

Carlo Quintelli
**Dalle Case della Comunità ai Luoghi e Centri di Salute
 Comunitaria: un modello in evoluzione.**

Abstract

Il tema della Casa della Comunità, quale evoluzione di quella della Salute, comporta l'estensione delle funzioni ma anche della rappresentatività e del ruolo civile di questa nuova struttura di servizio pubblico così prefigurandosi ulteriori prospettive di sviluppo identitario. All'avanzamento della progettualità organizzativa e gestionale, nella interrelazione prestazionale che segna la dimensione della cura in senso sociale oltre che medico, non corrisponde però un altrettanto sviluppato paradigma progettuale dedicato agli spazi fisici, architettonici, in grado di caratterizzare e fornire una specifica espressione formale in termini di collocazione urbana, di impianto e di figurazione a queste strutture del decentramento socio-sanitario. Un apporto, quello del progetto di architettura, per altro fondamentale nel contribuire a rendere comunitaria, partecipata ed inclusiva, cioè urbana, questa nuova politica del decentramento sanitario supportata dalla programmazione del PNRR.

Parole Chiave

Casa della Salute — Casa della Comunità — Progetto architettonico per la sanità — Città e salute



Se volessimo considerare le *Case della Salute*, oggi *Case della Comunità*, tra i «nuovi temi dominanti» della città contemporanea – parafrasando la scansione epocale delle tipologie architettoniche nella costruzione urbana secondo lo storico dell'arte Hans Sedlmayr all'inizio del XX secolo (1967) – non potremmo certo riscontrare una casistica significativa di strutture progettate e costruite, rimanendo nel contesto italiano, né una ricerca teorica o applicata che possa offrirci un primo quadro di riferimento utile alla progettazione di queste nuove opere pubbliche.

Tale considerazione assume un rilievo particolare a fronte di una dinamica politico programmatica, quella del PNRR, diretta emanazione del *Next Generation EU*, capace di investire ingenti risorse nella realizzazione di nuovi centri destinati al fabbisogno di servizi decentrati per la salute, in un'accezione vasta e in diretta corrispondenza con l'insediamento urbano e territoriale.¹

Appare allora opportuno chiedersi: quando mai nella storia recente sono state messe a disposizione così tante risorse per realizzare edifici di servizio pubblico in un così breve lasso di tempo e in chiave sistemica a livello nazionale? Bisognerebbe riandare a fasi di forte espressione della pianificazione di Stato in materia di opere pubbliche, come nella costruzione urbana post-unitaria o nel ventennio fascista, al netto delle espressioni retoriche prima stataliste poi dittatoriali, sino ad una ricostruzione postbellica di lunga inerzia tra gli anni Cinquanta e Sessanta, in quel caso ricca di modelli di riferimento internazionali verso i quali l'architettura italiana ha guardato con capacità critica e attraverso un processo di originale ed anti-retorica declinazione contestuale dove la città è assunta come interlocutore primo (Canella 1982). Emblematico in tal senso il progetto olivettiano di valorizzazione del significato comunitario sul piano del lavoro ma anche educativo, culturale e non ultimo del benessere sanitario, capace di per-



meare tutte le componenti della vita urbana così superando il confine tra pubblico e privato nella ricerca di un'etica oltre che di un'utilità sociale condivisa.²

In generale si tratta di fasi storiche dove emerge, attraverso differenti modalità ed esiti, la volontà di sostenere la strategia realizzativa dell'architettura pubblica attraverso strumenti di cultura progettuale che hanno caratterizzato non solo l'edificio in sé, dal punto di vista del rapporto innovativo tra forma e funzione, ma anche, non di meno, del contributo alla trasformazione della struttura urbana, del suo paesaggio, attraverso la definizione di nuovi luoghi collettivi ad incremento del valore sociale e civile della città. Se allora ci interroghiamo sulle ragioni epistemiche di una progettazione architettonica in grado di applicarsi al tema della salute così fortemente sollecitato dalla recente esperienza pandemica, il punto di partenza non può che essere quello del DM 77 (2022), che non solo conferisce contenuti specifici ad una strategia attuativa dei presidi sanitari di base sull'intero territorio nazionale, cosa pressoché unica nella storia italiana, ma soprattutto caratterizza e coniuga la funzione della salute con il senso di comunità, ancora una volta nella dialettica storica tra *Gemeinschaft* e *Gesellschaft*, tra legami individuali e contrattualità sociale (Cantarelli, Quintelli, Prandi 2009).

La definizione di «Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale» del DM 77 costituisce quindi la spinta ulteriore nei confronti di un modello che nella *Casa della Salute* si limitava alla prestazione prettamente medica mentre con la *Casa della Comunità* la dotazione prestazionale si amplia e si diversifica trasformando significativamente l'identità stessa della struttura.³ Un decisivo passo in avanti, da tempo prefigurato ma ora ben caratterizzato, che coinvolge l'evoluzione delle pratiche sanitarie sui piani della prevenzione, della medicina attiva, del coordinamento operativo che la multidisciplinarietà può determinare attorno alla figura del paziente complesso, e non ultimo della previsione statistica calata all'interno della programmazione gestionale. Una dimensione medica integrata a quella dell'assistenza sociale, dei consultori, di differenti servizi comunque concorrenti ad un'idea di welfare dove la salute è riferita in senso generale all'individuo persona e non solo al corpo vivente affetto da patologia. Il denominatore comune a tutte queste componenti, da portare al massimo grado di espressione fisiologica, risulta essere quello della dimensione comunitaria, al tempo stesso causa ed effetto di una nuova concezione di salute radicata nel corpo sociale della città, nei quartieri e tra le case.

