti specifici come quello architettonico, si può affermare che proprio grazie, e non solo, all'interesse degli architetti verso la necessità di migliorare le proposte progettuali rivolte agli utenti di determinati spazi, si sviluppa una serie di studi volti a osservare le connessioni tra lo spazio costruito e il comportamento umano, categorizzati nell'ambito della Psicologia Ambientale (Bonnes et al., 2009).

A questi studi si aggiungono quelli condotti da Edward Twitchell Hall, riguardanti la prossemica, che si concentrano sulle modalità d'uso dello spazio fisico e delle distanze in relazione al soggetto (Hall, 1959; 1966; Hall, Reed Hall, 1975).

Grazie all'insieme di tutti questi studi si iniziano a individuare da un lato caratteristiche fisiche dell'ambiente, dall'altro fattori ambientali come illuminazione, temperatura, colore, inquinamento, quali elementi in grado di generare risposte nelle persone che li vivono.

L'influenza, sia positiva che negativa, dei diversi fattori ambientali sulla mente, viene messa alla prova nel corso del tempo da una numerosa serie di sperimentazioni.

Se ne possono citare alcune a titolo esemplificativo, come la dimostrazione (Hollwich, 1979) che l'esposizione alla luce artificiale bianca fredda aumenti i livelli relativi agli ormoni dello stress; o l'evidenza (Università Statale della Florida, 1991) di effetti positivi rilevati attraverso la riproduzione di musica in presenza di neonati in terapia intensiva; oppure è stato anche documentato (Coss R., 1990) come l'inserimento di rappresentazioni piacevoli sul soffitto delle sale pre-operatorie possa contribuire a ridurre la frequenza cardiaca (McKahan, 1993). Vanno menzionati anche i molteplici studi del ricercatore Ulrich R. riguardanti l'influenza positiva degli ambienti naturali sugli esseri umani.

Emerge quindi una visione condivisa secondo cui l'ambiente che accoglie la vita sarebbe un importante determinante della salute (Perugi, 2019).

### 03.3. / L'UMANIZZAZIONE NEGLI SPAZI DI CURA

—

Letteralmente, il termine *umanizzare* significa "rendere umano o più umano; incivilire, civilizzare; rendere più compatibile con la dignità umana [...]". (Devoto & Oli, 2011).

Questo concetto si sviluppa progressivamente nell'ambito sanitario di pari passo con l'evoluzione del concetto di salute e assieme all'emergere di una considerazione del paziente nella sua totalità: fisica, psicologica e sociale (AGENAS, 2022-b), su-

13

Il termine caregiver familiare si riferisce ad un amico, parente o qualsiasi persona che abbia una relazione di vicinanza significativa e che fornisca assistenza non retribuita ad una persona con una patologia cronica o invalidante. Fonte: Family Caregiver Alliance (FCA), 2006.

perando così la visione limitata dell'individuo come semplice portatore di malattia (Del Nord, 2012). Come si è visto, quindi, il passaggio da una concezione di salute centrata sulla malattia ad una focalizzata sulla persona, ha portato a vedere come prioritario l'ascolto dei bisogni del paziente.

In questo senso, il concetto di umanizzazione si riferisce al riconoscimento di tali bisogni, non solo dei pazienti ma anche di tutti gli utenti ad esso collegati, quali caregiver<sup>13</sup>, personale medico e sanitario. Essa si manifesta in molteplici ambiti interconnessi tra cui la pratica clinica, la comunicazione e la progettazione degli spazi ospedalieri (Del Nord, 2006).

Come si è visto infatti, ci sono diversi fattori, non strettamente legati all'efficacia tecnica delle cure, che possono incidere in modo significativo sul benessere dei pazienti e persino sugli esiti clinici (Ulrich, 1992). In particolare, un importante ruolo è svolto dall'ambiente fisico in cui si svolge l'esperienza di cura (Del Nord et al. 2015).

Si deve parlare allora anche di umanizzazione spaziale, una dimensione fondamentale dell'umanizzazione ospedaliera, che integra aspetti organizzativi, terapeutici, relazionali e relativi alla qualità percepita dell'ambiente costruito (Bonnes et al., 2008).

L'obiettivo di un ambiente sanitario umanizzato è quello di ridurre i livelli di stress, spesso elevati a causa della costante esposizione a malattia, dolore e, in alcuni casi, alla morte, e di favorire il benessere agevolando un senso di appartenenza, sicurezza e comfort per tutti gli utenti. La potenzialità di vivere gli spazi in cui si svolgono le attività sanitarie come degli "spazi amici", che incontrano l'utente in uno dei momenti di maggiore fragilità (Perugi, 2019), descrive pienamente quello che si intende per umanizzazione dei luoghi di cura. Ciò implica un'attenzione progettuale mirata a soddisfare esigenze complesse e diversificate (Bonnes et al., 2008).

Tra le caratteristiche ritenute fondamentali rientrano un layout funzionale e intuitivo, la scelta di colori armoniosi per arredi e pareti, l'inserimento di opere d'arte, un uso efficace della luce naturale, la presenza di spazi verdi, e un comfort sensoriale che si esprima attraverso stimoli visivi, uditivi e climatici adeguati. Inoltre, elementi come la privacy, la possibilità di interazione sociale e un certo senso di controllo da parte del paziente sono considerati essenziali per definire una struttura realmente "umanizzata" (Ibid.).

### 03.4. / METODI PER UNA PROGETTAZIONE PIÙ UMANIZZATA

—

Risulta necessario, dunque, un ripensamento delle strutture sa-

nitare, che riguarda sia la qualità architettonica degli spazi sia l'integrazione del concetto di umanizzazione nella loro progettazione e gestione.

Ci sono alcuni approcci alla progettazione che sono in linea con tali aspetti; se ne tratteranno di seguito alcuni ritenuti utili e coerenti con le tematiche della tesi.

### 03.4.1. / USER CENTERED DESIGN

Si è già parlato dell'approccio patient-centered definito dalla World Health Organization (WHO) come una modalità di conferire le cure che vede l'adattamento di esse ai bisogni delle persone a cui sono destinate.

L'espressione "user-centered", associata alla progettazione, si riferisce, in modo analogo, all'atto di porre l'utente al centro del processo di ideazione, prendendo in considerazione gli aspetti personali, sociali e culturali della persona, col fine di soddisfarne le necessità (Pistoiesi, 2016). In questo modo le esigenze dell'utente sono messe in primo piano rispetto alle caratteristiche tecniche o alle preferenze del progettista.

L'International Organization for Standardization (ISO, 2010) identifica alcuni principi fondamentali per la progettazione centrata sull'utente, che delineano un processo strutturato in più fasi: in primo luogo, è necessario analizzare in modo approfondito il contesto complessivo dell'esperienza d'uso, considerando non solo i compiti specifici, ma anche gli aspetti organizzativi, sociali e ambientali, nonché le esigenze, motivazioni e limitazioni degli utenti (Vaezipour, 2017) (figura 3.6). Il processo di progettazione centrata sull'utente, secondo tale normativa deve essere iterativo, con valutazioni continue e il coinvolgimento attivo degli utenti in ogni fase mantenendo un approccio multidisciplinare che integri diverse competenze e prospettive all'interno del team di progettazione (Ibid.; ISO, 2010).

Si tratta di un approccio alla progettazione che è possibile applicare in molteplici campi, ma assume particolare rilevanza rispetto all'ambito sanitario, in cui, come si è visto, le esigenze del fruitore degli spazi assumono una posizione primaria (Pistoiesi, 2016).

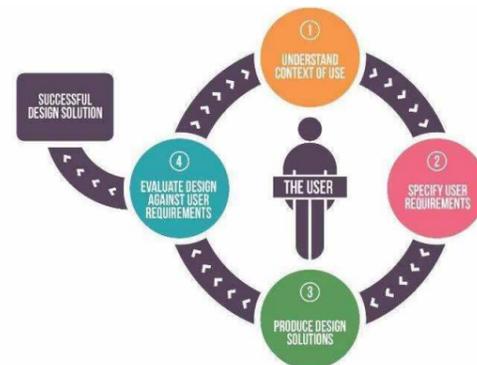


Figura 3.6  
"L'approccio user-centered."  
Fonte: [https://www.researchgate.net/figure/The-User-Centred-Design-Approach-adapted-from-ISO-2010\\_fig3\\_316680273](https://www.researchgate.net/figure/The-User-Centred-Design-Approach-adapted-from-ISO-2010_fig3_316680273)

### 03.4.2. / DESIGN FOR ALL

Nell'ottica di una progettazione centrata sull'utente, è fondamentale oggi considerare i bisogni della popolazione nella loro molteplicità e garantire spazi inclusivi e accessibili. Queste caratteristiche non vanno intese come requisiti rivolti solamente a persone con disabilità, ma come condizioni essenziali per garantire l'equità nella fruizione dell'ambiente costruito da parte di tutti.

In questa prospettiva si inserisce il concetto di design for all, anche noto come universal design: un approccio che promuove la creazione di spazi, prodotti e servizi utilizzabile dal maggior numero possibile di persone, indipendentemente da età, abilità o condizione fisica (Center for Universal Design).

Questa impostazione si oppone, anche dal punto di vista ideologico e politico, a soluzioni specialistiche che possono risultare stigmatizzanti, sia per le persone con disabilità sia per altri gruppi sociali; parità di status, parità di trattamento e parità di merito sono i principi cardine su cui si fonda questa visione progettuale. (Aslaksen et al., 1997).

Figura 3.7  
Fonte: <https://artshapes.it/universal-design-giornata-internazionale-disabilita-architettura/>



Figura 3.8  
"Esempio di universal design."  
Fonte: <https://artshapes.it/universal-design-giornata-internazionale-disabilita-architettura/>



## 03.4.2. / EVIDENCE-BASED DESIGN

Si è parlato di questo approccio, pur non citandolo esplicitamente, nei passaggi precedenti; anch'esso contestualizzato all'interno del tema più generale di progettazione centrata sull'utente, l'evidence-based design si riferisce all'utilizzo di dati ed evidenze scientifiche, in riferimento a caratteristiche degli spazi, col fine di migliorare l'esperienza degli utenti. Di pari passo con la evidence-based medicine, ovvero l'approccio clinico che si basa sull'uso di prove scientifiche per prendere decisioni sull'assistenza dei pazienti, anche nel campo dell'architettura si vuole operare attenendosi ai risultati determinati dalla ricerca (Montacchini et al., 2015).

Assumono una certa rilevanza, in questo campo, studi sulla percezione degli utenti rispetto alla qualità dell'ambiente, attraverso strumenti qualitativi e quantitativi volti a valutare il grado di benessere e soddisfazione in relazione alle caratteristiche degli spazi (Ibid.).

Un esempio rilevante è costituito dal Richmond Children's Hospital, in cui vengono inseriti ambienti interattivi touchless integrando tecnologie di visualizzazione e motion capture per migliorare il benessere dei pazienti attraverso il gioco, la meraviglia e l'interazione corporea (Ouva, 2025). Il progetto, fondato su principi di evidence-based design, mira a ridurre lo stress ospedaliero e personalizzare l'esperienza di cura, dimostrando l'efficacia delle soluzioni digitali nel supportare il benessere fisico ed emotivo (Ibid.).

Figura 3.9  
"Esempio di evidence-based-design."  
Fonte: <https://www.ouva.co/blog/childrens-hospital-of-richmond-pavilion>



Figura 3.10  
"Esempio di evidence-based-design."  
Fonte: <https://www.ouva.co/blog/childrens-hospital-of-richmond-pavilion>



## 03.4.2. / DESIGN BIOFILICO

Sulla scia di approcci come l'evidence-based design, si colloca quello del design biofilico. Quest'ultimo si basa infatti su una serie di studi scientifici che riconoscono una connessione benefica tra uomo e natura.

Il termine biofilia, coniato dallo psicologo Erich Fromm, viene definito da Edward O. Wilson come "la nostra innata tendenza a concentrare la nostra attenzione sulle forme di vita e su tutto ciò che le ricorda e, in alcune circostanze, ad affiliarsi emotivamente" (Wilson, 2002).

L'espressione è facilmente riconducibile agli esperimenti condotti dallo psicologo Roger Ulrich relativi all'accelerazione dei processi di guarigione in relazione alla vista dell'ambiente naturale. Lo studio più emblematico è quello condotto in un reparto di chirurgia con le camere disposte su due lati affacciati sull'esterno; da un lato la vista verso l'esterno dava su muri e condomini, dall'altro dava su ambienti dotati di elementi verdi. Ulrich è riuscito a raccogliere una quantità sufficiente di dati da dimostrare che i pazienti che erano in contatto, anche solo visivo, con la natura, si riprendevano più in fretta dall'intervento subito e necessitavano di una minore quantità di antidolorifici (Ulrich, 1984).

Nel corso del tempo si è sviluppata un'ampia letteratura, in progressiva espansione, legata alle caratteristiche dei luoghi di cura e ai fattori ambientali in grado di influenzare la salute.

Alcuni studi, per esempio, hanno analizzato l'impatto positivo di suoni e paesaggi naturali sulla percezione del dolore durante le broncoscopie (Diette et al., 2003).

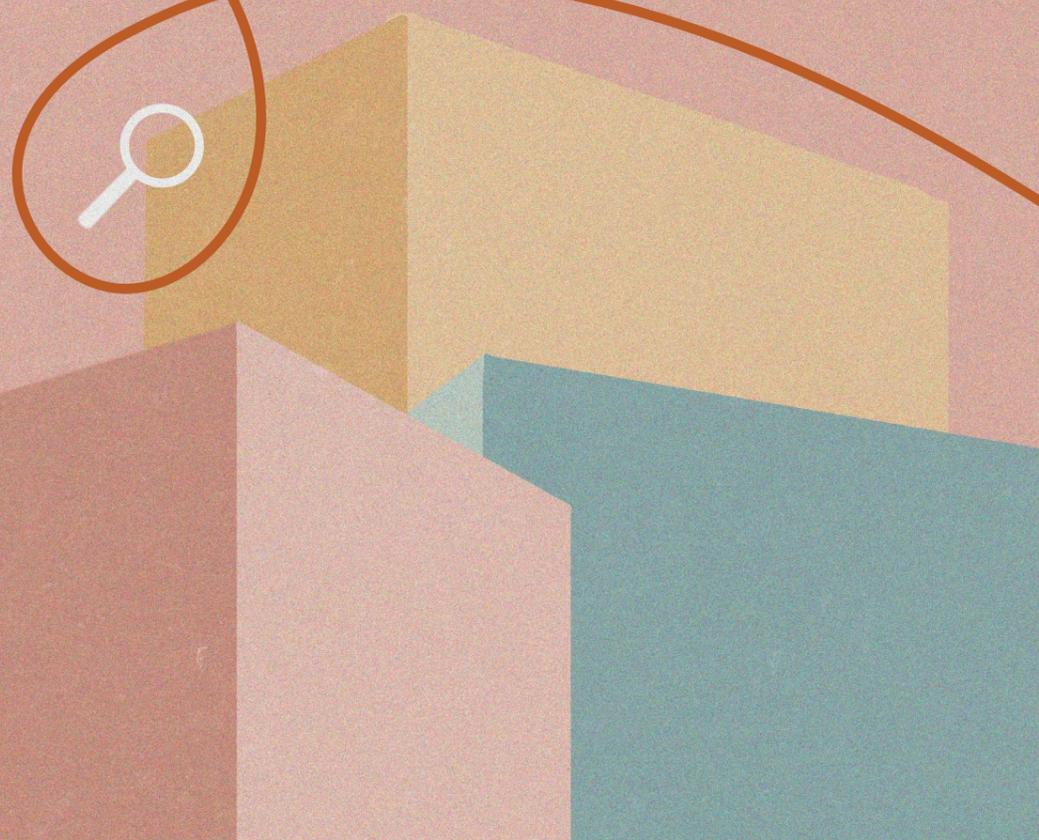
È stato dimostrato inoltre come la presenza di piante contribuisca al miglioramento della qualità dell'aria, riducendo la presenza di sostanze inquinanti e di agenti allergeni, e rilasciando vapore acqueo che rende l'ambiente più salubre (Contreras et al., 2023). Tali condizioni, oltre a favorire una migliore respirazione, hanno un effetto calmante sull'organismo, contribuendo all'abbassamento della pressione sanguigna (Ibid.).

Dal punto di vista psicologico, l'ambiente naturale riduce i livelli di stress, favorisce uno stato di benessere e stimola una sensazione generale di tranquillità beneficiando anche la produttività: la luce naturale, per esempio, aiuta a regolare i ritmi circadiani e migliora la qualità del sonno, influenzando positivamente l'energia e la concentrazione, aumentando le capacità cognitive, migliorando la memoria e stimolando la creatività. (Ibid.).

Un esempio emblematico di architettura biofilica applicata al contesto sanitario è rappresentato dal Maggie's Centre di Leeds, progettato dallo studio Heatherwick (Figura 3.11). L'edificio, concepito come una struttura organica integrata nel paesaggio, impiega materiali naturali e strategie costruttive sostenibili per creare un ambiente accogliente e favorevole al benessere psicofisico dei pazienti (Koeberle, 2023).

Figura 3.11  
"Lo studio londinese Heatherwick è responsabile della progettazione del Maggie's Centre di Leeds (Yorkshire)."  
Foto: Hufton and Crow  
Recuperata da: <https://world-architects.com/en/architecture-news/specials/designing-healing-spaces>





04. / CASI STUDIO

## 04. / CASI STUDIO

Nel seguente capitolo viene selezionata una serie di casi studio ritenuti interessanti per diversi aspetti relativi ad una progettazione orientata al benessere dei fruitori. L'analisi di tali casi studio è utile per trarre spunti di riflessione su alcune caratteristiche spaziali, strategiche, climatiche, concettuali.

In particolare, si è scelto di approfondire strutture che ospitano cure primarie o che integrino aspetti sanitari e sociali, con l'obiettivo di esaminare le modalità di gestione della multidisciplinarietà.

L'analisi dei casi studio deriva dalla necessità di avere dei riferimenti progettuali reali per poterne analizzare i punti di forza, oltre che, laddove presenti, le complicazioni riscontrate durante la progettazione, così da prendere spunto sulle soluzioni trovate.

Nel dettaglio, gli edifici presi in esame, vengono letti sotto la lente di cinque categorie, utili ai fini della successiva elaborazione progettuale:



l'inserimento nel contesto,

la centralità dell'utente,

l'utilizzo di strategie ambientali legate alla sostenibilità,

gli aspetti relativi a umanizzazione e qualità architettonica,

la flessibilità – adattabilità.

