FAM

Magazine del Festival dell'Architettura

ricerche e progetti sull'architettura e la città

research and projects on architecture and the city

65

Architettura e città della salute: Luoghi e Centri di Salute Comunitaria

Carlo Quintelli — Architettura e città della salute comunitaria

Enrico Prandi — Questioni compositive attraverso il tipo ospedaliero: un itinerario critico

Giorgio Milanesi — Architettura di assistenza nel medioevo: modelli e antimodelli per la contemporaneità?

Sergio Brenna — Dalle Unità Socio Sanitarie Locali della riforma del 1978 alle Case della Comunità del PNRR: di nuovo tra Ford e Garnier

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

Giuseppe Verterame — Architettura della salute comunitaria come fenomeno urbano. Il ruolo dei luoghi per i servizi sanitari e sociali decentrati

Cinzia Badiali, Andrea Donatini, Ambra Baldini — La politica regionale delle Case della Comunità: il caso Emilia Romagna

Antonio Nouvenne — Integrare sociale e sanitario nelle Case della Comunità: di quale *topos* architettonico ha bisogno il mondo socio-sanitario?

Alessia Simbari — Case della Salute e Case della Comunità in Italia: una prima ricognizione

Sahar Taheri — L'architettura della Casa di Comunità nel contesto internazionale

FIORE Architects — Un complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco

Estudio_entresitio — Indifferente al luogo: un tipo architettonico per Madrid

ASA Studio — Nel contesto africano: una struttura socio-sanitaria a Rugerero

Kaunitz Yeung Architecture — Un centro socio-sanitario per la popolazione aborigena a Newman

Damiano Di Mele — Architettura attraverso la macchina da presa

Cesare Dallatomasina — La meraviglia e le utopie concrete dell'architettura

Carlo Quintelli — Roma e il difficile compito di essere capitale

Antonio Biancucci — Architettura che cura il pianeta

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023

FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la città

Editore: Festival Architettura Edizioni, Parma, Italia

ISSN: 2039-0491

Segreteria di redazione
c/o Università di Parma
Campus Scienze e Tecnologie
Via G. P. Usberti, 181/a
43124 - Parma (Italia)

Riccardo Rapparini

Email: redazione@famagazine.it
www.famagazine.it

Editorial Team

Direzione
Enrico Prandi, (Direttore) Università di Parma
Lamberto Amistadi, (Vicedirettore) Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Redazione
Tommaso Brighenti, (Caporedattore) Politecnico di Milano, Italia
Ildebrando Clemente, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italia
Gentucca Canella, Politecnico di Torino, Italia
Renato Capozzi, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Italia
Carlo Gandolfi, Università di Parma, Italia
Maria João Matos, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portogallo
Elvio Manganaro, Politecnico di Milano, Italia
Mauro Marzo, Università IUAV di Venezia, Italia
Laura Anna Pezzetti, Politecnico di Milano, Italia
Claudia Pirina, Università IUAV di Venezia, Italia
Giuseppina Scavuzzo, Università degli Studi di Trieste, Italia

Corrispondenti
Miriam Bodino, Politecnico di Torino, Italia
Marco Bovati, Politecnico di Milano, Italia
Francesco Costanzo, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Italia
Francesco Defilippis, Politecnico di Bari, Italia
Massimo Faiferri, Università degli Studi di Sassari, Italia
Esther Giani, Università IUAV di Venezia, Italia
Martina Landsberger, Politecnico di Milano, Italia
Marco Lecis, Università degli Studi di Cagliari, Italia
Luciana Macaluso, Università degli Studi di Palermo, Italia
Dina Nencini, Sapienza Università di Roma, Italia
Luca Reale, Sapienza Università di Roma, Italia
Ludovico Romagni, Università di Camerino, Italia
Ugo Rossi, Università IUAV di Venezia, Italia
Marina Tornatora, Università Mediterranea di Reggio Calabria, Italia
Luís Urbano, FAUP, Universidade do Porto, Portogallo
Federica Visconti, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Italia

Comitato di indirizzo scientifico

Eduard Bru
Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona, Spagna

Orazio Carpenzano
Sapienza Università di Roma, Italia

Alberto Ferlenga
Università IUAV di Venezia, Italia

Manuel Navarro Gausa
IAAC, Barcellona / Università degli Studi di Genova, Italia, Spagna

Gino Malacarne
Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italia

Paolo Mellano
Politecnico di Torino, Italia

Carlo Quintelli
Università di Parma, Italia

Maurizio Sabini
Hammons School of Architecture, Drury University, Stati Uniti d'America

Alberto Ustarroz
Escuela Técnica Superior de Arquitectura de San Sebastian, Spagna

Ilaria Valente
Politecnico di Milano, Italia

FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la città è la rivista on-line del Festival dell'Architettura a temporalità trimestrale.

È una rivista scientifica nelle aree del progetto di architettura (Macrosettori Anvur 08/C1 design e progettazione tecnologica dell'architettura, 08/D1 progettazione architettonica, 08/E1 disegno, 08/E2 restauro e storia dell'architettura, 08/F1 pianificazione e progettazione urbanistica e territoriale) che pubblica articoli critici conformi alle indicazioni presenti nelle Linee guida per gli Autori degli articoli.

FAMagazine, in ottemperanza al Regolamento per la classificazione delle riviste nelle aree non bibliometriche, rispondendo a tutti i criteri sulla Classificabilità delle riviste telematiche, è stata ritenuta rivista scientifica dall'ANVUR, Agenzia Nazionale per la Valutazione dell'Università e della Ricerca Scientifica (Classificazione delle Riviste).

FAMagazine ha adottato un Codice Etico ispirato al codice etico delle pubblicazioni, Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors elaborato dal COPE - Committee on Publication Ethics.

Ad ogni articolo è attribuito un codice DOI (Digital Object Identifier) che ne permette l'indicizzazione nelle principali banche dati italiane e straniere come DOAJ (Directory of Open Access Journal) ROAD (Directory of Open Access Scholarly Resourches) Web of Science di Thomson Reuters con il nuovo indice ESCI (Emerging Sources Citation Index) e URBADOC di Archinet. Dal 2018, inoltre, FAMagazine è indicizzata da Scopus.

Al fine della pubblicazione i contributi inviati in redazione vengono valutati con un procedimento di double blind peer review e le valutazioni dei referee comunicate in forma anonima al proponente. A tale scopo FAMagazine ha istituito un apposito Albo dei revisori che operano secondo specifiche Linee guida per i Revisori degli articoli.

Gli articoli vanno caricati per via telematica secondo la procedura descritta nella sezione Proposte online.
La rivista pubblica i suoi contenuti ad accesso aperto, seguendo la cosiddetta gold road ossia rendendo disponibili gli articoli sia in versione html che in pdf.

Dalla nascita (settembre 2010) al numero 42 dell'ottobre-dicembre 2017 gli articoli di FAMagazine sono pubblicati sul sito www.festivalarchitettura.it (Archivio Magazine). Dal gennaio 2018 la rivista è pubblicata sulla piattaforma OJS (Open Journal System) all'indirizzo www.famagazine.it

Gli autori mantengono i diritti sulla loro opera e cedono alla rivista il diritto di prima pubblicazione dell'opera, con Licenza Creative Commons - Attribuzione che permette ad altri di condividere l'opera indicando la paternità intellettuale e la prima pubblicazione su questa rivista.

Gli autori possono depositare l'opera in un archivio istituzionale, pubblicarla in una monografia, nel loro sito web, ecc. a patto di indicare che la prima pubblicazione è avvenuta su questa rivista (vedi Informativa sui diritti).

© 2010- FAMagazine
© 2010- Festival dell'Architettura Edizioni

Linee guida per gli autori

FAMagazine esce con 4 numeri l'anno e tutti gli articoli, ad eccezione di quelli commissionati dalla Direzione a studiosi di chiara fama, sono sottoposti a procedura peer review mediante il sistema del doppio cieco.

Due numeri all'anno, dei quattro previsti, sono costruiti mediante call for papers che vengono annunciate di norma in primavera e autunno.

Le call for papers prevedono per gli autori la possibilità di scegliere tra due tipologie di saggi:

a) saggi brevi compresi tra le 12.000 e le 14.000 battute (spazi inclusi), che verranno sottoposti direttamente alla procedura di double blind peer review;

b) saggi lunghi maggiori di 20.000 battute (spazi inclusi) la cui procedura di revisione si articola in due fasi. La prima fase prevede l'invio di un abstract di 5.000 battute (spazi inclusi) di cui la Direzione valuterà la pertinenza rispetto al tema della call. Successivamente, gli autori degli abstract selezionati invieranno il full paper che verrà sottoposto alla procedura di double blind peer review.

Ai fini della valutazione, i saggi devono essere inviati in Italiano o in Inglese e dovrà essere inviata la traduzione nella seconda lingua al termine della procedura della valutazione.

In ogni caso, per entrambe le tipologie di saggio, la valutazione da parte degli esperti è preceduta da una valutazione minima da parte della Direzione e della Redazione. Questa si limita semplicemente a verificare che il lavoro proposto possieda i requisiti minimi necessari per una pubblicazione come FAMagazine.

Ricordiamo altresì che, analogamente a come avviene per tutti i giornali scientifici internazionali, il parere degli esperti è fondamentale ma ha carattere solo consultivo e l'editore non assume, ovviamente, alcun obbligo formale ad accettarne le conclusioni.

Oltre ai saggi sottoposti a peer review FAMagazine accetta anche proposte di recensioni (Saggi scientifici, Cataloghi di mostre, Atti di convegni, proceedings, ecc., Monografie, Raccolte di progetti, Libri sulla didattica, Ricerche di Dottorato, ecc.). Le recensioni non sono sottoposte a peer review e sono selezionate direttamente dalla Direzione della rivista che si riserva di accettarle o meno e la possibilità di suggerire delle eventuali migliorie.
Si consiglia agli autori di recensioni di leggere il documento Linee guida per la recensione di testi.

Per la sottomissione di una proposta è necessario attenersi rigorosamente alle Norme redazionali di FAMagazine e sottoporre la proposta editoriale tramite l'apposito Template scaricabile da questa pagina.

La procedura per la submission di articoli è illustrata alla pagina PROPOSTE

ARTICLES SUMMARY TABLE

65 luglio-settembre 2023

n.	Id Code	date	Type essay	Evaluation		Publication
1	1043	lug-23	Long	Peer (C)	Peer (B)	Yes
2	1044	mag-23	Long	Peer (B)		Yes
3	1045	giu-23	Long	Peer (A)		Yes
4	1047	mag-23	Long	Peer (B)		Yes
5	1050	giu-23	Long	Peer (A)		Yes
6	1054	mag-23	Long	Peer (B)		Yes
7	1055	giu-23	Long	Peer (B)		Yes
8	1056	giu-23	Long	Peer (B)		Yes
9	1057	giu-23	Long	Peer (B)		Yes

PROSSIMA USCITA

numero 66-67 ottobre 2023-marzo 2024

La forza evocatrice dell'architettura.
Progetti per un Monumento-memoriale
a cura di Gentucca Canella

Il numero doppio 66-67, esito della call, vuole aprire una riflessione sul tema del *Monumento-memoriale* attraverso il coinvolgimento operativo dei Dottorandi delle Scuole di Architettura in un Concorso di progettazione, con la partecipazione obbligatoria di uno scultore in ogni gruppo.
Ci si è chiesti, infatti, se non fosse da ritenere utile, o addirittura necessario, tanto più in una condizione di emergenza come quella attuale, tornare a soffermarsi su un tema, quello del Monumento, poco praticato nella sua memoria contestualizzata, da intendersi quindi prioritariamente nel suo rapporto tra segno e intenzione ideologica, tra elementi del comporre e tensione plastica delle arti e delle tecniche costruttive, fino a ipotizzarne un nuovo ruolo di condensatore collettivo anche interamente praticabile in tutta la sua estensione.

Il progetto richiesto ai Dottorandi e agli scultori di un memoriale "celebrativo" in cinque contesti di singolare valore ideale, politico e simbolico – il rapporto tra la ricostruzione del sistema sociale e dell'istruzione per l'indipendenza nazionale e l'architettura dei "Tre Mondi" (le Scuole d'Arte all'Avana, 1961-63 e la «Zero School», in Eritrea, 1970); il fuori scala "monumentale" per le classi più povere dell'Algeria (la grande piazza delle "duecento colonne", a Climat de France, 1955-57); la costruzione di un "ordine sociale e di una feconda via del lessico artistico" per una nuova "città dei ragazzi" (l'Istituto minorile Marchiondi-Spagliardi a Baggio, 1953-57); l'identificazione e la riconoscibilità di una necessaria e dovuta "territorialità" e cittadinanza dei

migranti e delle sepolture (la strage a Lampedusa del 3 ottobre 2013) –, rimette in campo, intenzionalmente, alcune costanti strutturali di impegno morale, di contenuto critico ma anche di indissolubile legame tra figurazione architettonica ed elemento scultoreo, già presenti in alcuni casi emblematici, perlopiù irrealizzati, di giovani protagonisti del secondo Novecento italiano.
Un "travaglio di gestazione" che sembra trovare anticipazione anche nei concorsi di progettazione di quegli anni. Su «L'Espresso» del 30 dicembre 1962, in un articolo dal titolo *Il monumento di Cuneo. Dieci interpretazioni della Resistenza* Bruno Zevi, con profonda partecipazione, così commenta la conclusione della prima fase:

> «Nel consegnare al sindaco il verdetto del concorso di primo grado, i membri della commissione giudicatrice erano visibilmente commossi. L'intero schieramento dell'arte italiana aveva risposto all'appello per il monumento alla Resistenza: 62 progetti redatti da centinaia di architetti e scultori costituivano una partecipazione inedita per un concorso: dalle personalità più affermate ai giovanissimi, tutti avevano dato con slancio il meglio di se stessi… A Cuneo il monumento non è solo evocativo: segna il legame con la nuova Resistenza nel quadro di una riscossa politica».

D'altro canto, se è vero che compito di una rivista di architettura è anche quello di promuovere nuovi orientamenti, nuove linee di indirizzo, crediamo che il coinvolgimento in un concorso di progettazione della didattica di terzo livello possa consentire di sperimentare un'inversione di tendenza provando a rinsaldare, almeno in questo caso, la fase progettuale con la ricerca.

FAM

Magazine del Festival dell'Architettura

ricerche e progetti sull'architettura e la città

research and projects on architecture and the city

65 Architettura e città della salute: Luoghi e Centri di Salute Comunitaria

Carlo Quintelli	Architettura e città della salute comunitaria	**9**
Enrico Prandi	Questioni compositive attraverso il tipo ospedaliero: un itinerario critico.	**15**
Giorgio Milanesi	Architettura di assistenza nel medioevo: modelli e antimodelli per la contemporaneità?	**44**
Sergio Brenna	Dalle Unità Socio Sanitarie Locali della riforma del 1978 alle Case della Comunità del PNRR: di nuovo tra Ford e Garnier	**52**
Carlo Quintelli	Dalle Case della Comunità ai Luoghi e Centri di Salute Comunitaria: un modello in evoluzione	**59**
Giuseppe Verterame	Architettura della salute comunitaria come fenomeno urbano. Il ruolo dei luoghi per i servizi sanitari e sociali decentrati	**71**
Cinzia Badiali, Andrea Donatini, Ambra Baldini	La politica regionale delle Case della Comunità: il caso Emilia Romagna	**84**
Antonio Nouvenne	Integrare sociale e sanitario nelle Case della Comunità: di quale *topos* architettonico ha bisogno il mondo socio-sanitario?	**88**
Alessia Simbari	Case della Salute e Case della Comunità in Italia: una prima ricognizione	**92**
Sahar Taheri	L'architettura della Casa di Comunità nel contesto internazionale	**103**
FIORE Architects	Un complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco	**113**
Estudio_entresitio	Indifferente al luogo: un tipo architettonico per Madrid	**119**
ASA Studio	Nel contesto africano: una struttura socio-sanitaria a Rugerero	**127**
Kaunitz Yeung Architecture	Un centro socio-sanitario per la popolazione aborigena a Newman	**135**
Damiano Di Mele	Architettura attraverso la macchina da presa	**142**
Cesare Dallatomasina	La meraviglia e le utopie concrete dell'architettura	**146**
Carlo Quintelli	Roma e il difficile compito di essere capitale	**148**
Antonio Biancucci	Architettura che cura il pianeta	**151**

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1048

Editoriale

Carlo Quintelli

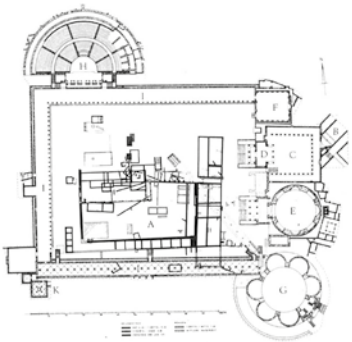
Architettura e città della salute comunitaria.

Abstract
Rispetto ad una nuova domanda di salute, in particolare dopo il Covid 19, qual è il contributo alle risposte da parte della progettazione architettonica? Innanzitutto quello riguardante le strutture di presidio dei servizi sanitari diffusi sul territorio, espressione della medicina di base, a cui la popolazione possa accedere facilmente in virtù della prossimità insediativa e di una conseguente famigliarità di rapporto con il personale medico ed infermieristico. Nuovi nuclei decentrati di prima assistenza e cura che passano dalla denominazione di *Case della Salute* a quella di *Case della Comunità* attraverso la Missione 6 Salute del PNRR. Una variazione non solo nominalistica, nei confronti della quale la ricerca del progetto di architettura non può che interpretare una cultura sociale della cura, secondo un indirizzo disciplinare aperto e sperimentale ma capace di fornire i principali presupposti di riferimento operativo in termini di ruolo urbano e di qualità tipo-morfologica degli spazi deputati.

Parole Chiave
Case della Salute — Case della Comunità — Architettura della salute — Città della salute

Pur citando l'assioma di Musil (1957) dedicato a «l'architetto di grido», per il quale «l'uomo moderno viene al mondo in una clinica e muore in una clinica: per conseguenza deve anche abitare in una clinica!», in un numero della rivista *Hinterland* dal titolo *Architettura della salute*, Guido Canella arrivava a constatare, tra le altre cose, che «gli architetti del Movimento Moderno si siano perlopiù ritirati di fronte al congegno ospedaliero, lasciandolo ai particolarismi dell'ingegneria sanitaria» (Canella 1979).[1]
Guardando invece agli ultimi decenni, pare emergere una serie di interventi architettonicamente significativi del tipo ospedaliero, forse più in campo internazionale e con una minore restituzione in Italia, cosa del resto comune a buona parte dell'architettura pubblica del nostro paese[2] (*Il Giornale dell'Architettura*). Si tratta di nuovi interventi tesi a ristrutturare ed incrementare un patrimonio di edilizia ospedaliera in molti casi inadeguato rispetto alle più avanzate pratiche di cura ed alle aspettative dei pazienti, dove ad un'ingegneria della costruzione e della logistica funzionale si abbina spesso un'architettura più preposta alla definizione del comfort degli ambienti che non alla caratterizzazione della struttura formale degli spazi dell'organismo sanitario. Un ruolo questo certo non sempre riduttivo ma che si è limitato spesso alla sola mitigazione della rigidità macchinistico-sanitaria attraverso le raccomandazioni, secondo una scontata aspettativa, riguardanti i piani della vivibilità ed accoglienza degli ambienti, la sostenibilità e riciclabilità dei materiali, la qualità dell'attrezzamento e dell'arredo per il benessere psico-fisico, il tutto confezionato attraverso l'estetizzazione dell'involucro edilizio secondo configurazioni grafiche e cromatiche accattivanti e di denotazione *green*.[3]
Ora, mentre l'apporto degli architetti era volto al tentativo di umanizzare macchine ospedaliere sempre più tecnologicamente sofisticate, la terra di

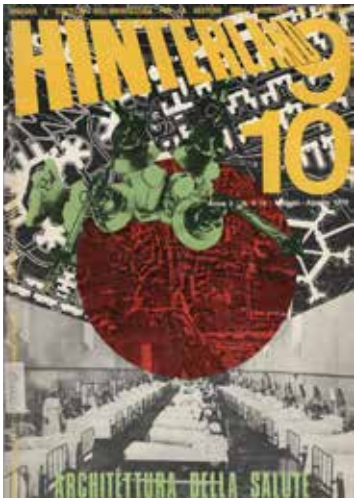
DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1048



nessuno dei presìdi sul territorio – spesso costituiti da studi di singoli medici di base o tuttalpiù da poliambulatori convenzionati inseriti in condomini o edifici terziari parcellizzati – a marzo 2020 viene travolta dalla prima ondata pandemica, facendo emergere la mancanza di luoghi e strutture di una sanità che avrebbe dovuto costituire la prima linea di difesa contro il contagio generalizzato, tra mancate cure in sede locale e intasamento degli ospedali contribuenti all'alto tasso di mortalità.
A questa dolorosa esperienza di portata storica si aggiunge il profilarsi all'orizzonte di un ulteriore rischio, a questo punto non più riconducibile al dato emergenziale, riguardante la mancata strategia di strutturazione di un sistema sanitario capace anche di decentrarsi e farsi diffuso sul territorio. Quello dell'invecchiamento della popolazione e di una conseguente casistica dove l'insorgere di soggetti pluripatologici può assumere dinamiche esponenziali, in un quadro aggravato dal mutamento delle strutture famigliari e dalle fragilità sociali di natura prevalentemente economica ma non solo.
Se si vuole poi comprendere il generale ritardo in termini di consapevolezza, interpretazione e ricerca nella fattispecie architettonica per le strutture a suo tempo definite *Case della Salute*, bisogna considerare che la questione, in senso strettamente sanitario, scaturisce solo all'interno del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 2006). In quell'articolato documento di indirizzo per le politiche sanitarie rientrava anche l'intento di riformare il sistema delle cure primarie, dove si auspicavano

> «forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana [...] in strutture idonee, con caratteristiche edilizie e tecnologiche minime»[4].

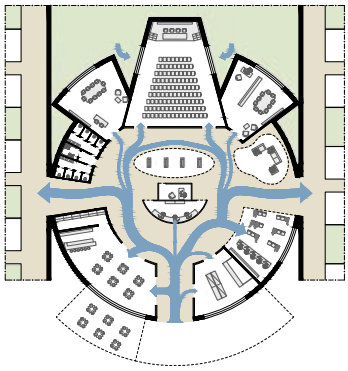
Un indirizzo programmatorio che, pur auspicando strutture 'idonee' e quindi tipologicamente dedicate, fa significativamente riferimento a 'caratteristiche edilizie', e non architettoniche, con il rimando ai soli laconici criteri di individuazione dei requisiti minimi per le strutture sanitarie dettate dalla normativa preesistente (DPR 1997)[5].
Per una definizione più caratterizzata di questa nuova struttura del servizio sanitario di base, a cominciare dall'identificazione nominale, bisognerà attendere il convegno ministeriale del 2007 dal titolo *La Casa della Salute*.[6] In quell'occasione, l'allora Ministra Livia Turco parlerà in termini espliciti di «luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità di cura», di un insieme di attività integrate attraverso una «contiguità spaziale dei servizi e degli operatori [...], un centro attivo e dinamico della comunità locale» (Turco 2007). Per la prima volta si fa strada il concetto di *spazio* quale strumento fondamentale di emancipazione relazionale tra operatori sanitari, anche se il ruolo dell'architettura, quale disciplina deputata a ricercarne la qualità morfologica e il significato urbano, a cominciare da quello posizionale, rimane ancora sostanzialmente in sottotraccia.



A seguito della modifica del titolo V della Costituzione con ricadute significative in materia sanitaria, l'interpretazione operativa della *Casa della Salute* diventerà prerogativa delle Regioni. Nei contesti più attivi e sensibili ai temi sanitari si determinerà così un percorso progettuale ed operativo sperimentale, monitorato ed implementato attraverso miglioramenti successivi, con il quale prende ulteriore consistenza l'innovazione nelle attività di cura e prevenzione sanitaria ma soprattutto dove si prevede l'estensione ed integrazione dei servizi in chiave socio-sanitaria e sociale. Una maturazione del modello sanitario in senso comunitario che corrisponde, e per certi aspetti tenderà a superare, gli indirizzi di riferimento

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1048

dell'OMS e del Programma Europeo sulla Salute 2014-2020[7]. Un processo di avanzamento significativo che però, ancora una volta, si interroga solo parzialmente sull'apporto progettuale in termini di qualità degli spazi architettonici e di relazione con la struttura urbana.
Successivamente, a seguito della missione *Salute* prevista nel PNRR[8] (2021) e del conseguente Decreto Ministeriale teso a definire *Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale*, nel quadro di un'urgenza attuativa che chiedeva di rispettare la tempistica dettata dai finanziamenti europei, verrà a determinarsi la spinta ulteriore nei confronti di un concetto che da *Casa della Salute* evolverà in *Casa della Comunità*[9] (Ministero della Salute 2022). Un significativo passo in avanti verso un modello, precedentemente solo esplorato ed ora meglio descritto, sulla sanità di iniziativa, sulle strategie di prevenzione, su una programmazione derivata da metodologie conoscitive di stratificazione della popolazione, secondo un'ottica integrata, di evidente valenza comunitaria, per la presa in carico olistica della persona anche nei suoi bisogni socio-sanitari e socio-assistenziali oltre che prettamente sanitari.



Ora, a fronte di questa nuova stagione di indirizzo politico-sanitario e di programmazione degli investimenti di Stato dettati dal PNRR[10], appare non più procrastinabile, o riducibile ad apporto di secondaria importanza, il ruolo della progettazione architettonica nella realizzazione di strutture di qualità, cioè capaci di interpretare al meglio le esigenze funzionali, fruitive e rappresentative delle *Case della Comunità*.
Il recente passato pandemico ha suscitato l'interesse della cultura architettonica italiana producendo un nutrito quadro di riflessioni[11] e proposte (FAMagazine 2020), riguardo ad esempio ai temi di un alloggio capace di affrontare le condizioni emergenziali del *lockdown*, della prossimità ai servizi urbani essenziali in ogni contesto di quartiere, del decentramento insediativo verso aree a bassa urbanizzazione grazie alle tecnologie del telelavoro. Una riflessione in campo disciplinare uscita anche sul piano del dibattito pubblico allorquando emerse la velleitaria proposta dei presìdi vaccinali con tipologia a padiglione, per fortuna non realizzati, che avrebbero dovuto sorgere in ogni piazza centrale di paesi e città italiane[12].

Un quadro di riferimento di esperienze e dinamiche, anche contraddittorie, dove però l'auspicio, nei confronti delle *Case della Comunità*, dovrebbe prefigurare una progettazione architettonica in grado di andare ben oltre le operazioni di adattamento edilizio, di parziale riconversione o solo di maquillage di facciata con rinnovate insegne, come avviene in alcuni contesti condizionati da un'insufficiente cultura politica ed amministrativa ancor prima che tecnica.
Stando all'attualità, il recente taglio dei fondi PNRR, riguardante diversi capitoli di spesa per opere non realizzabili alla scadenza del 2026, comprende anche quelli destinati a molte delle nuove strutture per *Case della Comunità*[13]. Un incidente di programmazione, in parte a causa di inefficienza degli apparati tecnico amministrativi ma anche di altri fattori strutturali, in particolare l'incremento dei costi di costruzione dato dalla spinta inflazionistica e dalla crisi energetica conseguente al conflitto russo-ucraino. Un completamento attuativo di fatto rimandato a futuri finanziamenti ma che, al tempo stesso, potrebbe consentire una più adeguata ricerca e definizione dei contenuti e dei criteri metodologici per una progettazione architettonica ad oggi sostanzialmente priva di esperienza e di riferimenti disciplinari pregressi.

Questo numero di FAM, consapevoli di una trasformazione del servizio pubblico sanitario con evidenti impatti sulla città costruita e ancor di più su quella vissuta, vorrebbe allora segnare un ulteriore passo conoscitivo, per molti aspetti inedito, in grado se non altro di orientare l'attenzione verso

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1048

un progetto di architettura specificamente dedicato alla nuova tipologia della *Casa della Comunità*. Una restituzione istruttoria che, almeno in parte, si avvale dell'avanzamento di una ricerca PNRR condotta sul tema da un gruppo dell'Università di Parma, attraverso l'ottica della progettazione architettonica in chiave tipo-morfologica ed urbana.
Apre la serie dei contributi Enrico Prandi che, con sguardo analogico rispetto al tema in questione dato il prevalere del tipo ospedaliero, ripercorre le forme storiche dell'architettura della salute in dialettica con i fenomeni urbani, secondo una dinamica evolutiva nella quale la progettazione degli spazi contribuisce significativamente alla caratterizzazione delle differenti pratiche sanitarie rilevabili nella storia sociale.
Segue una mia riflessione, in termini di epistemologia del progetto, tesa a far emergere alcune ragioni di una ricerca tipo-morfologica che si vorrebbe capace di prefigurare e dare orientamento alla definizione di luoghi e architetture congeniali a questa nuova cultura della cura, fortemente contraddistinta dalla dimensione comunitaria intrinseca alla scala del vissuto urbano.

Giuseppe Verterame legge in particolare il rapporto tra *Casa della Comunità* e struttura della città attraverso l'ottica del potenziale urbano di questa nuova tipologia in termini di strategia posizionale, aggregativa, di complementarietà con altri servizi e spazi pubblici, il cui contributo risulta particolarmente significativo all'interno dei processi di rigenerazione urbana.
Il punto di vista del progetto programmatorio ed organizzativo dei servizi socio-sanitari della *Casa della Comunità* viene portato all'attenzione del lettore attraverso un'intervista ad alcuni responsabili del Settore Assistenza Territoriale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna, quale testimonianza significativa del grado di complessità ma anche di sofisticata innovazione che sta' dietro l'istituzione di queste strutture gestite a livello di amministrazioni locali, regionali e comunali, e degli enti della sanità pubblica preposti.

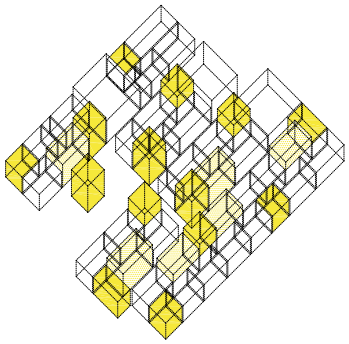
Antonio Nouvenne restituisce problematiche ed aspetti emergenti dall'operatività sul campo degli enti locali impegnati ad interpretare il ruolo della *Casa della Comunità*, all'interno di una transizione che non è solo organizzativa ma anche di natura culturale della politica del welfare .
Per allargare e al tempo stesso focalizzare lo sguardo sul tema, seguono le selezioni casistiche nazionale ed internazionale riguardanti recenti strutture architettoniche dedicate alle prestazioni socio-sanitarie primarie, extra-ospedaliere, raccontate rispettivamente da Alessia Simbari e Sahar Taheri. Una prima esplorazione che pur tenendo conto, in campo internazionale, delle variabili formali e funzionali condizionate dai differenti sistemi assistenziali e di fruizione sociale dei paesi ospitanti, è in grado di far affiorare il ruolo importante della cultura architettonica che denota i centri per la salute primaria all'interno dei differenti contesti urbani.
Inoltre, per ancor meglio cogliere il ricco quadro di esperienze disponibili, si presentano alcuni casi esemplari, selezionati per originalità tipologica, caratterizzazione linguistica, ruolo urbano, descritti e argomentati dai relativi architetti progettisti in contesti europei come la Spagna e la Grecia anziché in continenti e culture più lontane come l'Africa e l'Australia.

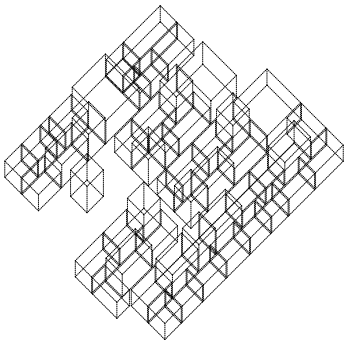
Sul piano di una più generale ricognizione storica, Giorgio Milanesi analizza i primi sintomi di una civiltà dell'assistenza non disgiunta da quella della cura medica a partire dall'alto medioevo sino all'evoluzione proto-ospedaliera sulla soglia dell'età moderna. Osservazioni queste che, analogicamente, possono rivelarsi di grande interesse anche per la nostra contemporaneità rispetto ad una sanità diffusa che storicamente precede la logica concentrazionaria dell'ospedale moderno.
La dialettica tra architettura e cultura sanitaria viene altresì approfondi-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1048

ta da Sergio Brenna nella più recente fase storica del Novecento, dove la modellistica della struttura ospedaliera sembra confrontarsi tra l'ipotesi efficientistica ed autoreferente di Henry Ford e quella fisiologicamente rapportata alle istanze della società urbana della *Cité Industrielle* secondo Tony Garnier. Un riferimento quest'ultimo che per certi aspetti introduce la problematica del fattore comunitario in rapporto alla sanità oggetto della nostra attenzione.