A fronte di questa metamorfosi del modello assistenziale primario, espressione di una politica condivisa a livello europeo⁴, in mancanza di riferimenti, esperienze, strumenti di una progettazione architettonica urbana la cui necessità risulta evidente per poter affrontare interpretazioni tipologiche ed insediative dove i concetti di salute e di comunità si sovrappongono a quelli di spazio funzionale, di luogo pubblico, di ambiente e di paesaggio della città, emerge più che mai la necessità di una ricerca in senso architettonico e urbano complementare a quelle di tipo sanitario e di welfare, gestionale e, sino ad oggi, solo prevalentemente edilizio. Quella intrapresa da un gruppo di docenti, ricercatori, dottorandi dell'Università di Parma⁵ che prende le mosse dall'unico materiale istruttorio disponibile, promosso dall'agenzia ministeriale Agenas, dal titolo *Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità* a cura di ricercatori del Politecnico di Milano (Capolongo 2022). Un efficace quadro di indirizzo tecnico avente la finalità di «supportare le direzioni strategiche, gli uffici tecnici e i progettisti nella programmazione e progettazione delle nuove Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali», dove



si chiariscono i principali dati qualitativi e quantitativi, i meccanismi dispositivi, l'organizzazione funzionale, la matrice distributiva tipo e altri parametri per il funzionamento delle strutture per le quali prevalgono le raccomandazioni tipiche di un approccio logistico, tecnico-sanitario e tecnologico-costruttivo.

Più generica e di relativa capacità di indirizzo appare invece la parte del documento riguardante il tema degli spazi architettonici, delle variabili tipo-morfologiche che possono interpretare un congegno funzionale, ma soprattutto fruitivo, così complesso, dove incidono le caratterizzazioni formale, figurativa, iconica, cromatica e non di meno relazionale che investono significativamente la responsabilità del progetto e di conseguenza la qualità complessiva della struttura architettonica da realizzarsi.⁶

Maggiormente circostanziato appare per certi aspetti il sintetico contributo di Nicoletta Setola (2022) su un ruolo dell'architettura che deve partire dalla dimensione urbana del quartiere per poi dipanarsi negli ambienti dell'edificio secondo modalità mutate in gran parte dagli *healty buildings* e dall'*evidence-based design* di scuola anglosassone, cioè da metodologie di matrice scientifica sostanzialmente estranee ad un'interpretazione formale dello spazio architettonico richiamante una ben più complessa coniugazione di fattori, a partire da quelli di natura contestuale.

Non sorprende che la componente architettonica che dovrebbe far parte dell'apparato della strumentazione organizzativa, materiale ed umana per la cura, non sia tuttavia compresa tra le categorie tematiche della pur dettagliata analisi comparativa delle cure primarie nei diversi paesi europei svolta dalle nostre autorità sanitarie nazionali.⁷ Paradossalmente, tale mancata attenzione vede invece significative testimonianze in altri settori fondamentali del servizio pubblico, in particolare nel campo della scuola come testimonia la straordinaria casistica storico architettonica e la ricerca più avanzata sin dalla prima formazione, quella dell'infanzia così vicina alla dimensione della cura, dove la funzione esperienziale ed educativa degli ambienti coinvolge significativamente la responsabilità architettonica all'interno dei progetti educativi (Prandi 2018).

Si tratta quindi ora di focalizzare l'attenzione sugli aspetti concorrenti a significare il valore comunitario e civile di un'architettura chiamata a contraddistinguere una nuova generazione di servizi per la salute in un'accezione sociale e di decentramento territoriale. Quella che dovrebbe mutuare solo in parte dall'esperienza tecnico ospedaliera per ricercarne una propria, relativa ad una medicina *di vicinanza* in termini di servizi ma anche di appartenenza culturale, di effettiva condivisione, rispetto a cui risulta fondamentale, tra le altre cose, una qualità specifica delle forme e delle logiche relazionali degli spazi da adottare, secondo quell'apporto di competenza che, evidentemente, spetta all'architettura.

Anche l'esperienza storica, in grado di fornire presupposti causali e supporto analogico ad una ricerca prefigurante il futuro, sembrerebbe suggerire attenzione non tanto o solo ai modelli della modernità industriale dove l'architettura della salute ha sviluppato macchine tipologiche dedicate principalmente all'efficienza produttiva della cura, relativa ai corpi più che alle persone⁸, ma anche a un'epoca proto-salutistica, a partire dal processo rifondativo della città al termine del periodo altomedievale.

Infatti, in quel contesto storico di ripresa dei circuiti di scambio tra città e città, già tipizzato su una geografia europea, ritroviamo strutture indirettamente idonee se non specializzate nell'ospitare le prime forme organizzate di cura ed assistenza che, come osservava Guido Canella, esprimono una «articolazione diffusa, direttamente e capillarmente a contatto della comunità insediata» secondo logiche spaziali capaci di mettere «in contaminazione la più varia umanità», così verificandosi il «ritorno dialettico nel

**Fig. 3**

Caratterizzazione urbana per i Luoghi di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR

corpo dei fatti architettonici ed urbanistici» che la contemporaneità delle ragioni sociali e comunitarie del tema ci impone ancor oggi di riconsiderare e valutare a fondo. Si tratta di xenodochi, spazi di accoglienza e di assistenza prevalentemente gratuiti per forestieri, pellegrini ma anche persone povere e fragili, capaci di restituire in nuce il senso di una coniugazione virtuosa tra le azioni della solidarietà e quelle della cura a cui, *mutatis mutandis*, oggi torniamo a guardare. Una riflessione utile nel concepire le linee di ricerca di una progettazione che vuole riguadagnare il significato sociale dell'assistenza sanitaria che auspicabilmente dovremmo attribuire ad una *Casa della Comunità*.