### 04.1. / CENTRO MÉDICO PSICOPEDAGÓGICO DE OSONA

Il Centro medico psicopedagogico de Osona è una struttura specializzata in assistenza medica psicopedagogica per la riabilitazione di persone con disturbi mentali. L'edificio, realizzato nel 2015, si trova a Vic, nei pressi di Barcellona (Spagna) e si estende su 1.6527 m<sup>2</sup> (Pont Arquitectos, 2017).



#### INSERIMENTO NEL CONTESTO

L'edificio viene collocato in una posizione periferica rispetto alla città e al resto dei centri sanitari presenti in essa, ed è concepito

come una struttura assistenziale territoriale volta a garantire cure di prossimità.



Figura 4.1

Fonte: Comas-Pont arquitectos.



Figura 4.2

Fonte: [https://www.archdaily.cl/cl/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos?ad\\_medium=gallery](https://www.archdaily.cl/cl/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos?ad_medium=gallery)



#### CENTRALITÀ DELL'UTENTE

Nella progettazione di questo edificio, l'utente assume sicuramente un ruolo centrale, a partire dalla configurazione degli spazi: essi sono distribuiti su un unico piano per garantire la mobilità e sono articolati, per tipologia, attorno ad un padiglione centrale che funge da riferimento e bussola per favorire l'orientamento.

Un'altra caratteristica, pensata in relazione alle esigenze di chi abita questi spazi, è la presenza di giardini e frutteti che i pazienti possono coltivare integrando tale attività alle terapie riabilitative.



Figura 4.3

Fonte: Comas-Pont arquitectos.

Figura 4.4

Fonte: [https://www.archdaily.com/cl/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos?ad\\_medium=gallery](https://www.archdaily.com/cl/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos?ad_medium=gallery)



#### UTILIZZO DI STRATEGIE AMBIENTALI LEGATE ALLA SOSTENIBILITÀ

L'edificio presenta un sistema energetico modulare ed economico, in grado di adattarsi al fabbisogno in funzione dell'occupazione interna e delle condizioni climatiche esterne.

Il tetto è dotato di una struttura metallica a volta, rivestita con una copertura leggera che consente di regolare la ventilazione della camera d'aria sottostante: durante la stagione estiva, la ventilazione naturale favorisce il raffrescamento, mentre in inverno la chiusura del sistema consente di trattenere il calore e fornirlo agli spazi interni attraverso meccanismi automatizzati.

La facciata a sud è caratterizzata da un portico che, grazie a una chiusura in PVC trasparente, genera un effetto serra fungendo da cuscinetto termico con comportamento differenziato tra estate e inverno.

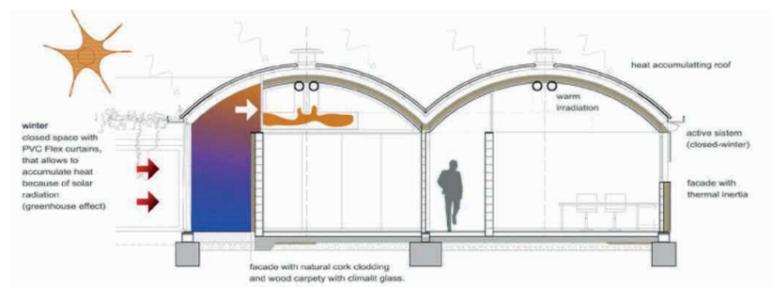


Figura 4.5

Fonte: [https://www.archdaily.com/cl/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos?ad\\_medium=gallery](https://www.archdaily.com/cl/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos?ad_medium=gallery)



#### UMANIZZAZIONE E QUALITÀ ARCHITETTONICA

I progettisti di tale struttura hanno selezionato materiali e finiture degli spazi interni, come il legno per gli arredi, che richiamassero una sensazione di comfort e un ambiente domestico, col fine di favorire il benessere degli utenti.

Sono previste anche aree d'attesa accoglienti, esterne e interne, sia dedicate al personale che ai pazienti e i loro familiari.

Emerge, inoltre, particolare attenzione alle viste sull'esterno, soprattutto per le camere di degenza, affinché siano corrispondenti ad aree verdi.

Figura 4.6

Fonte: Comas-Pont arquitectos



Figura 4.7

Fonte: Comas-Pont arquitectos



#### FLESSIBILITÀ - ADATTABILITÀ

L'edificio presenta moduli spaziali ripetuti, larghi 6m, realizzati con tramezzi leggeri che si possono eventualmente sostituire e adattare a diverse configurazioni.

### 04.1. / PAMS HEALTHCARE HUB

Il PAMS Healthcare Hub è una struttura di assistenza sanitaria primaria, realizzata a Newman (Australia), ed è la prima di questo genere in quella regione. L'edificio, completato nel 2020, presenta una superficie di 970 m<sup>2</sup> (Newman, Kaunitz, Yeung Architecture, 2021).



#### INSERIMENTO NEL CONTESTO

“La risposta architettonica è permeata dal territorio, dalla cultura e dalle persone” (Kaunitz Yeung Architecture). Uno degli aspetti peculiari di questo progetto risiede nella necessità di fornire servizi sanitari e sociali adeguati alle popolazioni aborigene presenti nelle zone limitrofe, questo tipo di assistenza servirebbe infatti ad appianare problemi di discriminazione e perdita della cultura tradizionale del luogo oltre che accesso limitato alle cure. I progettisti cercano allora di rispettare e assecondare tale cultura con l'obiettivo di trasmettere un senso di comunità attraverso gli spazi.

La struttura è ben connessa al territorio e integra soluzioni che riducano l'impatto negativo, a livello mentale, per gli utenti che devono raggiungerla da più lontano. Le cure presenti al suo interno, quali servizi di medicina generale, di salute infantile e materna, terapeutica, odontoiatrica, sono infatti destinate all'intera Contea.

Figura 4.8  
Fonte: Kaunitz Yeung Architecture



#### CENTRALITÀ DELL'UTENTE

I progettisti hanno come obiettivo quello di fornire una struttura che asseondi le persone, il territorio, la cultura locale, e hanno cercato di raggiungerlo includendo la comunità nel processo di progettazione attraverso la permanenza nel luogo.

Questo approccio si nota sin dalla scelta dei materiali: viene utilizzata la terra battuta, un materiale tradizionale per quel luogo, oltre che

Figura 4.9  
Fonte: Kaunitz Yeung Architecture



Figura 4.10  
Fonte: Kaunitz Yeung Architecture



#### UTILIZZO DI STRATEGIE AMBIENTALI LEGATE ALLA SOSTENIBILITÀ

La scelta dei materiali e l'inserimento del verde, sono due aspetti centrali rispetto all'approccio sostenibile di questo progetto: l'utilizzo della terra battuta, oltre che azzerare i consumi dovuti ai trasporti, riduce l'energia incorporata; l'inserimento di alberature ed elementi verdi serve per l'ombreggiamento e per riparare ecologicamente il sito.

La copertura, che si sviluppa su entrambe le ali dell'edificio, è inclinata

verso la corte mentre dal lato opposto si solleva per creare un portico, oltre che per favorire la ventilazione naturale; sulla copertura è anche installato l'impianto fotovoltaico, in grado di fornire più dell'85% dell'elettricità utile all'edificio.

Figura 4.11  
Fonte: Kaunitz Yeung  
Architecture



Figura 4.12  
Fonte: Kaunitz Yeung  
Architecture



#### UMANIZZAZIONE E QUALITÀ ARCHITETTONICA

Il progetto propone una struttura all'avanguardia, radicata nel contesto e capace di generare senso di appartenenza comunitaria.

La volontà di umanizzare gli spazi si vede nella scelta dei materiali e delle tecniche costruttive che privilegiano tradizioni locali, più vicine alla popolazione destinataria della struttura.

Si riserva inoltre particolare attenzione alla ricerca di riferimenti simbolici relativi alla cultura locale: si opta per l'inserimento di opere d'arte che rappresentino le comunità presenti in quel territorio. Queste

Figura 4.13  
Fonte: Kaunitz Yeung  
Architecture



Figura 4.14  
Fonte: Kaunitz Yeung  
Architecture



#### FLESSIBILITÀ - ADATTABILITÀ

Il progetto comprende spazi di varie dimensioni, studiati e configurati per ospitare funzioni differenziate e modulabili nel tempo. Questa varietà volumetrica e spaziale è pensata per garantire una grande flessibilità d'uso, permettendo di adattare rapidamente gli ambienti alle diverse esigenze operative e alle evoluzioni future dei servizi sanitari. La configurazione degli spazi consente infatti di riconfigurare facilmente le aree, favorendo un'organizzazione che risponda sia a necessità di routine sia a situazioni emergenziali o di variazioni nella domanda assistenziale.

### 04.3. / MEDICAL CARE HOME

Medical Care Home è una casa di cura a Coulommiers (Francia), destinata principalmente ad adulti con autismo. Completata nel 2019, presenta una superficie di 3902 m<sup>2</sup> (K&+ Architecture Globale, 2021).



#### INSERIMENTO NEL CONTESTO

L'approccio progettuale vuole offrire a ciascun residente un'assistenza personalizzata e uno spazio abitativo su misura, in grado di rispondere alle esigenze individuali.

Pur trattandosi di una struttura unitaria, essa è concepita come un villaggio articolato in sette unità abitative disposte in modo integrato col paesaggio. Questa scelta è volta a creare spazi autonomi e indipendenti distanti dall'aspetto prettamente sanitario ma più vicini ad una dimensione domestica.

La forma architettonica si adatta al contesto, grazie anche all'impiego di materiali coerenti con le caratteristiche del territorio.

Figura 4.15  
Fonte: K&+ Architecture Globale



Figura 4.16  
Fonte: K&+ Architecture Globale



#### CENTRALITÀ DELL'UTENTE

Gli autori stessi del progetto affermano di aver considerato le persone al centro delle soluzioni adottate, rispettando in primis le esigenze degli occupanti.

Nella descrizione del loro progetto, gli architetti si soffermano sui diversi tipi di utente, ovvero i residenti della casa di cura, il personale sanitario e i familiari, articolando gli spazi e le scelte progettuali attorno alle necessità di ciascun gruppo.

Gli spazi rispecchiano un approccio minimalista, volto a ridurre al minimo le fonti di distrazione sonore e visive.



#### UTILIZZO DI STRATEGIE AMBIENTALI LEGATE ALLA SOSTENIBILITÀ

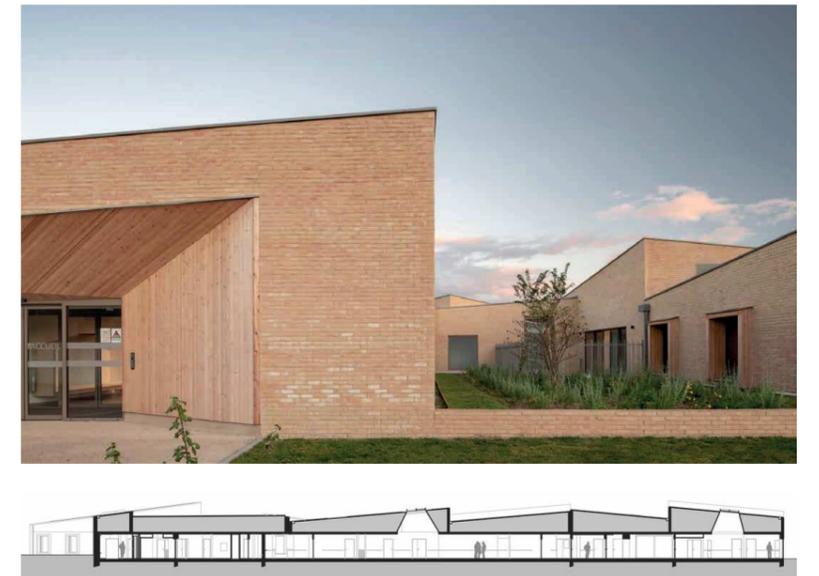
A supporto della sostenibilità ambientale, il progetto adotta soluzioni formali e costruttive mirate.

Tra queste, l'utilizzo di camini di luce per favorire l'ingresso della luce naturale negli ambienti interni, contribuendo alla riduzione del fabbisogno energetico per l'illuminazione naturale.

Le pendenze delle coperture e alcune rientranze degli infissi, vengono calibrate in relazione all'orientamento del sole, col fine di ottimizzare l'apporto passivo di calore e garantire una protezione efficace dall'irraggiamento nei periodi più caldi.

Infine, i materiali impiegati sono adatti al sito e alle condizioni climatiche locali.

Figura 4.17  
Fonte: K&+ Architecture Globale



#### UMANIZZAZIONE E QUALITÀ ARCHITETTONICA

Dal punto di vista dell'umanizzazione e del rispetto delle esigenze degli utenti, si adottano diverse strategie pensate per mettere a proprio agio i fruitori della struttura.

Vengono utilizzate tecniche di wayfinding per garantire ai residenti disorientati, alcuni riferimenti spaziali e temporali.

Gli spazi interni, inoltre vengono trattati prestando attenzione alle caratteristiche legate a luci, colori, arredi, in modo da offrire ai residenti una sensazione domestica e adatta alle loro necessità.

Figura 4.18  
Fonte: K& + Architecture  
Globale



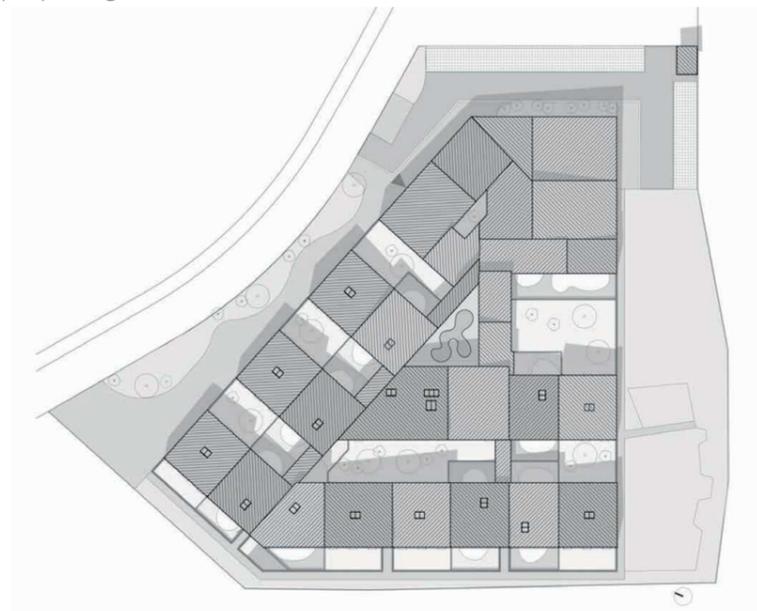
Figura 4.19  
Fonte: K& + Architecture  
Globale



 FLESSIBILITÀ - ADATTABILITÀ

Il progetto si basa su un'impostazione pressoché modulare, fattore che consente la personalizzazione degli ambienti. Vengono proposte configurazioni differenziate in modo da rispondere alle diverse esigenze personali: sono presenti sia spazi che permettono momenti di tranquillità individuale, sia aree comuni che favoriscono la socializzazione. Questa articolazione spaziale contribuisce a creare un ambiente inclusivo e personalizzabile, nel quale ciascun individuo può sentirsi a proprio agio.

Figura 4.20  
Fonte: K& + Architecture  
Globale



04.4. / ST. GEORGES HEALTHCARE HUB

Questa struttura nasce come centro di cure primarie, adibito ad ospitare cure mediche e servizi sociali, con l'obiettivo di alleggerire il numero di accessi del vicino ospedale. Richiesto dal Servizio Sanitario Nazionale inglese (NHS), l'edificio sorge per necessità simili a quelle italiane. Il progetto, realizzato a Hornchurch (Regno Unito) nel 2024, si estende su 4000 m<sup>2</sup>.

 INSERIMENTO NEL CONTESTO

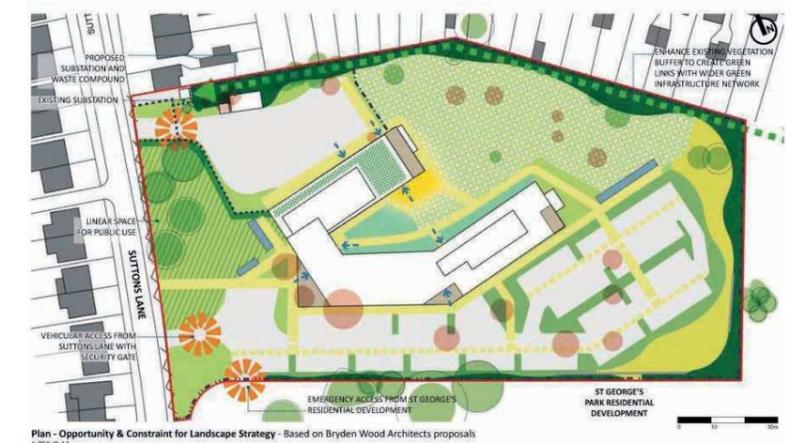
Per la redazione del progetto è stato necessario anche lo sviluppo di un attento studio paesaggistico, indispensabile per la collocazione dell'edificio all'interno della Green Belt. Il progetto cerca di adattarsi particolarmente al contesto esistente, adottando soluzioni che rispettino e valorizzino l'ambiente circostante.

Tra gli interventi previsti ci sono: sistemi di drenaggio sostenibile, tetti verdi e un'attenta scelta delle specie vegetali, con obiettivi di compatibilità e attrazione di fauna selvatica. Tali scelte contribuiscono a rafforzare la biodiversità del sito e promuovere un dialogo tra architettura e paesaggio.

La forma architettonica si adatta al contesto, grazie anche all'impiego di materiali coerenti con le caratteristiche del territorio.



Figura 4.21  
Fonte: Arc studio



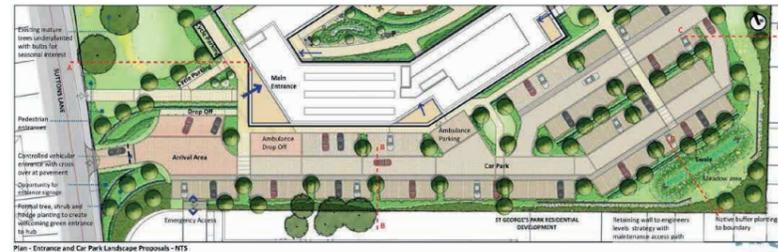


**CENTRALITÀ DELL'UTENTE**

Il centro sanitario è stato concepito con l'obiettivo esplicito di fornire servizi centrati sulla persona.