In conclusione, l'auspicio è che questa raccolta di brevi saggi a carattere introduttivo, critico ed esemplificativo possa risultare utile alla ricerca del progetto sperimentale, all'architetto progettista così come all'ente committente e gestore, nonché agli operatori ed ai fruitori di questi nuovi servizi ai quali non possiamo non attribuire un particolare valore civile, anche oltre il mero soddisfacimento della domanda di salute che la società continua a rivolgerci. Un percorso di riflessione sugli indirizzi progettuali ancora all'inizio ma che però già prefigura un andare oltre l'attuale esperienza architettonica sulle Case della Comunità.





Note

[1] G. Canella, (1979), L'ospedale tra storia interna e storia esterna, in HINTERLAND L'architettura della salute, n.9-10.

[2] Tra le diverse fonti, una rassegna italiana in continuo aggiornamento è presente su il Giornale dell'Architettura on line, sezione TAKE CARE! ARCHITETTURE PER LA CURA DELLA PERSONA, https://inchieste.ilgiornaledellarchitettura.com/take-care/

[3] Il ruolo dell'architettura come disciplina preposta a logiche di "umanizzazione" delle strutture ospedaliere si evince dalle suggestioni del "decalogo" della Commissione ministeriale del 2001, presieduta dall'allora ministro Umberto Veronesi e coordinata dall'architetto Renzo Piano, poi ricondotto all'ingegneria ospedaliera del documento Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza, responsabile scientifico Maurizio Mauri, Monitor n.6, Roma 2003.

[4] D.P.R. 7 aprile 2006, allegato 1, parte prima, art.3.5.

[5] DPR 14 gennaio 1997, Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

[6] Incontro nazionale Stato-Regioni La Casa della Salute, Ministero della Salute, Roma 22 marzo 2007.

[7] Tra le Regioni più capaci di cogliere una prospettiva sistemica ed integrata dei servizi sanitari di base figura l'Emilia-Romagna, come si evince dalla Delibera della Giunta Regionale E.R. 2128/2016, Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa.

[8] PNRR (2021) Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1), Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

[9] Ministero della Salute, Decreto del 23 maggio 2022 n. 77.

[10] Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato a luglio 2021 prevedeva 15,6 miliardi per la Missione 6 Salute di cui 2 miliardi per le sole Case di Comunità.

[11] Tra i tanti contributi si rimanda a *Coronavirus Città Architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*, FAMAGAZINE n. 52-53, 2020.

[12] Le mie critiche ai padiglioni vaccinali "Primula" furono riportate da molti organi

di stampa e oggetto di interpellanze parlamentari. Tra le diverse fonti si rimanda al sintetico articolo di OPEN del Febbraio 2021, https://www.open.online/2021/02/07/covid-19-vaccini-primule-no-grazie-i-padiglioni-di-arcuri-rifiutati-dalle-regioni/

[13] Su 1.350 Case di Comunità previste nel PNRR, il Governo Meloni a luglio 2023 decide di non realizzarne 414 rimandando ad altri non ben definiti futuri finanziamenti. Perlopiù si tratta degli interventi ex-novo e a più alto importo di costruzione. Fonte Agenas – Ministero della Salute.

Bibliografia

AA.VV. (al 01/2024) – "Take care. Architetture per la cura della persona." In il Giornale dell'Architettura on line. Disponibile presso https://inchieste.ilgiornaledellarchitettura.com/take-care/

CANELLA G. (1979) – "L'ospedale tra storia interna e storia esterna." In Hinterland, n.9-10.

DPR 7 aprile 2006, – *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*. Allegato 1, parte prima, art.3.5. (GU Serie Generale n.139 del 17-06-2006 - Suppl. Ordinario n. 149).

DPR 14 gennaio 1997, – *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*. (GU Serie Generale n.42 del 20-02-1997 - Suppl. Ordinario n. 37).

PNRR (2021) – Missione 6 "Salute" Componente 1 (M6C1), Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

MINISTERO DELLA SALUTE, – Decreto del 23 maggio 2022 n. 77.

MUSIL R. (1957) – *L'Uomo Senza Qualità* (trad. di A. Rho), Giulio Einaudi Editore, Torino [ed. orig. *Der Mann ohne Eigenschaften*, 1930-1933, Rowohlt Verlag, Berlino].

QUINTELLI C. et altri (2020) – *Coronavirus Città Architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*, FAMagazine, n. 52-53, 2020. DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n52-53-2020

TURCO L. (2007) – "La casa della salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale", *Incontro nazionale Stato-Regioni La Casa della Salute*, Roma, Ministero della Salute.

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.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

Enrico Prandi

Questioni compositive attraverso il tipo ospedaliero: un itinerario critico.

Abstract
Inserito all'interno di un'ipotesi di ricerca sulla medicina territoriale, questo articolo si occupa di una rilettura delle tipologie storiche degli spazi di cura dalle origini fino all'attualità
In questo contesto, si formula l'ipotesi che le costruende case della salute o case della comunità, i presidi locali della sanità territoriale previsti dalla legislazione italiana e rafforzati dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), abbisognino di "cure architettoniche" al fine di aumentarne la qualità degli spazi, interni ed esterni, nonché l'aspetto esteriore.
In analogia a quanto accade nell'edilizia scolastica in cui lo spazio è definito come "terzo educatore" recriminiamo qui la definizione di "spazio che cura" inteso come elemento che facilita il benessere favorendo i processi di guarigione.

Parole Chiave
Ospedale — Tipo architettonico — Architettura della salute

Premessa

Questo testo non può che prendere le mosse da lontano, dagli antichi "luoghi di cura" che hanno portato alla progressiva razionalizzazione degli spazi della salute attuali intesi come perfette ed efficienti "macchine per curare": non solo e non tanto, quindi, una storia architettonica degli ospedali, quanto delle tipologie spaziali che hanno assolto nel tempo il compito di "assistere e curare" nelle sue diverse declinazioni (dalla cura dello spirito e della mente ancor prima che del corpo). Se dovessimo immaginare una rappresentazione dell'evoluzione dello spazio di cura fino agli odierni orientamenti dell'assistenza medica e della cura decentrate, essa potrebbe essere un cerchio: dal luogo ibrido originario (la sala a navate mutuata dalla chiesa) ci si orienta progressivamente verso un grande organismo funzionalmente razionale e specializzato, quello foucaultiano della clinica, per poi tornare con la sanità territorializzata a tipologie polifunzionali da reinventare. In questo processo evolutivo, il tipo del luogo di cura, salvo in rari casi, ha letteralmente espulso dalla progettazione l'architetto responsabile della reinterpretazione tipologica per affidarsi ad una concezione razionale, funzionale, ingegneristica che ha portato ai grandi complessi del secondo Novecento.
La diffusione della medicina territoriale e di prossimità, rilanciata dalla messa in crisi dei sistemi sanitari ospedale-centrici avvenuta con l'epidemia da Covid-19, ha fornito le ragioni e gli strumenti per un ripensamento delle strutture sanitarie di base in un'ottica di primo presidio di cura, le cosiddette Case della Salute più recentemente evolutesi in Case della Comunità con l'aggiunta dell'assistenza sociale. Organismi plurifunzionali per eccellenza che hanno nella creazione di un sistema integrato di funzioni (medica, socio sanitaria e assistenziale) la loro ragione d'essere. Da architetti ci è sembrato, allora, l'occasione per riconquistare quello 'spazio

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

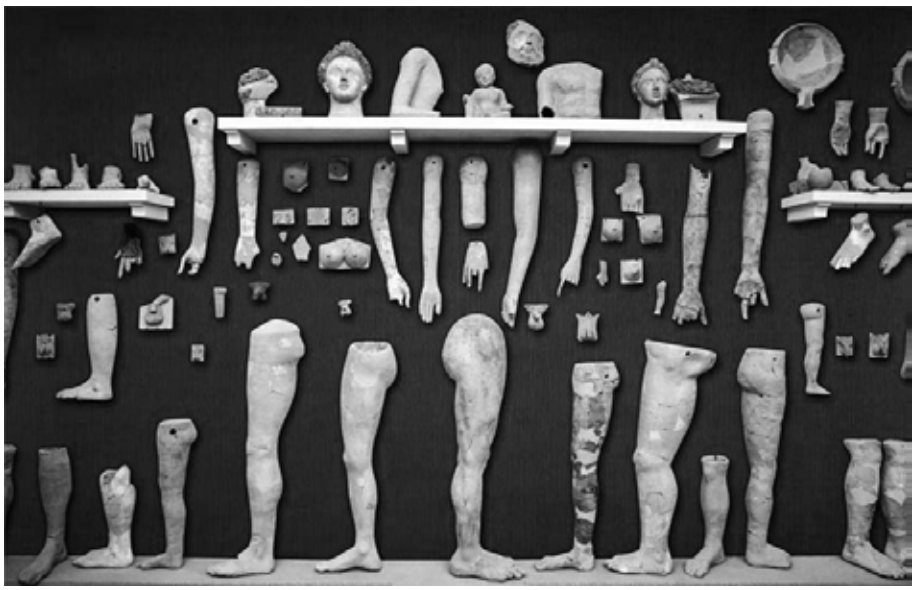


Fig. 1
Riproduzioni in terracotta di parti anatomiche offerte ex voto ad Asclepio.

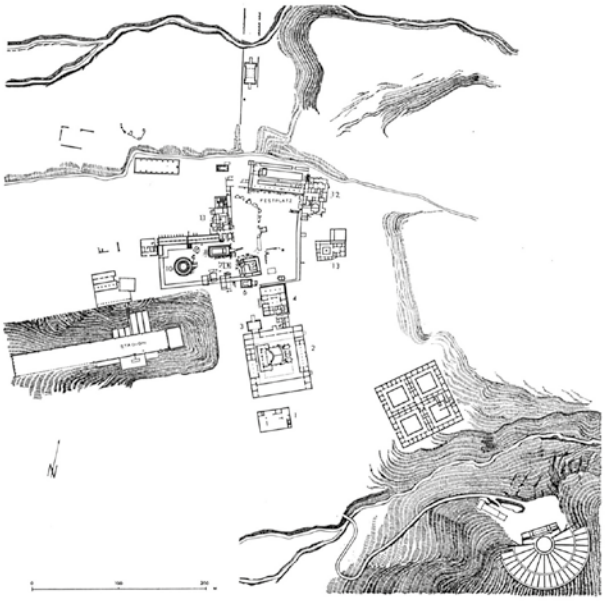
Fig. 2
Asclepio ed Igea (a destra), Museo Archeologico del Pireo, Atene.

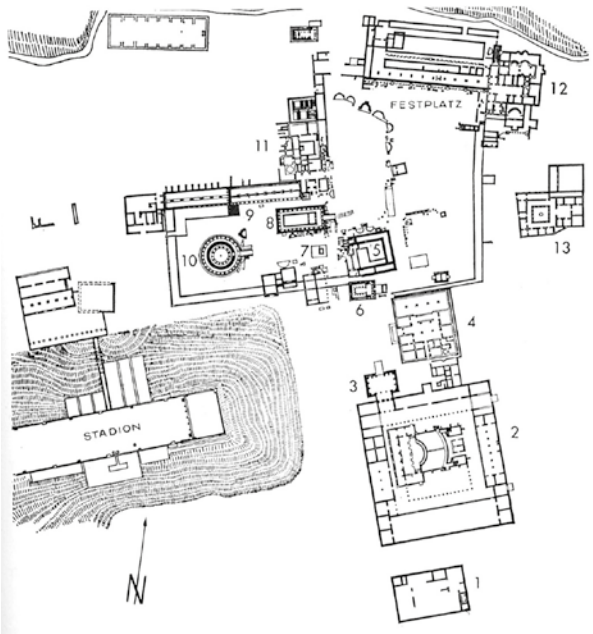
perduto dell'architettura (e dell'architetto) della reinterpretazione tipologica' proprio a partire dagli esempi storici più significativi qui raccolti.

Dall'*Asklepeion* alla Casa della comunità: per una nozione complessa ed integrata di cura

Non vi è dubbio che la storia della tipologia dello spazio della cura abbia seguito l'evoluzione della tecnica, della scienza e della cultura mediche tanto che dal sacerdote guaritore alla definizione del medico specialista corrisponde una progressiva organizzazione spaziale suddivisa per ambiti specialistici che poco lascia all'invenzione tipologica.
Nelle città dell'antica Grecia, in cui le tipologie architettoniche sono frutto di riti collettivi, l'*Asklepeion* collocato in genere all'esterno in una sorta di 'altra-città' santa (il santuario definito dal recinto sacro) colloca in posizione centrale il Tempio del Dio della Medicina Asclepio, contornandolo da elementi tipici delle spazialità pubbliche dell'agorà come i lunghi loggiati (stoà che contengono le celle dei malati). È solo successivamente al III e II secolo a.C., però, che si configurano i luoghi dell'ospitalità come frutto del rapporto tra metodo di cura e lo spazio adibito all'assistenza medica mediante la creazione di ambienti riservati agli ammalati. Non ancora un edificio ospedaliero vero e proprio ma un luogo articolato in cui i diversi elementi come il bosco, la fonte, il tempio compartecipano al rito della guarigione. Significativi sono gli *Asklepei* di Epidauro, di Pergamo e di

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046





Figg. 3-4
Asklepeion di Epidauro, IV secolo a.C. Piante

Legenda
1. Bagno (periodo greco)
2. Palestra con inserito l'Odeon (periodo romano)
3. Propileo
4. Dormitorio per giovani
5. Dormitorio per anziani
6. Tempio di Artemide
7. Altare di Asclepio
8. Tempio di Asclepio
9. Abaton (sala per il sonno risanatore dei malati)
10. Tholos
11. Terme di epoca romana
12. Terme di epoca romana
13. Santuario degli egiziani (di epoca romana)

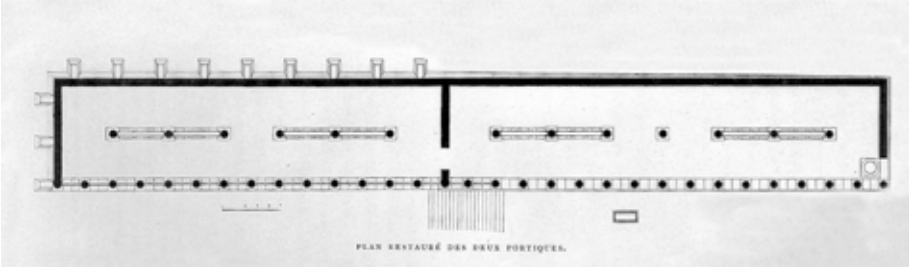


Fig. 5
Pianta dell'Abaton di Epidauro, IV secolo a.C.

Kos del IV secolo a.C.. Nel caso di Epidauro l'*Asklepeio* si inserisce in un sistama composito distribuito all'interno del recinto sacro che comprende i dormitori, l'Altare e il Tempio di Asclepio e l'*Abaton* ossia lo spazio (un portico a due piani) per il sonno risanatore dei malati. Nel caso di Pergamo, al contrario l'*Asklepeion* è isolato e separato dal concentramento delle funzioni pubbliche a formare «un'architettura urbana di forma compiuta come sovrapposizione di continue aggiunte che seguono o hanno presente un disegno generale» (Aymonino 2005). Nell'ultimo caso, quello di Kos, l'*Asklepeion* assume la forma di un percorso ascensionale organizzato su due grandi corti e tre terrazzamenti: il primo, in basso conteneva le camere dei malati, la seconda terrazza conteneva l'Abaton e i due Templi dedicati ad Apollo (il padre) e di Asklepio (il figlio) mentre la terza terrazza era dominata dal grande Altare dedicato ad Asklepio.
È interessante notare come il termine stesso ospedale (che denota il luogo attualmente deputato alla cura) abbia avuto origine da una successiva serie di spazi anticamente dedicati all'ospitalità, ancor prima che alla cura. *Hospitalis* era, infatti, la parte dell'abitazione romana riservata agli ospiti (*hospes*) ossia il luogo dove erano accolti i viaggiatori. La *domus* romana presentava sovente uno spazio di cura tanto che la stessa diventa il modello per lo *Iatreo*, già affermatosi in epoca greca come luogo domestico per la cura degli ammalati, archetipo del moderno ambulatorio. Se la cura privata veniva esercitata a livello domestico, la cura pubblica si afferma attraverso

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

Figg. 6, 8
Pergamo, Planimetria e Pianta dell'Asklepeion, seconda metà del IV secolo a.C.

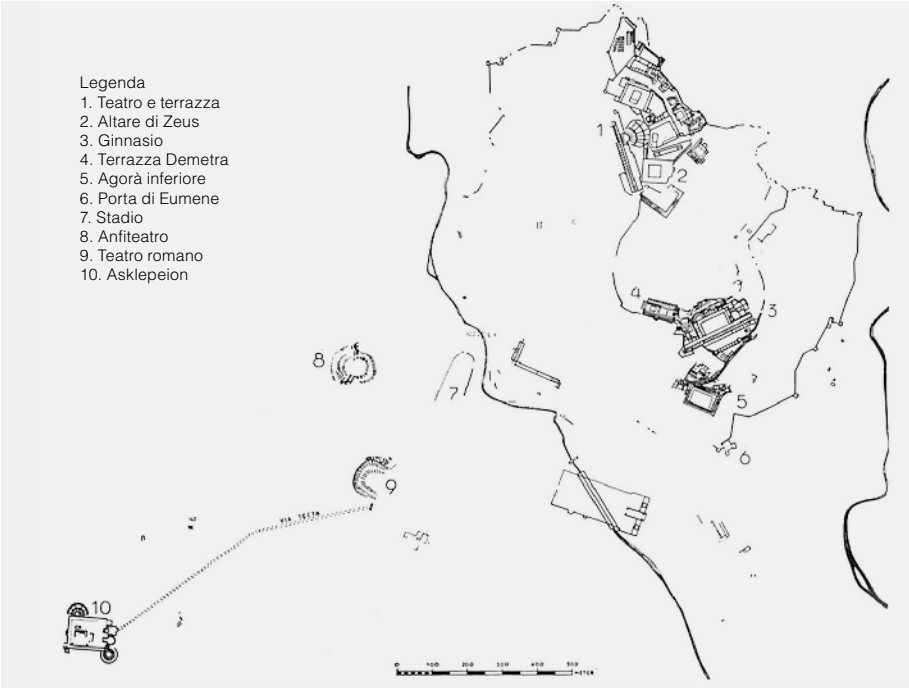
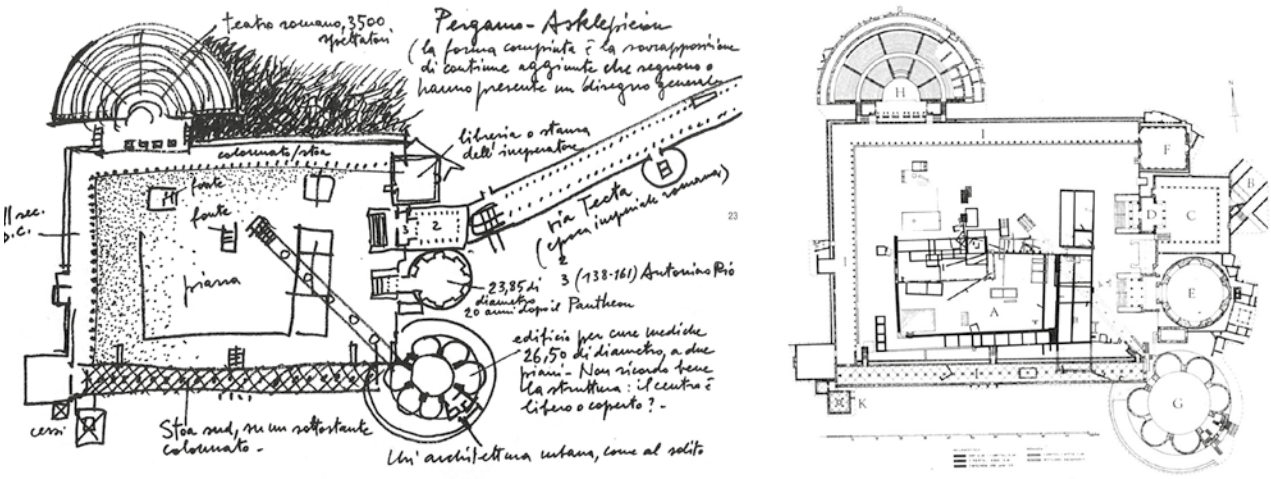
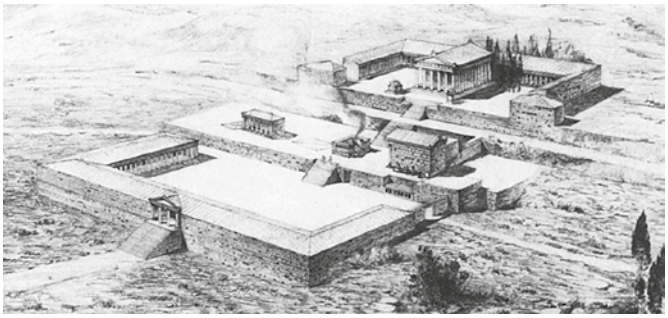
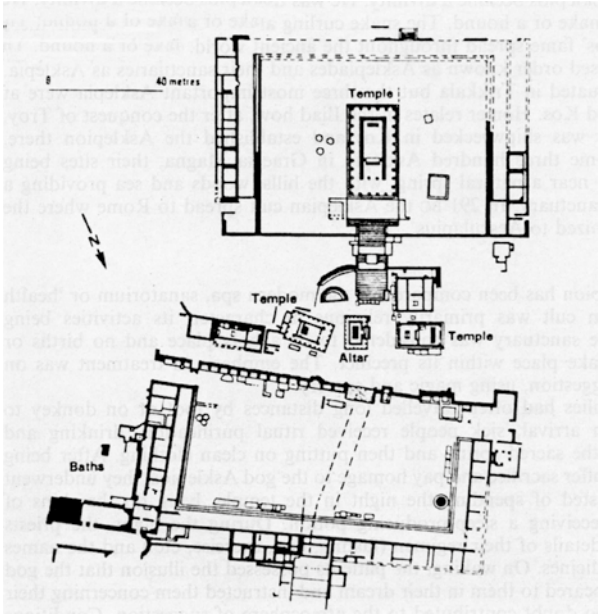


Fig. 7
Carlo Aymonino, Disegno dell'Asklepeion di Pergamo.







Figg. 9-11
Asklepeion di Kos, V a.C.-III d.C. Planimetria, ricostruzione e sezione.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

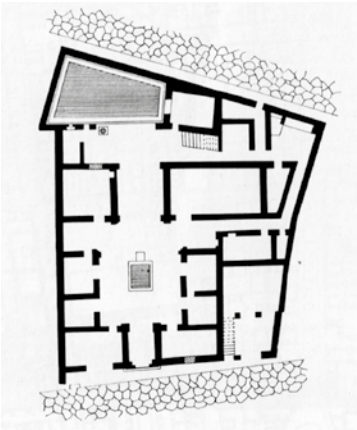
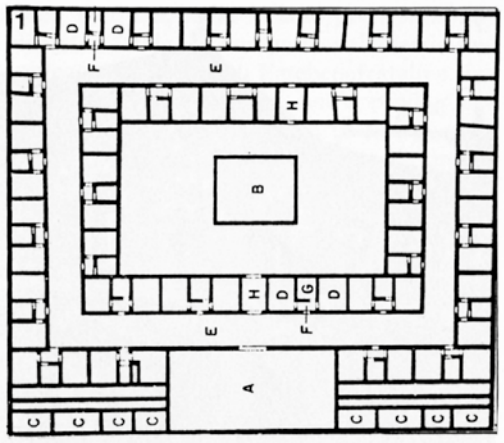
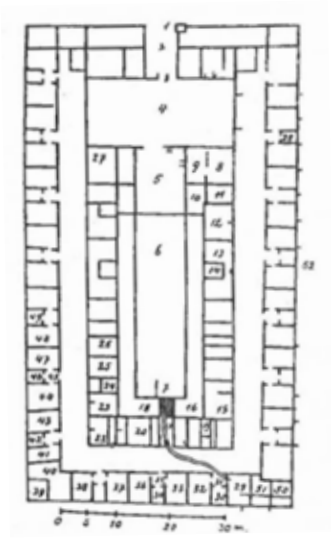


Fig. 12
Casa del chirurgo di Pompei. *Iatreo,* IV ed il III secolo a.C.





Figg. 13-14
Pianta e ricostruzione del Valetudinario di Vengadissa in Svizzera.

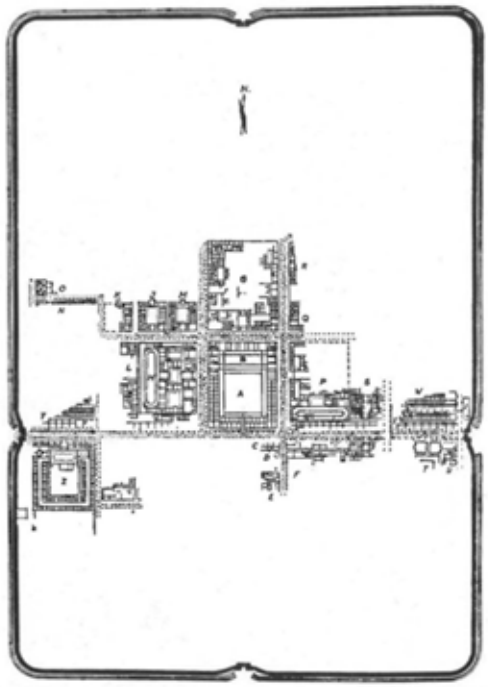
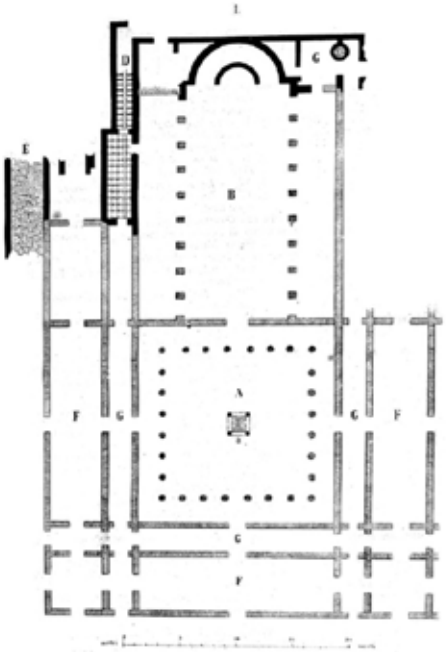


Fig. 15
Pianta del Valetudinario del Castrum di Novaesium in Germania

Fig. 16
Pianta del Castrum di Vetera in Germania. Il Valetudinario è contrassegnato con la lettera "Z"

l'istituzione caratteristica dei *Valetudinaria*, nelle due declinazioni per gli schiavi e per i soldati ossia le due entità produttive della società romana. Ogni accampamento romano stabile possedeva un *Valetudinaria* militare che insieme alle Terme, al *Praetorium*, al *Quaestorium* e alla Palestra costituiva la dotazione di edifici pubblici per la comunità (TABANELLI 1960). Secondo la prassi romana i *Valetudinaria* erano per lo più grandi corti quadrate con un corpo di fabbrica distribuito da un corridoio centrale e gli ambienti disposti su entrambi i lati come nel caso di Vengadissa in Svizzera e Vetera in Germania, mentra in alcuni casi poteva apparire come corte allungata a rettangolo (Novaesium in Germania).
Nel successivo affermarsi del Cristianesimo, dal 313 d.C., l'accoglienza e l'assistenza viene inglobata nei compiti istituzionali della Chiesa e praticata soprattutto nei luoghi conventuali e nelle abbazie in grandi spazi indistinti. Il passaggio formale avviene con il Consiglio di Nicea 325 d.C. che impose l'obbligo per ogni città sede di cattedrale di istituire un ospedale direttamente collegato alla chiesa ed a gestione diretta del clero. Gli *Hospi-*

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046



Legenda
A. Cortile con cisterna
B. Basilica
E. Via Antica
F. Sale di degenza
G. Corridoi di disimpegno

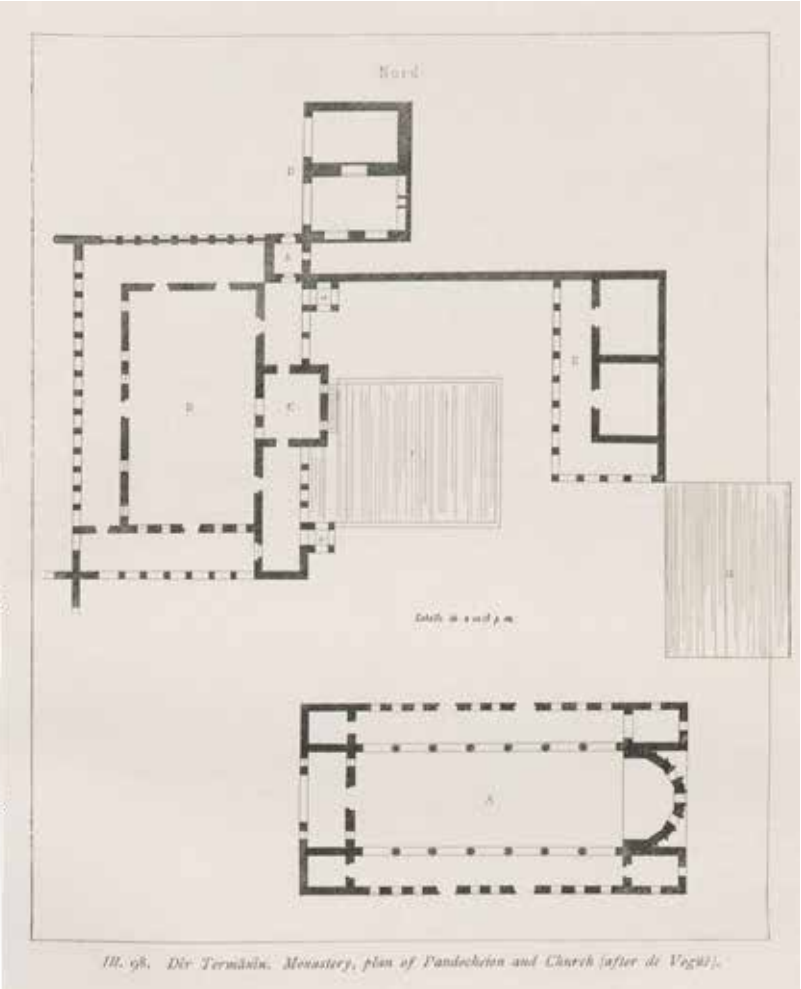


Fig. 17
Xenodochio di Pammatio a Ostia, 398 d.C., planimetria

Fig. 18
Xenodochio di Termanin (Siria), IV sec. d.C., planimetria

tiolum o *Hospitium* erano di fatto "luoghi ospitali" in cui l'assistenza e la cura erano per lo più impartite da uomini di fede e non da uomini di scienza ancorché empirica com'era al tempo. La medicina, infatti, consisteva in rimedi medicamentosi, come preparati di erboristeria, e chirurgici, come salassi e incisioni di vario tipo. Non stupisce, quindi se uno dei più antichi ospedali in Oriente, quello di Cesarea in Cappadocia (l'attuale Israele), fu fondato tra il 368 e il 372 d.C. da San Basilio, vescovo della città. Così progressivamente l'Oriente si viene a dotare di vari istituti assistenziali come gerontocomi, xenodochi, brefotrofi e nosocomi.
In Occidente la spinta all'evangelizzazione dei mendicanti e pellegrini portò in epoca medievale alla costruzione di numerosi *Xenodochia* posti in prossimità delle parrocchie sulle principali vie di comunicazione: essi tuttavia non hanno ancora un preciso riferimento tipologico dovuto soprattutto al tipo di assistenza medica ancora non definita in maniera scientifica. In alternativa alle *Tabernea* gestite da laici, gli *Xenodochia* offrivano ai pellegrini luoghi dediti alla meditazione e alla cura ed erano disposti a non più di 30-35 km l'uno dall'altro, la distanza percorribile in una giornata di cammino. I primi *Xenodochia* sorsero verso la fine del IV secolo, come testimonia quello di Ostia (398 d.C.) che, pur nell'evidente derivazione dal tempio, mostra i caratteri di una maggior articolazione in virtù della presenza di una corte porticata che precede la Basilica e di sale di degenza affiancate alla corte. Nel caso di Termanin in Siria, le due parti costitutive dell'impianto sono nettamente separate: da un lato la grande sala contornata da un portico mentre dall'altro la basilica autonoma e separata.
Sono soprattutto gli ordini religiosi – Benedettini, Cluniacensi e Cister-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

Legenda
1. Chiesa del convento
2. Clausura
3. Infermeria
4. Chiesa dell'infermeria
5. Cucina e bagno dell'infermeria
6. Ambiente per i salassi
7. Casa dei medici
8. Giardino per le piante medicinali
9. Casa per ospiti di riguardo
10. Cucina, forno e fabbrica di birra per ospiti di riguardo
11. Casa per pellegrini e poveri
12. Cucina, forno e fabbrica di birra per i pellegrini
13. Abitazioni per i confratelli di passaggio
14. Amministratore degli ospizi per i pellegrini
15. Accessi al 9 e all'11
16. Accessi al 9 e all'11

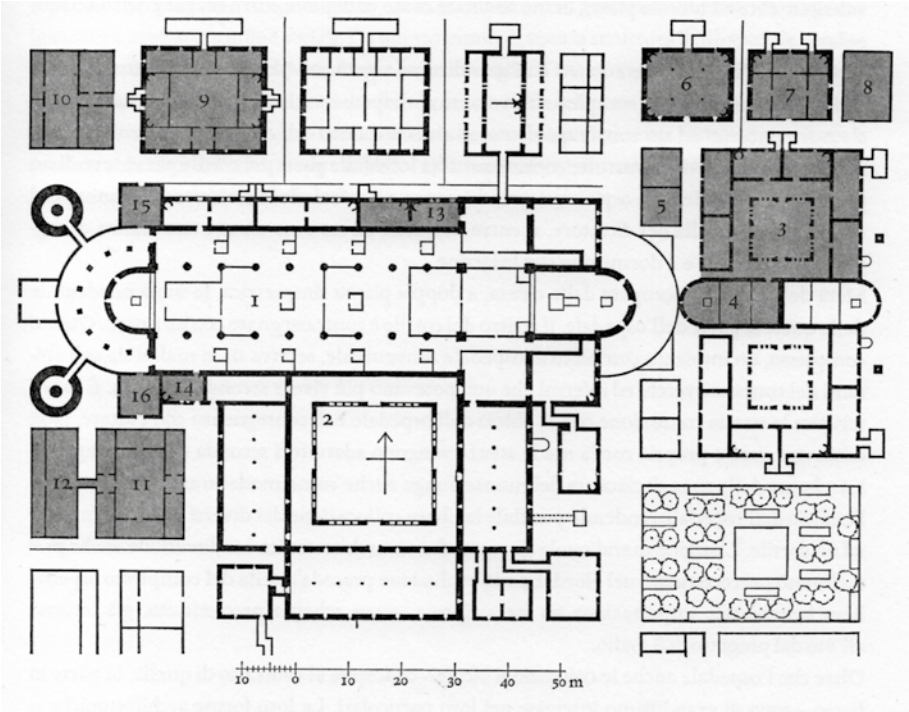


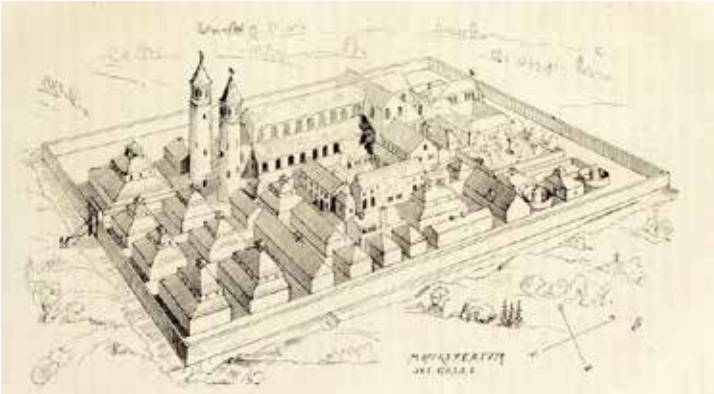
Fig. 19
Abbazia di San Gallo, Svizzera, 820 ca. Ridisegno.