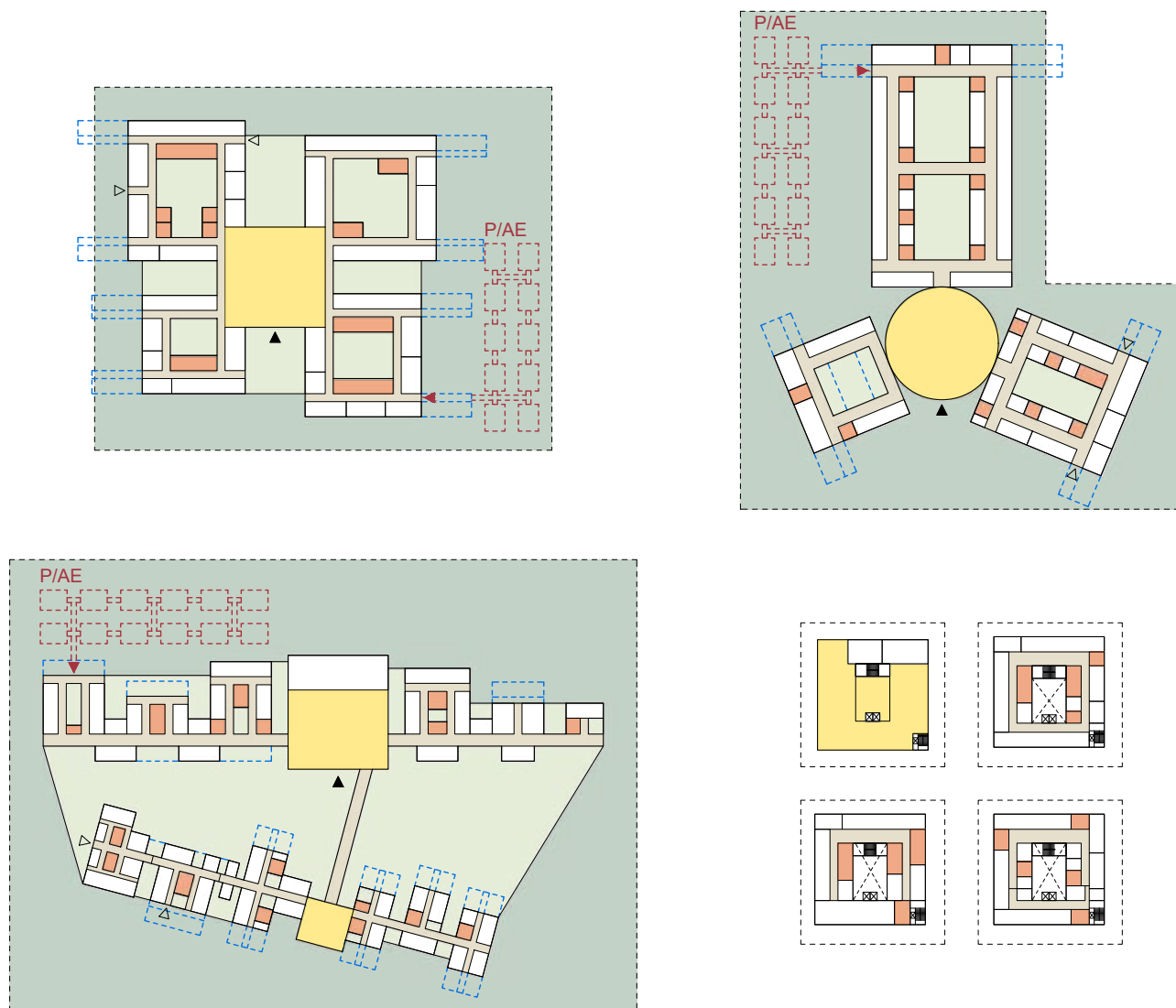
A partire da questi presupposti, nonché dalla necessità ormai improcrastinabile a fronte della programmazione del PNRR, di coinvolgere pienamente l'apporto dell'architettura in questo importante tema, un gruppo dell'Università di Parma ha inteso dare corso ad una ricerca dal titolo: *Dalla casa della Salute a quella di Comunità, sino ai Luoghi e Centri di Salute Comunitaria: una strategia di indirizzo per la progettazione architettonica e urbana*, con l'obiettivo di fornire alcuni strumenti operativi oltre che concettuali proiettati nella prospettiva in continuo divenire sul ruolo e l'identità delle *Case di* anziché *della Comunità*, a sottolinearne il significato socialmente produttivo oltre che di appartenenza.

Un'ottica di ricerca dove le due sfere del problema interpretativo che affronta la coniugazione tematica tra *salute* e *comunità*, secondo una reciprocità semantica oltre che fenomenologica, richiamano altrettante categorie del progetto, innanzitutto di ordine scalare e tipologico oltre che funzionale.