Il coinvolgimento degli utenti è previsto infatti già dalle fasi preliminari alla progettazione: sono stati consultati i medici di base e i cittadini locali attraverso sondaggi e strumenti partecipativi in modo da raccogliere opinioni e preferenze che orientassero le scelte progettuali.

Figura 4.22  
Fonte: Arc studio



**UTILIZZO DI STRATEGIE AMBIENTALI LEGATE ALLA SOSTENIBILITÀ**

La realizzazione prevede l'utilizzo sinergico di tecniche costruttive tradizionali e moderne: l'integrazione è volta a necessità legate alla sostenibilità ambientale, oltre che ad abbreviare i tempi di costruzione. Questa scelta ha fatto sì che si riducessero sia i costi del progetto che i disagi, legati dai rumori e le polveri prodotti durante la costruzione, per i residenti delle aree vicine al cantiere.

Figura 4.23  
Fonte: Arc studio



**UMANIZZAZIONE E QUALITÀ ARCHITETTONICA**

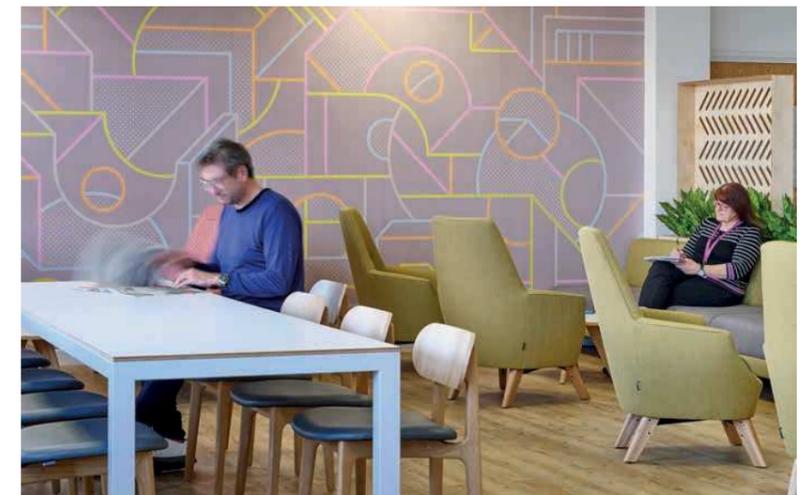
Attraverso il design degli spazi interni, si intende superare la percezione prettamente sanitaria degli spazi, cercando invece di creare ambienti accoglienti e rassicuranti, tenendo conto contemporaneamente degli aspetti funzionali legati alla durabilità e alla facilità di pulizia dei materiali.

Un'altra strategia utilizzata per favorire l'umanizzazione degli ambienti è relativa all'uso del verde, riconosciuto come elemento essenziale per migliorare il benessere di pazienti e operatori sanitari.

Figura 4.24  
Fonte: Hart Miller Design

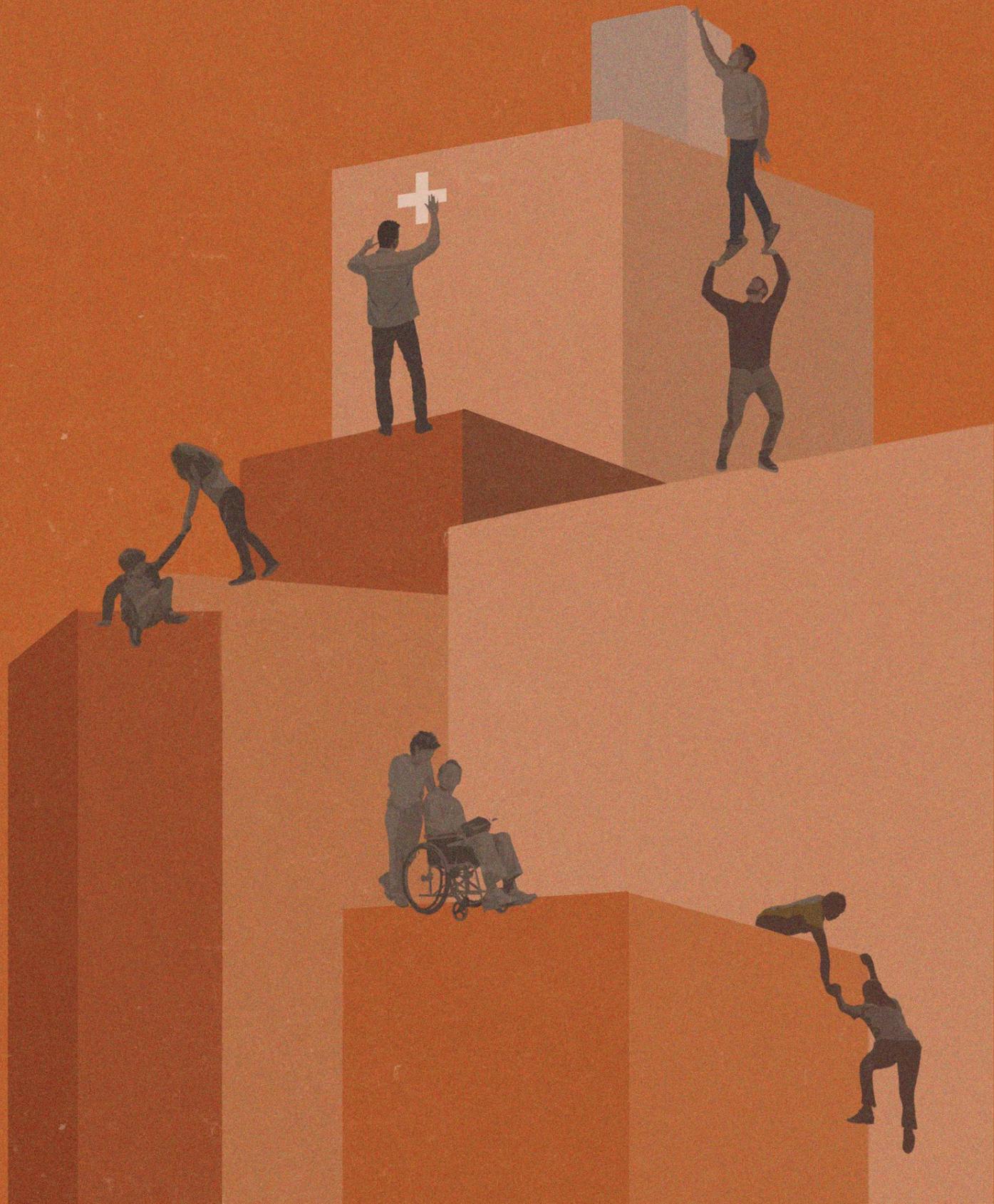


Figura 4.25  
Fonte: Hart Miller Design



**FLESSIBILITÀ - ADATTABILITÀ**

Il progetto presenta spazi modulari dotati di partizioni flessibili, pensati per adattarsi facilmente alle mutevoli esigenze operative. Questo aspetto consente di riconfigurare gli ambienti in modo rapido e semplice, favorendo un uso versatile degli spazi che può rispondere sia a bisogni ordinari sia a situazioni particolari o emergenziali.



## 05 ./ IPOTESI PROGETTUALE

## 05. / PROGETTO

L'ultima fase della presente tesi è dedicata all'elaborazione di un progetto esemplificativo con cui si tenta di applicare i principali temi emersi dalle analisi sviluppate nei capitoli precedenti. Il progetto proposto non ambisce a presentarsi come una proposta definitiva o integralmente sviluppata in ogni suo aspetto, bensì come uno strumento esplorativo capace di tradurre in spunti progettuali i principi emersi dallo studio dei nuovi modelli di assistenza territoriale.

L'obiettivo è quello di riflettere, attraverso la progettazione architettonica, concetti come l'umanizzazione degli spazi, la qualità dell'esperienza dell'utente, l'adeguatezza del layout funzionale, e l'integrazione con il contesto urbano e sociale. In questa ottica, il progetto si configura come una proposta utile a testare e rendere visibili alcune delle possibili declinazioni spaziali e tipologiche di un modello assistenziale più vicino alle persone e ai territori.

Il progetto si inserisce nel quadro del rinnovamento dell'assistenza territoriale previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal DM 77/2022, che introducono nuovi modelli organizzativi basati sulla prossimità, l'integrazione e la multidisciplinarietà. In particolare, il progetto riguarda la realizzazione di una Casa della Comunità di tipo *hub* attraverso un intervento di nuova costruzione.

Questa scelta è stata dettata dalla volontà di disporre di una maggiore libertà progettuale, così da poter esplorare in modo più ampio e consapevole l'applicazione dei principi analizzati nel corso della tesi. In questo modo si cerca di sperimentare attraverso soluzioni legate alla sostenibilità ambientale, all'organizzazione funzionale degli spazi, all'impiego di materiali innovativi e al dialogo con le caratteristiche fisiche e morfologiche del sito.

Tale impostazione non intende sottovalutare l'importanza strategica del riuso del patrimonio edilizio esistente, riconosciuto come una delle priorità nelle politiche pubbliche di rigenerazione urbana e sostenibilità, al contrario, il progetto di nuova costruzione si configura come un'occasione di riflessione sulle potenzialità che un approccio integrato può offrire in contesti in cui la costruzione ex novo risulta giustificata e compatibile con la programmazione territoriale.

Il progetto è localizzato nella regione Puglia: questa decisione è motivata dalla volontà di sperimentare l'applicazione del nuovo modello assistenziale in un contesto noto, sia per affinità personali che per una più approfondita comprensione del territorio. La Puglia infatti costituisce un ambito particolarmente interessante per la sperimentazione con strutture legate alla medicina di prossimità in quanto coniuga una serie di sfide con significative potenzialità di sviluppo.

Nel dettaglio, le principali criticità sono legate ad una forte adesione, da parte dei cittadini, a modelli tradizionali, spesso consolidati ma non sempre adeguati alle attuali esigenze sanitarie. Al tempo stesso, è proprio questa complessità a costituire una delle maggiori opportunità del progetto: sperimentare il modello della Casa della Comunità in un contesto così articolato consente infatti di valutarne l'efficacia in una situazione che, pur con le sue specificità, risulta rappresentativa di molte aree del Paese. In tal senso, il progetto si propone anche come occasione di riflessione critica sulla concreta applicabilità del modello e sulle condizioni necessarie per la sua reale integrazione nei diversi tessuti urbani e sociali del Paese.

### 05.1. / CHIAVE DI LETTURA

La descrizione del progetto adotta come chiave di lettura i cinque temi individuati, come esito di riflessioni legate a più discipline, al termine del quaderno redatto dal Centro Nazionale Edilizia e Tecnica Ospedaliera (CNETO), relativo a Case della Comunità e Ospedali di Comunità, e finalizzati a sottolineare l'importanza di una progettazione attenta a creare:



- “un luogo integrato nel territorio,
- un luogo che mette al centro le persone e la qualità della cura,
- un luogo che rispetta l'ambiente,
- un luogo dotato di senso,
- un luogo flessibile e adattabile” (CNETO, 2023).

Queste tematiche si sono rivelate particolarmente rilevanti, coerentemente con quanto approfondito finora nella tesi, e fungono da strumento progettuale oltre che da chiave di lettura.

Il progetto cerca quindi di rispondere a tali criteri, pur riconoscendo di non aderirvi perfettamente: trattandosi di un progetto accademico alcune scelte sono influenzate dalla natura sperimentale del lavoro e dai limiti imposti dalle tempistiche, tuttavia i punti individuati risultano molto utili nell'inquadrare e analizzare criticamente le scelte effettuate.

#### 05.1.1 / UN LUOGO INTEGRATO NEL TERRITORIO

Per luogo integrato nel territorio si intende l'attenzione all'integrazione delle strutture sanitarie come Case di Comunità all'interno del tessuto urbano e sociale, in modo da favorire l'interazione con la comunità di riferimento, considerando le persone degli “attori di questa rete” (CNETO, 2023).

Affinché un presidio sanitario non risulti pienamente inserito nel con-

testo in cui opera, è necessario che esso stabilisca legami solidi con l'area geografica di riferimento. Ciò si traduce nella costruzione di relazioni con le organizzazioni locali, nello scambio continuo di competenze e risorse, e nella valorizzazione dell'identità e del senso di appartenenza al territorio. Un luogo integrato, dunque, non è isolato, ma interagisce attivamente col contesto in cui si trova, contribuendo al rafforzamento della coesione sociale, culturale ed economica.

Sulla base di questi aspetti, è necessario che la progettazione sia preceduta da un'analisi preliminare dei dati sociali, economici e demografici del territorio di riferimento; tali informazioni devono essere prese in considerazione per rispondere in modo mirato alle esigenze locali, oltre che per rispettare le linee guida normative, come quelle stabilite dal Decreto Ministeriale 77/2022, che prevede, per esempio, la presenza di una Casa della Comunità hub ogni 50.000 abitanti.

Nello specifico, il progetto si colloca nel comune di Martina Franca (TA), all'interno del territorio della Valle d'Itria.

Figura 5.1  
Localizzazione comune di Martina Franca  
Elaborazione dell'autrice



L'area si caratterizza per una conformazione prevalentemente pianeggiante, con tratti collinari e una porzione più elevata corrispondente all'altopiano delle Murge.

Figura 5.2  
Morfologia regione Puglia e confini intraregionali  
Fonte: Bissanti, 1991



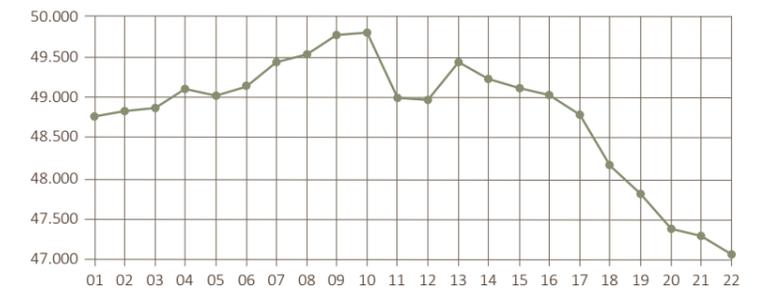
Il comune presenta una popolazione di circa 69.000 abitanti, con un'età media pari a 46,49 anni – in linea con la media nazionale – e una percentuale di popolazione straniera del 3,5% (ISTAT, 2021).

Questi valori demografici, vicini a quelli del contesto italiano complessivo, contribuiscono a rendere il comune un campione rappresentativo per testare l'applicazione del nuovo modello assistenziale.

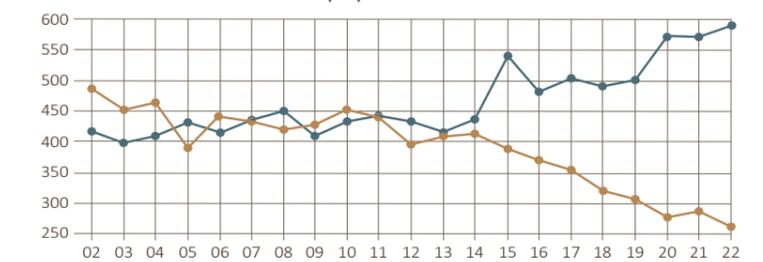


**POPOLAZIONE**  
49.000 abitanti

Andamento della popolazione residente

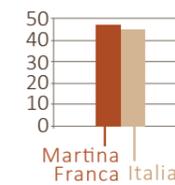


Movimento naturale della popolazione



Fonte: elaborazione dati ISTAT

**ETÀ MEDIA**  
46,49 anni

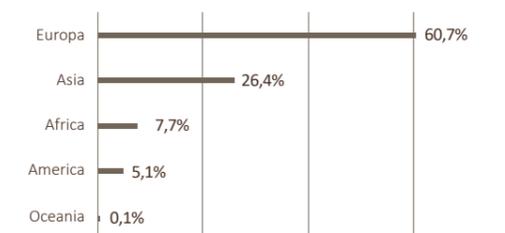
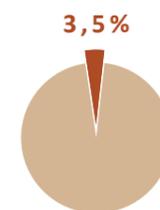


Classi di età



Fonte: elaborazione dati ISTAT

**POPOLAZIONE STRANIERA**



Fonte: elaborazione dati ISTAT

In questo scenario, assume particolare rilevanza la situazione della Regione, alla quale è stato assegnato un finanziamento pari a 631.1 milioni di euro, nell'ambito del PNRR, destinato al potenziamento della rete sanitaria territoriale. La programmazione prevede la realizzazione di 121 Case della Comunità entro il 2026, tuttavia, nel 2024, nessuna di queste risulta ancora attiva (AGENAS). Questo ritardo nell'attuazione rende ancora più urgente una riflessione progettuale e strategica sull'applicabilità reale del modello, soprattutto in contesti in cui il divario tra la pianificazione e la concretizzazione dei servizi rischia di compromettere gli obiettivi di prossimità e accessibilità.