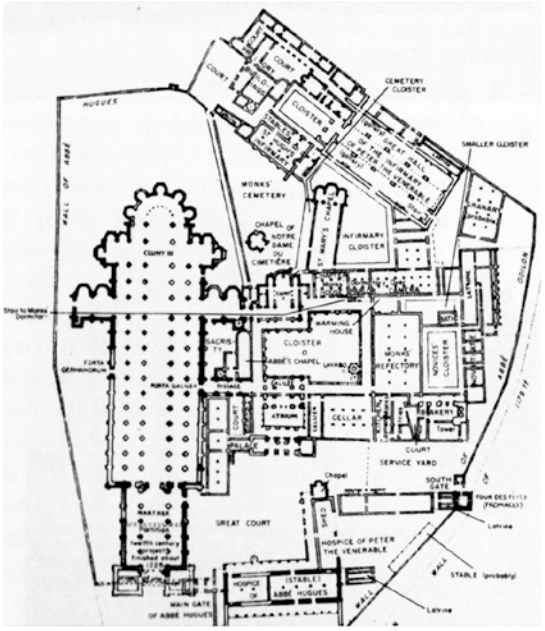
censi –, i responsabili della costruzione delle strutture di assistenza per gli infermi, ancora non individuabili come parti caratteristiche o caratterizzate dal punto di vista architettonico. Nell'organismo tipologico conventuale o abbaziale, quindi, gli spazi di assistenza e cura si uniformano alla tipologia degli spazi di culto perlopiù a sviluppo lineare, a una o più navate, con l'altare posto in posizione terminale come vuole la regola orientato verso est. Così è nel caso dell'abbazia benedettina di S. Gallo in Svizzera.
Il progetto fu influenzato dai dettami di accoglienza e assistenza insita nella Regola di San Benedetto e comprendeva, all'interno del complesso abbaziale medievale, un impianto d'assistenza ospedaliero simile alla disposizione planimetrica del convento stesso.

La chiesa abbaziale separa gli ospizi, dedicati a eventuali ospiti di passaggio, accolti nell'area d'ingresso e il complesso ospedaliero vero e proprio, situato a est. Il nucleo principale di quest'ultimo si dispone simmetricamente attorno a una chiesa minore, asse centrale del progetto, fornita di doppio altare, per permettere un simultaneo utilizzo ad ammalati ospitati in zone separate. Gli spazi funzionali sono progettati secondo una precisa divisione che li separa in luoghi di degenza e di cura. Ai lati della chiesa due chiostri collegano due distinti e uguali dipartimenti (uomini e donne) organizzati con stanze, dormitori, latrine, camere per i malati, contagiosi e i relativi servizi: refettorio, spazio riunioni e alloggio del sorvegliante. I locali destinati ai servizi generali, cucina e bagni, sono separati dalle degenze e differente per ciascun dipartimento. L'impianto è completato da un lato dal cimitero, dall'altro dagli edifici per i salassi, farmacia, camera per casi gravi, l'alloggio del medico e il giardino delle erbe medicamentose. (LI CALZI 2008, 63).

In questo periodo è possibile individuare due elementi invarianti da cui mutuare l'ospedale: la chiesa e il chiostro. Cosi che la tipologia della chiesa gotica si offre all'interpretazione di un'unica grande sala di degenza (a una o tre navate) con finestre aperte sui lati lunghi, mentre il chiostro diviene il contenitore degli spazi di servizio.
Nell'abbazia benedettina di Sant'Agostino di Canterbury in Inghilterra l'infermeria viene aggiunta utilizzando come snodo il cortile piccolo (*little choister*). Essa è costituita da una sala rettangolare e 3 navate di 75 x 21 m. Anche il convento di Cluny in Francia obbedisce sostanzialmente alle stesse regole tanto che nel XII secolo un ampliamento aggiunge la nuova

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046





Figg. 20-21
Abbazia di Cluny, Francia, 1157. Planimetria generale e ricostruzione.

Legenda
1. Chiesa del convento
2. Clausura
3. Little cloister
4. Sala dell'infermeria
5. Cappella dell'infermeria
6. Misericord (Flesh frater)

Fig. 22
Abbazia benedettina di Sant'Agostino, Canterbury, Inghilterra.

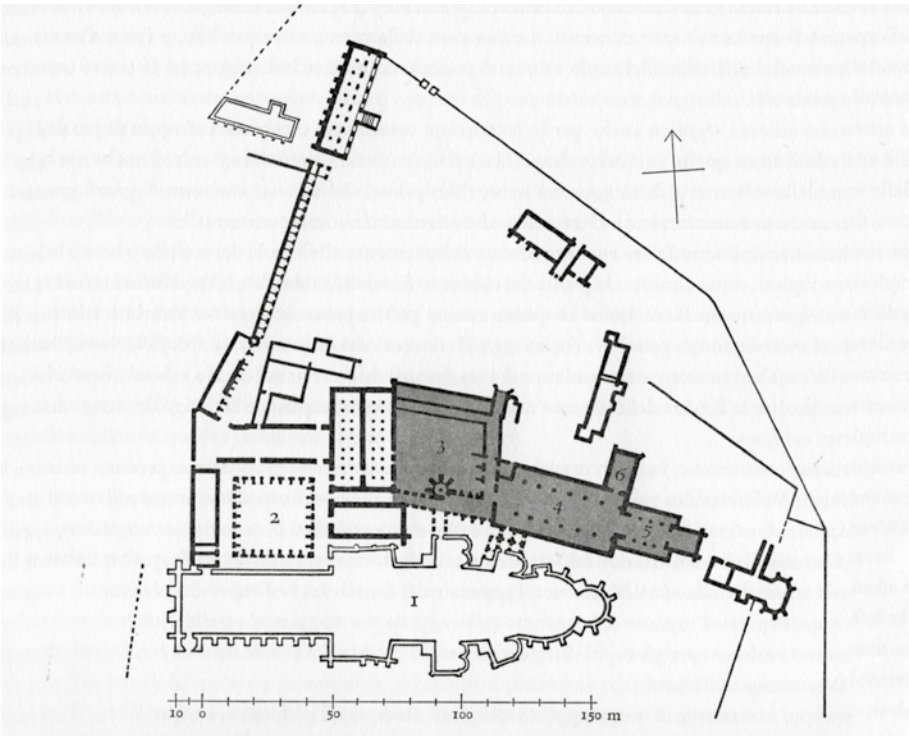
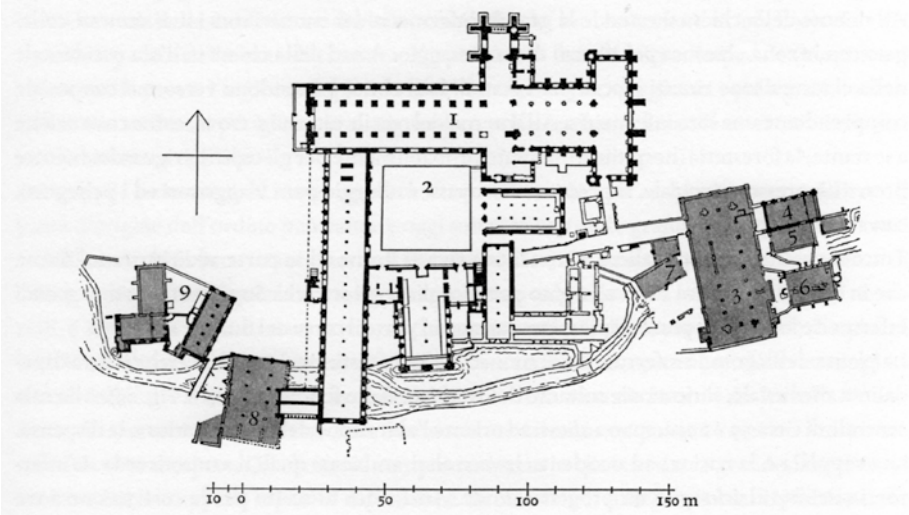


Fig. 23
Abbazia cistercense di Fountains, Inghilterra, 2009. Planimetria.



Legenda
1. Chiesa del convento
2. Clausura
3. Infermeria dei frati
4. Ambiente per l'infirmarius
5. Cappella
6. Cucina
7. Misericord
8. Infermeria dei fratelli laici
9. Abitazione per gli ospiti

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

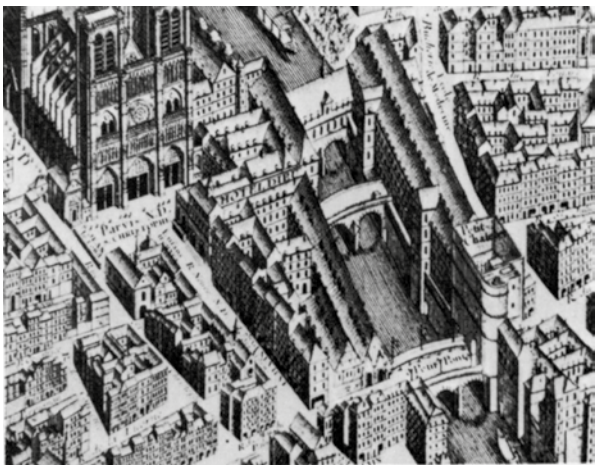
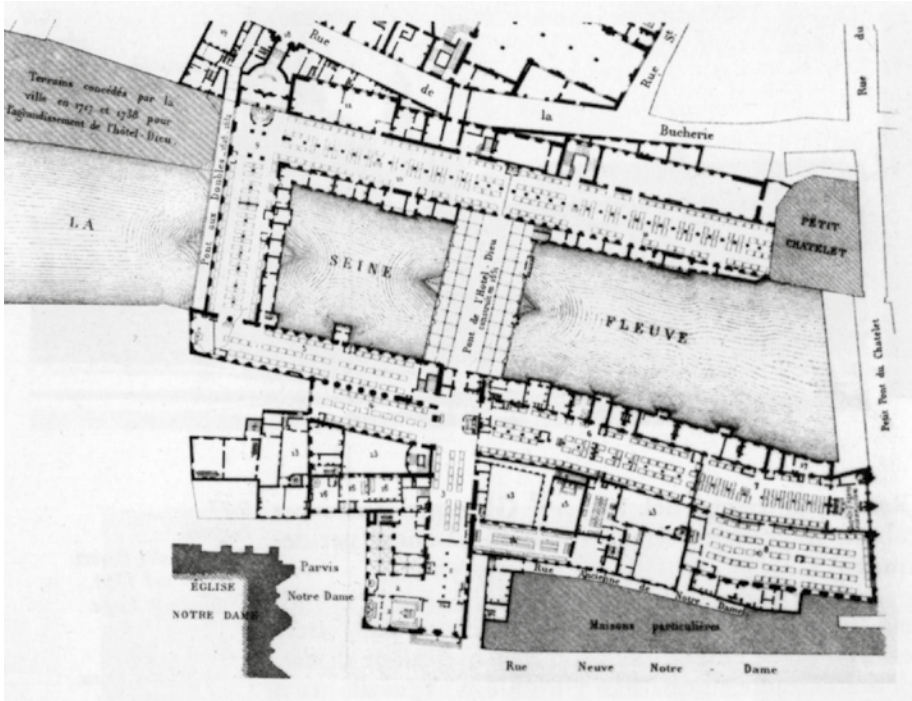


Fig. 24
Hôtel-Dieu, Parigi. Raffigurazione di una sala in una stampa del XVI secolo.

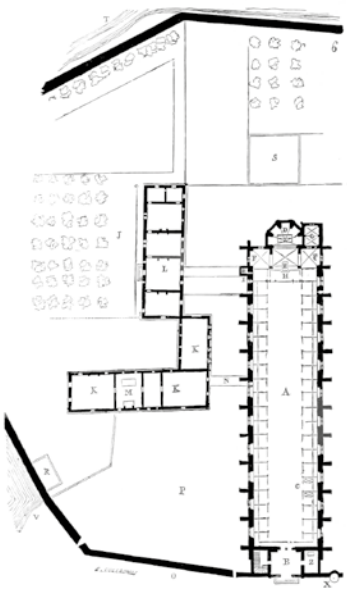
Figg. 25-26
Veduta e planimetria della cattedrale di Notre Dame e dell'Hôtel-Dieu prima dell'incendio del 1772

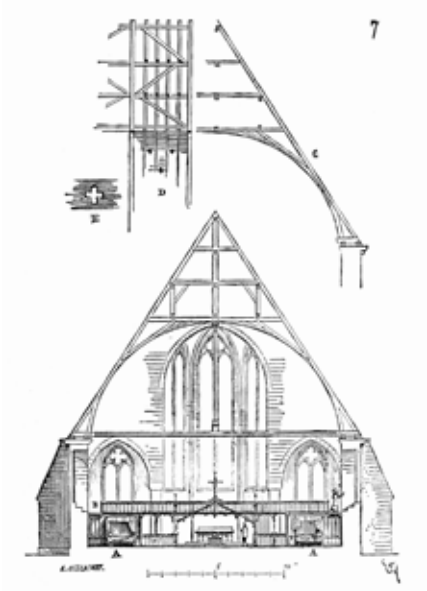


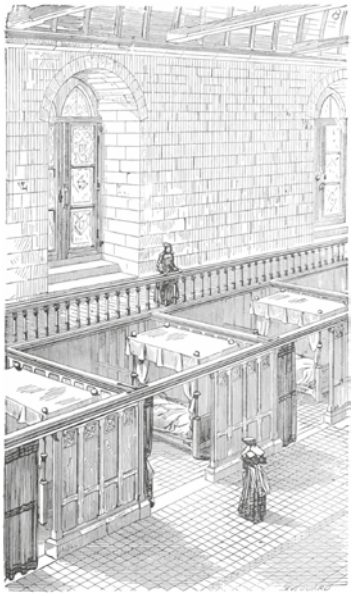
infermeria costituita da una grande sala divisa in tre navate (55 x 27,5 m), collegata alla vecchia infermeria attraverso un chiostro quadrato.
Anche le abbazie cistercensi non fanno eccezione ed utilizzano il medesimo modello. Nell'abbazia di Fountains in Inghilterra è presente una sala-infermeria a tre navate di circa 55 x 25 m che presenta la particolarità di essere a ponte sul torrente probabilmente per ragioni igieniche e di approvvigionamento di acqua.
Se da un lato, quindi, la complessa struttura conventuale autosufficiente aveva nella chiesa-ospedale l'elemento dedicato alla cura dei malati, dall'altro la città medievale ingloba nella struttura urbana l'ospedale in progressiva e costante espansione sostituendo, adattando e riscrivendo di volta in volta gli spazi destinati ai servizi rispetto alla grande sala dei malati. È il caso degli Hôtel-Dieu francesi ed in particolare quello di Parigi nell'Ile de la citè in cui rimangono riconoscibili le sale ad infermeria unica, mano a mano aggiunte fino alla saturazione degli spazi urbani e costrette ad ampliarsi oltre la Senna mediante ponti costruiti ad uso infermerie.

Nello stesso periodo in Oriente progrediva rapidamente la disciplina medica dando origine ad ospedali tipologicamente mutuati dal tipo del palazzo reale in cui per la prima volta è presente anche la Scuola medica come

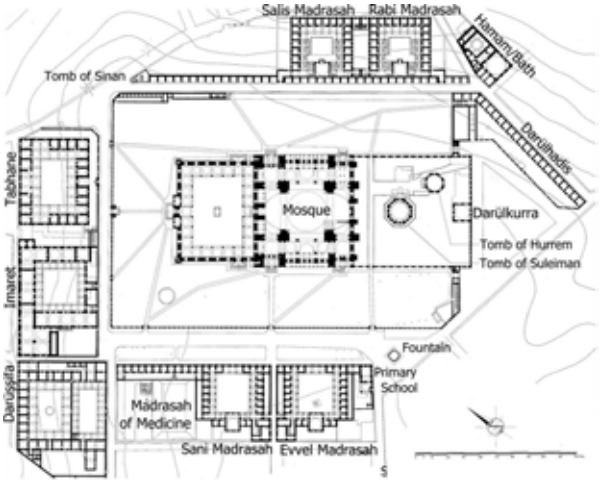
DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046







Figg. 27-29
Eugène Viollet-le-Duc, *Dictionnaire raisonné de l'architecture française du XIe au XVIe siècle*, Tome 6, Hôtel-Dieu, 1868. Hôtel-Dieu di Tonneree, fine XIII secolo.



Figg. 30-32
Mimar Sinan, l'Ospedale della moschea di Suleymaniye, Istanbul, 1557

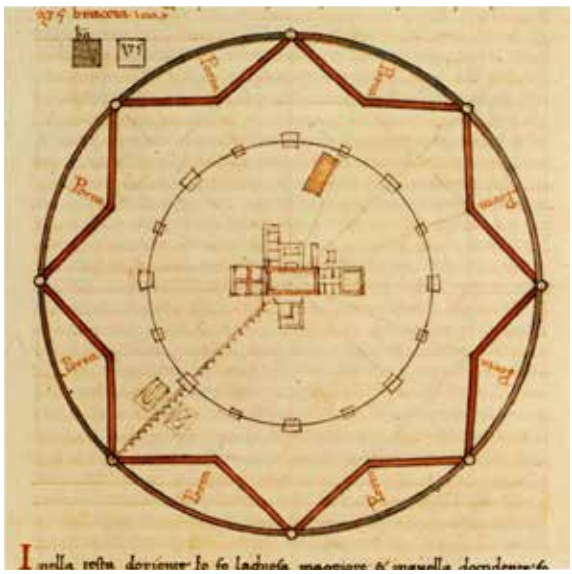
Fig. 33
L'Ospedale al-Mansur Qalawun del Cairo, XIII secolo.

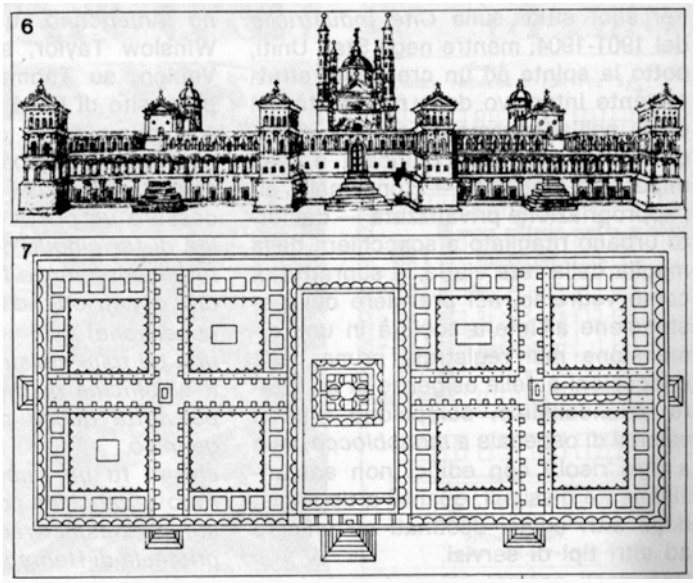
nel caso dell'Ospedale al-Mansur Qalawun del Cairo del XIII secolo. Alla base di questo diverso paradigma tipologico vi erano le altrettanto diverse credenze medico-scientifiche non basate sulla pratica religiosa tanto è che è proprio in Oriente in continuità alla tradizione greca che si sviluppa la disciplina medica.
Nell'ambito della nascita della clinica, la scuola assunse un ruolo sempre maggiore fino a determinare una perfetta simmetria tra le due parti: ospedale e scuola. Tipologicamente, la corte porticata diviene la matrice da replicare per l'organizzare delle varie funzioni.
In Turchia in particolare sono gli edifici adibiti all'ospitalità di poveri e viandanti come i caravanserragli a fornire una tipologia da adottare per lo sviluppo dell'ospedale. Uno dei primi ospedali di Istanbul, il Suleymaniye si colloca attorno al recinto della Moschea insieme alle principali funzioni pubbliche.

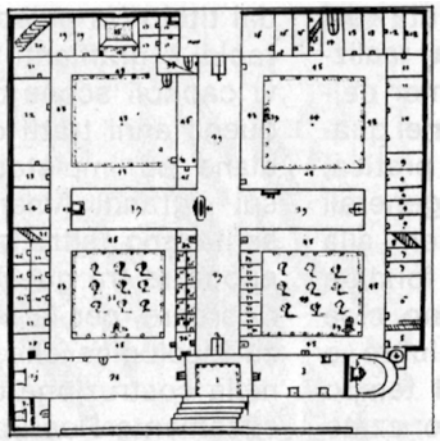
La tipologia della corte, con passaggi protetti ad uso delle stanze di degenza separate, diviene funzionale ai sistemi di cura che si evolvono e si sperimentano a diretto contatto con l'ammalato. In questo fenomeno, significatamente laico, si riconoscono gli impulsi che determineranno in Europa solo nel diciottesimo secolo la nascita delle prime cliniche ospedaliere. (LI CALZI 2008, 84).

Nel contesto in cui si inserisce questo studio, parallelamente allo sviluppo della clinica medica, assume particolare significato anche la farmacologia

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046







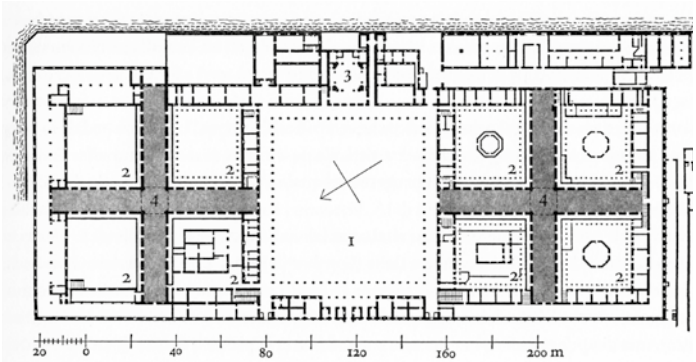


Fig. 34
Antonio Averlino detto il Filarete, Sforzinda, 1460.

Figg. 35-38
Antonio Averlino detto il Filarete, Spedale dei Poveri o Ospedale Maggiore (Ca' Granda), 1457.

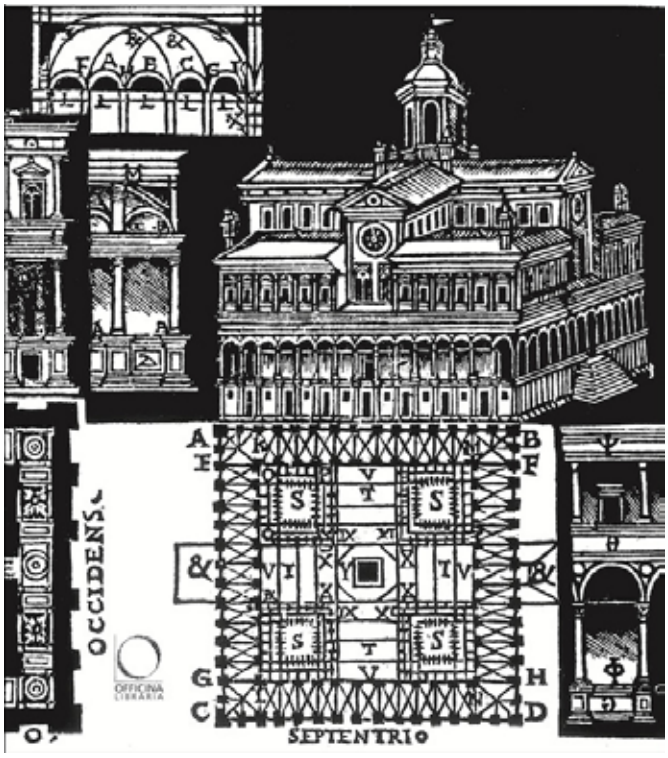
Fig. 39
Ospedale San Matteo di Pavia, 1449.

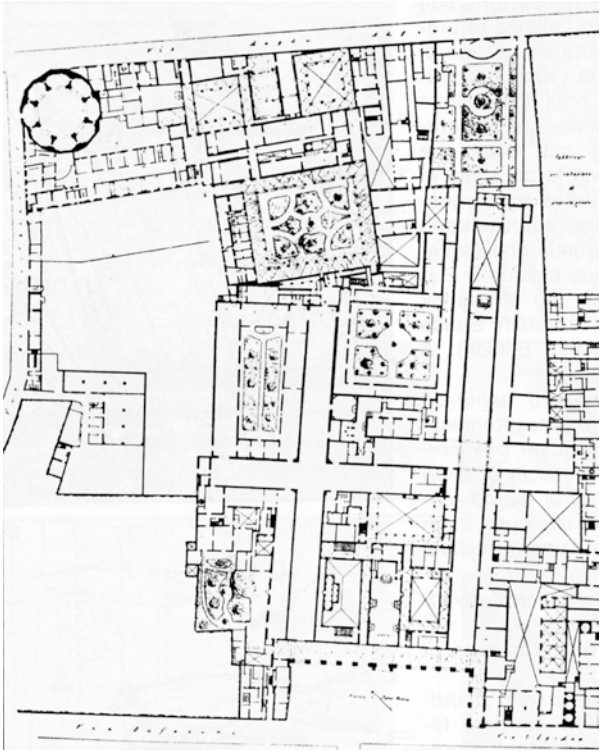
basata principalmente sull'uso dei semplici, le erbe appunto, coltivate negli orti intesi come giardini della medicina.

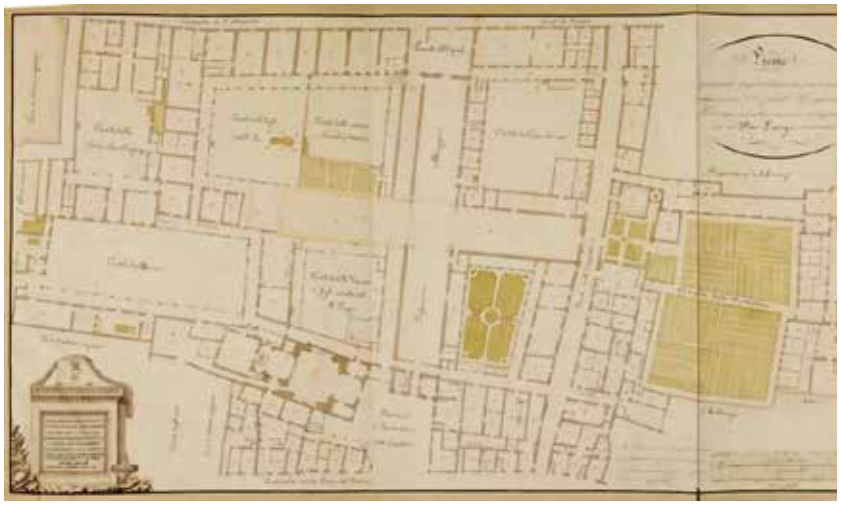
Se l'ospedale-monastero, si scopre poleogenetico originando città (come ad esempio nella città di San Gallo), la nuova società quattrocentesca imprime un rinnovamento nell'organizzazione dei malati e nella gestione dell'ospedale ancor prima che nella tipologia architettonica. Gli utenti iniziano ad essere suddivisi: i poveri, viandanti e pellegrini dai i malati e questi ultimi ulteriormente divisi per categorie (gli acuti dai cronici, ma anche per sesso): un complesso moderno gestito ormai dal potere laico. Si assiste alla nascita di un'autonoma tipologia (quella a crociera) intesa come fabbrica ospedaliera moderna. Il più alto esempio di un rinnovamento che investe tanto l'idea di città quanto quella di società (non senza significato simbolico) è riscontrabile nell'Ospedale Maggiore, la cosiddetta Ca' Granda, di Milano iniziato nel 1456 ad opera di Antonio Averlino detto il Filarete. Quest'ultimo aveva infatti collocato l'Ospedale nella città ideale di Sforzinda al fianco delle grandi attrezzature urbane come il Palazzo del Signore, il Teatro, la Cattedrale, il Mercato, ecc.
Come era già avvenuto in passato, l'elemento tipologico di base è costituito dalla corte: una grande corte centrale, e quattro corti minori porticate, poste su entrambi i lati, suddivise da altrettanti corpi a crociera.

Nella concezione dell'ospedale si verifica una fondamentale inversione concettuale: se l'ospedale medievale è immagine della chiesa e del monastero, quello rinascimentale, come edificio rappresentativo della nuova organizzazione del potere della città, è

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046







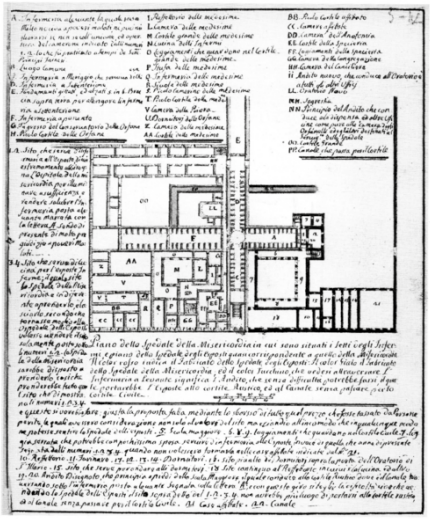


Fig. 40
L'Ospedale in una illustrazione della traduzione di Cesare Cesariano del De Architectura di Vitruvio, 1561.

Fig. 41
Ospedale di Santa Maria Nuova, Firenze 1445.