Una riguarda il ruolo che queste nuove strutture decentrate determinano all'interno della città o di nuclei del territorio urbanizzato, condizionandone il potenziale di significatività urbana nei luoghi dello spazio pubblico, nella struttura morfologica, funzionale e della rappresentatività sociale.

L'altra si incentra sull'organismo architettonico quale congegno spaziale in grado di interpretare la complessità delle interrelazioni tra componenti sociali e sanitarie al massimo grado di sinergia e di valorizzazione degli attori e delle situazioni previste.

Entrambe le categorie si raccordano e vengono portate all'interno di un unico processo analitico e propositivo: quello della composizione architettonica e urbana quale strumento primo nella costruzione di edifici e luoghi

**Fig. 4**

Studi tipologici modello superHub:

Tipologia a corti specializzate

Tipologia a raggiera

Tipologia aggregato aperto

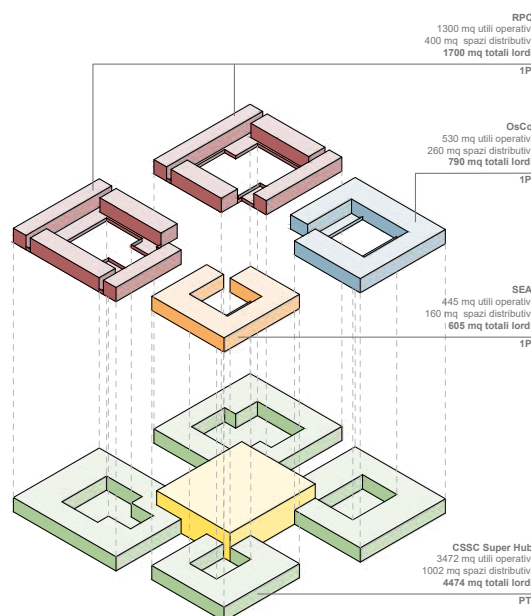
Tipologia multilivello

©UALab, Ricerca UNIPR

della città, in particolare se di natura pubblica e di alta significatività sociale.

La dimensione urbana del tema evidenzia, in dialettica con l'entità tipologica dell'edificio intesa in quanto *Centro*, la necessità di concepire innanzitutto un *Luogo di Salute Comunitaria*, secondo criteri progettuali che servono a superare le logiche contingenti ed occasionali attraverso cui vengono spesso individuate le aree o le strutture dismesse e convertibili nel tessuto urbano quando si prevede di realizzare una *Casa della Comunità*.

In alternativa, almeno per quanto riguarda il contesto italiano ed europeo di una città che mantiene ancora una struttura formale basata prevalentemente sui principi della concentrazione morfologica e della polarizzazione insediativa sul territorio, un corretto approccio progettuale richiederebbe una strategia innanzitutto posizionale alla scala urbana e di quartiere a copertura delle rispettive estensioni geografico insediative, individuando le potenzialità esistenti in termini di accessibilità, in particolare quella ciclo-pedonale e del trasporto pubblico, di relazione con gli spazi verdi e a destinazione pubblica, ricercando il massimo grado di complementarità con i servizi primari, innanzitutto pubblici ma anche privati come quello commerciale, frequentati dai cittadini. Contribuendo quindi alla caratterizzazione di un luogo dei servizi integrati, non solo sanitari, rivolto alla cittadinanza, per le diverse esigenze degli anziani e dei disabili, dei giovani e delle donne, delle famiglie, in generale per la qualità della vita all'interno di un quartiere o di una parte urbana in grado di riconoscersi in forma comunitaria. Adottando in questi termini una concezione di salute estesa, ri-

**Fig. 5**

Verifica di sovrapposizione tra CSC, OSC e altre funzioni.
©UALab, Ricerca UNIPR

volta al benessere sia individuale che collettivo, dove il fattore della qualità spaziale, innanzitutto urbana in quanto intrinsecamente sociale, non può che incidere significativamente sul funzionamento dei servizi ma anche sul senso di appartenenza, sulla rappresentatività, sui processi di aggregazione ed inclusione di abitanti al tempo stesso attori e fruitori sulla scena di un luogo sentito come proprio.

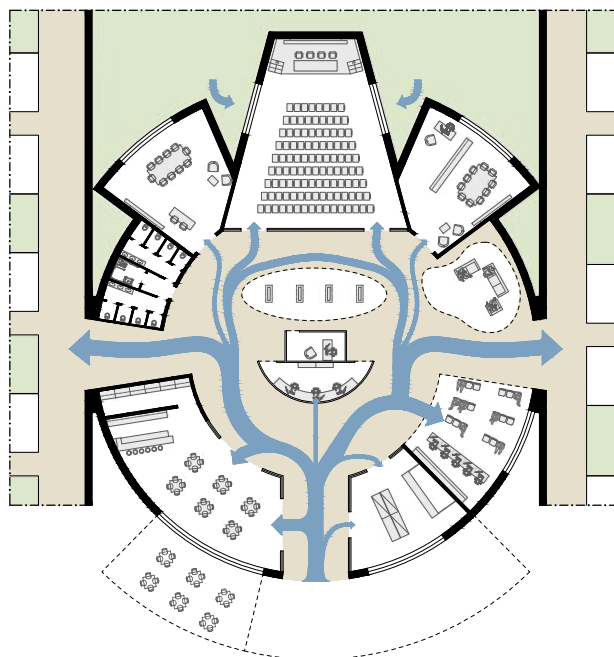
Spazi conformati che assumono, in virtù di questi requisiti, il valore di vere e proprie centralità urbane nelle diverse tipologie spaziali chiaramente percepite come piazza, strada-piazza, snodo, campus urbano, ecc. ecc. da predisporre all'interno dei quartieri quali strumenti per armare di fattori rigenerativi (Ugolini 2021) parti di città spesso prive di ambiti di vita e rappresentanza sociale, sempre più surrogati dai soli centri commerciali.