Figura 5.3  
Fondi PNRR (sanità)  
destinati alla regione Puglia -  
Ripartizione  
Fonte: L'EGO - HUB

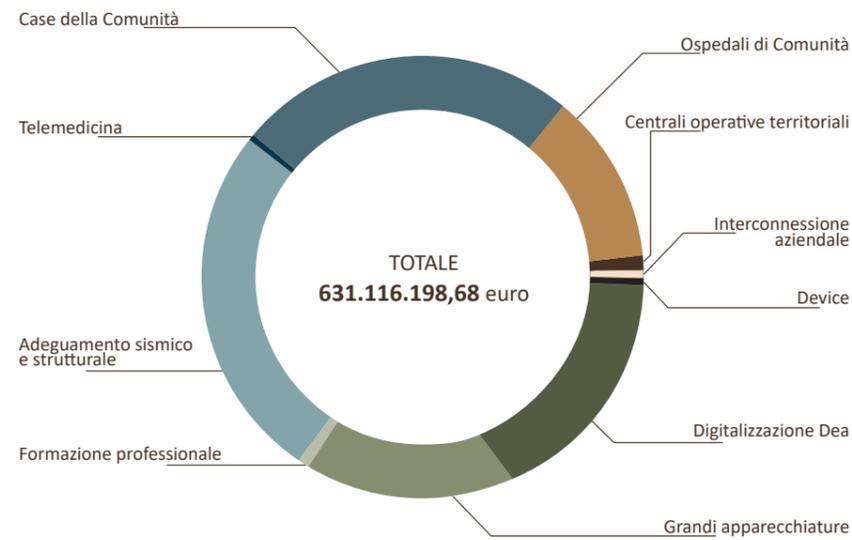


Figura 5.4  
Case della Comunità previste  
e attive (nel 2024)  
Fonte: AGENAS

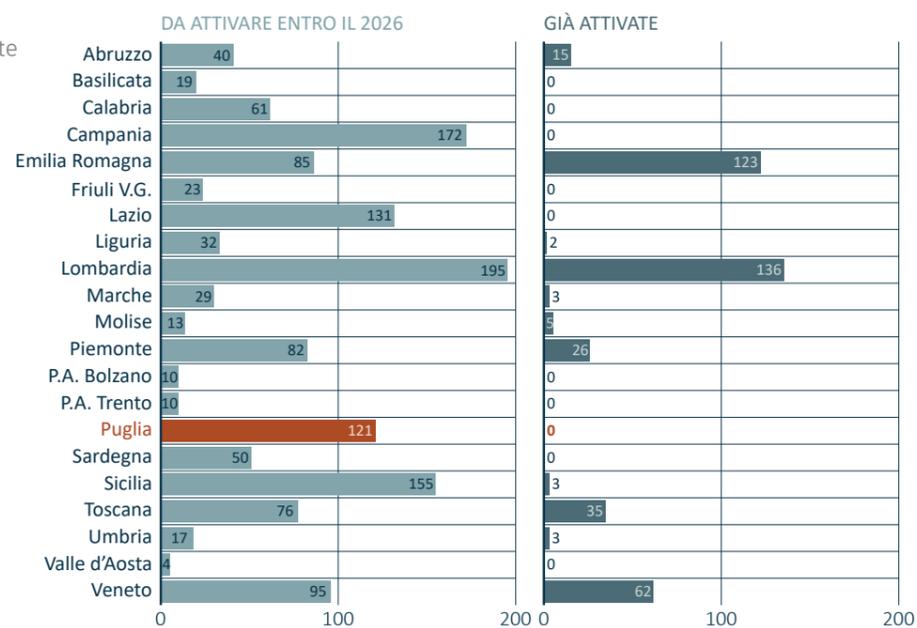


Figura 5.5  
Case della Comunità e  
Ospedali di Comunità previsti  
nella regione Puglia  
Fonte: Openpolis

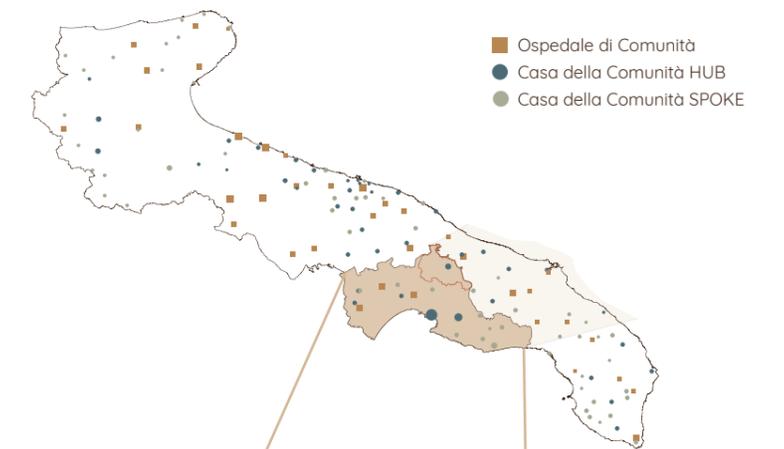
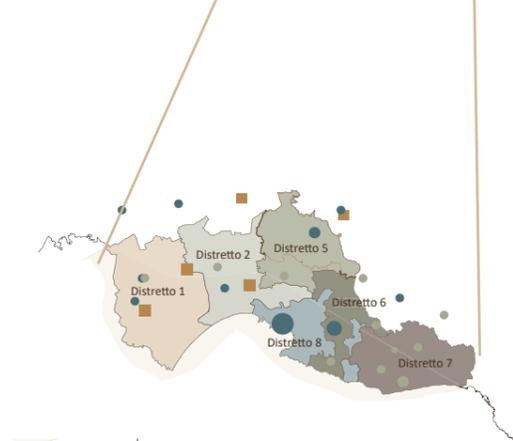


Figura 5.6  
Distretti sanitari provincia  
di Taranto  
Fonte: ASL Taranto



DISTRETTO 1	Castellaneta, Ginosola, Laterza, Palagianello
DISTRETTO 2	Massafra, Mottola, Palagianello, Statte
DISTRETTO 5	Crispiano, Martina Franca
DISTRETTO 6	Carosino, Faggiano, Grottaglie, Leporano, Monteiasi, Montemesola, Monteparano, Pulsano, Roccaforzata, San Giorgio Ionico
DISTRETTO 7	Manduria, Avetrana, Fragagnano, Lizzano, Maruggio, Sava, Torricella
DISTRETTO 8	Taranto (DISTRETTO UNICO)

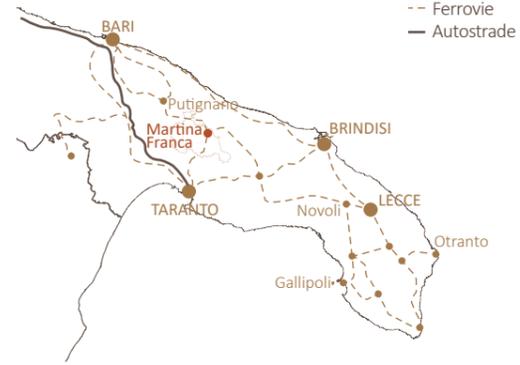


Figura 5.7  
Inquadramento territoriale  
Elaborazione dell'autrice

### LOCALIZZAZIONE



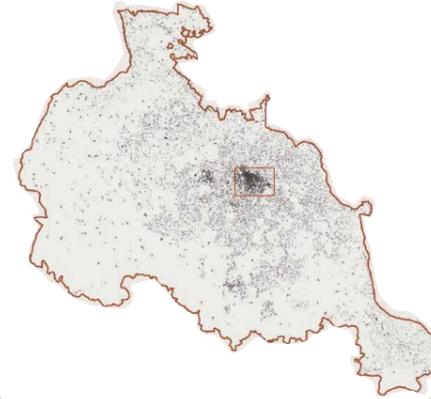
### COLLEGAMENTI



### COLLEGAMENTI



### EDIFICATO



### INQUADRAMENTO - VIABILITÀ



### Casa di comunità HUB - Martina Franca

Mq superficie immobile: -  
 Mq superficie intervento: 1000mq

Amministrazione titolare: **MINISTERO DELLA SALUTE**  
 Soggetto attuatore: **Regione Puglia**

Codice locale progetto: **E95F22000520006**  
 Codice CUP: **E95F22000520006**



### 05.1.2 / UN LUOGO CHE METTA AL CENTRO LE PERSONE E LA QUALITÀ DELLA CURA

Un progetto dedicato alla salute non può prescindere da un approccio che riconosca gli utenti come risorse attive. (CNETO, 2023).

In questa prospettiva, il progetto si sviluppa a partire da un'analisi dei bisogni degli utenti, intesi come pazienti, familiari e operatori sanitari, in coerenza con le indicazioni fornite da Agenas e dalle principali linee guida in materia di umanizzazione degli spazi di cura. A partire da questa base, è stato elaborato un metaprogetto che pone al centro la qualità dell'esperienza dell'utente, con particolare attenzione agli aspetti percettivi, relazionali e ambientali.

Un passaggio fondamentale, preliminare all'elaborazione del metaprogetto, è stato l'inquadramento degli utenti, finalizzato a indirizzare le ipotesi progettuali sulla base delle esigenze specifiche degli attori individuati. Si individuano tre principali categorie di utenti:

- operatori sanitari, costituiti da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri, psicologi, assistenti sociali;
- cittadini, che racchiudono sia i fruitori diretti come pazienti cronici e occasionali, caregiver, familiari, sia soggetti istituzionali come scuole, tirocinanti;
- enti del terzo settore come cooperative, associazioni, associazioni di volontariato.

Ogni utente di queste categorie avrà un diverso grado di relazione con la struttura della CdC, che viene analizzato e schematizzato (figura 5.9).

Parallelamente all'analisi degli utenti, è stata condotta una prima definizione degli spazi, evidenziando le relazioni tra ambienti fisici e categorie di utenti (figura 5.10). Si distinguono ad esempio:

- spazi clinico-funzionali, come ambulatori, uffici e aree di formazione;
- spazi per l'accoglienza e l'attesa, destinati sia agli utenti che ai loro accompagnatori,
- zone comuni con funzione aggregativa come aree per eventi, prevenzione e iniziative comunitarie, spesso condivise anche con associazioni e volontariato.

La sovrapposizione e l'intersezione di alcune evidenzia la volontà progettuale di superare una logica settoriale, favorendo invece un sistema flessibile e permeabile. Gli spazi sono pensati per accogliere usi differenti nel tempo, adattandosi alle necessità di professionisti, cittadini, gruppi e istituzioni.

Questo lavoro di classificazione e mappatura ha rappresentato uno strumento essenziale per orientare le scelte successive, supportando una progettazione centrata sulla relazione tra persone e ambiente costruito.

Figura 5.9  
Utenti e categorie  
Elaborazione dell'autrice

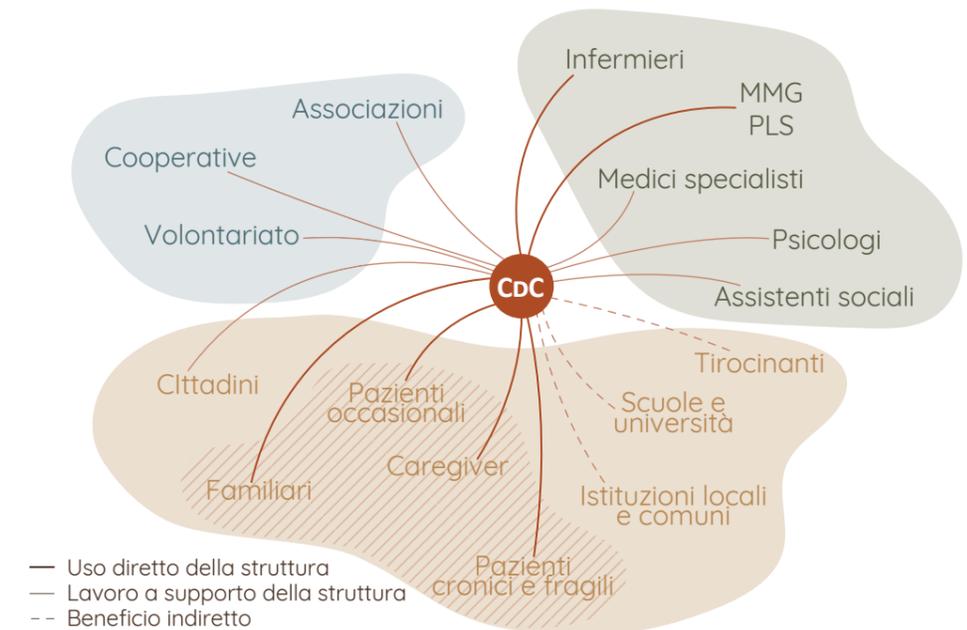
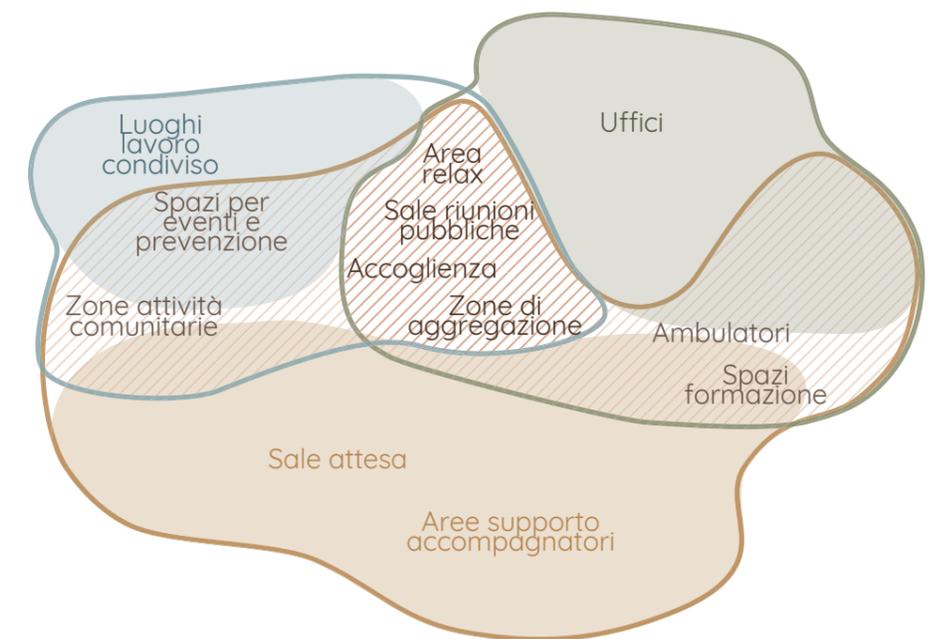


Figura 5.10  
Spazi  
Elaborazione dell'autrice



Partendo dalle relazioni individuate tra le categorie di utenti e gli spazi a loro dedicati, la fase successiva consiste in un'analisi delle esigenze specifiche: a ciascuna di esse, espresse in forma qualitativa (accoglienza, adattabilità, privacy, benessere ecc.), sono state associate una o più risposte progettuali concrete, capaci di tradurre quei bisogni in soluzioni spaziali, percettive o organizzative (figura 5.11).

Questo schema ha rappresentato uno strumento operativo fondamentale per la successiva definizione del metaprogetto e per le ipotesi relative alla progettazione degli ambienti nel loro complesso, orientando le scelte in termini di articolazione degli spazi, materiali, percorsi e dotazioni. L'analisi ha inoltre consentito di mantenere al centro del progetto l'esperienza dell'utente, favorendo un approccio olistico che considera allo stesso tempo le dimensioni funzionali, relazionali e sensoriali del luogo.

Si entra successivamente nel merito del metaprogetto (figura 5.12), strumento concepito per esplorare le relazioni funzionali e spaziali tra i diversi ambienti, in vista della definizione di un layout coerente con principi come l'accessibilità, un orientamento intuitivo, il comfort fisico ed emotivo.

Particolare attenzione è stata posta sulla coerenza tra i requisiti funzionali e la loro traduzione spaziale: a ciascun ambiente, concepito in risposta ad un'esigenza specifica, sono stati associati criteri progettuali coerenti, che orienteranno successivamente le scelte relative a materiali, luce, acustica, orientamento e atmosfera. In questo modo è stato possibile passare da bisogni qualitativi a indicazioni progettuali concrete, mantenendo al centro il modo di vivere gli spazi.

Il metaprogetto rappresenta così uno strumento strategico valido come base per i successivi livelli di approfondimento, mantenendo sempre come riferimento centrale il benessere dei fruitori e la qualità dello spazio vissuto.

Figura 5.11  
Schema delle esigenze e risposte progettuali  
Elaborazione dell'autrice

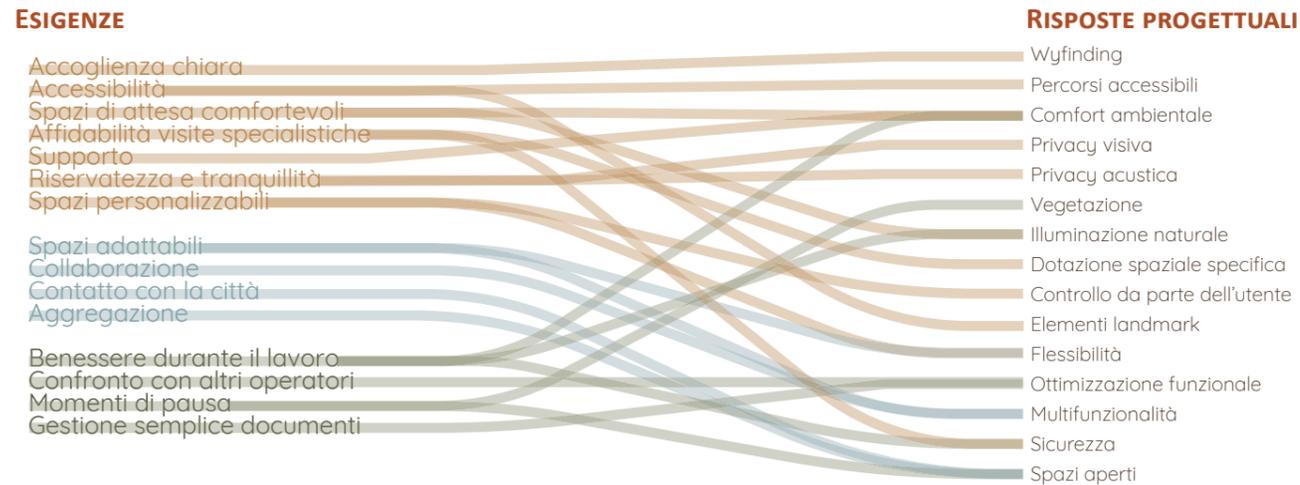
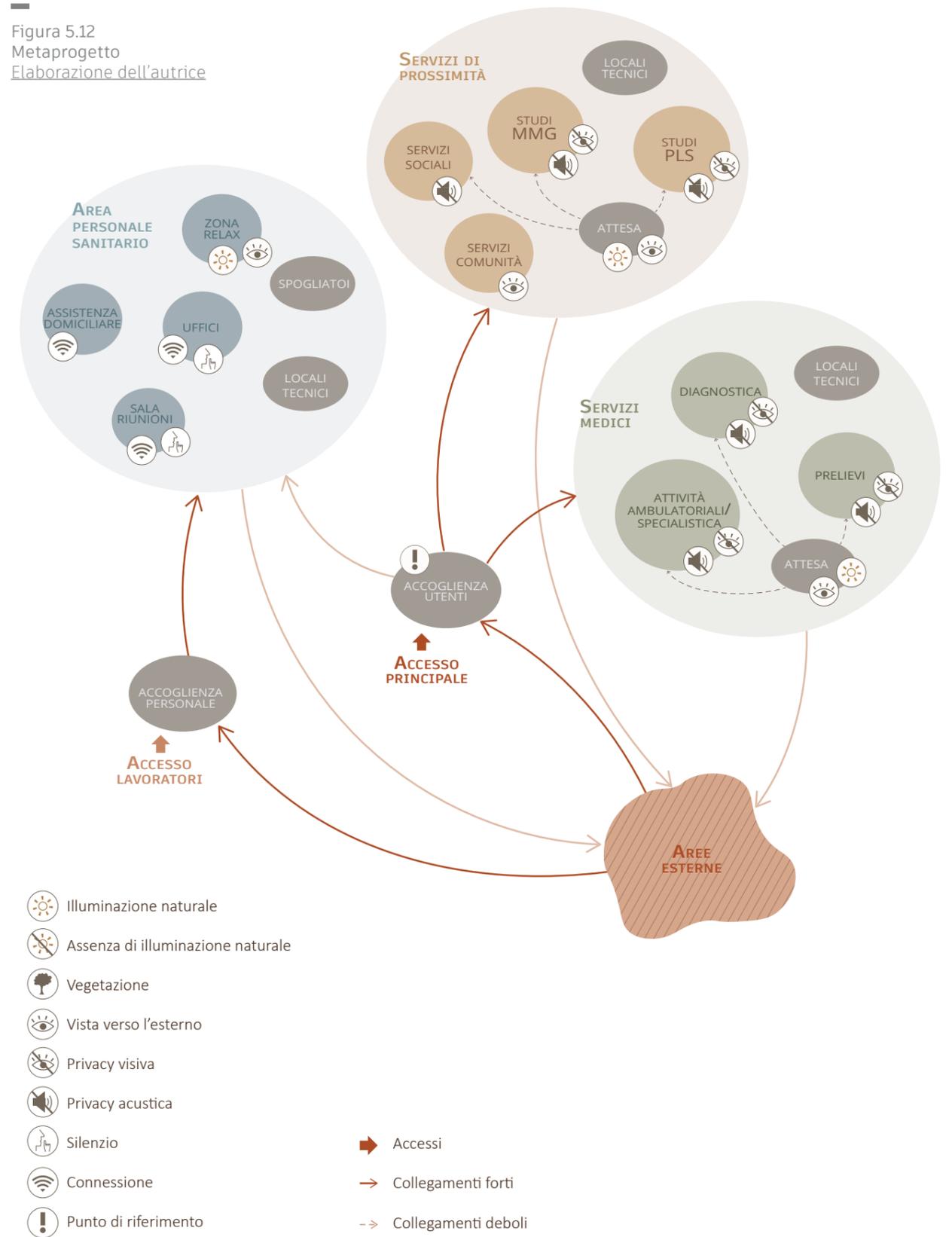


Figura 5.12  
Metaprogetto  
Elaborazione dell'autrice



Le relazioni emerse attraverso il metaprogetto si concretizzano in ipotesi spaziali più concrete (figura 5.13).