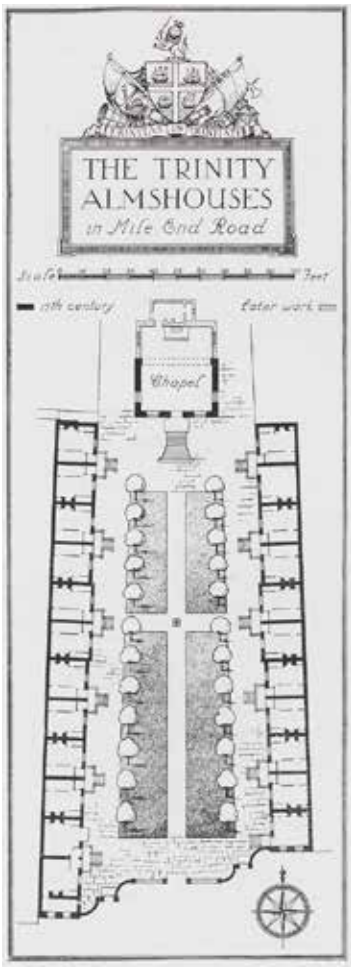
Fig. 42
Crociera di San Luca, Brescia, 1447.

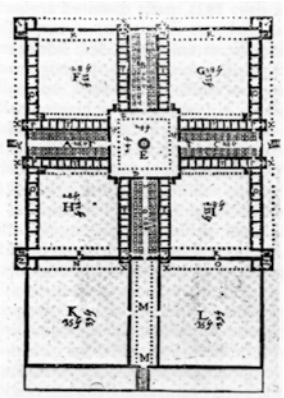
Fig. 43
Ospedale Vecchio di Parma, 1476.

immagine del palazzo civile e come tale ne assume il ruolo e la dignità.

Così che in questa nuova rinnovata impostazione sarà la chiesa ad essere inglobata nell'ospedale e non viceversa.
Se la crociera compare già a Firenze nell'Ospedale di Santa Maria Nuova (1445) sono la Lombardia e l'Emilia i territori in cui si diffonde progressivamente perfezionandosi: a Brescia (1447), a Pavia (1449), a Mantova (1450), a Milano (1456), Lodi (1459), Como (1468), Piacenza (1471) e Parma (1476). La disposizione della doppia crociera in parte sovrapposta di Firenze lascia il posto ad una precisa geometrizzazione peraltro coerente con i modelli simbolici rinascimentali.
Durante il '600 si assiste sostanzialmente ad una rielaborazione geometrica fondata sulla combinazione di corti e crociere a determinare un impianto tipologico chiuso a recinto verso la città e soprattutto autonomo.
Verso la fine del secolo inizia a comparire una forma tipologica destinata ad avere un certo successo nel '700 costituita dallo schema radiale 'a panottico' generato dalla duplice esigenza di moltiplicare i corpi mantenendo una funzionalità dei percorsi……
Una successiva variazione tipologica si ha con la comparsa delle cosid-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046





Figg. 44-45
The Trinity Almhouses, 1794. Pianta e veduta.

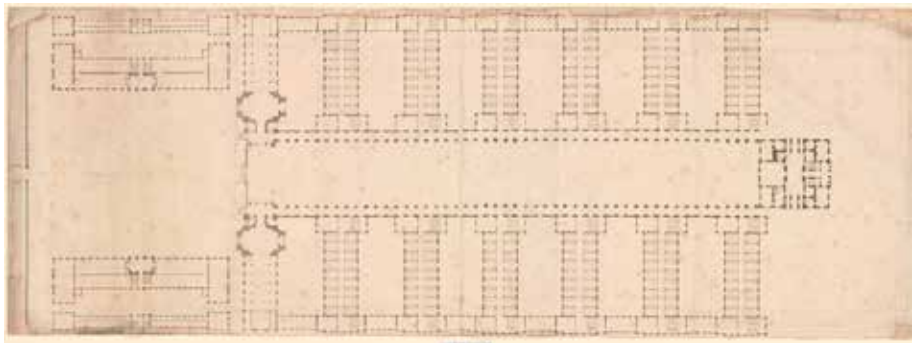
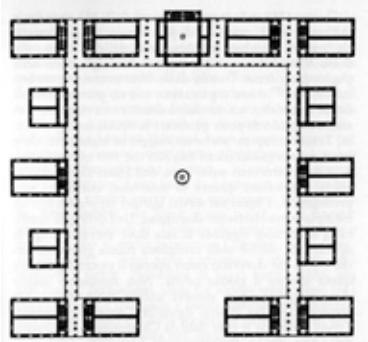


Fig. 46
Philibert Delorme, Ospedale, 1561



Figg. 47-48
Cristopher Wren, Royal Naval Hospital, 1694-1702, Greenwich. Pianta e veduta.

Figg. 49-50
Alexander Rovehead, Royal Naval Hospital, Stonehouse, Plymouth, 1758-1764. Pianta e veduta.

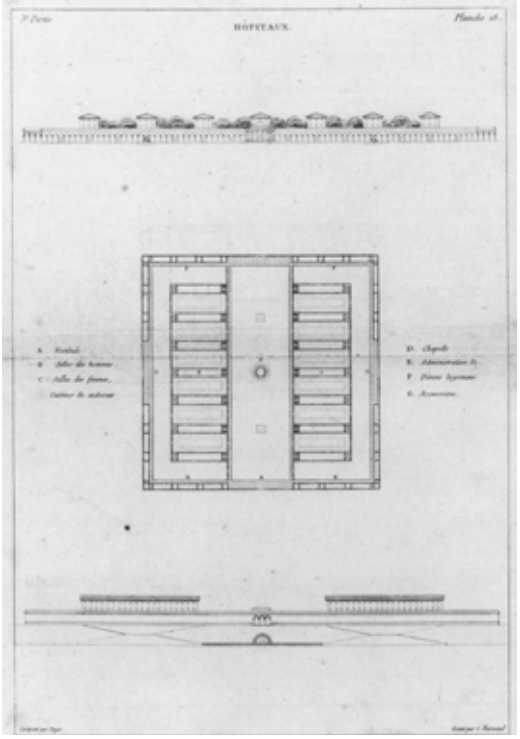


Fig. 51
Jean-Nicolas-Louis Durand, Hopitaux, Da Précis des leçons d´architecture, données a l´école polytechnique, Paris - 1802-1805.

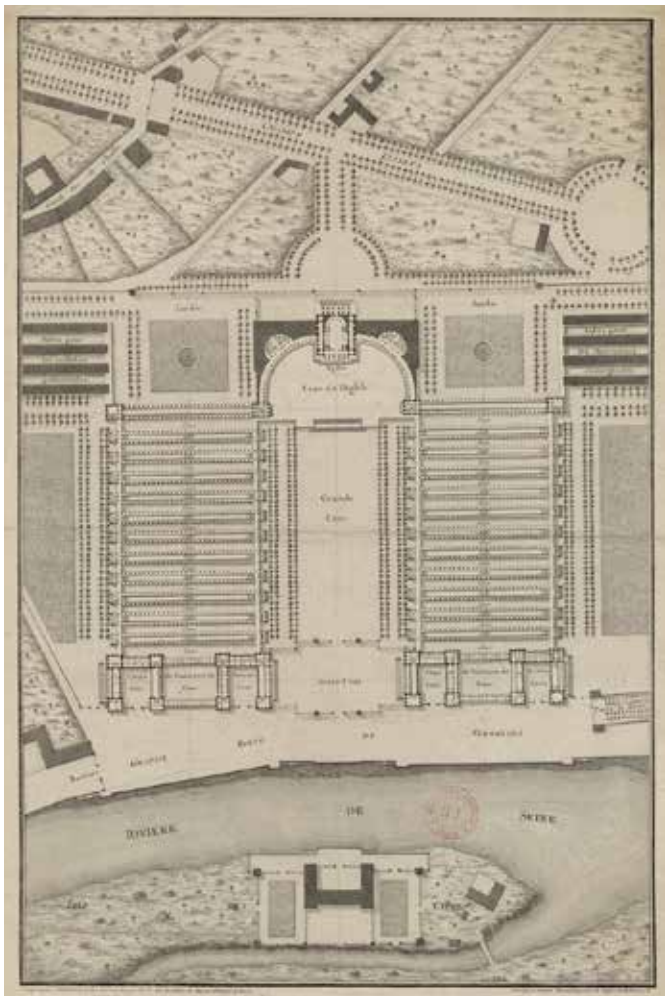
DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

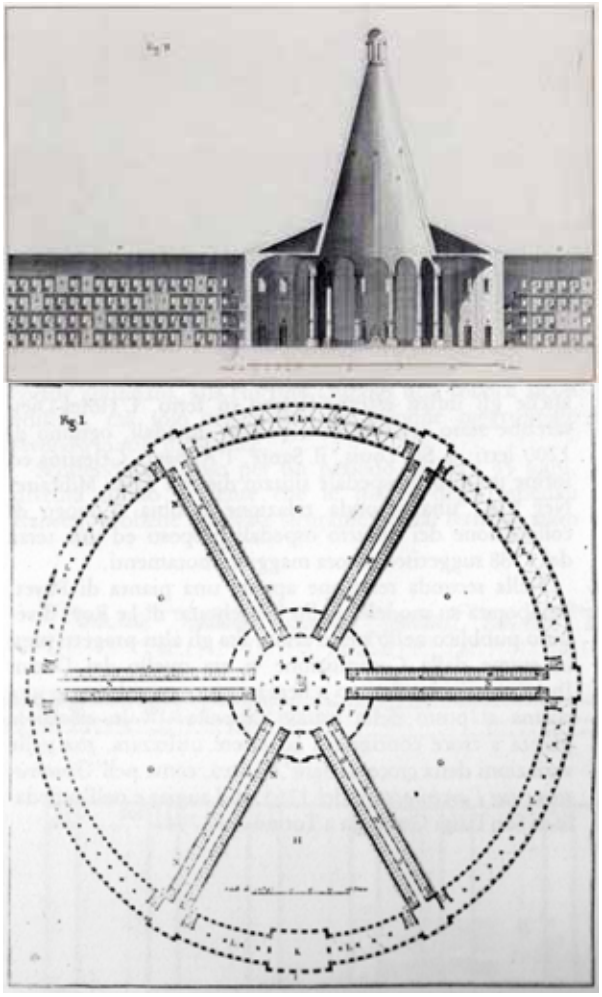
dette *Almshouses*, ossia strutture assistenziali residenziali destinate ai poveri che consistevano in edifici lineari contrapposti collegati in testata su un lato da un corpo principale determinando una corte aperta allungata. Questa tipologia, poi adottata in alcuni ospedali britannici, ha costituito l'archetipo per un altro tipo innovativo destinato ad essere utilizzato anche per altre funzioni di vita associata (per esempio i campus universitari) come l'impianto a padiglioni paralleli e isolati. Dapprima senza alcun tipo di collegamento fisico, che comparirà in seguito, i padiglioni quadrati o rettangolari erano disposti su schemi planimetrici geometrici subordinati ad un asse di simmetria alla cui estremità in genere era collocato l'edificio principale. Così era il Royal Naval Hospital di Christopher Wren a Greenwich (1694-1702) e il successivo Royal Naval Hospital di Alexander Rovehead a Stonehouse, Plymouth (1758-1764).

Il concorso per la costruzione dell'Hotel Dieu di Parigi (1777-1788), successivo all'incendio del 1772, ha fornito un contributo decisivo all'imposizione dell'ospedale a padiglioni come modello tipologico per l'ospedale moderno. L'occasione del concorso di un ospedale per una grande città com'era già Parigi a quel tempo ha catalizzato l'attenzione dei diversi saperi disciplinari contribuendo ad un decisivo avanzamento delle conoscenze in campo medico scientifico ed architettonico. Non a caso Michel Foucault (1976) le definisce "macchine per guarire" che obbediscono non solo ad un principio estetico formale ma ad un ordine funzionale: "l'ospedale-edificio si organizza poco a poco come strumento di azione medica" (Foucault 1975). Più di duecento progetti sollecitano le coscienze dei medici sulle problematiche medico scientifiche dando vita a ciò che egli ha definito "nascita della clinica": "l'architettura della clinica si definisce progressivamente per una serie di polemiche sull'ordine interno,

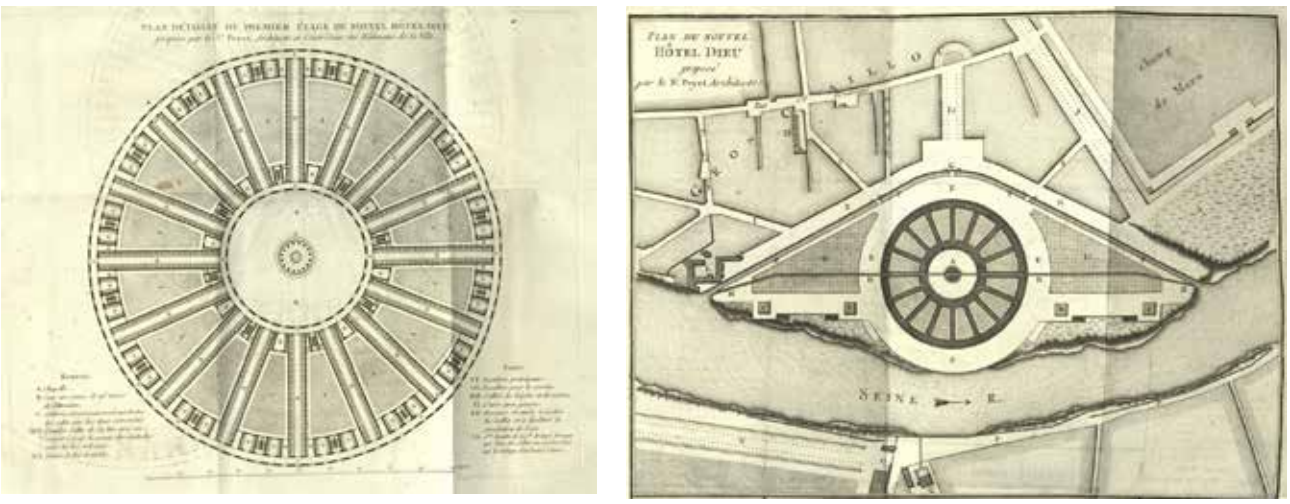
Fig. 52
M. Le Roy, Plan général d'un projet d'Hôtel-Dieu, Parigi, 1773.

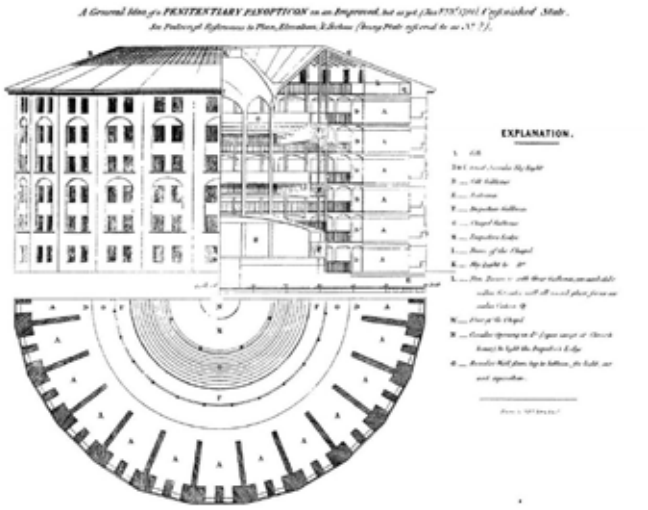
Figg. 53-54
Antoine Petit, Projet et mémoire sur la meilleure manière de construire un hôpital de malades, Louis Cellot, 1774. Sezione e Pianta.

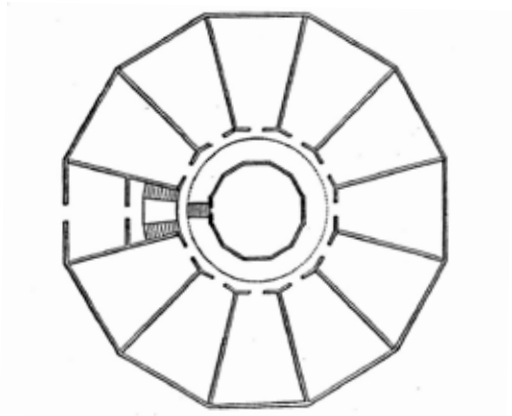




DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046







Figg. 55-57
Bernard Poyet, Progetto per la ricostruzione dell'Hotel Dieu, Parigi (primo progetto), 1785. Pianta, planimetria, prospetto e sezione.

Fig. 58
Jeremy Bentham, A general idea of Penitentiary Panocticon, disegno di Willey Reveley in 1791.

Fig. 59
Jeremy Bentham, Panocticon, 1797.

la posizione, la dimensione, la distribuzione e il numero di queste nuove macchine, progettate per guarire un grande numero di malati in economia" (Foucault 1963).

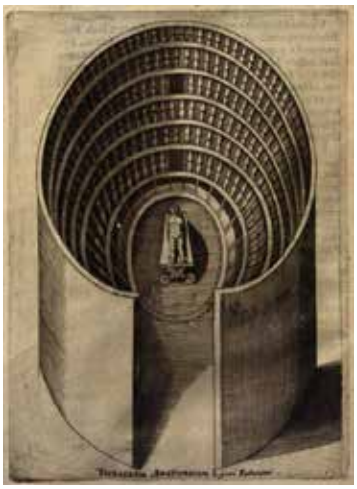
Nel processo manualistico enciclopedico che domina la seconda parte del secolo (vedi Diderot e D'Alembert) l'ospedale entra a tutti gli effetti come protagonista al pari dei grandi edifici pubblici. È comunque sempre la concezione sanitaria dell'areazione che giustifica l'adozione dei padiglioni separati e indipendenti che possono godere quindi di una corretta ventilazione vista come strumento terapeutico. Così è per i progetti dell'Hotel Dieu di Parigi come l'Ospedale a padiglioni di Jean Baptiste Leroy (1773) riferito direttamente al tipo del Palazzo Reale (quello di Marly), il quale è caratterizzato da una grande corte rettangolare ai lati della quale si collocano i padiglioni paralleli e isolati che contengono le sale di degenza, mentre

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

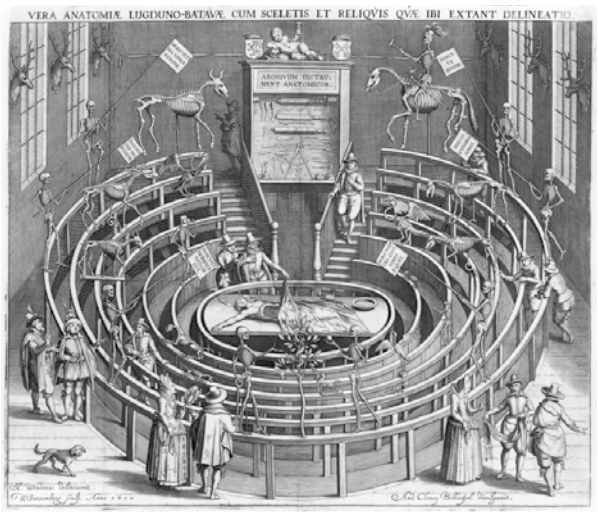
Figg. 60-61
Teatro anatomico dell'Università di Padova, 1594-95. Disegno e fotografia.

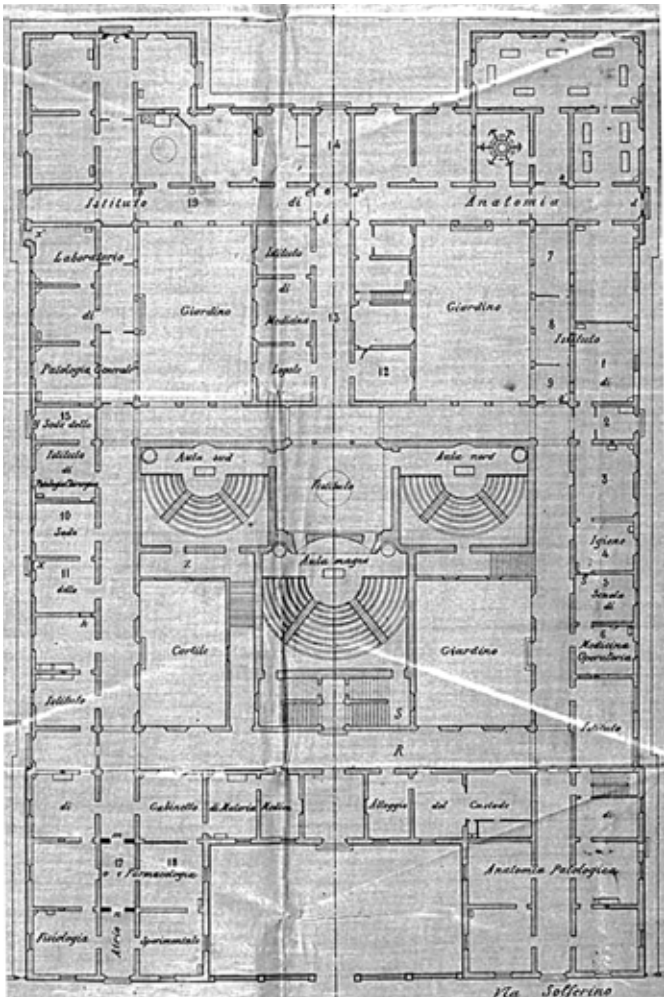
Fig. 62
Pianta della Scuola Medica dell'Università di Pisa, 1597.

Fig. 63
Teatro anatomico dell'Università di Leida, 1597.

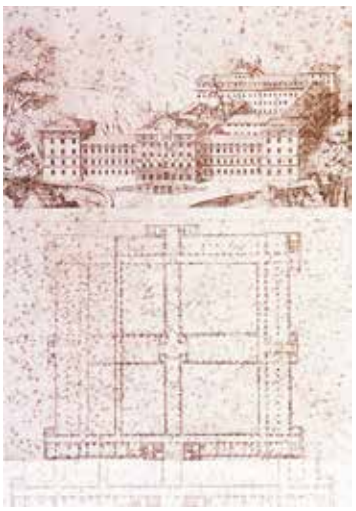


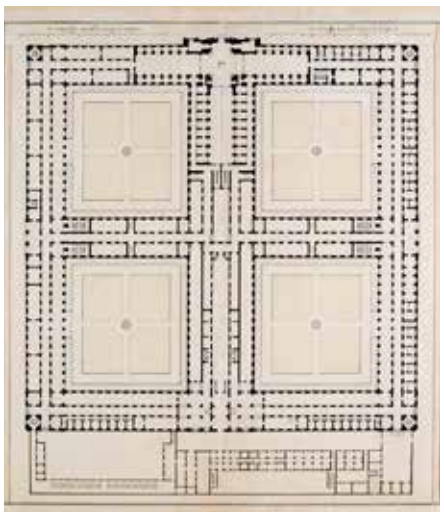
due corti separate contengono i servizi generali e l'amministrazione. L'impianto è simmetrico e sul fondale dell'asse, si trova un portico ad esedra con la chiesa in posizione centrale. Una variante dell'ospedale a padiglioni è costituita dall'Ospedale a raggiera o panottico di Antoine Petit (1774). In questo caso sei lunghi edifici sono raccordati da una corte circolare esterna, mentre nel punto di raccordo centrale si colloca una sala rotonda con un cappella che culmina con un camino conico che diviene l'elemento principale del ricambio d'aria. Da notare come la posizione centrale da sempre occupata dalla funzione religiosa sia ora occupata dal camino nella sua importante funzione tecnologica. Nel successivo progetto a panottico di Bernard Poyet (1785) la moltiplicazione dei padiglioni a raggiera, ben sedici, impongono una minima variazione nello spazio centrale non più simbolicamente occupato dal pieno del camino ma dal vuoto di una corte aperta al cui centro è collocato un tempietto religioso.
Quest'ultimo progetto è sostanzialmente coevo al progetto di *Panopticon* di Jeremy Bentham (1785-1791), un prototipo di edificio ideato per contenere indifferentemente una scuola, una fabbrica, un ospedale o una prigione, che diverrà la base per lo sviluppo di tutta una serie di progetti teorici dimostrativi sviluppati nel corso dell''800 per funzioni museali, sociali, ecc.
Nonostante sia comparso già dal Rinascimento, negli ospedali ottocenteschi si impone anche il *teatro anatomico* o *teatro scientifico* inteso come lo spazio della ricerca e dell'insegnamento medico che si configura come anfiteatro con sedute a gradoni rivolte verso il tavolo delle dissezioni. Benchè in origine si configuri come spazio tipologicamente non caratterizzato essendo per lo più ricavato in sale convenzionali allestite con gradoni in legno, esso avrà un'importanza fondamentale al fine di una variazione ti-





DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046





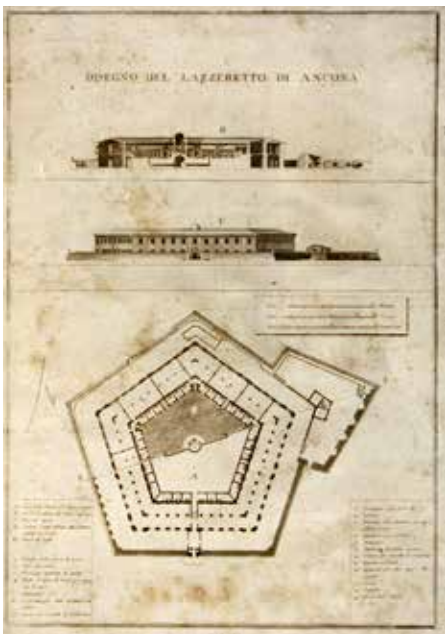


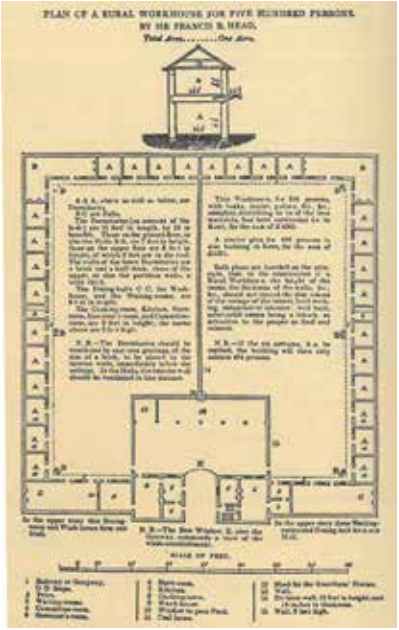
Fig. 64
Pianta e alzato dell' Albergo dei Poveri (pianta Barabino), 1652

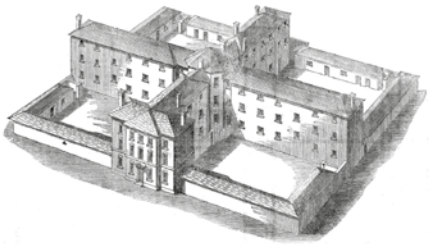
Fig. 65
Ferdinando Fuga, Albergo dei Poveri di Napoli, Seconda versione, 1753.

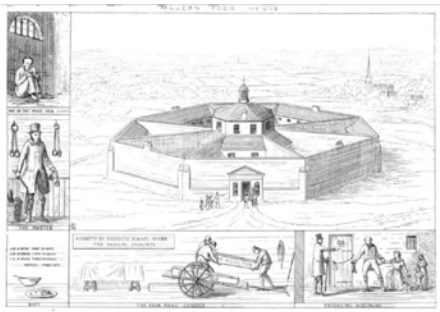
Fig. 66
Luigi Vanvitelli, Lazzaretto di Ancona, 1733. Sezione, prospetto e pianta.

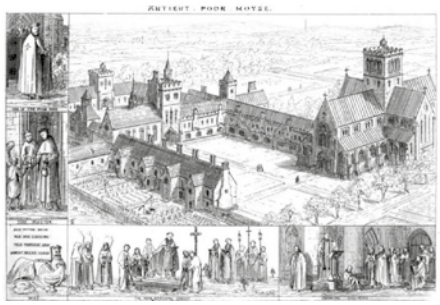
pologica interna degli spazi di cura ormai divenuti spesso anche luoghi in cui impartire la disciplina medica. Accanto agli spazi di cura, quindi, il palinsesto tipologico spaziale si arricchirà di spazi in cui studiare le malattie o rendere trasmissibile il sapere medico: aule, gabinetti, laboratori, ecc.
All'evoluzione tipologica degli spazi di assistenza e cura concorrono anche gli organismi nati per specifiche categorie di bisognosi come modificazione di un principio (anche scientifico) che vedeva tutte le tipologie ricoverate in un unica struttura e spesso in un unico spazio al più raggruppati per esigenze funzionali. Nascono così in Italia gli *Ospedali degli incurabili* destinati anche ai folli, ai sifilitici ed in generale ai cronici, le *Case di San Lazzaro* per i lebbrosi, i *Lazzaretti* per i contagiosi nei casi non poco frequenti di epidemie, gli *Alberghi dei poveri*, nati dall'esigenza sociale di sottrarre alla delinquenza i soggetti senza lavoro. A partire dal '600 (a cui seguiranno le riforme settecentesche) la tendenza ad un'organizzazione più complessa e strutturata dell'assistenza medica seguirà lo stesso processo di classificazione e suddivisione delle patologie ed una progressiva diversa organizzazione delle conoscenze mediche nelle specifiche discipline.
Un caso interessante in cui l'assistenza medica si incrocia con l'assistenza sociale condividendo l'impianto tipologico è costituito dall'esperienza delle *Workhouses* inglesi note anche come *Poorhouses*, un tipo di ospizio dei poveri nato a seguito della diffusione della Pandemia da Peste nera del '300 e che ha avuto soprattutto tra sette e ottocento un'evoluzione tipologica tra assistenza, controllo e detenzione contraddistinguendone i caratteri di impianto. È proprio in questa progressiva modificazione delle esigenze socio-assistenziali, soprattutto a seguito della *New Poor Law* del 1834, che si ha un incremento del dibattito anche architettonico con una conseguente proliferazione dei progetti architettonici.
Fu così che l'architetto Sampson Kempthorne, il cui padre era amico del capo della commissione legislativa, inizia a sviluppare una serie di modelli di *Workhouse:* il primo consiste in una pianta cruciforme di 3 piani racchiuso in un corpo basso quadrato che delimita quattro cortili interni divisi tra donne, uomini, ragazze e ragazzi. Se la parte centrale a crociera era riservata alle funzioni residenziali, il corpo perimetrale ospitava laboratori ed esercizi commerciali che si affacciavano all'interno del cortile mentre all'esterno il tutto era delimitato da mura. Organismi chiusi verso la città, tanto da meritarsi il soprannome di "pauper bastilles" (bastiglie dei poveri) che progressivamente si adeguano sempre più al modello del panottico

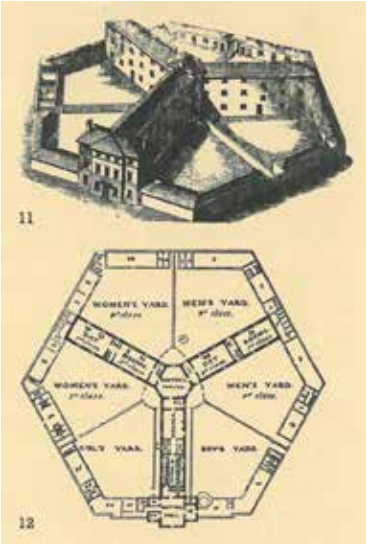
DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046











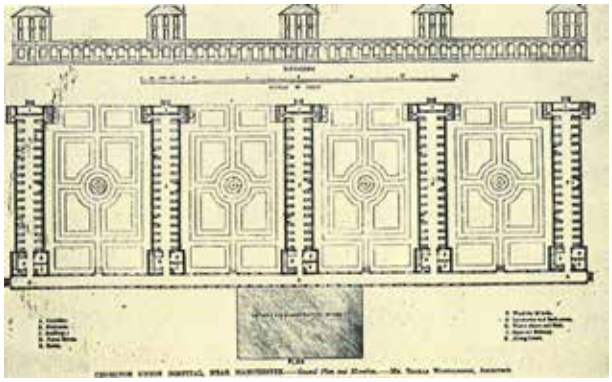


Fig. 67
Francis Head, Pianta modello per una Workhouse rurale progettato per ospitare 500 poveri, 1835.

Figg. 68-69
Sampson Kempthorne, Progetto per una Workhouse a crociera, 1835. Assonometria e pianta.

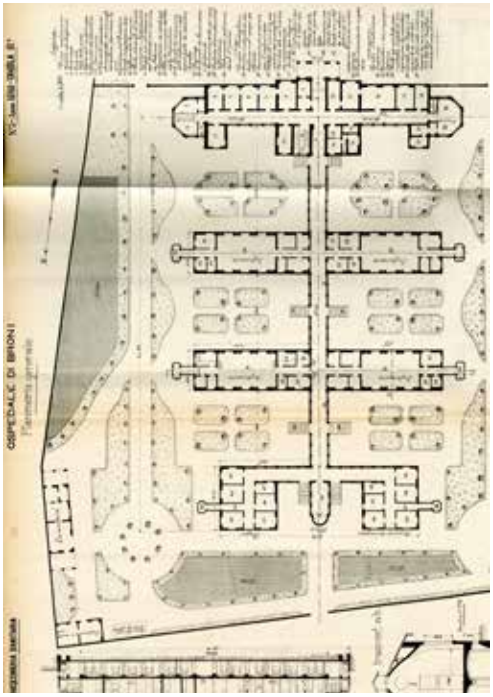
Fig. 70
Augustus Welby, Confronto tra le Workhouses antiche e moderne, 1836.