La caratteristica del progetto architettonico inteso in senso urbano, attraverso la collocazione dei servizi sanitari e sociali nel tessuto costruito, costituisce quindi un a priori metodologico per il pieno raggiungimento degli obiettivi attesi già oggi riguardo alle *Case della Comunità*.

La dimensione tipologica del tema investe invece l'architettura alla scala dell'edificio, dove non si tratta solo di distribuire ma anche di valorizzare i caratteri e le relazioni tra i servizi sanitari e sociali previsti secondo un'ottica di stretta complementarità. Un'articolazione spaziale capace di incentivare lo scambio interprofessionale da cui possono scaturire pratiche transdisciplinari caratterizzanti un vero e proprio laboratorio di comunità socio-sanitaria. (Quintelli 2023a).

Muovendosi sul piano del dimensionamento tipologico, e prendendo a riferimento le categorie delle *Case della Comunità* indicate dal DM 77 poi riprese nel documento Agenas-POLIMI citato, la ricerca UNIPR sui *Luoghi e Centri di Salute Socio-comunitaria* ha voluto aggiungere al modello dell'Hub (indicativamente dedicato ad un bacino di circa 40.000 abitanti-utenti) e dello Spoke (per circa 20.000 abitanti-utenti), quella del SuperHub (per 70/100.000 abitanti-utenti) quale entità ulteriore di presidio territoriale extra-ospedaliero particolarmente dotata di attrezzature e servizi specialistici, ad esempio riguardo al primo soccorso e urgenza, sia per la domanda sanitaria che per quella a carattere sociale. Una dotazione tipologica il cui ambito prestazionale e di servizio può oscillare quindi, per dimensione e complessità, dalla scala del quartiere a quella di un intero settore urbano.

Pensando in particolare al SuperHub, ma non solo, appare logico far usci-

**Fig. 6**

Area Accoglienza modello SuperHub.

©UALab, Ricerca UNIPR

re questo tipo di strutture dall'identità domestica ed individualistica a cui allude metaforicamente il termine "Casa", anche rinunciando a certe suggestioni protettive e consolatorie di facile consenso, a favore della denominazione di *Centro di Salute Comunitaria*. Un *Centro* che evidenzia la dimensione collettiva e partecipata dei cittadini fruitori, la caratura prestazionale e la garanzia qualitativa dei servizi offerti, nonché la rappresentatività pubblica di uno spazio ad alto valore comunitario nella città in cui si vive.

Rispetto a quella che possiamo definire scala architettonica del progetto, la ricerca si focalizza sul congegno tipo-morfologico, coinvolgente sia gli spazi interni, chiusi, coperti e a cielo aperto, che quelli esterni coperti e all'aperto di prossimità. Viene verificata e descritta la potenzialità formale e costruttiva di un modello innovativo di edificio specializzato di nuova generazione sotto i profili della razionalità distributiva, delle sequenze spaziali, delle logiche di accesso e di collegamento, della flessibilità d'uso (da non risolvere con la neutralità di forma), dei caratteri figurativi tra paesaggio interno ed esterno attraverso le differenti componenti spaziali, della semantica identificativa, a cui aggiungere le necessarie considerazioni progettuali in termini costruttivi, di sostenibilità ambientale e gestionale per le quali si rimanda ad altre già sviluppate competenze in materia, ricavabili dalla generale esperienza di realizzazione di edifici pubblici, a cominciare da quelli per la scuola oltre che ospedalieri. Un processo di natura compositiva che coinvolge la dimensione dinamico percettiva della struttura, dove ad esempio, con riferimento alle analisi a carattere psicologico di Ludwig Binswanger (2022), «lo spazio proprio e lo spazio estraneo non sono completamente separati l'uno dall'altro, ma si fondono costantemente l'uno nell'altro attraverso la mediazione della motricità», quindi attraverso l'esperienza di un attraversamento che non si limita a raggiungere la destinazione voluta potendo cogliere le sensazioni di una sequenza capace di narrazione, di significati e se vogliamo di emozioni.

L'impostazione della ricerca tende a codificare comportamenti compositivi e in genere progettuali capaci di restituire una prototipazione esemplare ad uso orientativo di *Centro di Salute Comunitaria*, mettendo altresì in rilievo l'importanza di quei fattori contestuali e di quelle variabili culturali che, entrando in dialettica con una tassonomia tipologica data, ne declineranno i parametri e i principi nell'ottica di un realismo del progetto da ricercar-

**Fig. 7**

Soluzioni personalizzate per le aree di attesa
©UALab, Ricerca UNIPR

Fig. 8

Sezioni tipo attesa area pediatrica.
©UALab, Ricerca UNIPR

si di volta in volta, rispetto alle differenti condizioni dei luoghi e delle condizioni operative tra nuova costruzione e riuso edilizio. Un'architettura comunque ad alto grado di riconoscibilità e rappresentatività iconica all'interno del quartiere urbano, punto di forza nella strategia dei processi di rigenerazione di parti di città.