Si individua ad esempio la necessità di spazi di aggregazione protetti che si traducono in una corte interna, risolta attraverso l'inserimento di una corte interna che favorisca la socialità in un ambiente raccolto e sicuro. A questa si affianca una piazza esterna, concepita come punto di contatto tra la struttura e la comunità, uno spazio aperto e accessibile che invita all'incontro e alla partecipazione.

L'organizzazione degli spazi interni prevede una distinzione tra le aree dedicate alle attività sociali e comunitarie, la zona destinata ai servizi sanitari e un'area riservata al personale, dotata anche di spazi per la pausa e il benessere degli operatori.

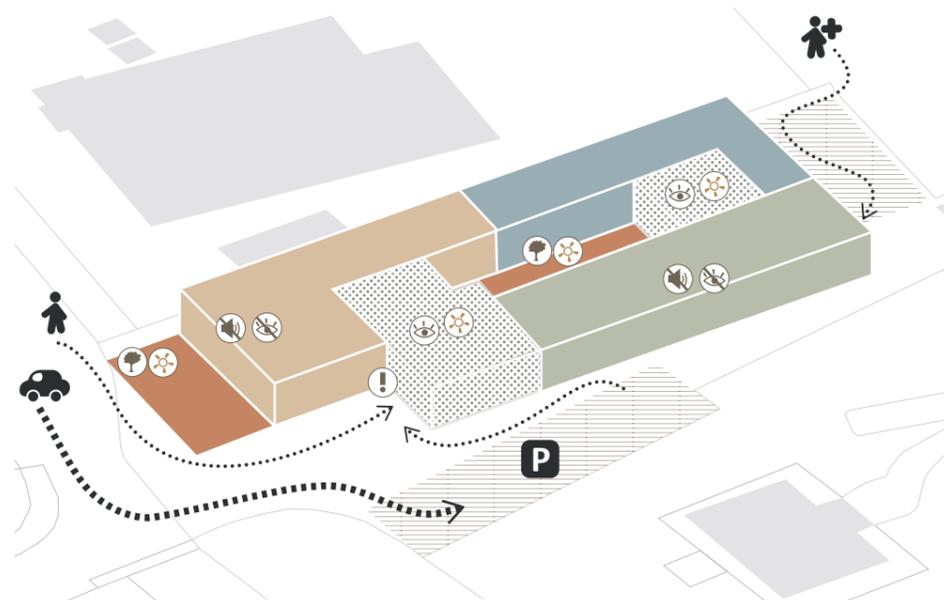
Gli ambienti, come la sala polivalente e le aree d'attesa, sono stati collocati in relazione visiva diretta con l'esterno, in modo da offrire luce naturale, aperture sul verde e una maggiore qualità ambientale.

Anche gli ambulatori sono stati progettati con attenzione al rapporto con l'esterno: ciascuno è dotato di finestre affacciate su spazi alberati, in grado di garantire sia una vista gradevole e rilassante per l'utente, sia un'efficace protezione visiva per tutelare la riservatezza.

Le attese sono differenziate per tipologia di utenza, con particolare attenzione ai bambini, a cui sono riservati spazi specifici.

Dal punto di vista distributivo, si è scelto di differenziare gli accessi per utenti e operatori, così da ottimizzare i flussi.

Figura 5.13  
Applicazione volumetrica del metaprogetto  
Elaborazione dell'autrice



Per definire con maggiore precisione la configurazione e la dimensione degli spazi, si è cercato di fare riferimento, ai parametri dimensionali indicati dalle linee guida AGENAS. Tali indicazioni sono state assunte come base per garantire un'articolazione coerente degli ambienti in termini di fruibilità, standard minimi e qualità dell'esperienza d'uso (figura 5.15).

Figura 5.14  
Schematizzazione della CdC Hub  
Fonte: AGENAS, 2022

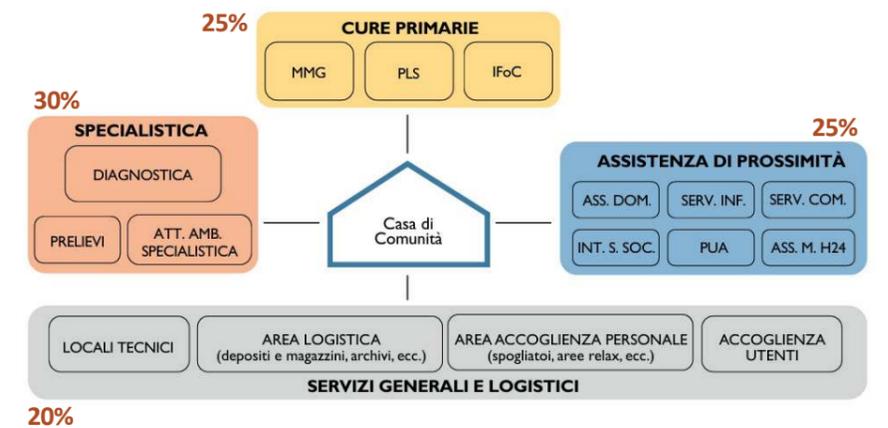
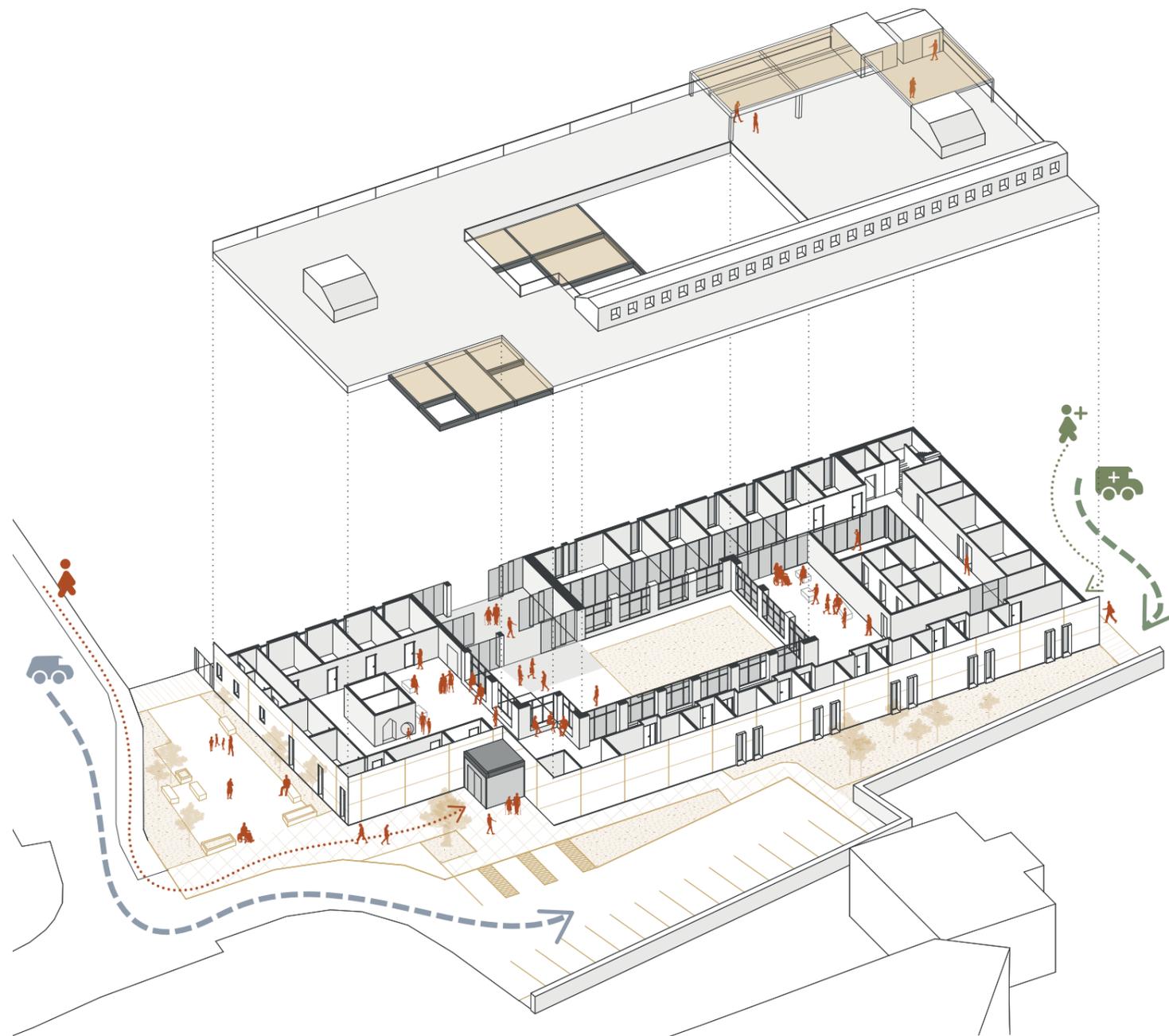


Figura 5.15  
Verifica dimensionamento aree rispetto alle percentuali fornite da AGENAS  
Elaborazione dell'autrice



Figura 5.16  
Esploso assometrico  
Elaborazione dell'autrice



Il layout degli spazi è stato sviluppato ponendo particolare attenzione alla distinzione e organizzazione delle funzioni: le aree ambulatoriali sono state disposte in modo da favorire un flusso logico, con zone di attesa collocate lungo i corridoi e orientate verso la corte interna. Questa scelta mira a garantire un ambiente luminoso, rilassante e in grado di creare un collegamento visivo con l'esterno, promuovendo così un'esperienza più gradevole per gli utenti.

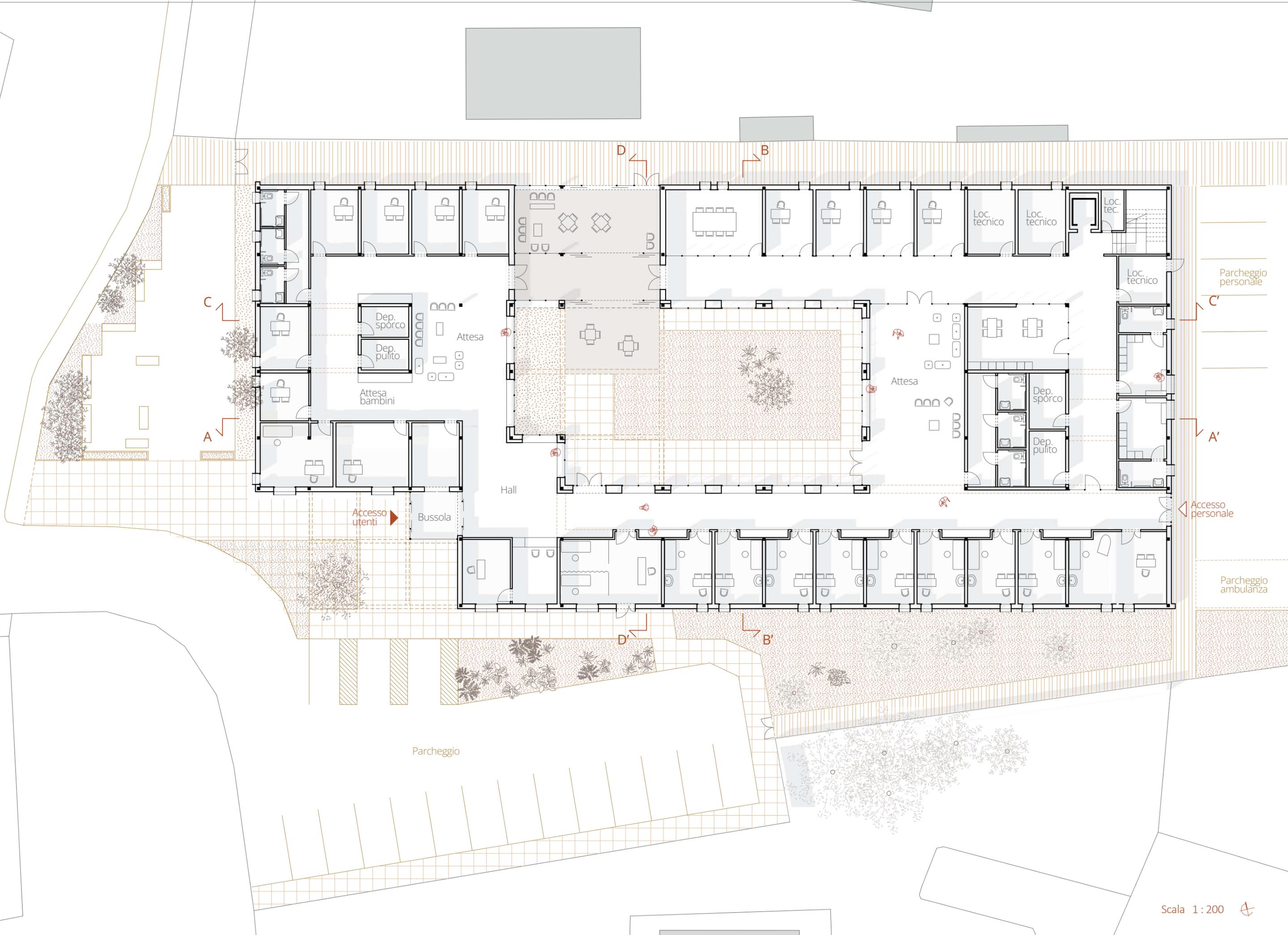
Dal punto di vista normativo e funzionale, l'ipotesi prevede tutti i locali di servizio necessari, quali depositi e locali tecnici, progettati nel rispetto delle disposizioni vigenti. L'ingresso è caratterizzato da una bussola dotata di doppia porta, di cui una a filo, rappresentata chiusa negli elaborati poiché destinata all'uso esclusivo in situazioni di emergenza (si veda cap. 05.1.4). Si pone attenzione anche agli aspetti relativi alla sicurezza, collocando le vie di uscita, e a quelli relativi all'accessibilità, garantendo la fruibilità di tutti gli ambienti, compresi i servizi igienici, da parte di persone con mobilità ridotta.

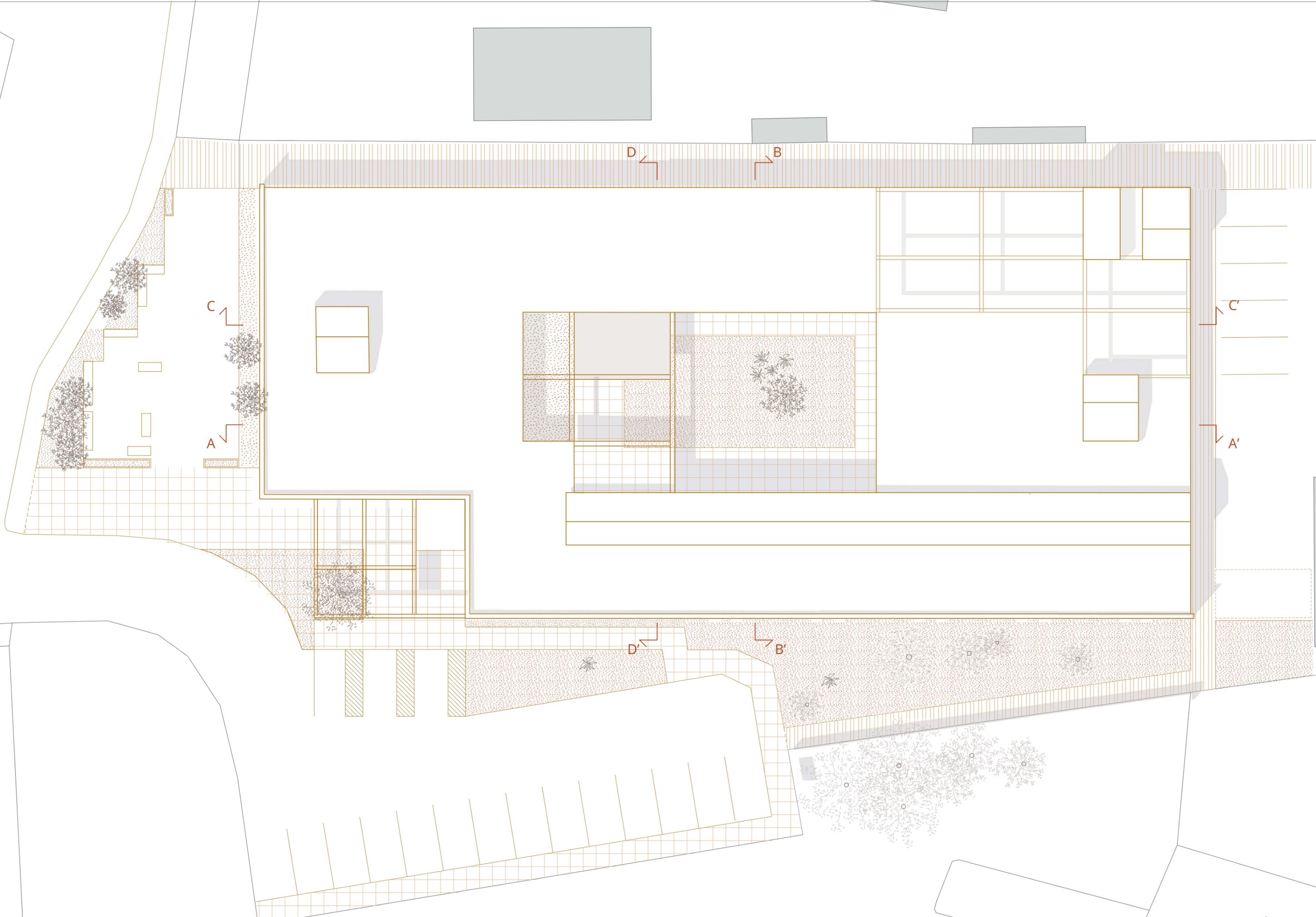
L'ipotesi progettuale prende in considerazione anche la scelta dei materiali e del linguaggio architettonico, con l'obiettivo di creare un ambiente capace di instaurare un rapporto di continuità con il contesto locale. L'impiego di pietra locale e l'inserimento di essenze vegetali autoctone rispondono non solo a criteri di sostenibilità ambientale e riduzione dell'impatto ecologico, ma anche al desiderio di rappresentare e rispettare l'identità culturale del territorio. L'attenzione a questi elementi contribuisce ad evitare una rottura con il paesaggio costruito e con le aspettative delle comunità locali, favorendo una maggiore accettazione e identificazione da parte degli utenti.