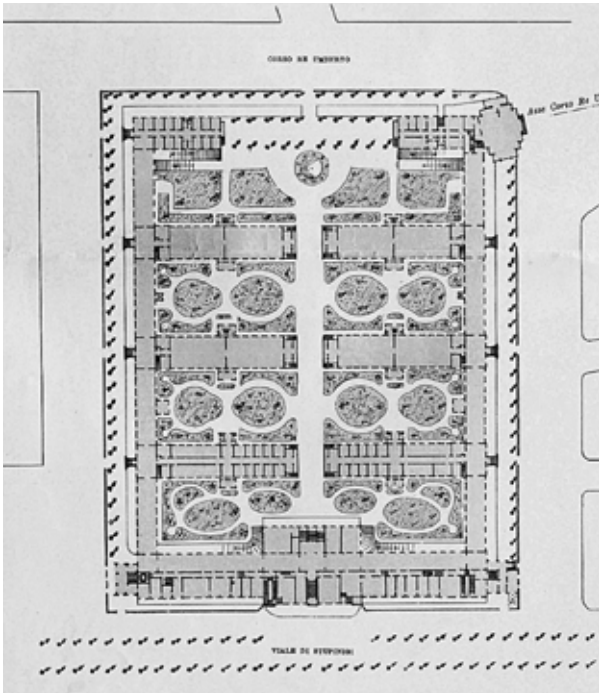
Figg. 71-72
Sampson Kempthorne, Progetto per una Workhouse esagonale, 1835. Assonometria e pianta.

Figg. 73-74
Thomas Worthington, Infermeria della Workhouse di Chorlton Union, 1865.

benthamiano ispiratore dal punto di vista formale ma anche concettuale dei progetti successivi di forma esagonale (con il corpo centrale a forma di Y) e ottagonale a raggera. È proprio questa tendenza verso il modello concettuale contenitivo e reclusivo del panottico che valse ai progetti di Kempthorne le critiche più feroci tanto che fu attaccato duramente anche attraverso una critica che oggigiorno si direbbe comparativa.
Progressivamente, il modello tipologico adottato si sposta verso il più classico tipo a padiglioni spesso utilizzato come ampliamento di *Workhouse* esistenti come nel caso di Manchester in cui il corpo aggiunto dell'infermeria costituito da cinque padiglioni lineari a tre piani formanti un pettine sono collegati al piano terra da un porticato aperto.
Con il diffondersi della manualistica ottocentesca, anche in Italia l'ospedale a padiglioni viene assunto come modello e sviluppato, forse in virtù di una più contenuta richiesta di posti, secondo una variante tipologica che

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046





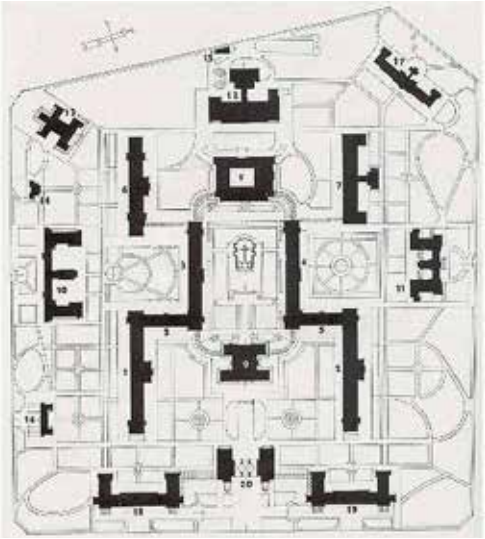


Fig. 75
Febo Bottini, Ospedale modello Carlo Arnaboldi Gazzaniga di Broni, Pavia, 1889-90

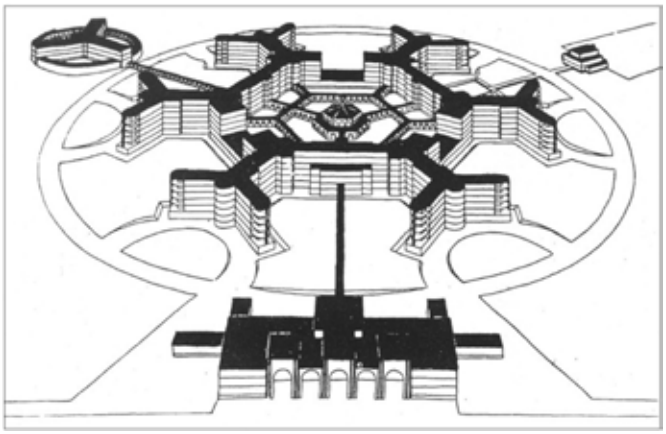
Fig. 76
Ing. Ambrogio Perincioli, Ospedale Mauriziano, Torino, 1881-85

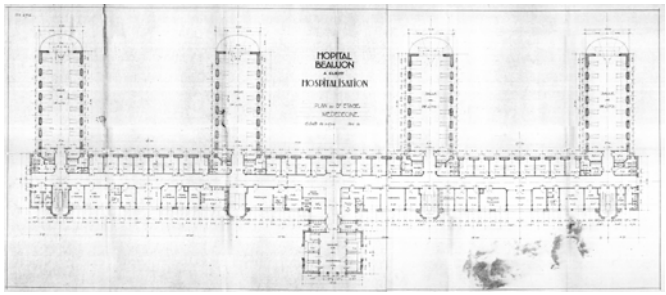
Fig. 77
Emanuele Caniggia, Ospedale Forlanini di Roma, 1934.

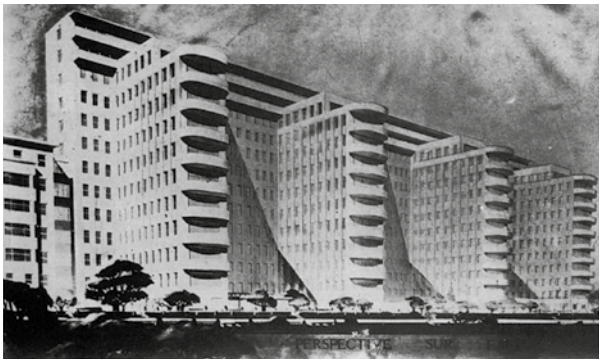
Fig. 78
Giulio Marcovigi con Giulio Ulisse Arata, Ospedale Niguarda di Milano, 1939.

vede i padiglioni posti accoppiati e replicati parallelamente mentre la corte centrale sostituita da un percorso porticato o in alternativa un unico edificio lineare di collegamento che distribuisce ai padiglioni su entrambi i lati. L'ospedale modello di Andrea Busiri, professore accademico di San Luca pubblicato in uno studio del 1884 e l'ospedale di Broni di Febo Bottini del 1889-90 sono gli esempi di queste due varianti tipologiche.
Tra '800 e '900 il modello a padiglioni subirà adattamenti geometrici e variazioni di scala anche mediante l'incremento della superficie verde che contribuirà a definirlo spesso come "ospedale-giardino", fino a raggiungere tipologie miste come nel caso dell'ospedale Forlanini di Roma di Emanuele Caniggia (1934) o il Niguarda di Milano dell'ing. Giulio Marcovigi con l'apporto di Giulio Ulisse Arata (1939).
L'anello di congiunzione tra l'ospedale a padiglioni e l'ospedale a monoblocco, che costituisce il successivo modello tipologico della modernità, è costituito dal progetto dell'ospedale di Brescia dell'ing. Angelo Bordoni (1938), un ibrido tipologico che unisce l'idea dell'ospedale a blocco con l'idea dei padiglioni. Una corte esagonale a sua volta suddivisa da sei percorsi di collegamento a raggiera, si collega ai vertici ad altrettanti edifici ad Y. Tre assi mediani distribuiscono dal corpo dell'ingresso separato ad

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046







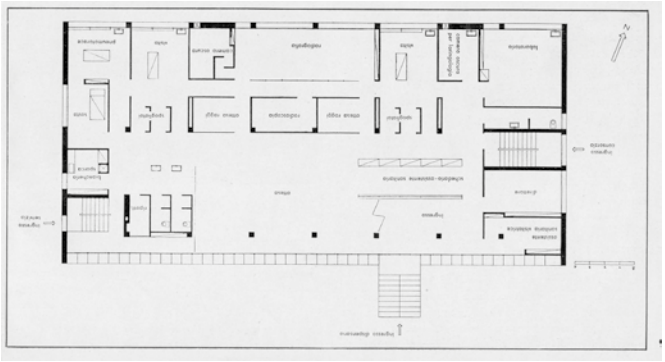
Figg. 79-80
Ing. Angelo Bordoni, Ospedale di Brescia, 1938. Prospettiva e fotografia dall'alto.

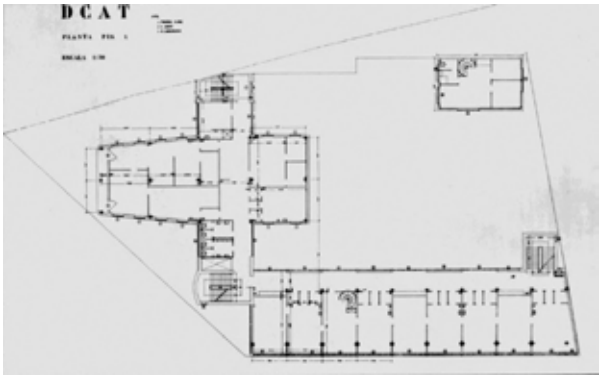
Figg. 81-83
Jean Walter, Urbain Cassan & Louis Victor Plousey, Ospedale Beaujon, Parigi, 1935. Prospettiva e fotografia dall'alto.

altri due corpi esterni.
Il protofunzionalismo dell'ospedale di Brescia (progettato non a caso da un ingegnere) lascerà il campo al funzionalismo di stampo fordista che vede nella razionalizzazione, dei percorsi (orizzontali e verticali) l'aspetto più importante. Il monoblocco crescerà soprattutto in altezza (dai 4/5 piani fino a 12 o più in America) e si imporrà nel corpo urbano più nella massa unitaria e pesante che in una articolazione tipologica.
Il tipo a monoblocco, a cui si aggiungerà il tipo a poliblocco, giunge a maturazione a seguito di evoluzioni scientifiche mediche e tecnologiche (queste ultime non dissimili da quelle che hanno determinato l'imporsi del tipo grattacielo) e può essere considerato come uno sviluppo in altezza del principio del padiglione. Esempio di tale tipologia può essere assunto Hôpital Beaujon di Parigi del 1935 di Jean Walter, Urbain Cassan & Louis Victor Plousey, in cui l'impianto planimetrico formato da 4 ali raccordate da un corpo trasversale è replicato per quasi 10 piani a determinare un complesso di notevole massa architettonica.

A parte qualche eccezione, alle soglie del Razionalismo, l'ospedale diventa il campo della progettazione ingegneristica (dai singoli specialisti ingegneri come Marcovigi alle attuali società di ingegneria) con l'architetto che, quando presente come nel caso di Giulio Ulisse Arata a Niguarda, interviene sull'aspetto estetico ma non su quello tipologico.
Nel medesimo periodo però la parabola che va dalla scoperta della cura alla definizione degli ambienti di cura delle malattie sanatoriali fornisce proprio agli architetti razionalisti una tipologia da inventare e da interpretare secondo i canoni dell'architettura moderna. Se da un lato, quindi, la specializzazione ospedaliera esclude gli architetti dall'ospedale, dall'altro

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046





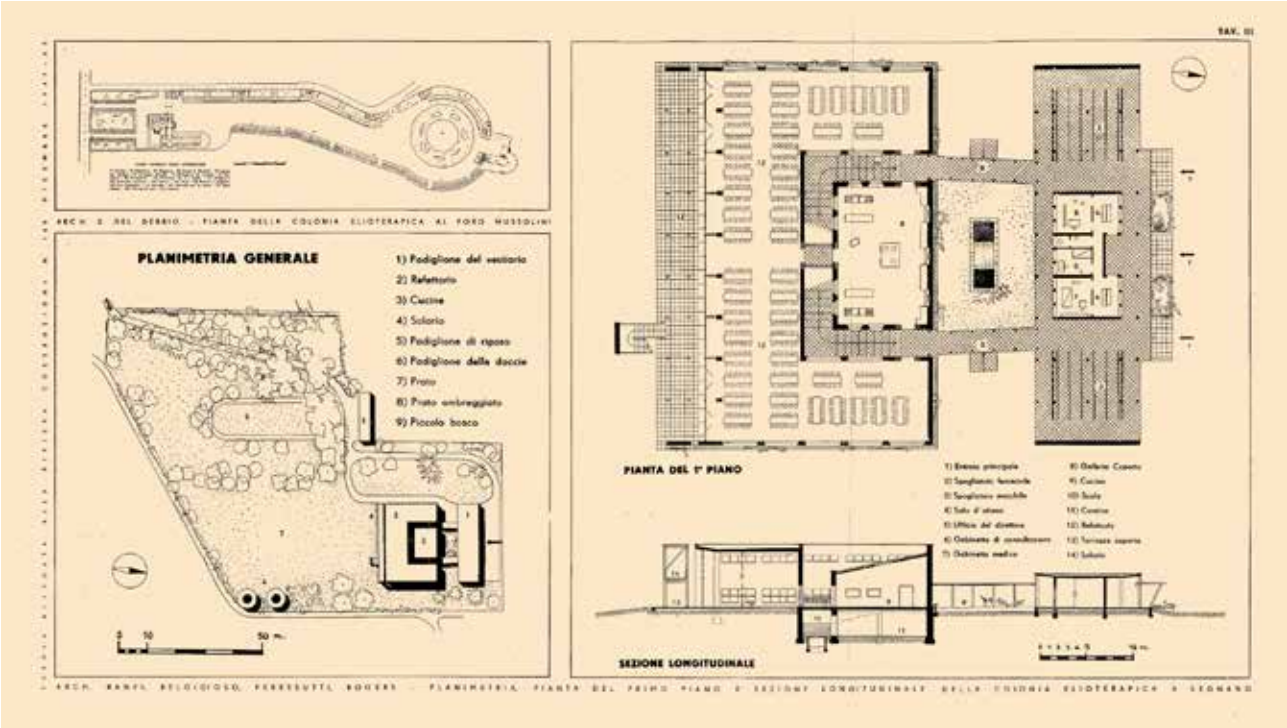


Fig. 84
Ignazio Gardella, Dispensario antitubercolare di Alessandria, 1934.

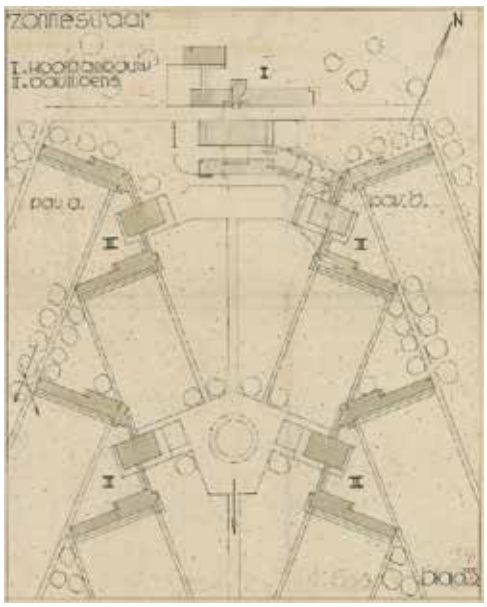
Fig. 85
Josep Lluís Sert, Dispensario antitubercolare a Barcellona, 1934-37.

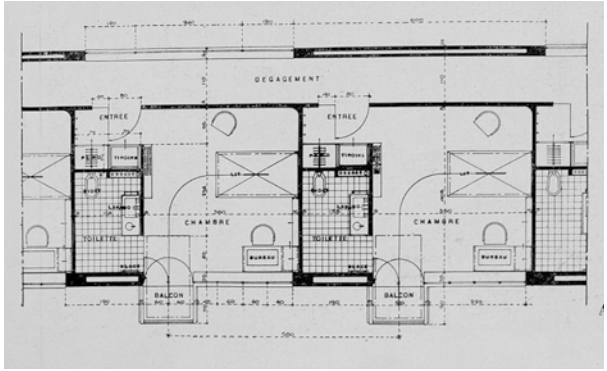
Fig. 86
In alto a sinistra Enrico Del Debbio, Colonia elioterapica al Foro Mussolini, Roma, 1933-35.
BBPR, Colonia elioterapica di Legnano, 1937-38.

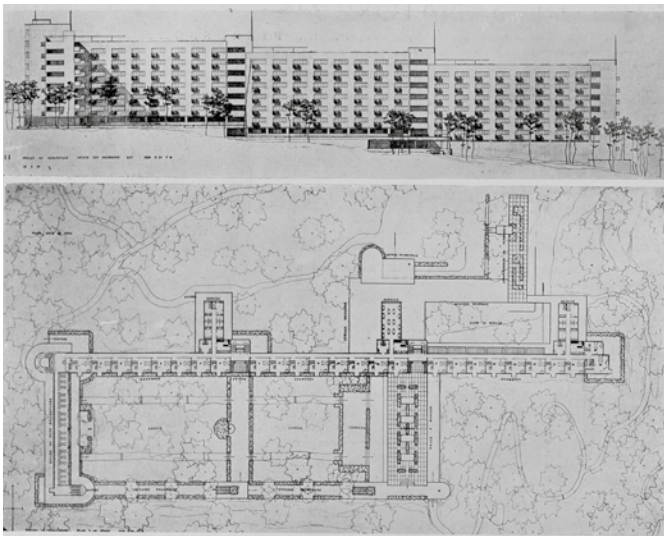
prende piede l'invenzione di strutture sanitarie e luoghi di cura specifici come i dispensari antitubercolari (Gardella, Alessandria, Sert-Torres, Barcellona), le colonie elioterapiche (BBPR, Legnano, Del Debbio, Roma), le colonie marine (Mazzoni, Tirrenia, Busiri Vici, Cattolica, Vaccaro, Cesenatico, ecc.) o i sanatori (Duiker, Hilversum, Lurcart, Puy de Dome, Aalto, Paimo) in cui gli architetti moderni possono affermarsi nel loro ruolo primario.
È proprio nella caratterizzazione di questi spazi di cura al di fuori dell'ospedale (nei casi italiani anche al netto della retorica di regime) che si ritrova quell'attenzione ben bilanciata tra dispositivo funzionale e identità architettonica che può essere assunta come base di partenza per la progettazione delle Case della Comunità contemporanee.

Nel caso dei dispensari antitubercolari, da un lato Gardella ad Alessandria (1936-38) e dall'altro i razionalisti del GATEPAC, Sert, Torres Clavé e Subirana a Barcellona (1934-36) mettono in atto lo stesso involucro a trasparenze modulate (grazie anche all'utilizzo in entrambi gli edifici del vetrocemento) entro impianti planimetrici diversi; lineare nel caso di Alessandria, ad L nel caso di Barcellona. È proprio a Barcellona in cui oltre agli spazi di profilassi e analisi preventiva delle malattie tubercolotiche sono presenti una biblioteca ed un auditorium nel tentativo forse di arricchire la dotazione strettamente sanitaria con funzioni culturali e sociali utili alla popolazione.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046







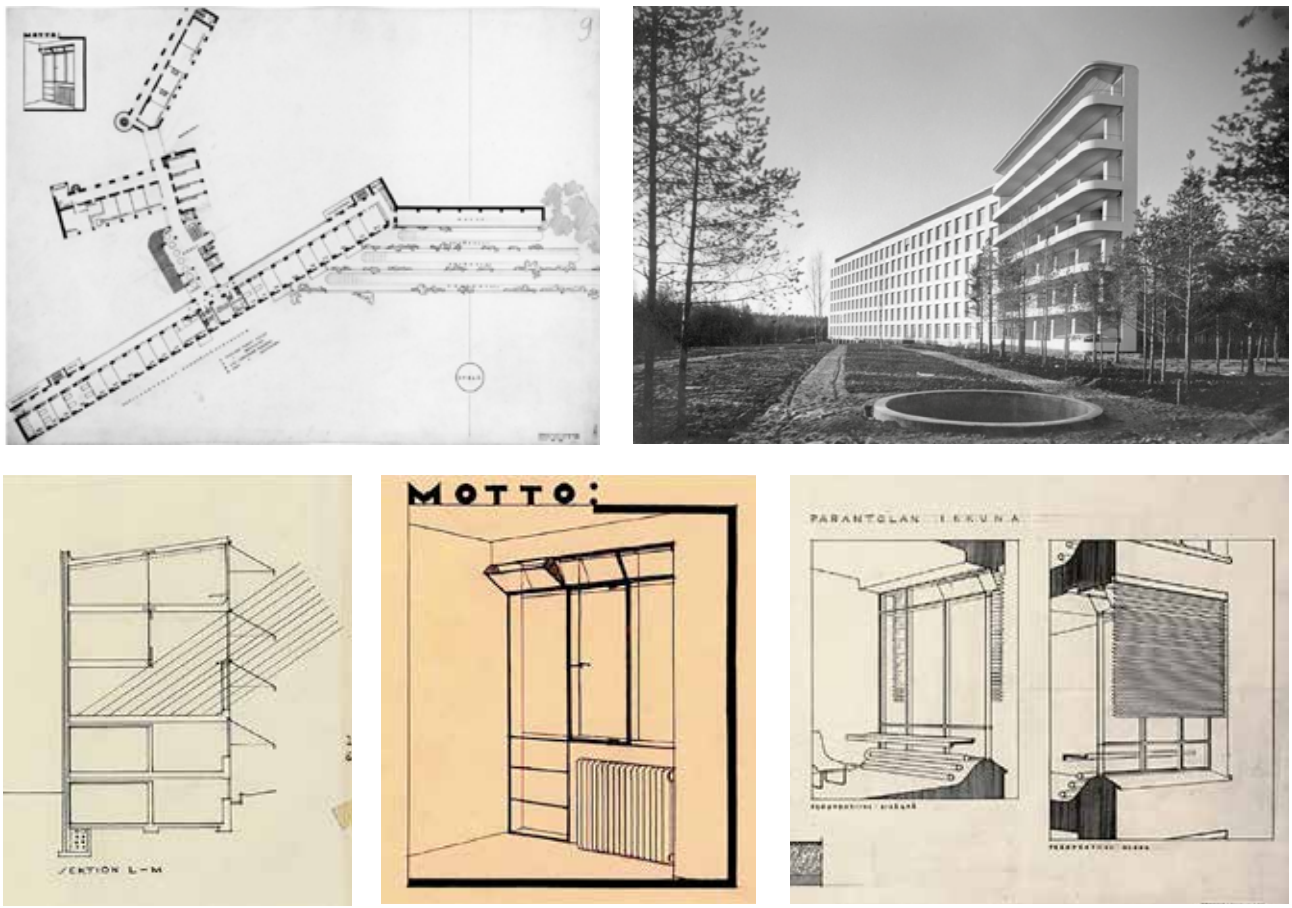
Figg. 87-88
Jan Duiker, Sanatorio Zonnestraal a Hilversum, 1920-28.

Figg. 89-91
André Lurçat, Sanatorio Puy de Dome a Durtol, 1929.

Le colonie elioterapiche ebbero un forte impulso in epoca fascista per combattere il rachitismo infantile ed in genere favorire l'irrobustimento dei giovani delle classi meno abienti tramite l'esposizione al sole. Sono spesso collocate ai margini delle città nelle posizioni più salubri e organismi che cercano nella conformazione dell'impianto la migliore esposizione solare. Se i BBPR a Legnano (1937-38) adottano un impianto composito suddiviso in due parti formalmente geometriche, la grande sala da un lato e gli ambienti accessori dall'altro con il corpo scala che funge da perno, Enrico Del Debbio a Roma (1933-35) fa dell'adattamento al luogo un principio compositivo che partendo dalla testata si sviluppa dapprima in maniera lineare per poi curvare attorno ad un giardino circolare. Meno vincolate all'ambiente risultano le colonie marine, che altro non erano che colonie elioterapiche poste in prossimità del mare per poter godere al meglio della talassoterapia.
Anche i sanatori si basavano sostanzialmente sul principio dell'elioterapia ed erano strutture nate per contrastare malattie croniche a lunga degenza, tipicamente respiratorie come la tubercolosi.
Tra gli spazi di cura extraospedalieri è questo il caso in cui la struttura per caratteristiche dimensionali si avvicina maggiormente all'ospedale tradizionale. Ciò nonostante non vi è l'adozione dei modelli tipologici ospedalieri ma l'invenzione di tipi che oltre a conformarsi al paesaggio divengono istituzioni totali e "modello di abitazione collettiva". Architetture perfezio-

nate come “dispositivi tipologici per captare il sole" attraverso terrazze o verande come prolungamento delle stanze di soggiorno o, nei casi ideali, come vere e proprie stanze all’aperto.
I sanatori, da ultimo, ci consentono di recuperare una significativa esperienza europea condotta da figure di architetti del Movimento Moderno. Abbiamo immaginato questi spazi attraverso il più celebre sanatorio della letteratura, il Berghotel Schatzalp di Davos, progettato da Otto Pfleghard e Max Haefeli di Zurigo nel 1899 e descritto magnificamente da Thomas Mann in *La montagna incantata*. A differenza di quest’ultimo, molto avanzato dal punto di vista della conformazione spaziale terapeutica ma ancora piuttosto vernacolare nel linguaggio architettonico, gli esempi che citiamo affiancano anche una riflessione tipologica specifica nell’adottare per esempio il principio dei gradoni in sezione, così come ha fatto Tony Garnier nel progetto di stabilimento elioterapico (1917) progettato come parte del comparto sanitario della Cité Industrielle. ,
Per quanto riguarda le realizzazioni, invece, il sanatorio Zonnestraal a Hilversum di Jan Duiker (1920-28), costituisce il primo riferimento costruito reinventando la tipologia del padiglione tramite una logica di libera articolazione nello spazio spesso caratterizzato da pregevoli paesaggi naturali alberati. Le singole parti, quindi, sottostanno simultaneamente sia al principio generale dell’impianto che al principio delle asimmetrie dell’architettura moderna.
Coevo al sanatorio di Duiker è il sanatorio Puy de Dome di André Lurçat a Durtol (1929) un edificio planimetricamente lineare che sfrutta il declivio del terreno per suddividere in 3 porzioni l’altezza di 6 piani. L’attenzione all’abitazione del malato è massima compresa l’esigenza funzionale di esposizione diretta al sole risolta mediante la rotazione del letto direttamente sul balcone esterno.
Ma è soprattutto Alvar Aalto, che aveva avuto modo di visitare sia il sanatorio di Duiker che quello di Aalto in un viaggio del 1928, con il Sanatorio di Paimio (1929-33) che riesce nell’intento di fare dell’architettura sanatoriale un esempio sincretico di qualità funzionale ed estetica.
Lo stesso Aalto scrive che “Lo scopo primario dell’edificio è di funzionare come uno strumento medico ... Uno dei requisiti di base per guarire è quello di offrire una pace completa” (Pallasmaa 1998 17). Scopriamo una vocazione dello stesso Aalto nella progettazione degli spazi sanitari in quanto prima di Paimio aveva realizzato il piccolo ospedale municipale di Alajärvi (1924-28), due case per anziani e partecipato ai concorsi per la stazione termale a Pärmu, in Estonia e per il sanatorio di Kälviä. Nel 1931, inoltre parteciperà al concorso per l’ospedale centrale di Zagabria non classificandosi. “La qualità unica del progetto sta nella combinazione di criteri rigorosamente funzionali e tecnici con accorte considerazioni psicologiche” (Pallasmaa 1998 17).
Queste ultime erano dovute probabilmente anche alla concreta immedesimazione dei bisogni del malato che Aalto aveva potuto fare in quanto, l’esperienza personale di un ricovero mentre stava ideando il sanatorio lo aveva portato ad accentuare il punto di vista del paziente rispetto all’ambiente ospedaliero, ossia gli aveva permesso di mettersi nella condizione della massima debolezza.
Per lo più conosciuto come capolavoro architettonico che occupa un preciso posto sia nella storia dell’architettura europea che nelle opere del maestro finlandese il sanatorio di Paimio esprime appieno la concezione di un’architettura umanizzata. A differenza della stessa corrente diffusasi nella progettazione dell’edilizia sanitaria della seconda metà del novecento – l’umanizzazione dell’ospedale – in cui il bisogno è rilevato come necessità medica, l’umanizzazione dell’architettura di Aalto parte dall’architetto

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046

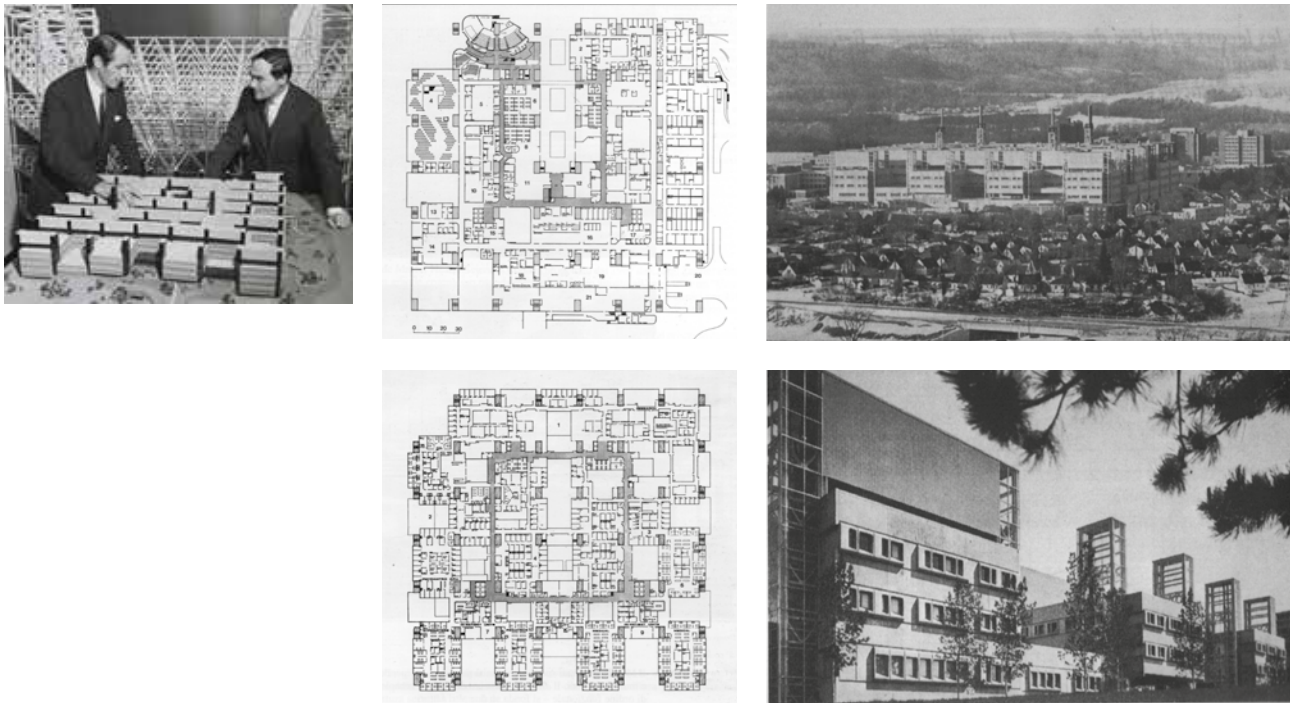


Figg. 92-97
Alvar Aalto, Sanatorio di Paimio, 1929-33. Pianta, vista e particolari

come necessaria attenzione ai bisogni psicofisici dell'uomo (Aalto 1940). È proprio in un articolo pubblicato sulla rivista del MIT nel 1940 che Aalto porta ad esempio le attenzioni progettuali rivolte al malato che egli stesso ha adottato a Paimio.