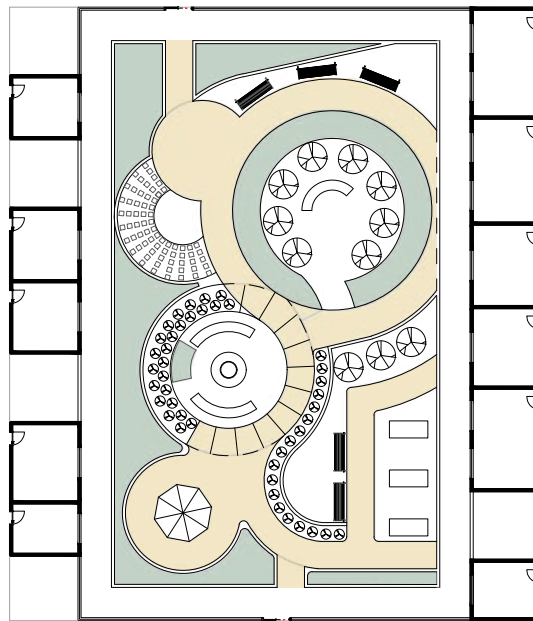
La concezione tipologica indagata nel lavoro di ricerca, attraverso le soluzioni innanzitutto di caratterizzazione relazionale oltre che formale degli spazi, si avvale anche di un confronto casistico esteso a scala internazionale dove, fatti salvi i differenti sistemi sanitari, sono stati rilevati elementi di interesse traducibili nella formalizzazione dei modelli sperimentali (Taheri 2024).

Analogo quadro di riferimenti non ha invece trovato riscontro in Italia, dove le poche e recenti realizzazioni non sono riuscite a definire un avanzamento originale e caratterizzato di architettura destinata a questa importante funzione pubblica. Ci si muove tra il velleitarismo effettistico di certa architettura tesa a spettacolarizzare e la banalizzazione di un'edilizia che si limita ai fondamentali del minimo comfort abitativo e standard funzionale (Quintelli 2023b; Simbari 2024). Ciò non toglie che l'architettura italiana, anche in tempi recenti, abbia continuato a misurarsi sul tema della sanità ospedaliera, mentre rimane confinata al primo Novecento l'esperienza progettuale su interventi di sanità decentrata di cui ancora costituisce riferimento archetipico il Dispensario Antitubercolare di Ignazio Gardella ad Alessandria, un'architettura che potremmo considerare prototipale rispetto all'idea di *Casa della Salute*.

La concezione tipologica di un *Centro di Salute Comunitaria* affronta innanzitutto il tema di un chiaro disegno dell'impianto complessivo, attraverso rapporti, sequenze e logiche di gerarchia dispositiva delle componenti formali corrispondenti alla specificità degli ambienti utilizzati sotto il profilo sia operativo che fruitivo. Appunto, un'idea di congegno spaziale unitario ma corrispondente ad una funzionalità complessa e quindi necessariamente articolata, ricca di potenzialità come di incompatibilità relazionali, da portare al massimo grado di organicità e di ottimizzazione fisiologica a partire dalle scelte formali.

**Fig. 9**

Ignazio Gardella, Dispensario antitubercolare di Alessandria, 1933-37.

**Fig. 10**

Studio per giardino curativo modello superHub.

©UALab, Ricerca UNIPR

Qui si apre il capitolo della componentistica del congegno, cioè i diversi ambienti funzionalmente denotati alle diverse scale e situazioni fruibili, dove la ricerca analizza gli aspetti caratterizzanti e ipotizza configurazioni spaziali delle singole parti intese anche come nuclei tematici a sé, sistemi nel sistema, in particolare quelle potenzialmente più suscettibili di una eterogeneità e quindi complessità d'uso.

In quest'ottica, lo spazio d'ingresso ed accoglienza, ad esempio, riveste il compito fondamentale di interpretare una realtà comunitaria che si coniuga con quella sanitaria, con l'esigenza di apertura dell'edificio alla vita di una città che vi si ritrova non solo per esigenze di cura ma anche rispetto ad altri bisogni di forte pregnanza, in termini di aggregazione ed appartenenza socio-culturale, determinanti il tasso di attrattività di quell'ambiente. Si tratta di caratterizzare uno spazio cardine dove fornire informazioni e primi indirizzi, di distribuzione ai servizi ma anche deputato alle occasioni di incontro, del tempo libero, di incremento della cultura sociale e sanitaria attraverso mostre, conferenze, attività di formazione, sino alle funzioni tradizionali a carattere aggregativo come quelle di una caffetteria anziché di un esercizio commerciale tematizzato.

Per certi aspetti da intendersi quale proiezione dello spazio d'accoglienza, emerge in questa disamina anche quello per l'attesa, declinato sulle differenti prestazioni socio-sanitarie, al netto della riduzione dei tempi determinata dai sistemi informatici di prenotazione. La condizione spesso sottovalutata dell'attesa si presta altresì a trovare nuove modalità situazionali tese al confort fisico e psicologico delle diverse categorie di fruitori (adulti, anziani, bambini, persone con fragilità psichiche, ecc.) attraverso caratterizzazioni di posizionamento e di forma degli spazi preposti, oltre che di colori, immagini e componenti d'arredo, secondo configurazioni che superino la consuetudinaria stanza con sedute o, ancor peggio, il corridoio con fila di sedie a lato. Spazi dove la ricerca di caratterizzazione dei paesaggi interni e di riscontro visivo interno-esterno, a cominciare dal fattore luce, crea condizioni ambientali capaci di mitigare i sentimenti di noia o di preoccupazione, ad intensità variabile, dell'utenza in stato di attesa.