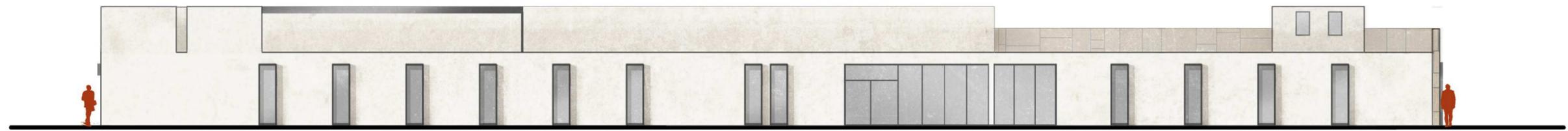
Nelle pagine che seguono si riportano le rappresentazioni grafiche dell'ipotesi progettuale, in scala 1:200, che traducono in forma concreta i principi analizzati nei capitoli precedenti.

I disegni che seguono si compongono di:

- pianta,
- pianta della copertura,
- prospetti,
- sezioni.







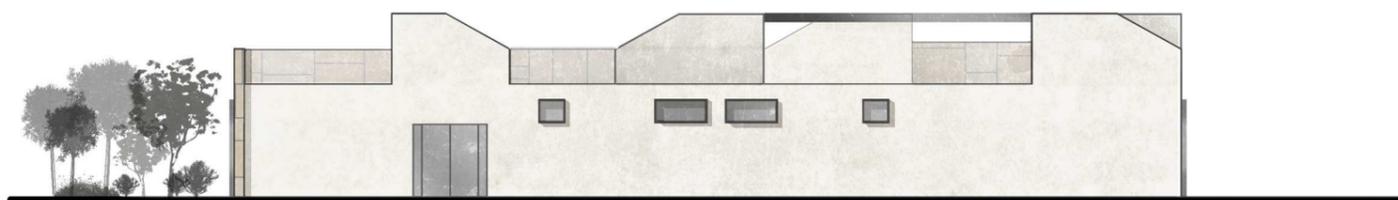
Prospetto NORD



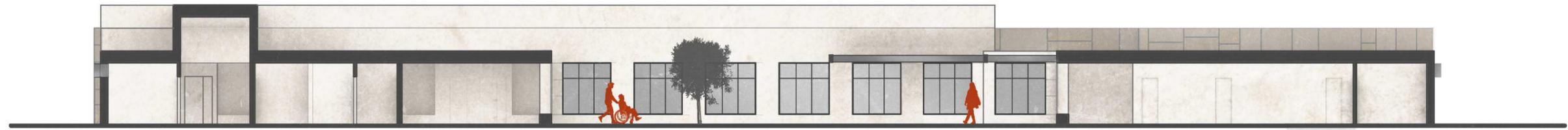
Prospetto OVEST



Prospetto SUD



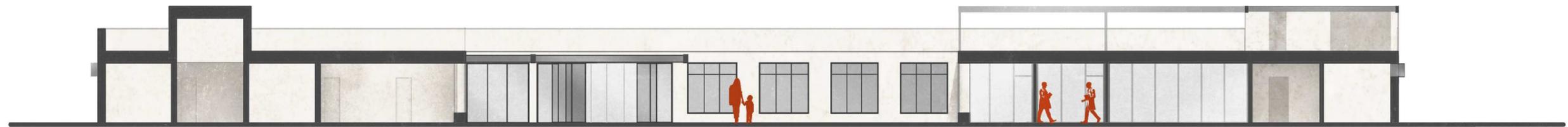
Prospetto EST



Sezione A-A'



Sezione B-B'



Sezione C-C'



Sezione D-D'

### 05.1.3 / UN LUOGO CHE RISPETTA L'AMBIENTE

La sostenibilità ambientale rappresenta una componente imprescindibile nella progettazione contemporanea, e consiste non solo nel garantire il contenimento dei consumi energetici, ma va intesa anche come un rispetto generale per l'ambiente volto a offrire spazi salubri e confortevoli per gli utenti (CNETO, 2023).

In quest'ottica, sono stati analizzati i dati climatici specifici del contesto locale, con particolare attenzione a parametri come l'irraggiamento solare, la ventilazione naturale e l'umidità.

Per effettuare questi studi, è stato utilizzato BCChart (v2.0), un tool di analisi bioclimatica che consente di interpretare i dati climatici di un determinato sito attraverso l'elaborazione della teoria della carta bioclimatica di Olgay. I dati climatici orari sono stati in questo caso ricavati tramite file .epw. Lo strumento fornisce una rappresentazione sintetica delle condizioni ambientali durante l'anno, suggerendo per ciascun intervallo climatico le strategie passive più efficaci per garantire il comfort. In questo modo, è stato possibile disporre di un quadro chiaro delle potenzialità offerte dal clima locale, da sfruttare prima di ricorrere a sistemi tecnologici energivori.

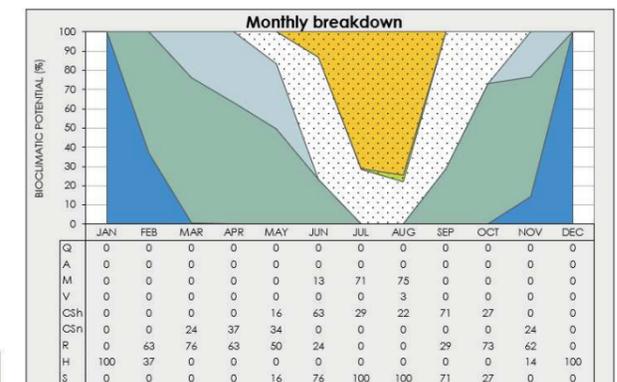
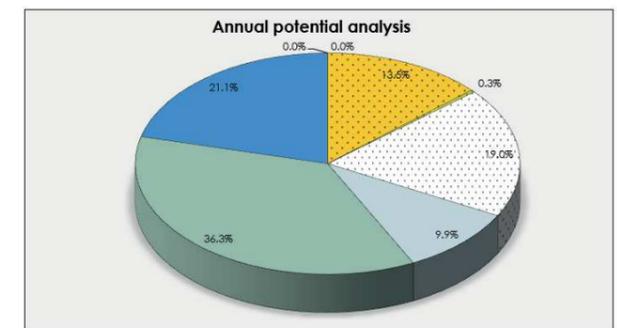
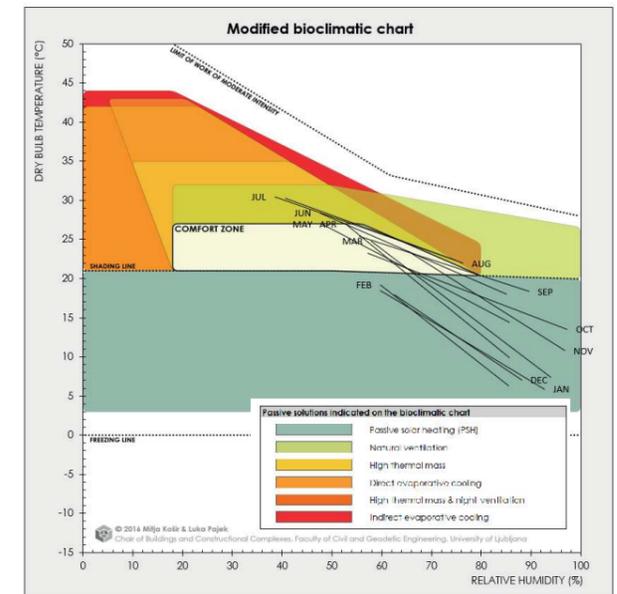
Gli output ottenuti (figura 5.21) offrono un quadro utile a orientare le scelte progettuali legate all'orientamento dell'edificio, alla disposizione degli spazi, all'apertura delle superfici vetrate, e all'adozione di dispositivi per l'ombreggiamento e la ventilazione naturale.

Tali risultati hanno contribuito a definire una serie di strategie passive coerenti con il contesto climatico locale. In particolare, l'orientamento dell'edificio, la configurazione delle aperture, la possibilità di ventilazione incrociata e la presenza di schermature mobili o fisse sono stati elementi progettuali considerati in relazione alle condizioni ambientali prevalenti, con l'obiettivo di ridurre il fabbisogno energetico e migliorare il comfort interno in modo naturale.

L'analisi bioclimatica è stata quindi impiegata come strumento esplorativo e dimostrativo, a testimonianza dell'importanza di considerare il clima locale come una risorsa progettuale strategica. Anche in una fase ipotetica come quella di questo studio, integrare i dati ambientali sin dall'inizio consente di sviluppare scenari più consapevoli e coerenti con i principi di sostenibilità.

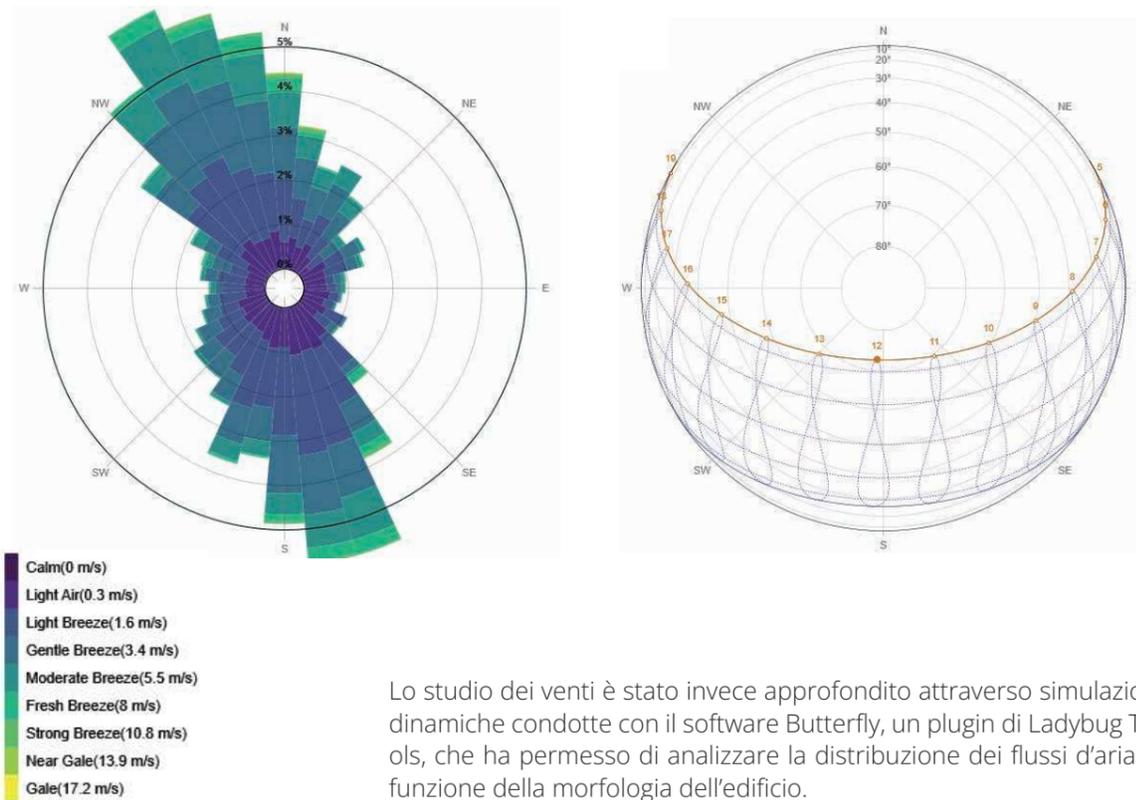
Questa lettura preliminare è stata successivamente integrata con ulteriori valutazioni che hanno riguardato anche la selezione dei materiali e l'organizzazione degli spazi esterni in funzione della qualità ambientale complessiva.

Figura 5.21  
Analisi bioclimatiche della zona di Martina Franca  
Fonte: BcChart



BC potential (%)			
32.8	Sh	0.0	Q Mechanical cooling and/or dehumidification needed
SHADING NEEDED		0.0	A Potential for passive solutions for hot arid climates
		13.5	M Natural ventilation and/or high thermal mass needed
		0.3	V Only natural ventilation needed
		19.0	C <sub>sh</sub> Comfort achieved by shading
		9.9	C <sub>sn</sub> Comfort achieved by solar irradiation
COMFORT ZONE		28.9	C <sub>z</sub>
SUN NEEDED		36.3	R Potential for passive solar heating
67.2	Sn	21.1	H Conventional heating, focus on heat retention

Figura 5.22  
Carta dei venti e carta solare  
Fonte: Climate Studio



In parallelo all'analisi bioclimatica, sono state condotte valutazioni più specifiche legate al comportamento solare e alla ventilazione naturale, strumenti fondamentali per orientare le prime scelte progettuali.

L'organizzazione volumetrica e la distribuzione interna, ad esempio, sono state pensate per ottimizzare l'ingresso della luce naturale, riducendo la dipendenza da fonti artificiali e migliorando la qualità percettiva degli spazi. L'orientamento degli ambienti, le aperture e i percorsi interni sono dunque coerenti con un concept progettuale che pone la relazione tra edificio e fattori ambientali al centro del processo.

Lo studio dei venti è stato invece approfondito attraverso simulazioni dinamiche condotte con il software Butterfly, un plugin di Ladybug Tools, che ha permesso di analizzare la distribuzione dei flussi d'aria in funzione della morfologia dell'edificio.

Lo scopo era quello di ottimizzare la ventilazione della corte interna, uno spazio centrale nell'organizzazione del progetto ma potenzialmente critico in un contesto climatico come quello pugliese, dove le estati sono particolarmente calde e secche.

Le simulazioni hanno orientato la definizione di una sagoma edilizia che sfrutta differenze di altezza per favorire l'attivazione di moti convettivi e vortici d'aria, capaci di convogliare ventilazione naturale verso lo spazio aperto (figura 5.23).

Inoltre, si è introdotta una differenziazione tra configurazione estiva e invernale, prevedendo aperture e chiusure calibrate in base alla stagione, per incentivare la ventilazione nei mesi caldi e limitare le dispersioni nei mesi freddi (figura 5.24).

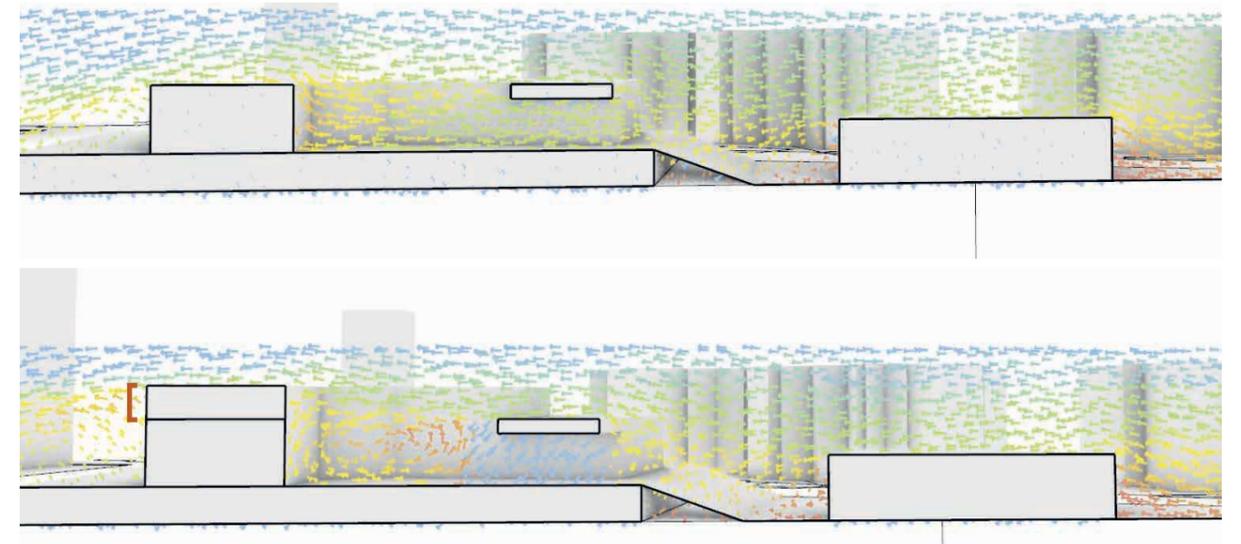
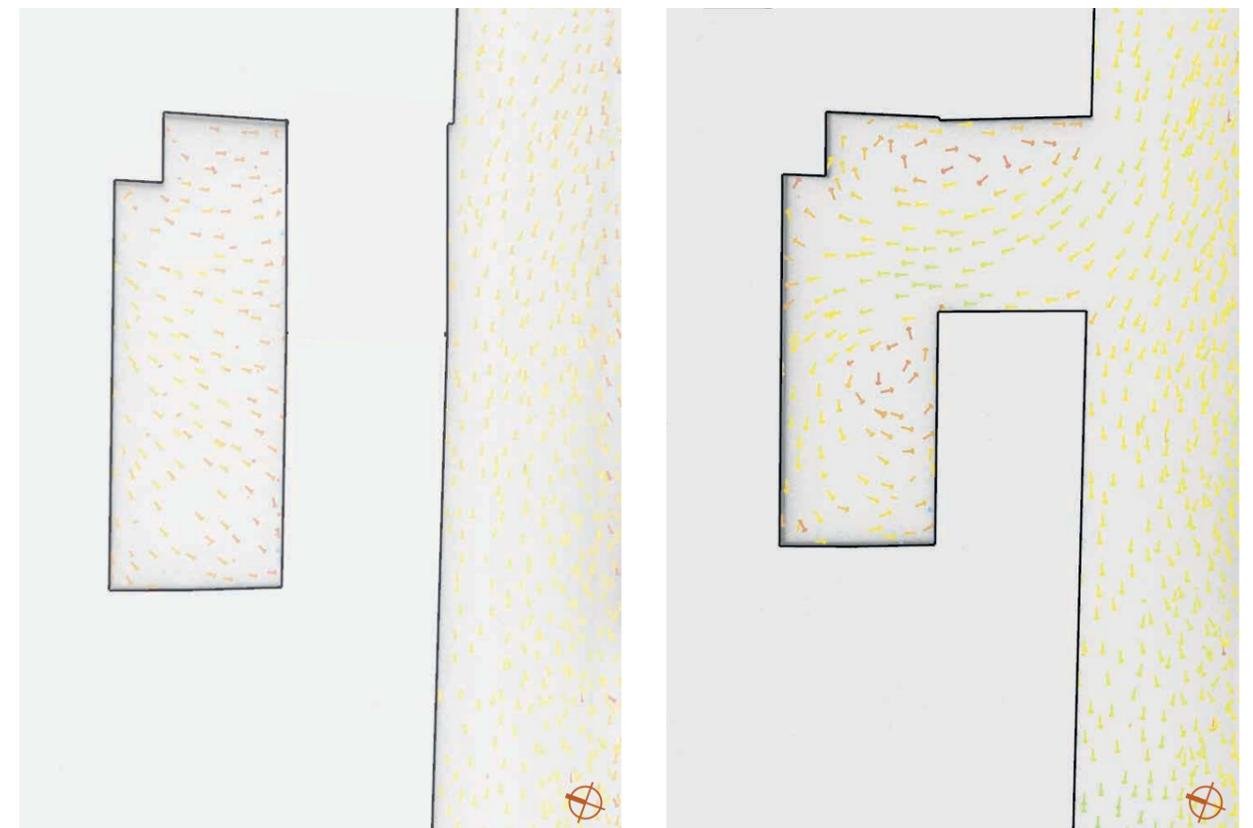