L'ultima evoluzione tipologica del luogo di cura nella sua forma dell'ospedale è caratterizzata da uno sviluppo orizzontale anziché verticale nel definire una struttura comunemente chiamata "a piastra". Complice l'imposizione del movimento megastrutturale degli anni Sessanta, che investe tutte le principali funzioni urbane pubbliche, anche l'ospedale si adegua a questa tendenza divenendo un complesso meccanismo di concentrazione di spazi e luoghi differenziati (reparti, degenze, servizi diagnostici, blocchi operatori e cliniche universitarie). Si vengono così ad integrare spazi e funzioni diverse cosicche nella sua complessità l'ospedale diviene stesso metafora di città e ne introietta anche la tassonomia distributiva e spaziale per esempio nel definire strade interne i percorsi o piazze i grandi spazi centrali di accoglienza. Tra questi complessi è da annoverare per esempio il Mc Master Health Center a Hamilton in Canada di Eberhard H. Zeidler (1965-71), una grande piastra modulare pressochè quadrata da cui emergono le torri trasparenti che contengono gli impianti di risalita. La densità planimetrica crea un intercalato tra spazi serviti e spazi serventi all'interno del quale si alternano i vuoti necessari a dare aria e luce agli ambienti interni. All'ordine modulare dei piani alti si contrappone il piano terra più disordinato nell'inserimento di funzioni e spazi eccezionali come la grande sala convegni.
In Italia sono maggiori le proposte progettuali che non le realizzazioni vere e proprie di ospedali basati su questo modello tipologico. Il concorso per il nuovo ospedale di Venezia del 1963 nella sua invenzione più interessante costituita dal progetto "Tadzio" del gruppo Romano Chirivi, Costantino

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046



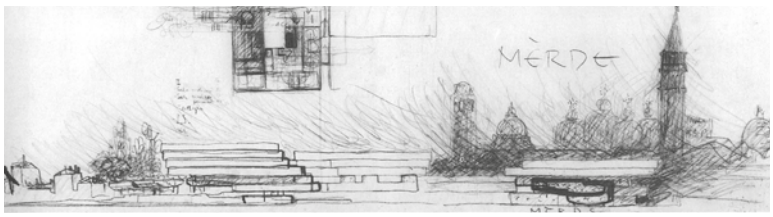
Figg. 98-102
Craig, Zeidler & Strong, Mc Master Health Science Center, 1965-71. Fotografia del modello, piante e viste.

Dardi, Emilio Mattioni, Valeriano Pastor e Luciano Semerani fornisce l'ispirazione a Le Corbusier del famoso impianto a turbina poi sviluppato in un organismo ad un solo piano nel progetto che il maestro svizzero presenterà nel 1965.
Sia il Mc Master Health Center che l'Ospedale di Le Corbusier si possono ascrivere agli esempi di composizioni a piastra nota anche come Mat-Building secondo la formulazione di Alison Smithson e Shadrach Woods testimoniata dal loro progetto per la Frei Universitat di Berlino del 1963.

Una variante dell'ospedale a piastra è costituito dall'ospedale a *piastra-torre* in cui a partire dal basamento a piastra di uno o due piani alcune funzioni vengono concentrate in un blocco sviluppato in altezza, "a torre", appunto. È questo il caso di molte strutture di cui ancor oggi usufruiamo cresciute nel tempo per aggiunte progressive non rientranti in un organico disegno.
La contrazione demografica, la dispersione territoriale ed un'endemica carenza di risorse finanziarie da investire nell'edilizia sanitaria hanno fatto si che in Italia il tema degli spazi di cura e più genericamente degli ospedali sia passato sostanzialmente in secondo piano, tutt'al più oggetto di aggiunte autonome specialistiche o integrazioni isolate. Qualche buona prova (concorsuale o realizzata), dominano gli ultimi trent'anni del Secolo breve come i due ospedali realizzati da Luciano Semerani, a Trieste Cattinara (1969-71) e Venezia (1979-83), e il progetto di Carlo Aymonino per il Nuovo Ospedale di Mestre, (1988) poi realizzato da Emilio Ambasz.

A riportare l'attenzione sul tema dell'Ospedale ci ha pensato anche Renzo Piano che, a capo di un gruppo di lavoro[1] individuato insieme all'allora Ministro della Sanità, Umberto Veronesi, realizza un nuovo modello di Ospedale che verrà inserito nel Piano Sanitario Nazionale 2001-2003 fondato su un decalogo di intenti costituito da altrettante parole chiave come Umanizzazione: Urbanità: Socialità: Organizzazione: Interattività: Appropriatezza: Affidabilità: Innovazione: Ricerca: Formazione. Nonostante la commissione auspicasse la costruzione di 40-50 ospedali in tutta Italia (che avrebbero rifondato completamente il sistema degli spazi della cura) esistono pochi ospedali che adottano tali premesse. Di quel prototipo rimane un metaprogetto che interessa anche gli aspetti tipologici:

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1046



Figg. 103-104
Romano Chirivi, Costantino Dardi, Emilio Mattioni, Valeriano Pastor e Luciano Semerani, Progetto "Tadzio" al concorso per il nuovo ospedale di Venezia, 1963. Sezione e prospettiva.

Figg. 105-106
Le Corbusier, Progetto per l'ospedale di Venezia, 1965. Fotografia della presentazione del progetto e pianta.

È una nuova TIPOLOGIA DI OSPEDALE, CHE VOGLIAMO DEFINIRE multiblocco, CHE VORREBBE COGLIERE IL BUONO DELLA TIPOLOGIA A padiglioni (=DIMENSIONE UMANA) E MONOBLOCCO (=BUONA FUNZIONALITÀ della MACCHINA, buoni percorsi ma ALIENAZIONE).
LA NUOVA TIPOLOGIA è STUDIATA PER POTER CONIUGARE EFFICACEMENTE GRADEVOLEZZA E FUNZIONALITÀ (Mauri 2001).

Giunti all'attualità possiamo considerare conclusa questa breve ma veridica (come scrisse Longhi a proposito della sua storia dell'arte italiana) storia del tipo assistenziale-ospedaliero e del suo rapporto con la città.
Non prima però di accennare ad un ultima esperienza per certi versi paradigmatica che riguarda il concorso internazionale per il nuovo ospedale di Cremona ad affiancamento del precedente. È notizia recente la scelta del progetto vincitore sulla rosa dei cinque finalisti selezionati per la seconda fase: MCA - Mario Cucinella (Bologna), Park Associati (Milano), Foster + Partners (Londra, Gran Bretagna), Baumschlager Eberle Architekten GMBH (Lustenau, Austria), O.M.A. Office for Metropolitan Architecture (Rotterdam, Olanda). Non ci è dato vedere i progetti non ancora pubblicati se non quello del vincitore, Mario Cucinella, un grande anello circolare che nella migliore tradizione italiana contemporanea fa sfoggio di una sembianza paesaggistica infarcita di un apparato tecnologico sostenibile ma che dimentica la grande lezione tipologico-compositiva.
Dall'allievo di Renzo Piano ci si sarebbe atteso maggior aderenza non tanto ai principi generali del metaprogetto, ma a quel suggerimento tipologico definito «multiblocco, che vorrebbe cogliere il buono della tipologia a padiglioni (=dimensione umana) e monoblocco (=buona funzionalità della macchina» che lo stesso Piano ha indicato nel documento e che ha tradotto in alcuni suoi prototipi.
Dai primi comunicati relativi al concorso trapelano vecchi e nuovi slogan come "città nella città", "coperture giardino" e "boschi climatici". Una "non architettura" nascosta in un paesaggio verde artificiale che collude con il vicino "grande fiume", il Po, e le sue geometrie precise: sempre che, come tanti casi recenti ci insegnano, le sembianze non siano un'esagerazione pretestuosa del renderista di turno. Qui però è d'obbligo sospendere il giudizio in attesa di più circostanziati materiali.

In considerazione della finalità di questo articolo – non una ricerca storica approfondita sul tipo dell'ospedale ma un contributo di supporto criti-

co-conoscitivo alla progettazione –, la ricerca di un prototipo di Casa della Salute/Casa della Comunità ossia di un tipo architettonico nuovo è operazione da condurre sulla scorta dell'interpretazione dell'esperienza storica degli spazi di cura, analizzando al contempo le esigenze e le potenzialità in termini di congegni urbani.

Note

[1] La Commissione del Ministero della Sanità, presieduta dal Ministro prof. Umberto Veronesi, coordinata dall'Architetto Renzo Piano, per lo studio e l'elaborazione di un nuovo modello di Ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale Modello progettuale Piano-Veronesi, 2000 era composta da 16 membri: Raffaela Bucci, Giuseppe Caggiano, Antonio Cicchetti, Vittorio De Martino, Paola Di Martino, Velia Gini, Claudio Giuricin, Maurizio Mauri, Marcello Mauro, Laura Pellegrini, Michele Pintus, Manlio Tesio, Alessandra Vittorini.

Bibliografia

AALTO A., (1940) - "The Humanizing of Architecture", in The Technology Review, Novembre, pp. 14-15.

AA.VV., (1979) – *L'architettura della salute*. Numero monografico della rivista Hinterland n.9-10, maggio-agosto

BANCHIERI G., (2019) – *Ospedali di comunità case della salute cure primarie*, Joelle.

BELVEDERE F., (2010) – *Lo spazio ospedaliero: tendenze in atto e indirizzi progettuali*, Tesi di Dottorato, Università di Palermo.

BOLOGNA R., TORRICELLI M.C., (2021) – *Gli spazi della salute*, in *Romano del Nord. Teoria e prassi del progetto di architettura*, Firenze University Press, Firenze.

CAPOLONGO S., (2006) – *Edilizia ospedaliera: approcci metodologici e progettuali*, Hoepli, Milano.

COBOLI GIGLI S., MONICO G., CARABILLÒ M., (2001) – "Il progetto Veronesi", in Progettare per la Sanità, 64, pp. 28-37.

COX A., GROVES P., (1995) – *Ospedali e strutture sanitarie*, Dario Flaccovio Editore, Palermo

DALL'OLIO L., (2000) – *L'architettura degli edifici per la sanità*, Officina, Roma

DEL NORD R. (a cura di), (2008) – *L'Ospedale del futuro. Modelli per una nuova sanità*, EdA/4, Il Prato, Padova.

DIANA E., (2002) – "L'architettura dell'ospedale nella sua evoluzione storica", in Salute e Territorio, anno XXIII, n.131, pp. 80-91.

FERRANTE T., (2008) - *Hospice: luoghi, spazi, architettura*, Alinea, Firenze.

FERRARESI M., PEDACE C., TIEZZI G., (2002) – *L'ospedale di comunità. Una nuova risorsa nel panorama dei servizi sanitari*, Il Pensiero Scientifico.

FONDI D., (2002) – *Architettura per la sanità. Forma, funzione, tecnologia*, Edizioni Kappa

FOUCAULT M., (1963) – *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical* (trad. it. *Nascita della Clinica*), Presses Universitaires de France, Paris.

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'environnemen, Paris.

GIGLI G., (1994) – *Ospedali: esperienze, progetti, normative, tecnologie*, Gangemi Editore, Roma.

GRECO A., MORANDOTTI M., a cura di, (2011) – *Edilizia ospedaliera: esperienze e approfondimenti per una progettazione consapevole*, Alinea 2011

GRUBEN G., *Die Tempel der Griechen*, Aufnahmen von Max Hirmer, Hirmer Verlag, München, 1980,

LI CALZI E., BELLINI G., DEL BOCA G., (2008) – *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, Maggioli.

L'Architettura della salute. Luoghi e storia della Sanità lombarda, Regione Lombardia

MAURI M., (2001) – "Ospedali a misura dei bisogni di salute del territorio", intervento al Congresso Forum P.A., 7-14 maggio, Roma. Disponibile presso http://archive.forumpa.it/forumpa2001/convegni/7/7.2/maurizio_mauri/maurizio_mauri_72.pdf

MASCIADRI I., (2012) – *Ospedali in Italia. Progetti e realizzazioni*, Tecniche Nuove.

MELLO P., (2000) – *L'ospedale ridefinito: soluzioni e ipotesi a confronto*, Alinea, Firenze.

MELLO P. (a cura di), (1999) – *Spazi della patologia. Patologia degli spazi*, Associazione Culturale Mimesis, Milano.

MENS N., WAGENAAR C., (2009) – *Health care architecture in the Netherlands*, NAI Publishers, Rotterdam

MEOLI F., (2015) – *Innovazione organizzativa e tipologica per l'ospedale, Nuove proposte distributive*, Gangemi editore, Roma.

MONK T., (2004) – *Hospital Builders*, Wiley-Academy, Londra.

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

PEVSNER N., (1986) – *Ospedali*, in *Storia e caratteri degli edifici*, Palombi, Roma

PETRILLI A., (1999) – *Il testamento di Le Corbusier. Il progetto dell'Ospedale di Venezia*, Marsilio, Venezia.

PRASAD S. (ed), (2008) – *Changing Hospital Architecture*, RIBA Publishing, Londra.

REDSTONE L.G., (1978) – *Hospitals and health care facilities: an architectural record book*, New York.

ROSSI PRODI F., STOCCHETTI A., (1992) – *L'architettura dell'ospedale*, Alinea editrice, Firenze

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

SPINELLI F., BELLINI E., BOCCI P., FOSSATI R., (1994) – *Lo spazio terapeu-*

tico. Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalieri, Alinea, Firenze.

STONE P., (1980) – *British hospital and health-care buildings: design and appraisals*, The Architectural Press, London.

STUDIO AUA, *Concorso nazionale per il nuovo ospedale civile Venezia San Giobbe*, in "Casabella. Continuità", n. 289, luglio 1964, pp. 16-19.

TERRANOVA F. (a cura di), (2005) – *Edilizia per la Sanità*, UTET, Torino.

TORRICELLI M. C., (2020) – "Gli spazi della cura come prolungamento della città", in "Forward", Spazi della cura

VERDEBER S, FINE D.J., (2000) – *Healthcare Architecture in an era of radical transformation*, Yale University Press, New Haven and London.

VERDEBER S., (2010) – *Innovations in Hospital Architecture*, Routledge, New York.

WAGENAAR C., MENS N., (2019) – *Hospitals a design manual*, Birkhäuser, Basilea.

ZANELLA R., (2022) – *La sanità di prossimità. Case della salute, case e ospedali di comunità, farmacie multi-servizi nelle città dei «quindici minuti»*, Il Pensiero Scientifico.

Enrico Prandi (Mantova, 1969), architetto, si laurea con lode alla Facoltà di Architettura di Milano con Guido Canella con cui ha svolto attività didattica e di ricerca. È Dottore di Ricerca in Composizione architettonica e urbana presso lo IUAV di Venezia conseguendo il titolo nel 2003. Attualmente è Professore Associato in Composizione architettonica e urbana presso il Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università di Parma. È direttore del Festival dell'Architettura di Parma e fondatore-direttore della rivista scientifica internazionale di classe A «FAMagazine. Ricerche e progetti sull'architettura e la città» (ISSN 2039-0491). È responsabile scientifico per l'unità di Parma del progetto *ArcheA. Architectural European Medium-Sized City Arrangement* (pubblicato in volumi Routledge, Aión e LetteraVentidue). Tra le sue pubblicazioni: *Luigi Vietti, scritti di architettura e urbanistica* (con PV. Dell'Aira, AltraLinea, Firenze 2022), *Il progetto del Polo per l'Infanzia. Sperimentazioni architettoniche tra didattica e ricerca* (Aión, Firenze 2018); *L'architettura della città lineare* (FrancoAngeli, Milano 2016); *European City Architecture*, (con L. Amistadi, FAEdizioni, Parma 2012); *Mantova. Saggio sull'architettura* (FAEdizioni, Parma 2005).

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1045

Giorgio Milanesi

Architettura di assistenza nel medioevo: modelli e anti-modelli per la contemporaneità?

Abstract
Il tema delle strutture assistenziali accompagna lo sviluppo della società occidentale da sempre. L'avvento del cristianesimo ha cercato di sistematizzare le dinamiche di accoglienza proponendo soluzioni su scala urbana ed extraurbana che inevitabilmente nel corso dei secoli sono andate modificandosi al cambiare degli insediamenti e al mutare delle stesse città. Una riflessione sull'architettura assistenziale contemporanea deve tuttavia tenere conto delle variazioni avvenute tra medioevo ed età moderna per interrogare in modo critico le diverse soluzioni che sono state via via proposte nei singoli contesti.

Parole Chiave
Xenodochio — Ospizio — Hospitale — Accoglienza medievale — Monasteri — Pellegrini

Quando pensiamo alla genesi delle strutture assistenziali organizzate dobbiamo necessariamente partire dall'ospedale fondato da Basilio, futuro santo presule della città di Cesarea, oggi Kayseri in Cappadocia, Turchia. Costruito *extra moenia* con una chiesa e un monastero annessi, esso nacque attorno al 370 in stretto rapporto con la concezione monastica basiliana, che confluì in una regola antecedente di circa due secoli quella benedettina, volta alla cura spirituale e fisica della persona come atto cristiano tra i più edificanti. L'idea di creare luoghi destinati all'assistenza non può essere disgiunta dall'idea del buon cristiano che deve curare l'anima e al contempo il suo contenitore, secondo quel riferimento dottrinario al *Christus medicus* che da un punto di vista agiografico troverà compimento nei "santi-medici" Cosma e Damiano. Nell'antichità precristiana esistevano, naturalmente, luoghi per l'assistenza ai bisognosi, ma la gestione era perlopiù affidata alle famiglie con rari casi di gestione comunitaria parziale degli schiavi o dei soldati feriti di ritorno dalle infinite campagne militari. Ciò che balza all'occhio per quanto concerne le prime esperienze organizzate che etichettiamo per comodità "assistenziali" nei secoli della tardoantichità e per tutto l'alto-medioevo è il carattere, diremmo oggi, polivalente dei servizi offerti. I primi *Xenodochia*, il cui etimo, non a caso, fa riferimento semplicemente a una sorta di "rifugio per stranieri", nell'accezione evidentemente tutta cristiana dell'accoglienza disinteressata verso tutti, offrivano aiuto a varie tipologie di "bisognosi": certo i malati, ma anche i poveri, chi aveva problemi di deambulazione, gli anziani, gli orfani, i mendicanti e ovviamente, con grande fortuna nei secoli successivi, i pellegrini. Occorre attendere, peraltro, la fine dell'VIII secolo, con Alcuino vescovo di York, per essere certi della sostanziale coincidenza tra gli *Xenodochia*, gli ospizi e gli ospedali, suggerendo una divisione linguistica che nei fatti

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1045

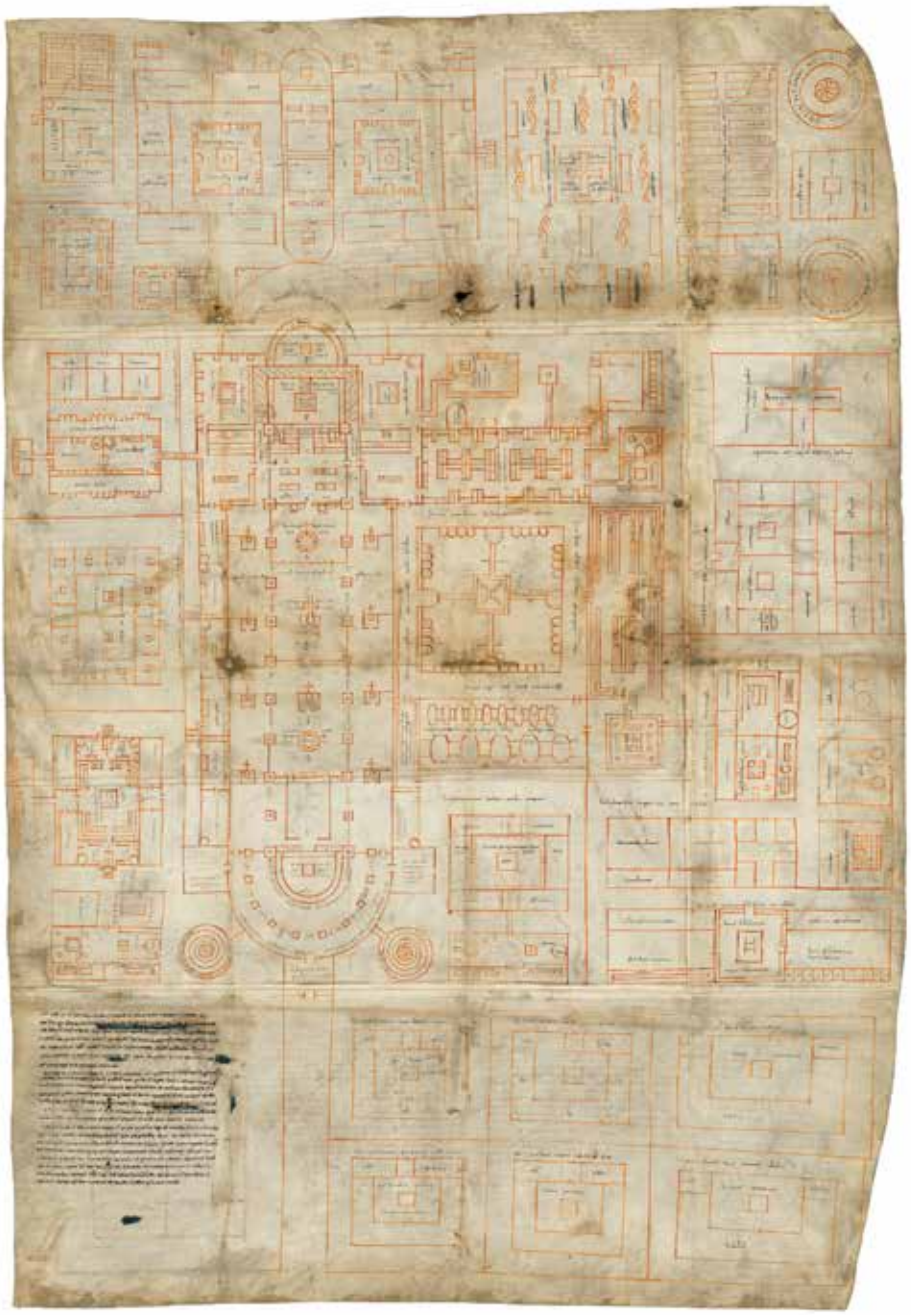


Fig. 1
Planimetria dell'abbazia di San Gallo, IX secolo, Cod. Sang. 1092.

non era facilmente riscontrabile.
Per questi secoli, e sostanzialmente fino al pieno medioevo, non siamo in grado di individuare specificità architettoniche, se non ricorrendo a modelli latamente monastici, con l'accortezza, tuttavia, che la tipologia planimetrica del monastero costituito da chiesa, chiostro su un lato e spazi annessi attorno a questo è un modello che si afferma sostanzialmente in epoca tardocarolingia lasciando un vuoto di natura testuale e archeologica difficilmente ricomponibile per il mezzo millennio precedente. Poiché i monasteri precarolingi erano luoghi certo recintati, tendenzialmente isolati, anche se perlopiù visibili, lontano o ai margini delle città, al cui interno i monaci vivevano in spazi separati con l'eccezione della chiesa, dobbiamo immaginare che le strutture che ospitavano i monaci erano le medesime che ospitavano i bisognosi. Questo almeno sembra suggerire la celeberrima planimetria di San Gallo (Fig. 1), del primo quarto del IX secolo, planimetria più ideale che reale, ma comunque utile per ragionare sugli spazi di un complesso monastico carolingio e quindi di tutta l'Europa governata da Carlo Magno. Vengono indicate l'infermeria, le case per i monaci in viaggio, per gli ospiti importanti, per i pellegrini e i poveri, ma anche il

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1045

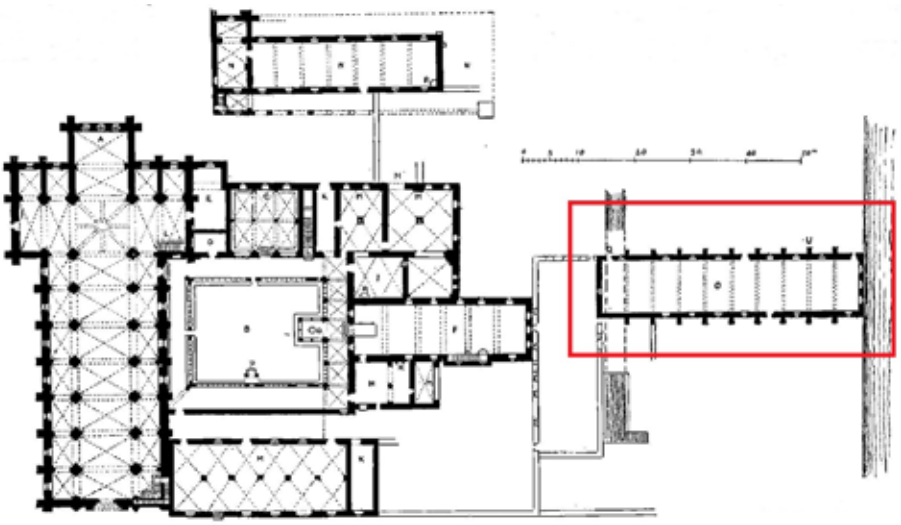


Fig. 2
Fossanova, infermeria dei conversi (foto G. Villa, da E. Gullotta, *La "costruzione" di un modello: l'impiego degli archi-diaframma nell'edilizia civile ducentesca del Basso Lazio*, Studi e ricerche di storia dell'architettura. Rivista dell'Associazione Italiana Storici dell'Architettura, II, n. 3; DOI: 10.17401/STUDIERICERCHE-3/2018-GALLOTTA).

Fig. 3
Planimetria dell'abbazia di Fossanova, inizio XIII secolo (da C. Enlart, *Origines françaises de l'architecture gothique en Italie*, Paris 1894, p. 26); in evidenza, l'infermeria dei conversi, staccata dagli spazi riservati ai monaci, adiacente all'acqua.

bagno, la cucina, le piante medicinali, l'abitazione dei medici finanche la sala dei salassi.
In letteratura, i due cambi di passo fondamentali sono quello individuato tra XII e fine XIII secolo circa e quello del XV secolo, in realtà come onda lunga della Grande Peste della metà del Trecento. Nel primo cambio di passo si registra un incremento esponenziale delle fondazioni per l'assistenza in Europa, un incremento dettato da nuove condizioni generali (la cosiddetta *Rinascita del XII secolo*), congiunturali (l'incremento del numero dei pellegrini con le Crociate), politiche, in riferimento a un numero maggiore di attori in gioco. Non ci sono più solo i benedettini, la loro declinazione cluniacense e i vescovi a portare il peso, ma ora anche nuovi ordini quali i cistercensi, i premostratensi, gli ordini monastico-cavallereschi come, appunto, gli Ospedalieri di San Giovanni, e infine, nei decenni a cavallo del 1200, gli umiliati e quindi il movimento delle beghine, e immediatamente dopo gli ordini conventuali mendicanti, francescani e domenicani. Tra gli attori in gioco, nel XII secolo entrano prepotentemente anche i laici, sia nelle forme comunali che nelle forme protostatali delle grandi potenze europee, ma anche in nuove forme di evergetismo cristiano con il quale l'istituzione di una struttura assistenziale non ha più nulla a che fare con lo spirito cristiano e diventa perlopiù solo manifestazione pubblica di potere, con il conseguente avvento di una nuova santità laica tra la fine del XII e il XIII secolo, un fenomeno su cui André Vauchez ha scritto pagine fondanti. Il XII secolo è però ritenuto unanimemente anche il range temporale della riscoperta della centralità della città. Gli effetti sono immediati: le città diventano più ricche, maggior è l'attrazione di popolazione, quindi maggiori problemi di gestione assistenziale, conseguenza: aumento esponenziale del numero di strutture ospedaliere. Non a caso la Scuola Medica Salernitana raggiunge l'apice del prestigio nel XII secolo e dai primi decenni del XIII secolo comparvero medici voluti dal Comune per la cura "collettiva" Tuttavia, ciò non significa che le strutture ospedaliere diventino "cliniche mediche". Le prime sopravvivenze benedettine in relazione a infermerie o spazi per l'assistenza in genere datano al XII/XIII secolo, ma è evidente, come nel caso di Canterbury, Ourscamps o nella stessa Fossanova (Figg. 2-3), la dipendenza da modelli planivolumetrici chiesastici e monastici in genere. È proprio in queste fasi, tuttavia, con il rinnovato e intenso coinvolgimento dei laici, che comincia a prendere forza la tipologia dell'ospedale a sala, che Fabio Gabbrielli (2020) specifica non avere nulla a che fare con i vari modelli di *Hallenkirchen* e piuttosto occorre pensare a spazi quadrangolari, divisi o meno in due o tre navate, coperti variabilmente a capriate a vista o volte, e molto sviluppate longitudinalmente con l'unica

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1045

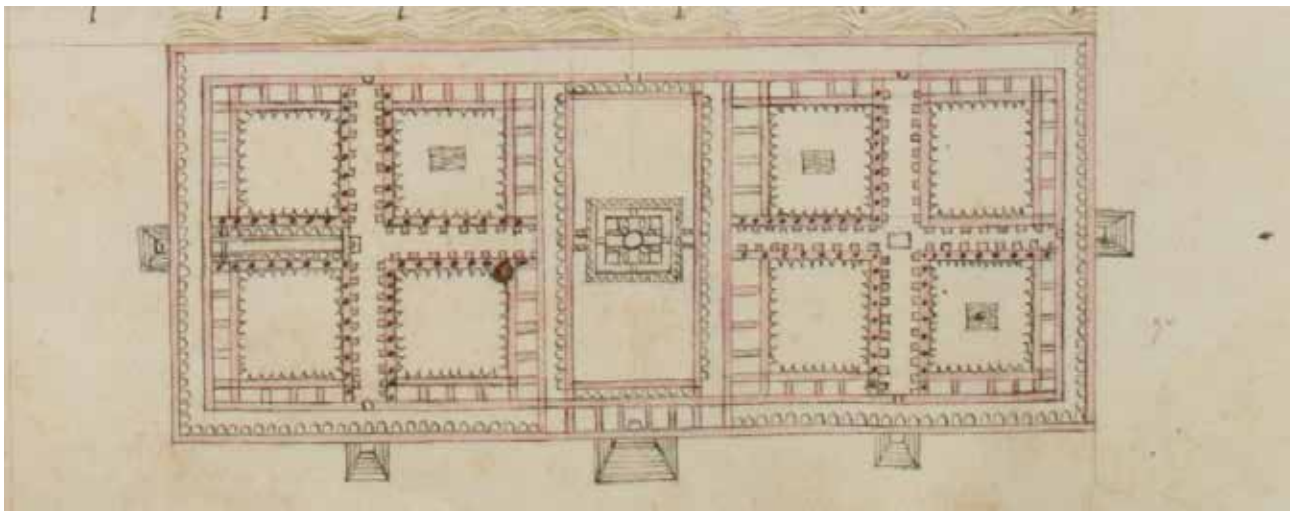


Fig. 3
Filarete, Planimetria della Ca'Grande (Ospedale Maggiore) di Milano, dal Trattato di Architettura, 1464 ca. (https://archive.org/details/mss.-ii.-i.-140-images/page/n183/mode/2up).

Fig. 5
Milano, Ca'Grande (Ospedale Maggiore), oggi Università degli Studi di Milano

aggiunta di una cappella inserita nel perimetro stesso o nelle immediate vicinanze.
È ormai un dato acquisito il collegamento tra la grande crisi sanitaria provocata dall'epidemia di peste della metà circa del Trecento e il grande secondo cambio di passo, quello della fine del Trecento/inizio Quattrocento, con la nascita di nuove mastodontiche strutture (da cui i vari "Ospedale Grande" o "Maggiore") che vedono la presenza fissa di medici (o speziali), abbandonando progressivamente il carattere polivalente nonché policentrico di strutture assistenziali che nei mille anni precedenti aveva caratterizzato il sistema dell'accoglienza. A questo fa da contraltare, come noto, un diverso modello architettonico, il cosiddetto impianto a croce (Fig. 4), impianto su cui negli ultimi decenni molti studiosi si sono concentrati per capirne *in primis* l'origine – da Pavia, da Milano (Fig. 5), da Brescia, da Firenze… – e, soprattutto, l'intenzione progettuale. In genere, la peste aveva insegnato che la dispersione degli spazi di assistenza non aveva ottimizzato la risposta alla pandemia. Avere miriadi di luoghi sparsi sul territorio, per quanto in luoghi strategici o lungo vie di passaggio obbligate, si era rivelato poco efficace.
La risposta fu dunque una concentrazione delle strutture assistenziali, ora meno polivalenti, certamente più specializzate, e tendenzialmente legate a un potere laico non più appannaggio pressoché esclusivo della Chiesa o degli ordini religiosi (Figg. 6-7). Tuttavia, è chiaro oggi che il modello degli "Ospedali Grandi" non era stato applicato in modo acritico, anzi, laddove si comprese che le condizioni specifiche di una città o di un territorio portavano a potenziare l'antico modello di architetture assistenziali diffuse si tese a ottimizzare la coesistenza tra nuovi e vecchi sistemi.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1045

Fig. 6
Firenze, Biblioteca Medicea Laurenziana, Ms. Gaddiano 247, inizio XIV secolo (http://www.culturaitalia.it/viewItem.jsp?language=it&case=&id=oai%3Ascalarchives.com%3A0009678).