Un quadro delle componenti tipologiche in gioco che coinvolge anche la caratterizzazione formale degli spazi di distribuzione (corridoi, scale, ascensori); le aree verdi interne ed esterne di prossimità all'edificio con gli effetti di luce, colore e visività diaframmatica, oltre che di praticabilità ricreativa e curativa, che ne conseguono; gli ambienti con funzione am-

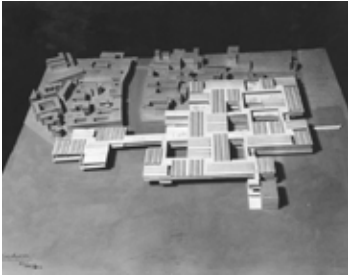


Fig. 11
Le Corbusier, Progetto per l'ospedale di Venezia, 1964.

bulatoriale dove la durata dell'operatività quotidiana rischia di incidere sul benessere del personale medico ed infermieristico; gli spazi per attività ricreative e di gruppo degli operatori in grado di alleviarne lo stress psico-fisico che le attività sanitarie e di assistenza sociale spesso determinano; le soluzioni di una segnaletica a cui spetta il rafforzamento della riconoscibilità identificativa dei percorsi e delle aree funzionali. Sino agli aspetti di un allestimento di emergenza dove la capacità di adattamento e predisposizione degli spazi, sia interni che esterni alla struttura, possa rispondere con tempestività ed efficacia funzionale a situazioni analoghe a quelle vissute durante la recente fase pandemica.

L'organicità complessiva del *Centro di Salute Comunitaria*, a cui ricondurre l'articolato sistema di funzioni e situazioni fruibili tradotte in altrettante caratterizzazioni di natura architettonica, si predispone anche nei confronti di ulteriori occasioni di complementarità funzionale capaci di estendere la dotazione dei servizi di assistenza pubblica. Nella fattispecie si tratta di integrare strutture ospedaliere preposte in particolare a percorsi di *follow up*, i cosiddetti *Ospedali di Comunità*, a cui aggiungere residenze protette (in particolare per donne sole e nuclei famigliari fragili) o strutture di pernottamento ed assistenza rivolte a soggetti senza fissa dimora.

Basterebbe riconoscere sino in fondo e in prospettiva l'importanza di ruolo, il grado di fruizione sociale, l'investimento in risorse professionali e strumentali, per sancire la necessità di un'architettura dedicata ai *Centri di Salute Comunitaria* quale espressione civile e collettiva che non può non assumere una responsabilità anche iconica nel paesaggio della città. Non tanto però sul piano di un linguaggio alla moda o di una figurazione dell'apparenza, ma piuttosto del carattere di una struttura che si misura e trova la propria autentica originalità nel rapporto con le specificità dei tanti contesti urbani e territoriali di applicazione, dove cioè il processo progettuale, pur avvalendosi di una modellistica di indirizzo, porti a un esito frutto di una dialettica circostanziata attraverso la conoscenza dei luoghi e delle culture. Cosa d'altra parte ancora ci insegna il progetto di Le Corbusier per l'ospedale di Venezia del 1963, secondo un rapporto ideativo tra innovazione tipologico-funzionale e carattere della morfologia urbana?⁹

Note

¹ Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (luglio 2021) prevedeva 15,6 miliardi per la Missione 6 Salute finalizzati a "innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN" (7,00 MLD) e a "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" (8,63 MLD) di cui 2 miliardi per il capitolo Case della Comunità poi revisionato nel 2023 attraverso la riduzione degli interventi da 1.350 a 936.

² L'umanitarismo di Adriano Olivetti emerge in tutta la sua complessità nella raccolta *La città dell'uomo*, edito nel 1960 (Edizioni di Comunità, Milano), dove nello scritto *Il cammino della Comunità* descrive la potenzialità politico amministrativa, oltre che ideale, del fenomeno comunitario nella chiave del decentramento territoriale e dell'erogazione solidaristica dei servizi di pubblica utilità compresi quelli sanitari e sociali.

³ Nelle premesse il DM 77 prefigura una prospettiva per il sistema sanitario che "consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN

come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario secondo un approccio one health e con una visione olistica", in G.U. del 22.6.2022, pag.9.

⁴ In relazione alle cure primarie risulta significativo da parte della Commissione Europea, un paio di anni prima del Covid-19, il *Report dell'Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care*, 2018, https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/opinion_primarycare_performance_wen.pdf

⁵ La ricerca PNRR in corso di svolgimento è condotta dal Gruppo UAL – Urban and Architectural Laboratory del Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell’Università di Parma composto dai Prof. C. Quintelli (responsabile scientifico), Prof. E. Prandi (co-responsabile scientifico e coordinatore della ricerca PNRR), Arch. G. Verterame, Arch. A. Simbari, Arch. S. Taheri.

⁶ Rispetto al documento Agenas di cui alla nota precedente, sotto il profilo di una metaprogettualità architettonica pare essere più avanzato e di maggiore spendibilità progettuale il documento anticipatorio *Case della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e la organizzazione funzionale*, approvato con Delibera della Giunta della Regione Emilia Romagna n.291/2010.

⁷ Non si riscontra alcuna considerazione riguardante il ruolo e la qualità delle strutture costruite all’interno della *Analisi comparata delle cure primarie in Europa* a cura di Agenas, Monitor 2022.