Figura 5.23  
Analisi ventilazione della corte in relazione all'altezza  
Fonte: BcChart



Figura 5.24  
Analisi ventilazione della corte aperta o chiusa  
Fonte: BcChart

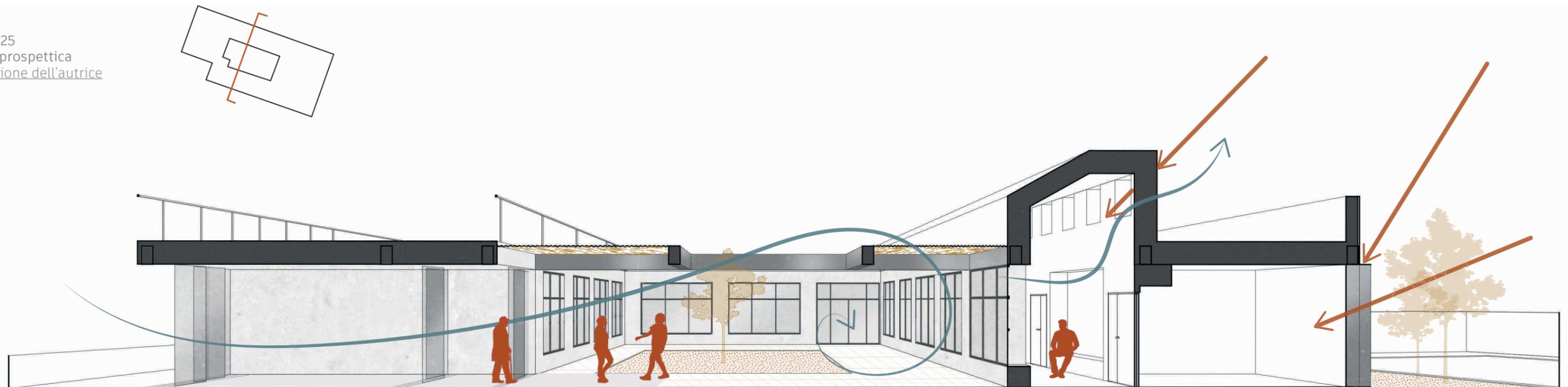


Dal punto di vista costruttivo, è stata adottata una struttura in acciaio a telaio completamente a secco, una tecnologia che consente tempi rapidi di esecuzione, elevata precisione, economicità, reversibilità e sostenibilità. La scelta di un sistema a secco risponde inoltre alla necessità di garantire flessibilità e adattabilità futura, riducendo al minimo l'impatto ambientale lungo tutto il ciclo di vita dell'edificio. Il sistema, inoltre, permette una più agevole manutenzione e possibilità di smontaggio e riuso dei componenti, in linea con i principi dell'economia circolare.

Per facilitare l'adozione di questo sistema costruttivo, si è proceduto a una semplificazione e regolarizzazione della geometria strutturale rispetto alla configurazione iniziale, senza compromettere il concept architettonico ma anzi rafforzando la coerenza tra forma, funzione e tecnica costruttiva.

Infine, anche gli spazi esterni sono stati progettati nel rispetto dei principi della sostenibilità, prevedendo l'inserimento di essenze vegetali autoctone, in grado di adattarsi al clima locale senza necessità di irrigazione eccessiva. Questa scelta contribuisce alla qualità paesaggistica del sito e promuove un legame più profondo tra la struttura e l'ambiente in cui si inserisce.

Figura 5.25  
Sezione prospettica  
Elaborazione dell'autrice



### 05.1.4 / UN LUOGO FLESSIBILE E ADATTABILE

—

Una struttura di questo tipo dovrebbe infine essere in grado di adattarsi ai cambiamenti che interessano la società, la medicina e l'ambiente, oltre che a fenomeni emergenziali di diverso tipo (CNETO, 2023).

Nell'ipotesi presentata, il principio di flessibilità è stato integrato sin dalle fasi preliminari attraverso scelte costruttive e distributive mirate. In primo luogo, l'adozione di una struttura portante a telaio leggero in acciaio, abbinata all'utilizzo di pareti interne leggere in cartongesso, permette una maggiore reversibilità e adattabilità degli spazi nel corso del ciclo di vita dell'edificio. Questo sistema consente infatti di modificare agevolmente la disposizione interna – ad esempio rimuovendo, spostando o integrando partizioni – senza dover intervenire sulla struttura portante o compromettere la funzionalità generale del fabbricato.

Tali scelte tecniche favoriscono anche un'impostazione modulare della distribuzione interna, utile sia per ottimizzare la prefabbricazione e la velocità di montaggio, sia per garantire la scalabilità e l'adattabilità futura degli ambienti. La modularità, inoltre, semplifica l'eventuale replicabilità del modello in altri contesti, contribuendo alla costruzione di un linguaggio architettonico coerente ma non rigido.

Questa impostazione flessibile si traduce in applicazioni concrete in scenari di emergenza sanitaria, come nel caso di una pandemia: grazie alla predisposizione di partizioni mobili, chiusure parziali e ingressi separabili, l'edificio può essere riconfigurato temporaneamente per distinguere percorsi e zone dedicate al personale, ai pazienti infetti e non infetti, garantendo così sicurezza, controllo dei flussi e continuità dei servizi anche in condizioni straordinarie.



Figura 5.26  
Planimetria funzionamento  
in caso di emergenza  
Elaborazione dell'autrice

### 05.1.5 / UN LUOGO DOTATO DI SENSO

—

Con l'espressione luogo dotato di senso, ci si riferisce alla capacità di attribuire delle caratteristiche, non solo fisiche e spaziali, ma anche simboliche, alle strutture dedicate alla salute e alla comunità, in modo che chi vi accede possa riconoscere tali spazi come punti di riferimento (CNETO, 2023).

Dal punto di vista architettonico, il progetto deve combinare la necessità di fornire una dimensione domestica degli ambienti con quella di trasmettere l'idea di cure efficienti; in questi spazi il paziente dovrebbe sentirsi ascoltato in tutti i suoi bisogni e non solo nella sua malattia (Ibid.).

Nell'ipotesi progettuale, il principio di umanizzazione degli spazi è stato tradotto in una serie di scelte mirate, che pongono attenzione alla qualità dell'esperienza dell'utente e alla dimensione emotiva della permanenza all'interno della struttura.

Un primo aspetto è rappresentato dall'attenzione verso una dimensione domestica (CNETO, 2023), che caratterizzi gli spazi sia interni che esterni, attraverso forme e materiali accoglienti, atmosfere rassicuranti capaci di ridurre la distanza simbolica tra struttura sanitaria e vissuto quotidiano dell'utente. Questa attenzione rappresenta un'intenzione progettuale orientata a migliorare la qualità dell'esperienza.

Un altro elemento importante, soprattutto in spazi come quelli dedicati alla cura, ma in generale in luoghi pubblici, è il wayfinding, citato nelle analisi svolte nei capitoli precedenti, ovvero l'insieme di strategie che facilitano l'orientamento e la comprensione degli spazi. Percorsi chiari, segnaletica intuitiva, variazioni cromatiche e l'utilizzo della luce naturale contribuiscono a rendere leggibile l'edificio e a ridurre il disorientamento, in particolare per utenti fragili o in condizioni di stress.

Parallelamente, è stata dedicata attenzione alla qualità degli spazi di attesa, prevedendo la presenza di sedute distribuite anche lungo i corridoi, in modo da offrire momenti di sosta informali e accessibili, e alla progettazione di zone dedicate ai bambini, che possano accogliere e rassicurare i più piccoli con arredi su misura e atmosfere ludiche, contribuendo a ridurre l'ansia legata alla visita medica.

Un ulteriore elemento qualificante è la valorizzazione degli spazi esterni e del verde, pensati non come semplice cornice dell'edificio, ma come ambiente terapeutico. Come si è visto nei capitoli precedenti, elementi come la presenza di vegetazione autoctona, percorsi pedonali, aree per la sosta e il contatto con la natura favoriscono il benessere psicologico e rafforzano il legame con il contesto territoriale.

Infine, particolare cura è stata posta nella tutela della privacy – visiva e acustica – soprattutto in aree sensibili come ambulatori e sale d'attesa. Le configurazioni spaziali evitano affollamenti e garantiscono un adeguato distanziamento, mentre la disposizione degli ingressi e dei percorsi limita sovrapposizioni tra utenti e personale.

In sintesi, si tenta di perseguire i principi di umanizzazione non come elementi accessori, ma come componenti integrate alla logica progettuale: ogni spazio è pensato come un ambiente che accoglie, accompagna e sostiene chi lo attraversa, riconoscendo nella qualità architettonica uno strumento essenziale della cura.

A completamento di queste riflessioni progettuali, sono state inserite, di seguito, alcune viste architettoniche che hanno l'obiettivo di restituire visivamente l'applicazione concreta dei principi descritti. Le immagini non vogliono essere una rappresentazione definitiva, ma piuttosto uno strumento evocativo, utile a mostrare come scelte legate alla dimensione domestica, alla qualità percettiva, all'orientamento e alla fruizione degli spazi possano tradursi in configurazioni spaziali accoglienti e riconoscibili. L'intento è quello di supportare e rafforzare il carattere dimostrativo dell'ipotesi progettuale, sottolineando la possibilità – e l'importanza – di integrare i principi di umanizzazione nella forma stessa dell'architettura.

Figura 5.27  
Elementi di wayfinding  
Elaborazione dell'autrice

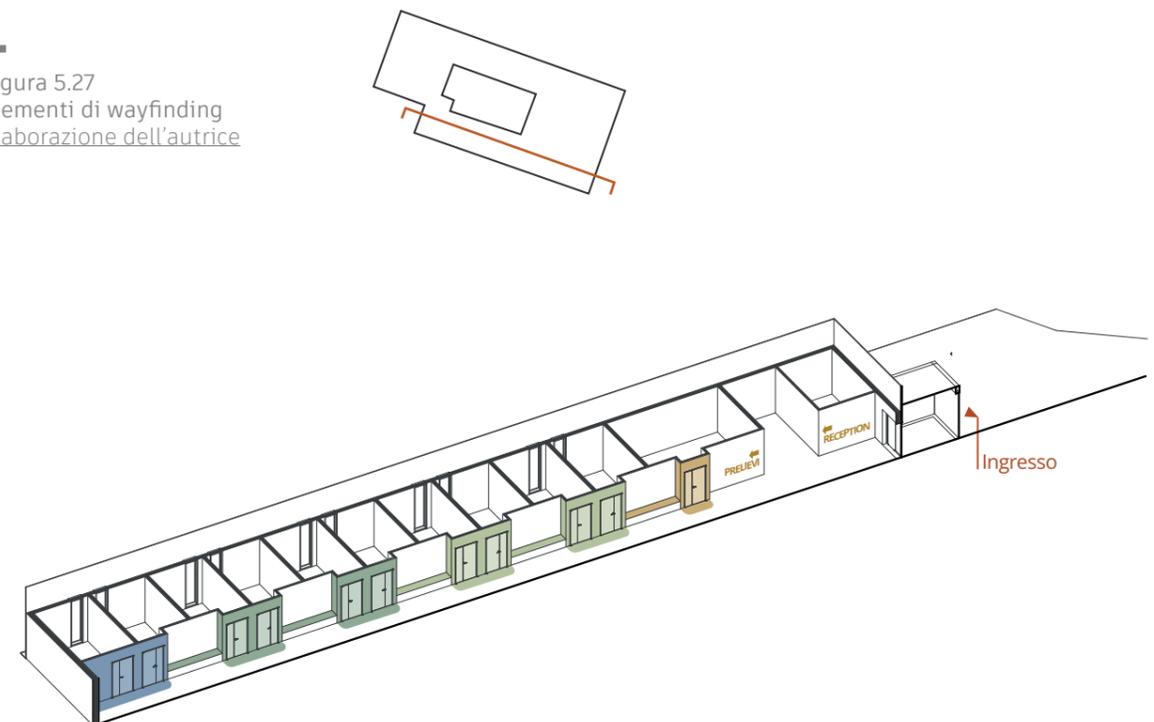


Figura 5.28  
Vista corridoio ambulatori  
Elaborazione dell'autrice

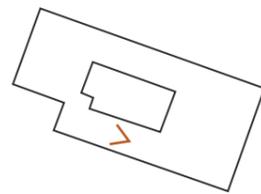


Figura 5.29  
Vista ingresso interno  
Elaborazione dell'autrice

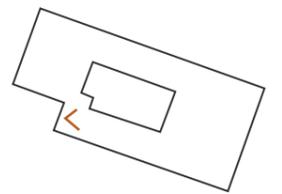


Figura 5.30  
Vista esterna verso l'ingresso  
Elaborazione dell'autrice

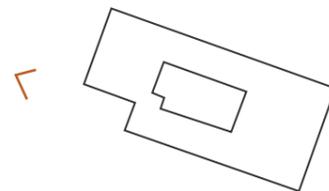
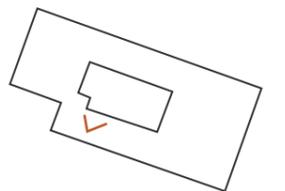


Figura 5.31  
Vista verso il cortile interno  
Elaborazione dell'autrice



## 06./ CONCLUSIONI

Le analisi dei riferimenti teorici, delle linee guida elaborate in materia di sanità, dei riferimenti, e lo sviluppo dell'ipotesi progettuale, hanno offerto l'occasione per riflettere criticamente sul ruolo dell'architettura nel contesto della salute e, più nello specifico, della rinnovata organizzazione dei servizi di prossimità.

In questo ambito, la Casa della Comunità si configura come una struttura non solo funzionale alla cura, ma anche simbolica, capace di generare prossimità, appartenenza e coesione sociale. Le ipotesi sviluppate riguardo questo tipo di struttura, pur non configurandosi come un progetto compiuto in ogni dettaglio, assumono un valore significativo come strumento di riflessione relativa all'applicazione dei principi analizzati nel corso del lavoro.

In primis, attraverso l'analisi del contesto italiano, è emersa una distanza significativa tra il modello delineato a livello normativo e la sua effettiva implementazione. A fronte di esempi europei in cui i servizi di cure primarie sono organizzati secondo approcci sistemici e multidisciplinari, l'Italia mostra ancora ritardi strutturali, resistenze culturali e difficoltà gestionali. Le sfide in campo non sono soltanto tecniche o economiche, ma profondamente legate alla capacità dei territori e delle istituzioni di appropriarsi del cambiamento in modo consapevole, superando logiche ospedale-centriche a favore di una rete più diffusa e integrata.

Un altro degli aspetti emersi, riguarda la necessità di sviluppare studi più approfonditi e trasversali sul tema dell'architettura per la salute, che superino la mera dimensione tecnico-funzionale per abbracciare aspetti legati alla percezione dello spazio, al comfort ambientale e al benessere psicofisico degli utenti. Si tratta di ambiti di ricerca ancora in evoluzione, ma che stanno acquisendo crescente rilevanza nel dibattito contemporaneo, evidenziando come la qualità dello spazio costruito incida in modo diretto sull'esperienza della cura e sulla qualità delle relazioni tra le persone.

Di conseguenza, si osserva anche l'importanza di adottare un approccio multidisciplinare. La complessità dei temi trattati richiede l'interazione tra saperi diversi come la progettazione architettonica, la psicologia ambientale, l'organizzazione sanitaria, la sociologia urbana, la percezione. Solo attraverso una visione integrata è possibile affrontare con maggiore consapevolezza le sfide poste dalla progettazione di spazi per dedicati alla cura, capaci di rispondere a bisogni in continua evoluzione.

Alla luce di queste considerazioni, si aprono alcune direzioni per possibili sviluppi futuri del lavoro.

Da un lato, sarebbe opportuno approfondire ulteriormente l'ipotesi progettuale, entrando nel merito di aspetti specifici come l'organizzazione impiantistica, l'acustica, gli aspetti tecnologici specifici, per arricchire la proposta e verificarne la coerenza tecnica in modo più puntuale.