Fig. 7
Siena, Ospedale di Santa Maria della Scala, Domenico di Bartolo, Cura dei malati, 1440-1441 (web source)

Attingere alla storia dell'architettura come a un catalogo di soluzioni su cui impostare nuovi sistemi progettuali, come ben noto e, aggiungerei, scontato, è operazione delicatissima. Diventa operazione quasi insensata assumere per altri contesti la "geometria" di un complesso architettonico pensato per uno spazio e un tempo specifico, con altrettante specifiche esigenze e finalità: il rischio "effetto Las Vegas" è dietro l'angolo. Queste ovvie considerazioni diventano forse più pregnanti se pensiamo ad architetture dedicate all'assistenza in senso lato; quello che trovo più interessante è semmai interrogarci sulle ragioni delle scelte che di volta in volta hanno determinato i singoli progetti, indagare sugli attori in gioco religiosi e "politici", studiare le innovazioni spaziali a parità di condizioni ambientali, collazionare i diversi progetti. A una riflessione generale, anche di carattere architettonico, su tali problematiche è stato dedicato nel 2015 un PRIN dal titolo "*Alle origini del Welfare (XIII-XVI sec.). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*". Ebbene, nonostante gli studi sul sistema assistenziale medievale e primo-moderno non mancavano per il medioevo tanto da un punto di vista storico *tout-court*, quanto da un punto di vista della storia dell'architettura, una riconsiderazione generale (e globale) della questione ha contribuito negli ultimissimi anni alla pubblicazione in Italia e non solo di volumi miscellanei che se da un lato offrono ampi scenari ricostruttivi dell'origine dei sistemi di assistenza (Bianchi 2020, anche per l'imponente apparato bibliografico, è diventato un testo di riferimento), dall'altro, attraverso specifici *case-studies*, si è in parte riplasmata una concezione forse troppo ideologica del problema delle pratiche assistenziali medievali e moderne in favore di una più specifica analisi dei contesti. E uno dei risultati che tali ricerche specifiche hanno suggerito con forza è che a un certo punto alla fine del medioevo, nacquero imprese, diremmo oggi, *mutatis mutandis*, "private a compartecipazione statale" pensate per il benessere pubblico (Figg. 8-9). Si tratta di strutture connesse certamente a ideali di propaganda e autocelebrazione dei ceti dominanti, ma al contempo, senza arrivare a un'immagine troppo idealizzata del welfare tra età medievale e moderna, connesse all'idea rivoluzionaria per quei tempi secondo cui maggiore è il numero di persone in un dato territorio che possono avere *standards* dignitosi di assistenza, maggiore è la ricchezza e il benessere generale.
Questo aspetto merita certamente tutta l'attenzione del caso perché proietta la questione assistenziale, già nel medioevo, in una dimensione che va oltre la questione architettonica, antropologica, sociale o più banalmente sanitaria. La discussione sui possibili modelli o antimodelli medievali e moderni, per avere ricadute utili sulle più recenti soluzioni progettuali ten-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1045

Fig. 8
Paris, Musée de l'AP-HP, Jehan Henry, Livre de vie active de l'Hôtel-Dieu de Paris, ms. n. 59, fol. 77, Cura dei malati, 1482 (https://www.calameo.com/read/0040218272001b4dbfc02).

Fig. 9
Parigi, Hôtel-Dieu, incisione su legno, circa 1500 (https://iiif.wellcomecollection.org/image/V0014307/full/full/0/default.jpg).

denti a sistemi integrati di assistenza partendo da una scala urbana, dovrebbe vertere sul problema non tanto e non solo dell'efficienza, certo aspetto imprescindibile, ma anche sulla questione della reale ricaduta sul benessere quotidiano di una comunità. A me pare che questo sia il vero aspetto di fondo: nessun modello architettonico, in quasi due millenni, ha risolto la questione, ma plurimi modelli adattati ai singoli contesti territoriali ha portato ad esiti viepiù soddisfacenti. Se è evidente che i Luoghi e i Centri di Salute Comunitaria richiamano, almeno sulla carta, i più antichi ospedali tardoantichi e altomedievali polifunzionali, da questi se ne allontanano per il loro carattere policentrico, basato sulla distribuzione spaziale in un dato territorio, che poteva essere invariabilmente territorio di pianura, di mare, di strada, di città costiera o di città fluviale o di valle. Per contro, l'"addensamento spaziale" degli Ospedali Grandi tardo medievali e moderni, il cui modello è talvolta ancora applicato, ha concentrato sul piano urbano l'assistenza, ma l'estrema specializzazione medica ha fatto perdere di vista, diluendoli in rivoli poco o male comunicanti tra loro, tutti gli altri servizi ugualmente necessari alla persona.

.

Bibliografia

ALBINI G. (2017) – "Pauperes recreare: accoglienza e aiuto ai poveri nelle comunità monastiche (secoli VI-XI)". Hortus Artium Medievalium, 23, 490-499.

ALBINI G. (2022) – *Carità e governo delle povertà (secoli XII-XV)*, Edizioni Unicopli, Milano.

AVALLONE P., COLESANTI GEMMA T., MARINO S. (2019) – "Alle origini dell'assistenza in Italia meridionale. Istituzioni, archivi e fonti (secc. XIII-XVII)". RiMe. Rivista dell'Istituto di Storia dell'Europa Mediterranea, 4. DOI: https://doi.org/10.7410/1369.

BAINI L. (1996) – "Ipotesi sull'origine della tipologia cruciforme per gli ospedali del XV secolo". In: Giordano L. (a cura di), *Processi accumulativi, forme e funzioni*, Nuova Italia Editrice, Firenze, 59-102.

BELTRAMO S., COZZO P. (a cura di) (2013) – *L'accoglienza religiosa tra medioevo ed età moderna*, Viella, Roma.

BIANCHI F. (2007) – "Italian Renaissance Hospitals: An Overview of the Recent Historiography". Mitteilun-gen des Instituts für österreichische Geschichtsforschung, 115, 394-403.

BIANCHI F. (2020) – "Dal xenodochium all'hospitale. Origini e sviluppi delle istituzioni ospedaliere nel medioevo". In: Bianchi F., Silvano G. (a cura di), *Saggi di storia della salute. Medicina, ospedali e cura fra medioevo ed età contemporanea*, Franco Angeli, Milano, 11-54.

FRANCHINI L. (a cura di) (1995) – *Ospedali lombardi del Quattrocento. Fondazione, trasformazioni, restauri*, New Press, Como.

FRATI M. (2014) – "Gli ospedali medievali in Toscana: osservazioni preliminari sulla consistenza di un feno-meno architettonico attraverso la documentazione diretta". De Strata francigena, 22, 133-154.

GABBRIELLI F. (2020) – "Modelli di architettura ospedaliera tra XII e XV secolo". In: Piccinni G. (a cura di), Alle origini del welfare. Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza, Viella, Roma, 203-223.

GAZZINI M. (2012) – "Ospedali nell'Italia medievale". Reti Medievali Rivista, 13, 1, 1-27.

GAZZINI M. (2020) – "Perché studiare la storia del Welfare. Note a conclusione di un progetto di ricerca sul medioevo e sulla prima età moderna". Studi di Storia Medievale e di Diplomatica, n.s., IV, 235-246. DOI 10.17464/9788867743001_10.

GAZZINI M., FRANK T. (a cura di) (2021) – *Ospedali e montagne. Paesaggi, funzioni, poteri nei secoli medievali (Italia, Francia, Spagna)*, Bruno Mondadori/Università degli Studi di Milano, Milano. DOI 10.17464/9788867742974_06.

GRIECO A.J., SANDRI L. (a cura di) (1997) – *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord XIII-XVI secolo*, Le Lettere, Firenze.

HENDERSON J., HORDEN P., PASTORE A. (a cura di) (2007) – *The Impact of Hospitals 300-2000*, Peter Lang, Oxford - Bern - Berlin 2007.

HENDERSON J. (2016) – *L'ospedale rinascimentale. La cura del corpo e dell'anima*, Odoya, Bologna.

LE CLECH-CHARTON S. (a cura di) (2010) – *Les établissements hospitaliers en France du Moyen Âge au XIXe siècle*, Éditions universitaires de Dijon, Dijon.

LEISTIKOW D. (1967) – *Hospitalbauten in Europa aus zehn Jahrhunderten. Ein Beitrag zur Geschichte des Krankenhaus-baues*, Boehriger Sohn, Ingelheim am Rhein.

LI CALZI E., BELLINI G., DEL BOCA G. (2002) – *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, Unicopli, Milano.

JETTER D. (1986) – *Das europäische Hospital: von der Spätantike bis 1800*, Du

Mont, Köln.

MORETTI I. (1997) – "Ospedale". In: Enciclopedia dell'arte medievale, Istituto dell'Enciclopedia italiana, Roma: on-line: https://www.treccani.it/enciclopedia/ospedale_%28Enciclopedia-dell%27-Arte-Medievale%29/.

MONTAUBIN P. (a cura di) (2004) – *Hôpitaux et maladreries au Moyen Âge : espace et environnement*. Histoire médiévale et archéologie, 17.

PERONI A. (1989) – "Il modello dell'ospedale cruciforme: il problema del rapporto tra l'ospedale di Santa Maria Nuova di Firenze e gli ospedali lombardi". In: Bertelli S., Rubinstein N., Smith C.H. (a cura di), *Florence and Milan. Comparisons and Relations*, La Nuova Italia, Firenze, II, 53-65.

PICCINNI G. (2010) – "El hospital como empresa de la caridad pública (Italia siglos XIII-XV)". In: Ricos y pobres: opulencia y desarraigo en el occidente medieval, Gobierno de Navarra, Navarra, 87-103

PICCINNI G. (2016) – "I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa alla fine del Medioe-vo". In: Cavero Dominguez G. (a cura di), *Civitas Bendita: encrucijada de la relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, Universidad de Leòn, Leòn, 8-26.

PICCINNI G. (a cura di) – *Alle origini del welfare. Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza*, Viella, Roma.

SANTANGELI VALENZANI R. (2014) – "Hosting Foreigners in Early Medieval Rome: From Xenodochia to Scholae Peregrinorum". In: Tinti F. (a cura di), *England and Rome in the Early Middle Ages: Pilgrimage, Art, and Politics*, Brepols, Turnhout, 69-88.

SPICCIANI A. (1994) – *Per una storia degli ospedali nel Medioevo: aspetti economici ed istituzionali*, SEU, Pisa.

TOUATI F.-O. (a cura di) (2004) – *Archéologie et architecture hospitalières de l'Antiquité tardive à l'aube de Temp modernes*, La Boutique de l'Histoire, Paris.

VILLANUEVA MORTE C., CONEJO DA PENA A., VILLAGRASA-ELÍAS R. (a cura di) (2018), *Redes ho-spitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad*, Institución Fernando El Católico, Zaragoza.

Giorgio Milanesi, storico dell'arte, professore associato presso l'Unità Arte Musica e Spettacolo del dipartimento DUSIC dell'Ateneo di Parma, è docente di storia dell'arte medievale (Laurea Triennale in Beni Artistici, Librari e dello Spettacolo) e di storia dell'immagine medievale (Laura Magistrale in Storia e critica delle arti e dello spettacolo). Dottore di ricerca nel settore scientifico disciplinare L-ART/01 con uno studio sull'Aquitania del secondo quarto del XII secolo che lo portato a un prolungato soggiorno di studio a Poitiers. È membro del comitato scientifico del Centro Studi Leon Battista Alberti di Mantova, è direttore della rivista Vitelliana ed è vicepresidente della Fondazione Daniele Ponchiroli; si occupa in particolare dei modelli d'immagine e di architettura in Europa dall'epoca ottoniana all'epoca sveva.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050

Sergio Brenna

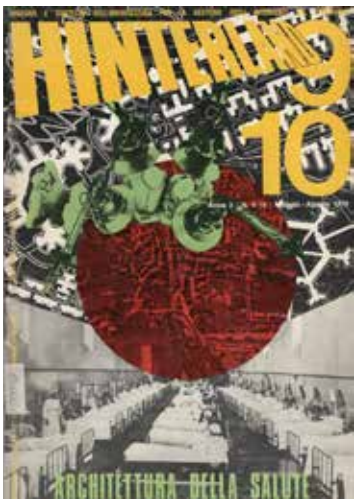
Dalle Unità Socio Sanitarie Locali della riforma del 1978 alle Case della Comunità del PNRR: di nuovo tra Ford e Garnier

Abstract
La dicotomia tra le proposte di organismo sanitario concepito come parte delle attrezzature sociali della comunità insediata o come terreno elettivo di un modello di introversione aziendale, che ha avuto la propria manifestazione più evidente nelle proposte di Tony Garnier per le attrezzature sanitarie per la Cité industrielle e nell'esempio dell'Ospedale Ford di Detroit, è paradigmatica delle differenze tra le diverse concezioni che hanno improntato l'origine dell'ospedale moderno e si ripropongono oggi come di piena attualità nel concepire l'articolazione delle attrezzature sanitarie mediante un'organizzazione tipologica tesa a fornire di volta in volta in maniera adeguata un registro unificante di funzionamento sia degli organismi sanitari di base sia delle funzioni di vita associata e collettiva della popolazione insediata.

Parole Chiave
Architettura della salute — Hinterland — Case della Comunità — Cité industrielle — Ospedale Ford

In coincidenza con l'elaborazione e l'approvazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*), abitualmente nota con la denominazione di Riforma Sanitaria, venni impegnato come giovane borsista-ricercatore del gruppo di ricerca diretto dal prof. Guido Canella presso la Facoltà di Architettura del Politecnico di Milano in un'attività di ricerca su cosa avrebbe potuto comportare nello sviluppo delle tipologie degli edifici ospedalieri e sanitari l'organizzazione basata sulle Unità Socio Sanitarie Locali (USSL), la cui istituzione era prevista dalla legge quadro nazionale in una concezione unitaria di attività di prevenzione delle cause di malattia, che radicandosi nelle condizioni socio-sanitario-territoriali dei vari contesti fossero in grado di ovviare nella diagnosi al salto di scala allora esistente tra il medico di famiglia tradizionale e l'ospedale generale o specialistico, con funzione essenzialmente terapeutica sulle malattie in fase ormai conclamata.
Come è noto, quell'obiettivo di articolazione in organismi di diverso grado differenziati in relazione alle condizioni sanitarie, sociali e insediative dei vari contesti, pur in un quadro di garanzia di unitarietà degli obiettivi da offrire a livello nazionale sulla base del principio di uguaglianza del diritto alla salute per tutti i cittadini, è andato via via corrompendosi a partire dalla trasformazione delle Unità Socio Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie Locali, per proseguire nelle differenti condizioni offerte dal principio della "spesa storica" con cui si è proceduto al trasferimento alle Regioni della gestione dell'organizzazione sanitaria (e che rischia di aggravarsi ulteriormente con la proposta della cosiddetta "Autonomia Differenziata", che finanzierebbe le sanità regionali in base alle risorse fiscali generate in proprio dai loro diversi livelli di reddito e non dalle esigenze di erogazione dei servizi), e comunque scontando il riprodursi dello iato tra il cosiddetto

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050



Figg. 1-3
Copertina e pagine interne della rivista Hinterland, numero 9-10, maggio-agosto 1979, intitolato *Architettura della salute*.

"medico di base", professionista privato operante però "in convenzione" nel proprio studio privato e sempre più agente del controllo burocratico sulle procedure di erogazione in forma gratuita o semigratuita di farmaci e di accessi alle strutture di diagnosi e/o terapia, a loro volta sempre più autoconfinatesi dietro forme organizzative e strutture miranti a qualche forma e obiettivo più di efficienza interna che di efficacia nelle prestazioni. Ma non voglio qui anticipare una conclusione a cui mi interessa pervenire piuttosto per analisi interna alla materia delle forme tipologico-insediative, che non come argomento di un dibattito politico-sociale e organizzativo-amministrativo oggi nuovamente e più che mai vivacemente in corso, con la proposta di finanziare tramite le risorse del PNRR la realizzazione delle cosiddette *Case della comunità*, finalizzate a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso infrastrutture informatiche, punti prelievi, strumentazioni polispecialistiche, al fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico del paziente da parte della comunità di riferimento.
Quell'ormai remota attività di ricerca, modestamente finanziata dal Ministero della Pubblica Istruzione come riparto di fondi ordinari e cioè indipendentemente dall'occasione specifica che offriva la coincidenza tra l'oggetto dell'indagine e lo svilupparsi della riforma istituzionale, pubblicò i propri risultati in un fascicolo della rivista *HINTERLAND - Disegno e contesto dell'architettura per la gestione degli interventi sul territorio*, a. 2, N. 9-10, maggio-agosto 1979, programmaticamente intitolato *Architettura della salute*.
Guido Canella, Direttore sia della ricerca sia della rivista, nell'editoriale dal titolo *L'ospedale tra storia interna e storia esterna* esordiva facendo rilevare come

> Nessun altro tipo edilizio quanto l'ospedale è rimasto soggetto, ancora in epoca moderna, a preconcetti intrinseci di necessità funzionalistica (…) E' indubbio che gli studi sull'architettura e sulla città, almeno da quindici anni a questa parte, registrano un impulso decisivo proprio dall'aver ammesso la necessità e praticato lo sconfinamento strutturale verso una storia esterna più complessiva, da intendersi come ragione, naturale ancor prima che morale, nel ridimensionare le impostazioni tecnicistiche, sociologiche, economistiche, ecc.
> Va anche registrato, però, nella maggioranza dei casi, il mancato ritorno, non formal-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050

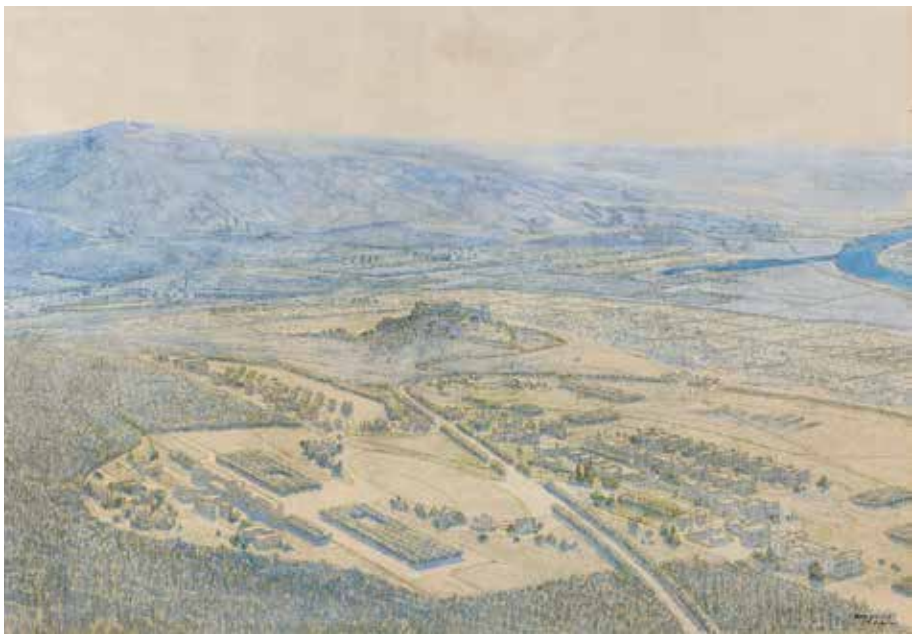
Fig. 4
Ospedale Henry Ford, Detroit, 1915.

mente analogico ma effettualmente operante, dall'escursione storica alla progettazione; così che questa permane abbandonata a se stessa, recisa da ogni arricchimento conoscitivo potenzialmente innovativo. (Canella 1979).

In quel numero della rivista pubblicai due contributi frutto dell'attività di ricerca sull'evoluzione storica del rapporto tra le conoscenze medico-sanitarie, l'organizzazione sociale delle loro forme di erogazione e le tipologie insediative degli organismi edilizi che vi hanno trovato corrispondenza: una scheda riassumeva l'evolversi dai *Valetudinaria* di epoca romana al sei-settecentesco *Hotel des Invalides* di Parigi nell'individuazione della guerra come esclusiva "causa sociale" di invalidità e malattia cui far fronte, mentre l'assistenza compassionevole degli organismi religiosi rimaneva fortemente intrecciata all'obiettivo di segregazione dei portatori di possibili diffusioni epidemiche; il sorgere e diffondersi in epoca sette-ottocentesca della tipologia dell'ospedale "a padiglioni" in concomitanza (ma in qualche modo anche anticipandola) con la nascita e la diffusione della concezione "eziologicamente unitaria" della malattia e della cura (*"una sola causa per ogni malattia, una sola cura per ogni causa, una sola sede per ognuna delle cure"*) sino al suo degradarsi nel quasi infinitamente dispersivo accostamento di padiglioni specialistici di alcuni ospedali tedeschi di epoca bismarkiana (Stadtisches Krankenhaus Moabit e Rudolf Virchow Krankenhaus, 1871-1889, a Berlino; Neue Allgemeine Krankenhaus a Eppendorf-Amburgo, 1884 e in altri tardi epigoni europei (anche in Italia: Ospedale Umberto I a Roma, Ospedale Maggiore a Milano, ecc.) e americani (Johns Hopkins a Baltimora) e infine il novecentesco affacciarsi e prevalere dell'ospedale "monoblocco" in cui la prosecuzione della prevalenza specialistica nei reparti separati ritrova efficienza distributiva nei collegamenti verticali meccanizzati, dai servizi interrati all'accoglienza a piano terra alle degenze-terapie specialistiche ai vari piani, sia pure con l'inusuale eccezione del progetto di Le Corbusier per il nuovo Ospedale di Venezia in cui le degenze vengono collocate separatamente all'ultimo piano in uno schema ispirato dall'organizzazione urbana attorno a "campielli" desunto dal contesto urbano e in cui i pazienti sarebbero poi scesi verso i reparti specialistici sottostanti (Brenna 1979).

Pur avendone già fatto accenno in quella scheda crono-tipologica[1], in un altro articolo-saggio a piena pagina focalizzavo tuttavia i due esempi quasi coevi che mi sembravano rappresentare il momento di confronto più fortemente dicotomico tra le due opposte concezioni di rapporto tra organismo

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050



Figg. 5-6
Tony Garnier, Cité Industrielle (1901-1904). Planimetria e vista della zona dell'ospedale.

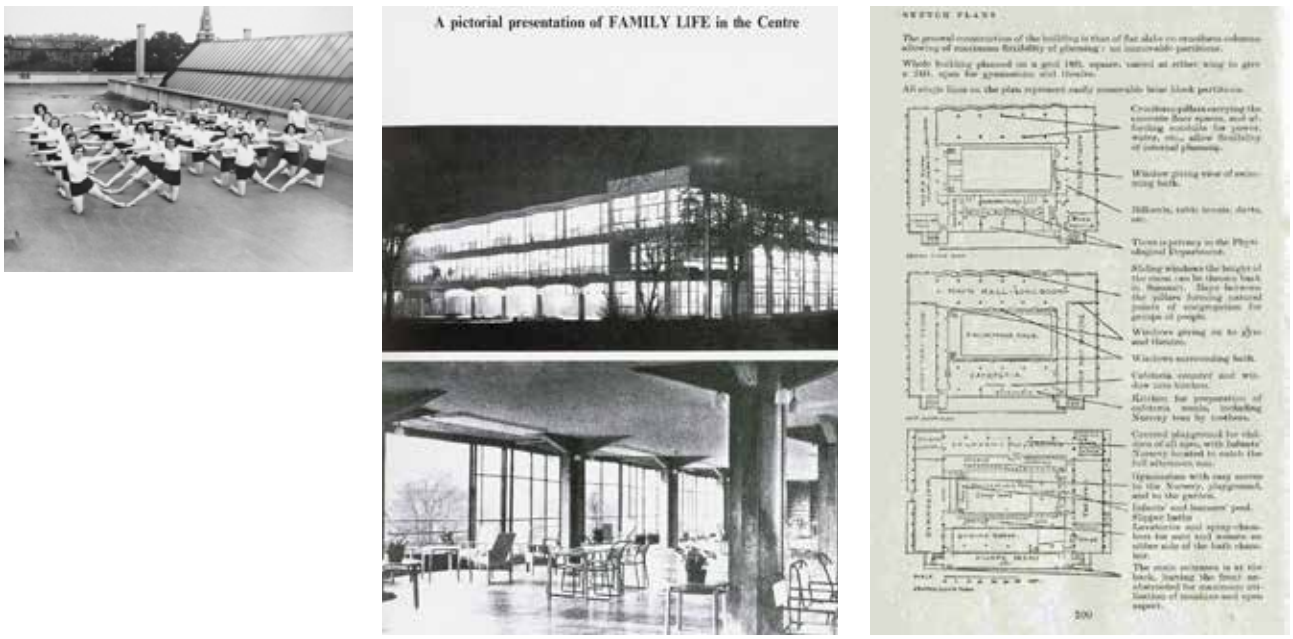
ospedaliero e contesto urbano da cui origina l'assetto e il ruolo dell'ospedale contemporaneo: l'Ospedale Ford di Detroit (1911-1914 circa) e gli studi di Tony Garnier per la sua idea di *Cité Industrielle* (1901-1904) seguiti dalla successiva concreta occasione di realizzarne le tipologie nell'organismo ospedaliero di Lione (1915 circa).
Infatti più che il passaggio dalla tipologia *a padiglioni* a quella *a monoblocco*, cui si pretenderebbe di trovare legittimazione nel riferimento a motivazioni di carattere esclusivamente sanitario e distributivo, ciò che va colto è, invece, il prevalere di una concezione che isola l'organismo ospedaliero esaltandone le caratteristiche tecnico-organizzative di carattere aziendale rispetto a quella di un'organizzazione sanitaria articolata in modo da riconnettere i vari organismi e tipologie ai caratteri socio-insediativi dell'utenza alla cui fruizione è diretta.
Ford, infatti, aveva rilevato l'edificio ospedaliero quando era già in costruzione da parte vari organismi filantropici cittadini, preferendo assumerne direttamente proprietà e gestione, anziché compartecipare alla contribuzione filantropica, in modo da potervi imprimervi la propria concezione di organizzazione aziendalistica basata su una serie di funzioni parcellizzate per molti versi analoga a quella del lavoro nelle sue fabbriche: il malato al suo arrivo in ospedale veniva sottoposto ad una serie di accertamenti diagnostici prefissati ed indipendenti dal motivo specifico del suo ricovero, procedendo separatamente per convergere solo alla fine a ricomporre il quadro clinico del paziente e l'avvio alla terapia specialistica.
Tale scelta era motivata soprattutto dall'obiettivo di sminuire quanto più possibile nella determinazione della corretta diagnosi e gestione della terapia-degenza l'influenza che il singolo operatore sanitario (medico o infermieristico) potesse avere nei confronti dell'apparato organizzativo predeterminato dalla progettualità dei propri ingegneri di fabbrica, in termini di ottimizzazione del rapporto addetti/utenti e riduzione dei percorsi e degli spazi.
Benché la concezione della tipologia ospedaliera prevista da Tony Garnier prima nel suo progetto-studio di *Cité Industrielle* del 1901-1904 e poi nella concreta realizzazione dell'ospedale di Lione del 1915 possa di primo acchito apparire come del tutto appartenente a quella dell'ospedale "a padiglioni", ad un più attento esame emerge invece come la sua concezione organizzativa della tipologia ospedaliera nasca piuttosto dall'essere – al pari delle altre attrezzature di carattere sociale e delle stesse tipologie

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050

Figg. 7-8
Tony Garnier, Hôpital E. Herriot, Lyon, 1913-33. Planimetria e vista della zona dell'ospedale.

dei quartieri residenziali – organismo funzionalmente dimostrativo di un impianto tipologico unitario che, sia pur variamente declinato, punta all'obiettivo complessivo di concepire una moderna "*città industriale salubre*". In qualche modo una visione anticipatrice di quelle iniziative che in Gran Bretagna già dal 1935 videro appunto sperimentare con i Pioneer Health Center – sia pure in un regime volontario applicato ad un limitato numero di famiglie di una medesima comunità – una gestione della salute esteso alle condizioni generali di vita e di lavoro della popolazione utente, dando origine ad una rete di *health center* che promuovevano un nuovo ruolo generalizzato della prevenzione sanitaria, nell'ambito delle attività di vita associata della comunità nel quale alle funzioni sanitarie si affiancavano la piscina, i bagni pubblici, l'asilo nido, la palestra, il ristorante, sale di ritrovo comunitario.
L'esperimento, interrottosi durante il periodo bellico, venne riproposto nel 1947 in connessione con l'attuazione della riforma sanitaria generalizzata. Per quanto riguarda le strutture sanitarie essa proponeva la realizzazione di una vasta rete di *health center*, soprattutto connessi alla previsione di aree riservate ai servizi sociali nelle *new towns*, attraverso i quali puntare al superamento sia delle attrezzature vittoriane *a padiglioni* erette negli anni Venti sia dei più recenti grandi complessi ospedalieri affetti da un gigantismo che ne appesantiva efficienza e funzionalità per la congestione sia delle funzioni erogate sia del conseguente carico di degenti, realizzando invece una nuova articolazione in grado di rispondere alle esigenze del decentramento territoriale in atto e alla crescente importanza della medicina preventiva anche se il limitato numero di realizzazioni conseguenti alla previsione di aree riservate ai servizi sanitari come parte delle attrezzature per servizi sociali non riuscì a far emergere una più precisa caratterizzazione sul piano tipologico, in modo alternativo alla prevalenza degli stretti organigrammi di distribuzione igienico-funzionale.
La dicotomia tra le proposte di organismo sanitario concepito come parte delle attrezzature sociali della comunità insediata o come terreno elettivo di un modello di introversione aziendale, che ha avuto quindi la propria manifestazione più evidente nelle proposte di Tony Garnier per le attrezzature sanitarie per la *Cité industrielle* e nell'esempio dell'Ospedale Ford di Detroit, mi pare sia ancora oggi paradigmatica delle differenze tra le diverse concezioni che hanno improntato l'origine dell'ospedale moderno

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050



Figg. 9-11
Sir Owen Williams, Pioneer Health Center, Peckham, 1935.

e si ripropongono oggi come di piena attualità nel concepire l'articolazione delle attrezzature sanitarie mediante un'organizzazione tipologica tesa a fornire di volta in volta in maniera adeguata un registro unificante di funzionamento sia degli organismi sanitari di base sia delle funzioni di vita associata e collettiva della popolazione insediata.
L'organizzazione ospedaliera ha infatti dimostrato nel corso degli anni di aver lungamente continuato ad essere terreno applicativo di elezione per i fautori di un tecnicismo aziendalistico elusivo dei reali problemi posti dalla necessità di ridefinizione dell'organizzazione e della tipologia degli organismi sanitari su nuove basi di rispondenza tra condizioni socio-insediative ed attrezzature sanitarie al fine di perseguire un più alto grado di coerenza e di innovazione delle attrezzature sanitarie in rapporto con gli spazi per i servizi pubblici generali.
L'occasione offerta oggi dai finanziamenti del PNRR alla realizzazione delle cosiddette *Case della comunità* va vista quindi nuovamente come la possibilità di tornare a perseguire quell'obiettivo di articolazione delle attrezzature sanitarie in organismi di diverso grado differenziati in relazione alle condizioni sanitarie, sociali e insediative dei vari contesti, a partire dalla necessità di ripensarne la visione all'interno degli spazi di dotazione integrata dei servizi pubblici delle comunità insediate.
Dal punto di vista tipologico ciò richiede la capacità di sviluppare lo studio di soluzioni in cui le *Case della comunità* sappiano disaggregare l'attuale compattezza autarchica sviluppatasi all'interno dell'aziendalismo ospedaliero, implementando invece la ricomposizione delle attività sanitarie di base attorno ai momenti sociali e collettivi sia interni che esterni alla funzione sanitaria.
Ancor di più, tuttavia, ciò richiede che prioritariamente si riaffermi l'obiettivo di una progettualità pubblica e collettiva nella configurazione delle attrezzature e degli spazi pubblici che, invece, nella oggi prevalente concezione della "*rigenerazione urbana*" viene demandata quasi interamente alle proposte dei promotori immobiliari privati in una sorta di "appalto concorso" di idee e soluzioni che inevitabilmente soggiacciono alla visione ludico-consumistica loro connaturata.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1050

Note

[1] La rivista Hinterland aveva una struttura della pagina che consentiva oltre alla pubblicazione testo principale su due colonne della pagina di sinistra, lo sviluppo di una schedatura di immagini con un testo su cinque colonne più piccole (che occupavano la parte rimanente della pagina sinistra e tutta la pagina destra) consentendo così un racconto parallelo articolato tra testi ed immagini. Si veda la figura di pag. 53 (ndc).

Bibliografia

CANELLA G. (1979) – «L'ospedale tra storia interna e storia esterna» In Hinterland, *Architettura della salute* n. 9-10.

BRENNA S. (1979) – "Storia di una metafora tipologica. Alle origini dell'ospedale contemporaneo: tra H. Ford e T. Garnier", in Hinterland n. 9-10, pagg. 16-29.