⁸ Negli ultimi venti anni in Italia, si assiste ad un processo di revisione identitaria tendente ad “umanizzare” la macchina ospedaliera pur attraverso approcci metodologici di derivazione anglosassone basati prevalentemente su aspetti di natura psico-emotiva oppure fenomenologica, ad esempio attraverso l’Evidence-Based Design. In questa direzione risulta emblematica la ricerca per il Ministero della Salute coordinata da Romano Del Nord e Gabrielle Perelli (2012). Più recentemente, anche in riferimento ai bisogni di una società multietnica, si veda F. De Filippi, G. G. Cocina, (2021), mentre il tema delle strutture ospedaliere intermedie è affrontato da Sacchetti L. e Oberosler C. (2022).

⁹ Come osserva Francesco Tentori “il Maestro francese è stato il più sistematico nella ricerca della *prevalenza dei vuoti sui pieni* e, tuttavia, proprio in questo progetto per Venezia, inverte nettamente la rotta, prendendo ispirazione anche lui dal *continuum edificato veneziano*”. F. Tentori, *Imparare da Venezia*, Officina, Roma 1994, pag. 21.

Bibliografia

- BINSWANGER L. (2022) – *Il problema dello spazio in psicopatologia*. Quodlibet, Macerata.
- CANELLA G. (1979) – “L’ospedale tra storia interna e storia esterna.” In *Hinterland*, n.9-10.
- CANELLA G. (1982) – *L’edificio pubblico per la città*. Marsilio, Venezia.
- CANTARELLI R., QUINTELLI C. (2009) - *Luoghi comunitari. Spazio e società nel contesto contemporaneo dell’Emilia occidentale*. FAEdizioni, Parma.
- CAPOLONGO S. (2022) - *Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa della Comunità*. Agenas, Monitor.
- DE FILIPPI F., COCINA G.G. (2021) – *Salute e spazi per la cura. Ripensare le strutture sanitarie in una prospettiva multiculturale*. Tab Edizioni, Roma.
- DEL NORD R., PERELLI G. (2012) – *L’umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*. TESIS, Firenze.
- Ministero della Salute - *Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza territoriale*. Decreto del 23 maggio 2022 n. 77.
- MINISTERO DELLA SALUTE, AGENAS (2022) - *Analisi comparata delle cure primarie in Europa*. Monitor.
- OLIVETTI A. (1960) – *La città dell’uomo*. Edizioni di Comunità, Milano.
- PRANDI E. (2009) – *Community/Architecture*. FAEdizioni, Parma.
- PRANDI E. (2018) – *Il progetto del polo per l’infanzia*. AIÓN, Firenze.
- QUINTELLI C. (2023a) – “L’architettura dei Luoghi e Centri di Salute Comunitaria”. In Sarli L., Artioli G., *Lavorare insieme per la salute. Dalla multiprofessionalità alla transdisciplinarietà*. editora redeunida, Porto Alegre.
- QUINTELLI C. (2023b) – “L’architettura delle Case della Comunità”. In AA.VV., *Take care. Architetture per la cura della persona*. In il Giornale dell’Architettura. <https://inchieste.ilgiornaledellarchitettura.com/tra-tagli-e-ambiguita-la-sfida-delle-case-di-comunita/> (01.2024)

- REGIONE E.R. (2010) – *Case della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e la organizzazione funzionale*. Delibera della Giunta della Regione E.R. n.291.
- SACCHETTI L., OBEROSLER C. (2022) – *Architetture resilienti per la sanità territoriale. Linee guida per la progettazione: un nuovo modello di Ospedale di Comunità*. Franco Angeli, Milano.
- SEDLMAYR H. (1967) – *Perdita del centro*. Borla, Torino.
- SETOLA N. (2022) – “Elementi edilizi ed urbanistici delle Case della Comunità”. In: Brambilla A., Maciocco G., *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità*. Carocci, Roma.
- SIMBARI A. (2024) – “Case della Salute e Case della Comunità in Italia: una prima ricognizione.” In questo numero di FAM. DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043
- TAHERI S. (2024) – “Il contesto internazionale dei centri sanitari di comunità.” In questo numero di FAM. DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047
- TENTORI F. (1994) – *Imparare da Venezia*, Officina, Roma.
- UGOLINI M. (2021) – “Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana”. In *Territorio*, n. 97.

Carlo Quintelli si laurea al Politecnico di Milano con Guido Canella, consegue il Dottorato di Ricerca in Composizione architettonica allo IUAV, primo ciclo 1983-1985. Associato al Politecnico di Torino, dal 1998 promuove la nascita di Architettura a Parma di cui è Ordinario dal 2001. Nel 2004 dirige il primo Festival dell'Architettura in Italia. Dal 2013 al 2017 è pro-Rettore per Edilizia e Sviluppo urbano UNIPR. Tra le pubblicazioni: *CittaEmilia: unico e molteplice in forma urbana lineare*, in AA.VV. *CittaEmilia – the Kent State Forum on the City*, Alinea Firenze 2012; *An urban gate for the University Campus in Parma's Oltretorrente District* in AA.VV. *IP Erasmus*, FAEdizioni Parma 2012; *L'Abbazia. Un progetto architettonico per lo CSAC*, Il Poligrafo Padova 2018; *Ignazio Gardella. Altre architetture*, con A. Lorenzi, Il Poligrafo Padova 2020, *La progettazione architettonica urbana che struttura la città*. In *La Città accorpata* a cura di P. Strina, Il Poligrafo, Padova 2023.