Dall'altro, un aspetto rilevante e ancora poco esplorato riguarda la partecipazione attiva della comunità locale. La progettazione di una Casa della Comunità dovrebbe includere fin dalle fasi iniziali momenti di confronto con i cittadini, per raccogliere suggerimenti, percezioni, necessità. Una volta realizzata, la struttura potrebbe poi diventare essa stessa luogo di partecipazione, ospitando riunioni pubbliche, iniziative sociali, attività condivise con scuole, associazioni e gruppi informali del territorio. Ad esempio, aree come i giardini o gli spazi comuni potrebbero essere curate in collaborazione con realtà locali, rafforzando il senso di appartenenza e responsabilità collettiva.

Infine, un'ulteriore prospettiva di sviluppo riguarda il potenziamento della dimensione di rete che caratterizza il modello delle Case della Comunità. Sebbene queste strutture siano concepite come nodi di un sistema territoriale integrato, dalle analisi svolte emerge la necessità di consolidare tale rete anche dal punto di vista progettuale e operativo. Approfondire il tema della connessione tra le diverse sedi, in termini sia spaziali sia funzionali, potrebbe contribuire a rafforzarne l'efficacia, promuovendo una reale continuità assistenziale e una maggiore coerenza nell'organizzazione dei servizi sul territorio.

## 07./ BIBLIOGRAFIA

AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2009). Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni Italiane. Progetto di ricerca

AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2022). Documento di indirizzo per il Metaprogetto della Casa di Comunità. i Quaderni, Supplemento alla rivista semestrale "Monitor".

AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2022-b). Umanizzazione ed Empowerment. Ministero della Salute. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino>

AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. (2023). Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità. Comunicazione. Disponibile su: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primopiano>

Aslaksen, F., Bergh, S., Bringa, O. R., & Heggem, E. K. (1997). Universal design: Planning and design for all.

ASviS - Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile. (2022). Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da COVID-19. Quaderni dell'ASviS, Goal 3. Disponibile su: <https://asvis.it/public/asvis2/files/Pubblicazioni/QuadernoASVISGoal3.pdf>

Baratta, A. (2022). L'evoluzione dell'abitare Inclusivo. Ambiti assistiti e riconfigurabili per un'utenza fragile. Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo (SIDiN), Convegno Nazionale 2022. Dipartimento di Architettura, Firenze.

Belvedere, F. (2011). Lo spazio ospedaliero: tendenze in atto e indirizzi progettuali. Tesi di dottorato in ingegneria edile

Benach, J. (2020). Dobbiamo sfruttare questa pandemia per realizzare un cambiamento sociale radicale: Il coronavirus come problema globale di salute, disuguaglianza ed eco-sociale. *International Journal of Health Services*, 51 (1), 50-54. Disponibile su: <https://doi.org/10.1177/0020731420946594>

Berlinguer, G. (1991). Storia e politica della salute. Milan: FrancoAngeli.

Bonnes, M., Bilotta, E., Carrus, G., & Bonaiuto, M. (2008). Spazio, luoghi e identità locali nelle tendenze recenti della psicologia ambientale. Identità territoriali. Riflessioni in prospettiva interdisciplinare, *Geotema*, 37, 15-21.

Bonnes, M., Fornara, F., & Bonaiuto, M. (2008-b). Psicologia ambientale a architettura per la progettazione dei luoghi di cura. In *EDA* (Vol. 4, pp. 52-61). Editore Il Prato.

Capolongo, S. (2006). Edilizia ospedaliera: approcci metodologici e progettuali. HOEPLI EDITORE.

Capolongo, S. (2023). Presentazione del presidente CNETO. In *Casa della Comunità e Ospedali di Comunità. Ricerche CNETO*, 5, 6-7.

Chen, C.-H., Chang, W.-C., and Chang, W.-T. (2009). Gender differences in relation to wayfinding strategies, navigational support design, and wayfinding task difficulty. *J. Environ. Psychol.* 29, 220-226. doi: 10.1016/j.jenvp.2008.07.003

CNETO - Centro Nazionale Edilizia e Tecnica Ospedaliera. (2023). *Casa della Comunità e Ospedali di Comunità. Ricerche CNETO*, 5.

Contreras, G. S., Gonzalez-Lezcano, R. A., López Fernández, E. J., & Pérez Gutiérrez, M. C. (2023). Architecture learns from nature: The influence of biomimicry and biophilic design in building. *Modern Applied Science*, 17(1), 58. Disponibile su: <https://doi.org/10.5539/mas.v17n1p58>

Cosmacini, G. (2001-a). *Bibliografia della Ca'Granda: uomini e idee dell'Ospedale maggiore di milano*. Laterza, Bari.

Cosmacini, G. (2001-b). *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*. Laterza, Bari.

Dahlgren G., Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.

Dalponte, F., Ferrara, L., & Tozzi, V. D. (2022). La trasformazione del Distretto Socio Sanitario. In *Rapporto OASI 2022* (pp. 521-547). Egea.

Damiani G., Silvestrini G., Visca M., Bellentani M. (2016). *Manuale per Operatori di Sanità Pubblica "GOVERNARE L'ASSISTENZA PRIMARIA"*.

Del Giudice, P., Menegazzi, G., Lesa, L., & Brusaferrò, S. (2017). *Organizzazione distrettuale dei servizi dell'assistenza primaria*. In *Governare l'assistenza primaria*. APRIREnetwork.

Del Nord, R. (2006). *Lo stress ambientale nel progetto dell'ospedale pediatrico*. Motta Architettura, Milano.

Del Nord, R., & Peretti, G. (2012). *L'umanizzazione degli spazi di cura*. Linee Guida, Ministero Della Salute-TESES, Firenze.

Del Nord R., & Peretti, G. (2015). *L'umanizzazione degli spazi di cura: una ricerca svolta per il Ministero della Salute italiano*. *TECHNE: Journal of Technology for Architecture & Environment*, 9, pp. 224-229. Firenze.

Department of Health (2013), Health Building Note 11-01 – Facilities for primary and community care services. [On line] Disponibile su: [england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN\\_11-01\\_Final.pdf](http://england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/05/HBN_11-01_Final.pdf)

Family Caregiver Alliance. (2006). Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change. Report from a national consensus development conference. Vol. I. San Francisco, Calif. [http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1\\_consensus.pdf](http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus.pdf)

Foucault M. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, (trad. it. Sorvegliare e punire), éditions Gallimard, Paris.

Foucault M. (1976). *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*, Institut de l'environnement, Paris.

Giorgi, C. (2022). A history of Italy's health policy from the Republic to the new century. *Modern Italy*, 28, 1-17. Disponibile su: <https://doi.org/10.1017/mit.2022.50>

Giorgi, C. (2025). *Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra ad oggi*. Editori Laterza, Bari.

Guizzanti, E. (2006). L'ospedale del futuro: origini, evoluzione, prospettive. *Recenti progressi in medicina*, 97 (11), 594-603. Doi:10.1701/185.1950

Hall, E. T. (1959). *The Silent Language*. Doubleday, New York.

Hall, E. T. (1966). *The Hidden Dimension*. Doubleday, New York.

Hall, E. T., & Reed Hall, M. (1975). *The Fourth Dimension in Architecture: The Impact of Building on Behavior*. Sunstone Press.

Hamilton, D. K., & Watkins, D. H. (2009). *Evidence-Based Design for Multiple Building Types*. John Wiley & Sons.

Havrilla, E. (2017). Defining vulnerability. *Madridge Journal of Nursing*, 2 (1), 63–68. <https://doi.org/10.18689/mjn-1000111>

Hoa, N. T., Tãm, N. M., Derese, A., Markuns, J. F. and Peersman, W. (2019). Patient experiences of primary care quality amongst different types of health care facilities in central Vietnam. in *BMC Health Services Research*, vol. 19, article 275, issue 1, 1-11. Disponibile su: [doi.org/10.1186/s12913-019-4089-y](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4089-y)

Institute for the future (IFTF). (2003). *Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge*. Princeton: Jossey-Bass.

Istat. (2024). *Popolazione residente e dinamica della popolazione. Censimenti permanenti - Popolazione e abitazioni*.

Jamshidi, S., Ensafi, M., & Pati, D. (2020). Wayfinding in interior environments: An integrative review. *Frontiers in Psychology*, 11, 549628.

K&+ Architecture Globale. (2021). *Medical Care Home / K&+ Architecture Globale*. ArchDaily. Disponibile su: <https://www.archdaily.com/962459/medical-care-home-k-and-plus-architecture-globale>

Kenter, JO, Martino, S., Buckton, SJ et al. (2025). Dieci principi per trasformare l'economia in tempi di crisi globali. *Nat Sustain*. Disponibile su: <https://doi.org/10.1038/s41893-025-01562-4>

Kickbusch, I. (2013). Determinanti di salute e benessere del 21 secolo: una nuova sfida per la promozione della salute. *LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA*, 57(1), 8.

Koeberle, S. (2023). *Designing healing spaces*. World architects. Disponibile su: <https://world-architects.com/en/architecture-news/specials/designing-healing-spaces>

Lacanna, G. (2014). *Med/Architecture: The typological evolution of paradoxical buildings*. 2nd International Conference on Architecture and Urban Design. Disponibile su: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2534.5369>

Li Calzi, E., Fontana, F., Sandolo, A. (2002). *Per una storia dell'architettura ospedaliera*. In appendice a un'intervista a Guido Cannella. Libreria CLUP, Milano.

Longo, F. and Barsanti, S. (2021). *Community building – Logiche e strumenti di management – Comunità, reti sociali e salute*. EGEA, Milano.

Maciocco, G. (2009). I determinanti della salute. Una nuova, originale cornice concettuale. *Salute Internazionale*. Disponibile su: <https://www.saluteinternazionale.info/2009/01/i-determinanti-della-salute-una-nuova-originale-cornice-concettuale/>.

Maciocco, G. (2014). Da "Health for All" a "Universal Health Coverage". *Salute Internazionale*. Disponibile su: <https://www.saluteinternazionale.info/2014/06/da-health-for-all-a-universal-health-coverage/>.

Magarò, A. (2022). Ecosistemi domestici intelligenti per l'utenza fragile. *TECHNE: Journal of Technology for Architecture & Environment*, 23.

Magi, M. (2020). *Sistema Sanitario Nazionale: com'è cambiato dal 1978 a oggi*. Medicalfacts. Disponibile su: <https://www.medicalfacts.it/2020/03/12/sistema-sanitario-nazionale-dal-1978-oggi/>

Mauro, M., & Giancotti, M. (2023). The 2022 primary care reform in Italy: Improving continuity and reducing regional disparities? *Health Policy*, 135, 104862. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104862>

McKahan D.C. (1993). *Healing by design: therapeutic environments for healthcare*. In *Journal of Healthcare Design, Proceedings from the Fifth Symposium on Healthcare Design*, 19-22 Novembre 1992, San Diego, California, United States of America,

159-166.

Mehaffy, M. W. (2011) Evidence-based design e biofilia: l'influenza della medicina sulla progettazione degli ambienti di vita e di lavoro. Sustasis Foundation, Lake Oswego, Oregon (Usa).

Ministero della Sanità. (2000). Decreto ministeriale 12 dicembre 2000: Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale (n. 20 del 25 gennaio 2001).

Ministero della Salute. (2019). Punti di forza del Servizio Sanitario Nazionale. In Salute.gov. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/cureUE/dettaglioContenutiCureUE.jsp?area=cureUnioneEuropea&id=3797&lingua=italiano&menu=vuoto>

Ministero della Salute. (2024). Atto di indirizzo per l'anno 2024.

Ministero della Salute. (2025). Cosa sono i LEA. In Salute.gov. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=1300&area=Lea&menu=leaEssn>

Montacchini, E., & Tedesco, S. (2015). Indagini sul campo per l'umanizzazione di strutture ospedaliere: strumenti e casi studio. *TECHNE: Journal of Technology for Architecture & Environment*, 9.

Montello, D. R. (2005). "Navigation," *The Cambridge Handbook of Visuospatial Thinking*, eds P. Shah, and A. Miyake (New York, NY: Cambridge University Press), 257-294.

Newman, Kaunitz Yeung Architecture. (2021). PAMS Healthcare Hub / Newman Kaunitz Yeung Architecture. *ArchDaily*. Disponibile su: <https://www.archdaily.com/965353/pams-healthcare-hub-newman-kaunitz-yeung-architecture>

OECD. (2022). *States of Fragility 2022*, OECD Publishing, Paris.

OECD (2025), *Cities for All Ages*, OECD Urban Studies, OECD Publishing, Paris. Disponibile su: <https://doi.org/10.1787/f0c8fe-fa-en>

Ouva. (2025). Children's Hospital of Richmond Pavilion. Disponibile su: <https://www.ouva.co/blog/childrens-hospital-of-richmond-pavilion>

Paccagnella, B. (2005). L'evoluzione del concetto di salute. *Pace e diritti umani*,(3), 21-36.

Pallasmaa J. (1998). Alvar Aalto, verso un funzionalismo sintetico, in REED P. (a cura di), *Alvar Aalto 1898-1976*, Electa.

Peretti, G., TORRICELLI, M. C., Altieri, A., Alfonsi, E., Antonucci, S., Barbieri, R., ... & Zamperetti, A. (2023). Case della Comunità e Ospedali di Comunità. *Ricerche CNETO*, 5, 1-71.

Perino, G., Sileno, L., Pollo, R., Biolchini, E., Pejovic, A. (2023). Nuove visioni per i luoghi della salute - Verso le Case della Co-

munità - Possibili metamorfosi delle strutture socio-sanitarie territoriali. Torino, IRES - Istituto di Ricerche Economico-Sociali del Piemonte.

Perugi, G. (2019). Il progetto dello spazio terapeutico. L'umanizzazione dell'architettura dei luoghi di assistenza e cura. Tesi di dottorato in architettura.

Pistolesi, M. (2016). Il design per la sanità. *SERIE DI ARCHITETTURA E DESIGN*, 234-244.

PNRR (2019). I batteri non conoscono confini. La strategia "One health". PNRR - Salute. Disponibile su: <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/antibioticoresistenza/dettaglioVideoAntibioticoResistenza.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1978>

Pollo, R., Biolchini, E., & Scognamiglio, V. (2023). PROGETTARE LE CASE DELLA COMUNITÀ Applicazione dell'approccio modulare a un modello innovativo di presidio. *Agathon: International Journal of Architecture, Art & Design*, 14.

Pont Arquitectos. (2017). Centro Médico Psicopedagógico Comas / Pont Arquitectos. *ArchDaily*. Disponibile su: <https://www.archdaily.pe/pe/868561/centro-medico-psicopedagogico-comas-pont-arquitectos>

Prandi, E. (2023). Questioni compositive attraverso il tipo ospedaliero: un itinerario critico. *Festival dell'Architettura Magazine*, (65). Disponibile su: <https://doi.org/10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046>

Salvadè, M. (1991). *Architettura Ospedaliera*. Cittastudi, Milano.

Sandri, S., Pieri, E. (1999). L'assistenza ospedaliera tra storia, urbanistica e architettura. *La Nuova Città*, s. VII, anno II, n. 4, maggio 1999, pp. 50-60.

Setola, N. (2022). "La forma della Casa della Comunità". In *Salute Internazionale*. Disponibile su: <http://www.saluteinternazionale.info/2022/10/la-forma-della-casa-della-comunita/>

Simbari, A. (2023). Case della Salute e Case di Comunità in Italia: una prima ricognizione. *FAMagazine. Ricerche E Progetti sull'architettura E La Città*, (65), 92-102. <https://doi.org/10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043>

Spandonaro, F. (2006). Riflessioni sulla recente evoluzione del SSN e linee di intervento della politica sanitaria. *GE(0)*.

Szadjeko, K. (2020). Il modello "biopsicosociale: verso un approccio integrale". *Teoria e Prassi. Rivista di Scienze dell'Educazione, Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione e della Formazione* Giuseppe Toniolo, Modena, 1, 21-29.

Taroni, F. and C. Giorgi. (2020). I regionalismi sanitari in Italia nel contesto internazionale: lezioni dalla pandemia. *Costituzio-*

nalismo.it, 2, 37-68.

Thompson, L. (2004, March). Long-Term Care: Support for Family Caregivers. [Issue Brief]. Washington, DC: Georgetown University, Long-Term Care Financing Project.

Triassi M. (2019). Igiene. Medicina preventiva e del Territorio. III Edizione. Sorbona.

Tripodi, Maria & Nimbi, Filippo & Fabrizi, Adele & Rossi, R. & Simonelli, Chiara. (2016). L'approccio integrato in sessuologia Teoria e prassi clinica. PSICOBIEETTIVO. 52-71.

Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224, pp. 420-421.

Ulrich, R.S. (1992). How design impacts wellness. *Healthcare Forum Journal*, Vol. 35.

UNDESA. (2019). World Population Prospects 2019. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

Unione Europea. (n.d.). Piano per la ripresa dell'Europa. Disponibile su: [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe\\_it](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe_it)

Vaezipour, A., Rakotonirainy, A., Haworth, N. L., & Delhomme, P. (2017). Enhancing eco-safe driving behaviour through the use of in-vehicle human-machine interface: A qualitative study. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 100, 247-263. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2017.04.030>

Vaia, F. (2017). Dal "curare" al "prendersi cura". *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, 25.

Von Engelhardt, D. (1999). Il rapporto medico-paziente in mutamento: ieri, oggi, domani. *Medicina e morale*, 2.

WHO - World Health Organization. (1978). Alma-Ata. Geneva "Health for all" Series, No. 1.

WHO - World Health Organization. (2008). Primary health care, now more than ever. *World Health Report*.

WHO - World Health Organization. (2020). WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well being sustainably through healthy environments. *World Health Organization*.

Wilson, E.O. (2002). *The Future of Life*. Alfred A. Knopf, New York.

Zerbetto R. (1992). *La Gestalt*, Milano, Xenia. Torino, Utet.



## RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare il mio relatore per avermi accompagnata con competenza e disponibilità lungo questo percorso di tesi, offrendo indicazioni preziose e guidandomi nell'approfondimento di aspetti che inizialmente non conoscevo pienamente.

Un sentito ringraziamento va anche alla mia correlatrice per l'attenzione costante, la disponibilità e il supporto accurato nella cura di tutti gli aspetti della tesi.

Ringrazio di cuore i miei genitori e tutta la mia famiglia per il sostegno costante, la fiducia e la vicinanza che non mi hanno mai fatto mancare sin dall'inizio di questo percorso.

Un grazie sincero va anche a tutti gli amici e colleghi incontrati lungo la strada per aver condiviso con me fatiche, confronti, stimoli e momenti di leggerezza che hanno reso questo percorso universitario più ricco, umano e significativo.