GARNIER T. (1932) – *Une cité industrielle : étude pour la construction des villes*. C. Massin & Cie, Paris

MARIANI R. (a cura di) (1969) – *Tony Garnier. Une Cite Industrielle*, Jaca Book

Sergio Brenna, già ordinario di urbanistica al Politecnico di Milano è stato autore di progetti alternativi a quelli in corso sulle principali aree di grandi trasformazioni urbane e territoriali del contesto milanese e lombardo, svolgendo studi e ricerche sul rapporto tra assetti metropolitani e organismi per l'innovazione produttiva e i servizi sociali. Su tali argomenti ha pubblicato *Il ritorno al futuro della cité industrielle: dopo Ford, torniamo a Garnier* (2000), *De Finetti 1946-1952. L'urbanistica dilatata di un pubblico amministratore schumpeteriano* (Euresis, 2003); *La Città: architettura e politica* (Hoepli, 2004); *Milano, dall'esterno e da lungi* (Gangemi, 2006); *La strana disfatta dell'urbanistica pubblica.* (Maggioli, 2009); *La strada lombarda. Progetti per una Milano città madre della propria cultura insediativa* (Gangemi, Roma 2010).

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

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 programmatoria, 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 antiretorica 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-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

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 europeo[4], 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 Parma[5] 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

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

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 mutuate in gran parte dagli *healty buildings* e dall'*evidence-based design* di scuola anglosassone, cioè da metodologie di matrice scientistica 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 persone[8], 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

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

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

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

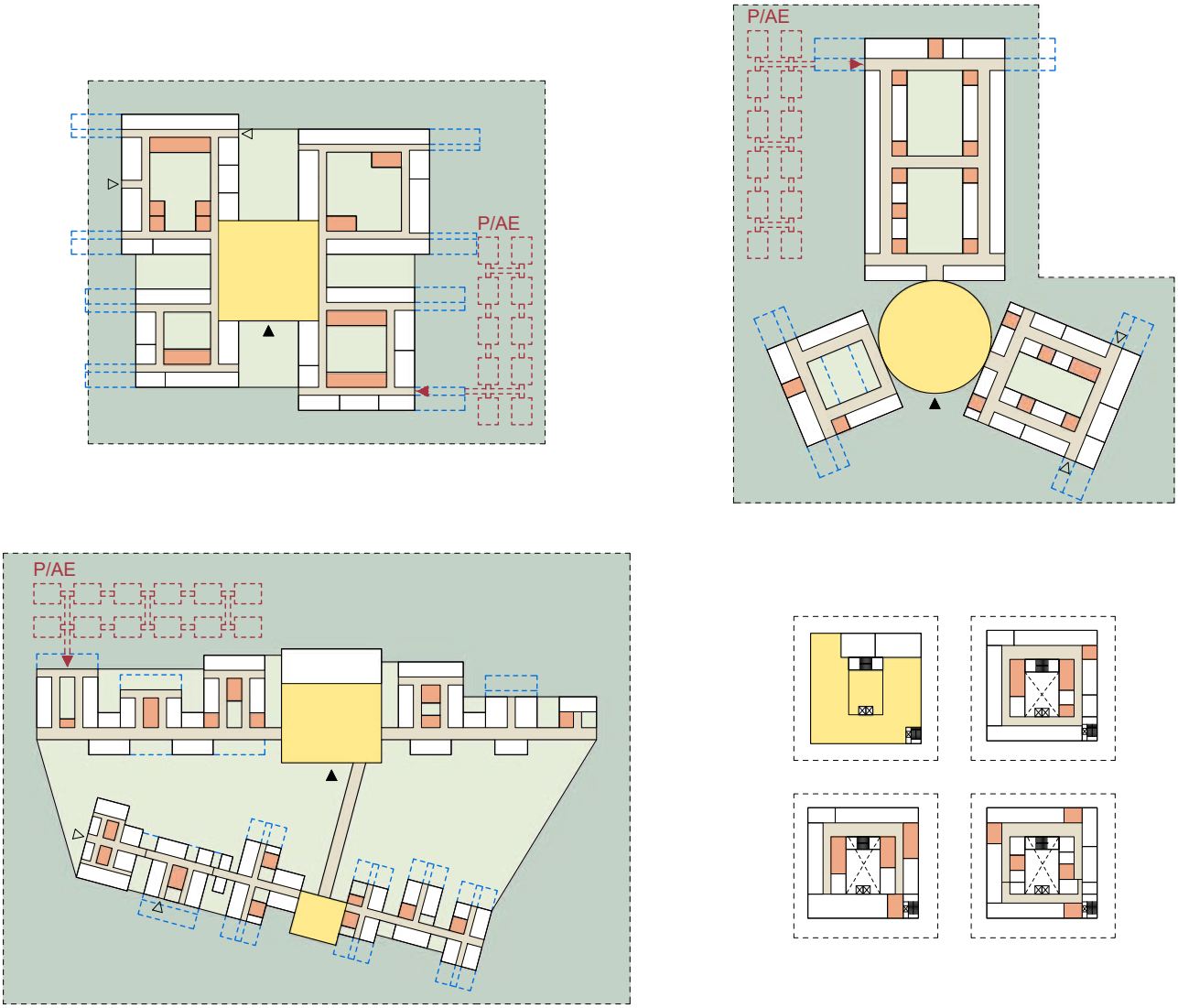


Fig. 4
Studi tipologici modello superHub:
Tipologia a corti specializzate
Tipologia a raggiera
Tipologia aggregato aperto
Tipologia multilivello
©UALab, Ricerca UNIPR

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 complementarietà 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-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

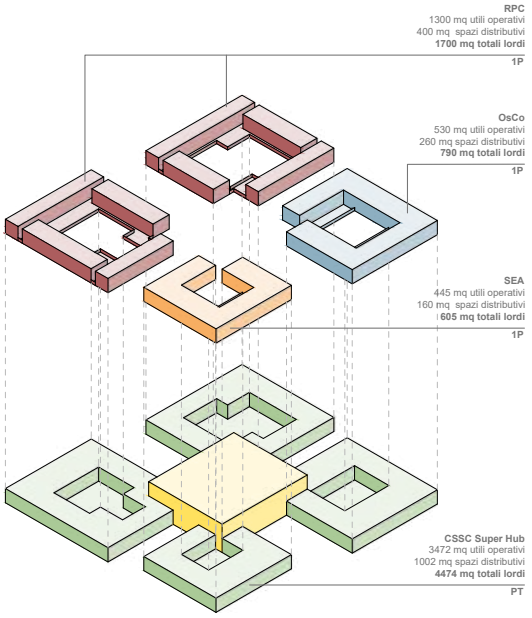


Fig. 5
Verifica di sovrapposizione tra CSC, OSC e altre funzioni.
©UALab, Ricerca UNIPR

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 complementarietà. 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-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

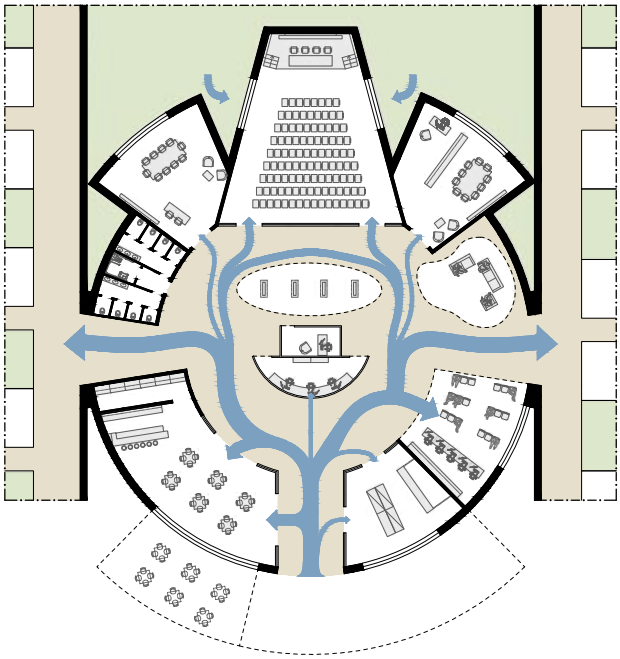


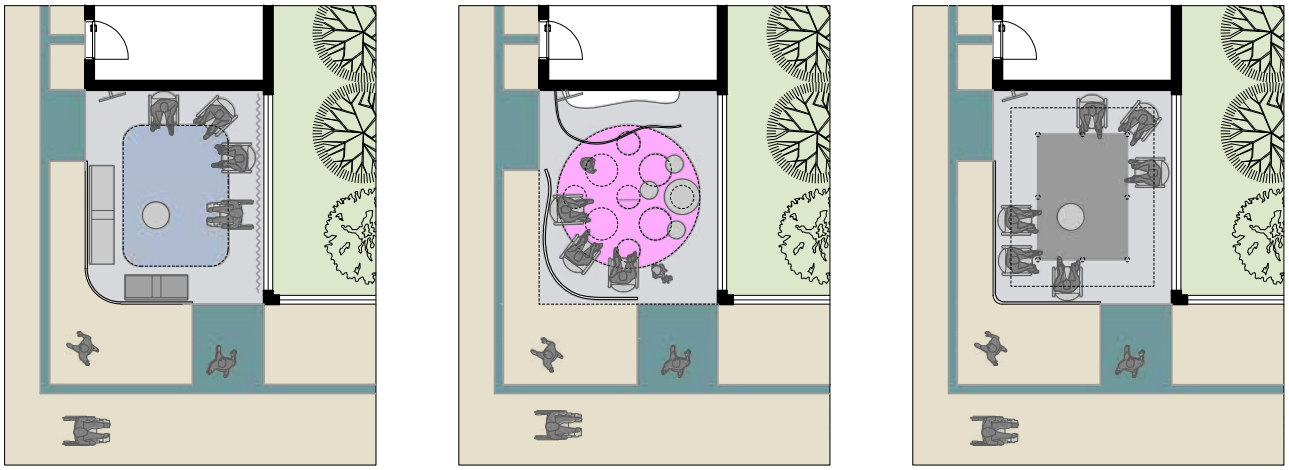
Fig. 6
Area Accoglienza modello SuperHub.
©UALab, Ricerca UNIPR

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 evidenzi 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 sequenza 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-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049



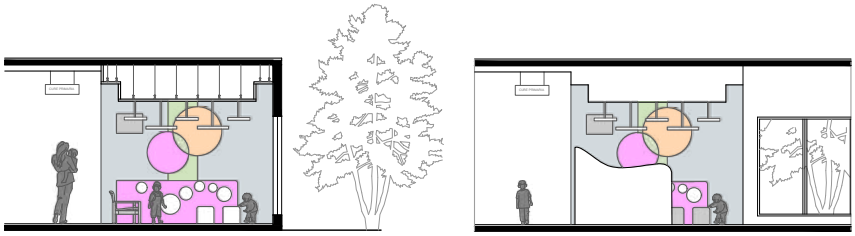


Fig. 7
Soluzioni personalizzate per le aree di attesa
©UALab, Ricerca UNIPR

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*.

Fig. 9
Ignazio Gardella, Dispensario antitubercolare di Alessandria, 1933-37.

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.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

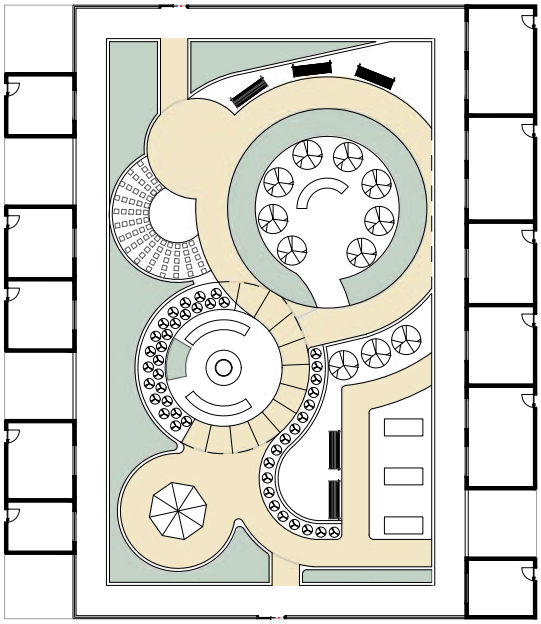


Fig. 10
Studio per giardino curativo modello superHub.
©UALab, Ricerca UNIPR

Qui si apre il capitolo della componentistica del congegno, cioè i diversi ambienti funzionalmente denotati alle diverse scale e situazioni fruitive, 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-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1049

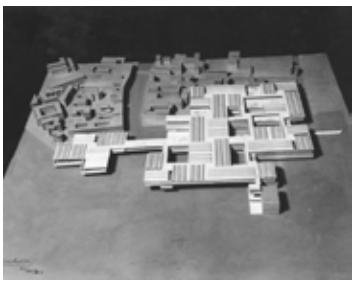


Fig. 11
Le Corbusier, Progetto per l'ospedale di Venezia, 1964.

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 fruitive tradotte in altrettante caratterizzazioni di natura architettonica, si predispone anche nei confronti di ulteriori occasioni di complementarietà 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 transdisciplinarità*. 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.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

Giuseppe Verterame

Il ruolo urbano di architetture e luoghi per i servizi decentrati di salute comunitaria

Abstract
Il recente Decreto Ministeriale n. 77/2022 ha introdotto nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, per risolvere le criticità emerse durante la scorsa emergenza sanitaria, tra cui la Casa della Comunità. Questo contributo riflette sul potenziale ruolo urbano di queste nuove strutture, dove avviene un cambio di paradigma: da meri edifici che erogano servizi per la salute ad architetture civili comprendenti una significativa estensione delle prestazioni rivolte all'ambito sociale. Al fine di interpretare questa trasformazione, vengono esplorati i concetti di *centralità* e *luogo urbano* a cui l'architettura delle Casa della Comunità contribuisce. Successivamente, si propone una metodologia per la progettazione alla scala urbana di queste strutture, le quali si inseriscono in un più ampio sistema per l'assistenza sanitaria e sociale nella città dove, oltre ai Luoghi e Centri per la Salute Comunitaria quale evoluzione del concetto di Casa della Comunità, si ipotizzano i Punti di Assistenza Sotto Casa, terminali ultimi dell'assistenza decentrata.

Parole Chiave
Centralità urbana — Luogo urbano — Macroisolato

Lo *shock* provocato dalla recente pandemia ha generato un desiderio comune di rinnovamento delle politiche sociali in cui scorgere un avanzamento necessario. Infatti, tra isolamento e chiusure forzate abbiamo sperimentato la solitudine, il distanziamento fisico con ricadute sui comportamenti e con conseguenze sulla socialità. Allo stesso tempo, il periodo di reclusione domestica ha evidenziato fragilità e rafforzato la consapevolezza dell'importanza delle relazioni personali, con azioni di solidarietà delle comunità che si organizzavano per sostenere i più fragili, con approvvigionamento di cibo, medicinali e supporto emotivo.
L'emergenza sanitaria ha così messo in luce la necessità di adottare nuovi approcci per il raggiungimento di una migliore qualità di vita, tra cui anche un cambio di paradigma nella sanità pubblica «passando da un modello medico, focalizzato sull'individuo, a un modello sociale, in cui la salute è considerata come il risultato di vari fattori socio-economici, culturali e ambientali» (Capolongo, Buffoli, Brambilla, Rebecchi 2020, p. 271). L'improvvisa diffusione del virus ha portato a misure di contrasto tra le più rigide al mondo nel contesto degli Stati democratici, adottate proprio perché il sistema sanitario presentava criticità evidenti nella mancanza di supporto decentrato alle strutture sanitarie centrali, come gli ospedali.
Per rimediare alle carenze evidenziate, il Ministero della Salute nel maggio del 2022, con il Decreto Ministeriale n. 77[1], ha concepito un nuovo modello territoriale per il Servizio Sanitario, introducendo la Casa della Comunità come fulcro di una rete di servizi sanitari e sociali diffusi sul territorio. Derivato dalla matrice organizzativa e funzionale della Casa della Salute – che ha trovato applicazione disomogenea nelle diverse regioni – si caratterizza per un approccio integrato e multidisciplinare tra professionisti dei settori sanitario, socio-sanitario e sociale, con attenzione alla continuità

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

Fig. 1
Carlo Aymonino, "Ecco qua un altro pezzo di città", 1981.

assistenziale e al supporto domiciliare delle fasce deboli, in particolare con nuove figure professionali come il cosiddetto infermiere di comunità.
Questo modello tenta di rispondere alla necessità di cambio di paradigma cui si accennava precedentemente, che ovviamente non si può risolvere esclusivamente nell'adozione di nuovi *modelli e standard* – così definiti dall'Allegato 1 del Decreto precedentemente citato – ma attraverso una visione allargata, innanzitutto quella che comprende il suo ruolo strategico nei confronti della città.
Già da parecchi decenni si insiste sulla intrinseca relazione *città-benessere* e come da questo binomio dipenda la qualità della vita delle persone, fin dalla Conferenza delle Nazioni Unite sull'ambiente tenuta a Rio[2] . Di recente, nel 2021, il Ministero della Salute ha pubblicato il *Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica* dove evidenzia che «il concetto di *Healthy City* presuppone l'idea di una comunità conscia dell'importanza della salute come bene collettivo» (Ministero della Salute 2021, p. 6).
In questo modo si mette in evidenza l'importanza dell'ambiente urbano per la salute, la quale non è solamente associata alla sfera individuale, ma correlata al bene comune e quindi all'idea di una salute comunitaria (*ivi*, p. 10).
Tuttavia, le varie raccomandazioni contenute nei documenti prodotti, a partire dalla Conferenza fino alle recenti proposte, sono divenute perlopiù slogan. Oggi, al di là di alcune attrezzature collettive, *lifting* di aree urbane più o meno abbandonate, prolungamenti di piste ciclabili e parchi con un ridotto effetto urbano, non si rilevano interventi di rigenerazione urbana caratterizzati da una visione olistica capace di restituire una condizione di benessere di forte rilevanza sociale. Ancora una volta, l'emergenza sanitaria ha evidenziato problematiche legate alle attrezzature e agli spazi collettivi: a molti sembrava evidente l'importanza di ripensare la città – in quel periodo negata a causa dei confinamenti – esperita nelle prossimità della propria casa per rivendicare quell'innato istinto di espressione comunitaria e sociale, spesso disilluso perché quei pochi e ridotti spazi praticabili non avevano qualità rilevanti.

Per una salute comunitaria: i paradigmi di centralità e di luogo urbano
Sembrava evidente la necessità di ripartire dalla città come fenomeno collettivo e campo geografico della fenomenologia comunitaria, in grado di – come scrive Jean-Luc Nancy – mettere in relazione l'*essere singolare plurale*, ovvero quella scena in grado di rappresentare il «buono spettacolo, l'essere sociale o comunitario [che] presenta a se stesso la propria interiorità, la propria origine (di per sé invisibile), la fondazione del proprio diritto, la vita del proprio corpo» (Nancy 2001, p. 77).
All'interno del paradigma necessario adottabile nel *post-covid*, emerge quindi il tema della collettività, priorità sociale basata sulla consapevolezza maturata dell'importanza del ruolo della comunità in una chiave solidale, come manifestato da vari enti durante il periodo di isolamento.
La sostituzione nominalistica da Casa della Salute a Casa della Comunità, pur attuata solo per Decreto senza che in molti contesti ne conseguisse un reale cambiamento in termini programmatori ed operativi, sembra rientrare in quella maturata consapevolezza da parte delle istituzioni prodotta durante la pandemia a cui si faceva riferimento precedentemente.
Considerando l'attualità, i vantaggi della CdC sarebbero numerosi, in particolare in relazione alle tematiche di inclusione e diversità, solidarietà e assistenza delle fasce deboli, partecipazione civica e educazione. Realmente, la comunità può rappresentare un elemento chiave per affrontare le sfide sociali, economiche e sanitarie, poiché collaborazione e solidarietà sono fondamentali per costruire società sostenibili nel lungo termine.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

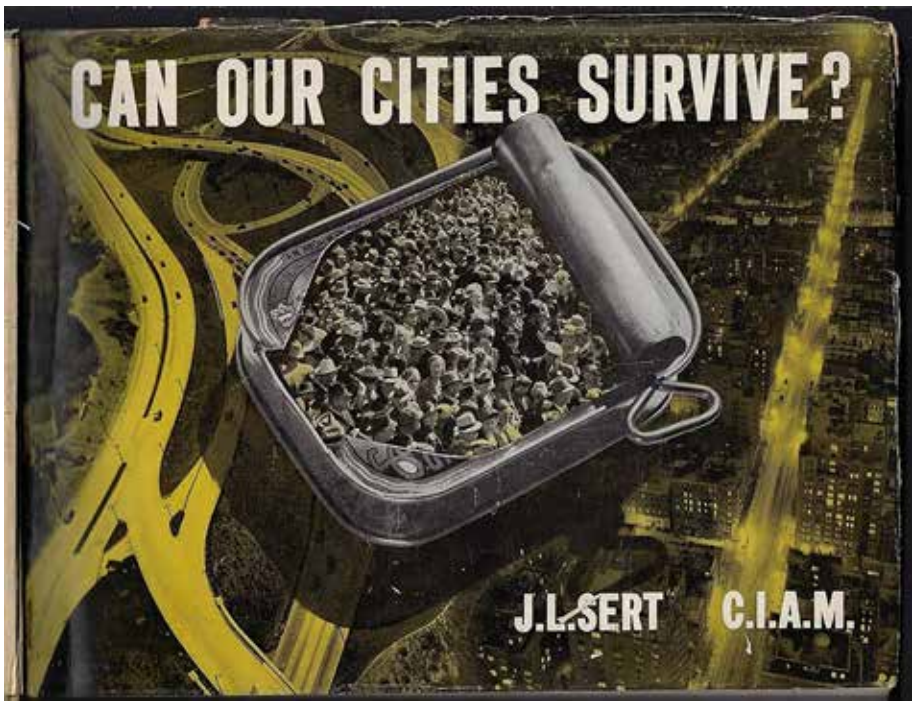


Fig. 2
Josep Lluís Sert, "Can our cities survive?", 1942 Copertina del volume.

Fig. 3
Saul Steinberg, "Piazza San Marco", ca. 1950.

Adriano Olivetti sosteneva l'importanza della Comunità all'interno della società per la costruzione di un senso civico a partire dal basso e mettendo al centro responsabilità individuale, solidarietà sociale, dignità e diritti delle persone, interesse delle generazioni future (Olivetti 2013).
Olivetti ha applicato i valori comunitari a diversi contesti, dagli insediamenti rurali del Canavese – con la costruzione dei Centri Comunitari – al contesto lavorativo industriale e fino allo sviluppo di Ivrea, dove ha integrato lavoro, residenza e servizi, promuovendo la costruzione di case, scuole e servizio sanitario per migliorare la qualità della vita dei dipendenti e delle loro famiglie (Renzi 2008). Egli ha dimostrato, inequivocabilmente, che non può esserci sviluppo di una comunità disgiunta dalla costruzione di un luogo, che riporta all'idea di città, come scena, al contempo, di *communitas* (Esposito 1998) ed *immunitas* (Esposito 2002).
Tuttavia, tra le indicazioni ministeriali non ci si riferisce al potenziale urbano di questi modelli di assistenza territoriale che posseggono lo status di edificio pubblico. L'enfasi critica non vuole risultare ovvia ma necessaria, considerate le proposte metaprogettuali, i primi progetti e gli esemplari prodotti – facendo rientrare anche le Case della Salute – spesso carenti

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

Fig. 4
Ludovico Quaroni e Federico Gorio con il coinvolgimento di Adriano Olivetti, Borgo La Martella a Matera, 1952-1954.

in termini di articolazione tipologica e qualità rappresentative all'interno della struttura urbana. Una visione lungimirante e, quindi, sostenibile deve considerare la realizzazione della Casa della Comunità secondo la vocazione collettiva tipica di un'architettura civile, interpretandola come potenziale *distrettualità comunitaria* di una determinata parte di città e mezzo di una *fenomenologia comunitaria*.
In aggiunta, congegni architettonici e urbani così caratterizzati ed adeguatamente attrezzati possono rivestire un ruolo cruciale nella gestione delle emergenze che, come dimostrato nella recente pandemia, risultano particolarmente concentrate nelle aree urbane.
Pertanto, lavorare sulla città con la consapevolezza del potenziale ruolo delle sue attrezzature può, da un lato, efficacemente limitare gli impatti di future emergenze e, dall'altro, sottolineare il ruolo centrale della comunità.
Alla luce dei più importanti eventi, la trasformazione della città viene condizionata dalle urgenze imposte dall'attualità, come la necessità rappresentata dalla salute comunitaria. Secondo Antonio Monestiroli (1979, pp. 34-35), il progetto di architettura deve sperimentare nuove forme in grando di rivelare la ragione collettiva dei temi che si succedono lungo il corso della storia.
Viste le premesse, dovremmo, ora, chiederci quale sia la ragione dell'architettura per la salute comunitaria, proprio in relazione alla città che, come ritiene Carlo Quintelli (2010a, p. 9), va considerata

> una struttura comunitaria, all'interno della quale i meccanismi di riproduzione dell'intero e delle parti tendono a reinterpretare e riprodurre il principio comunitario, conferma necessaria del denotato urbano, ma secondo diverse declinazioni ed elaborazioni di significato.

In questo senso, l'architettura della salute comunitaria non può essere dissociata dalla sua dimensione collettiva, senza la quale perderebbe senso.
Tuttavia, la dimensione collettiva non la si ritrova esclusivamente nella realizzazione delle sue finalità pratiche in risposta alle sue funzioni principali, come quelle per la salute, perché ci ritroveremmo un involucro che soddisfa requisiti funzionali e fruitivi, ma privo di qualità architettoniche in grado di rappresentarne il ruolo urbano di edificio civile.
Così, nel tentativo di interpretare il *senso* di una tale opera per la collettività, è opportuno approfondire quanto sostenuto da Monestiroli (1979, pp. 34-35):

> credo che la ragione di ogni edificio si basi sulla sua funzione, prenda origine da essa, tuttavia non coincida con essa. Ed è propria questa non coincidenza a consentire il progresso dell'architettura o per lo meno il progresso di un aspetto di essa, quello della conoscenza del senso di ogni manufatto […] se consideriamo la funzione ciò che lega l'architettura alla realtà concreta in cui viene costruita, possiamo dire che la conoscenza della funzione avviene tramite la conoscenza della realtà nel suo com-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

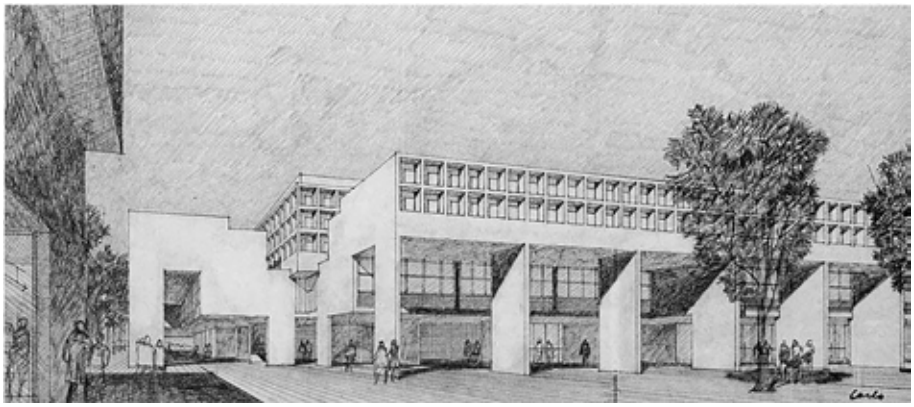
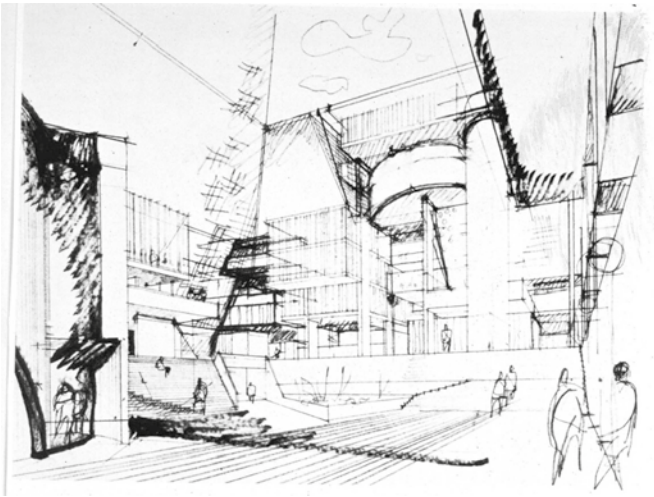


Fig. 5
Carlo Aymonino, Complesso scolastico a Pesaro, 1974-1978.

plesso. Non è possibile quindi arrestarsi alla funzione così come si dà ma è necessario conoscerne gli aspetti profondi, legati ad una più estesa e generale conoscenza della realtà. È questa conoscenza che ci permette di andare oltre la funzione e di conoscere la ragione degli edifici.

Definite alcune premesse di carattere analitico-critico, è necessario, a questo punto, procedere in modo sintetico alla definizione progettuale, anche in modo analogico, dell'architettura per la salute comunitaria in senso urbano.
Se si osserva la città – in particolare le periferie – emerge una diffusa assenza di caratterizzazione complessiva, che deriva da una evidente indeterminazione formale. All'interno di uno stato di necessità precedentemente determinato, da un lato sul piano della fenomenologia urbana e dall'altro sul piano sociologico, l'architettura per la salute comunitaria ritrova la sua *ragione* se è in grado di rappresentarsi come *fattore di centralità urbana*[3], edificio collettivo e congegno architettonico composito, rilevante non solo a livello funzionale e fruitivo, ma soprattutto per la sua capacità di farsi interprete del suo senso civile di attrezzatura urbana con predisposizione alla polifunzionalità, flessibile nei suoi diversi usi, facilmente accessibile, dotato di spazi comuni aperti e socialmente contaminabile grazie ai diversi servizi offerti. Così inteso, il contributo al determinarsi della *centralità*, oltre ad attuare specifici programmi funzionali, può favorire lo scambio e la cooperazione tra i vari enti e le istituzioni, generando sinergie tra gli attori coinvolti nella promozione della salute così come della socialità, materializzando uno dei significati di comunità.
L'idea di *centralità* risulta concettualmente adeguata sia alla scala dell'architettura che a quella della città, ambito fisico in cui l'architettura della salute comunitaria pretende di instaurare relazioni. A questo proposito, potremmo valutare l'appropriatezza dell'adozione del paradigma di *luogo urbano* per tradurre concretamente quella dimensione della *centralità* a cui l'architettura concorre. Infatti, questo duplice carattere può rappresentare una pluralità di forme organizzate, come edifici per attività e servizi di vario tipo, pubbliche o private – comprese le residenze specializzate – ma allo stesso tempo esprimere un'immagine unitaria, riuscendo meglio ad esprimere il suo potenziale ruolo urbano come spazio per la comunità.
Così inteso, il *luogo* rappresenta un sistema architettonico complesso, possiede qualità urbane strutturali e identitarie, incentiva i fenomeni sociali e stabilisce relazioni multiple tra architettura e città.
Secondo Rykwert, il concetto di *luogo* travalica i criteri razionali fino a raggiungere aspetti simbolici tanto che i cittadini possono provare orgoglio per l'appartenenza ad un determinato ambito, sviluppando un senso di appartenenza. Si tratta di una forza intrinseca che influenza la socialità dei suoi abitanti, attivando la vitalità di una comunità. Inoltre, egli sostiene che la presenza di *luoghi* di riferimento è cruciale perché arricchisce l'esperienza urbana: intesi come punti di riferimento, hanno un ruolo signifi-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044



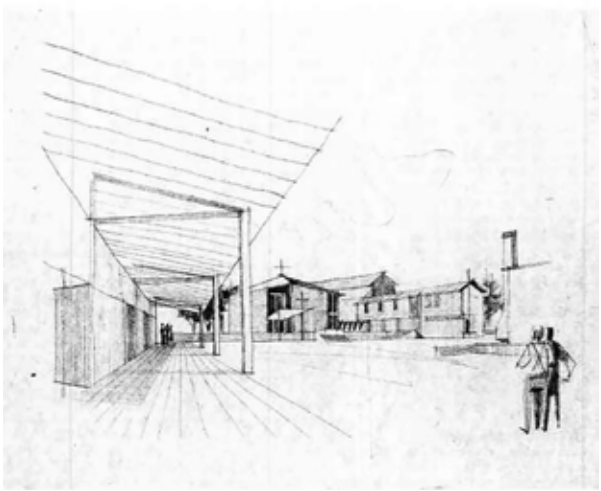


Fig. 6
Carlo Aymonino e Costantino Dardi, Concorso per l'ospedale di Mirano, 1967.

Fig. 7
Vittorio Gandolfi, Piazza del quartiere Montanara a Parma, 1956-1957.

cativamente urbano e fungono da catalizzatori delle attività umane, tanto da determinare un *carattere*, per mezzo delle loro qualità rappresentative, distintive nell'esperienza urbana (Rykwert 2003, p. 306).
A partire dall'esperienza storica, è la piazza il tipo di luogo urbano che meglio traduce le qualità descritte: sul piano rappresentativo, è uno spazio dotato di qualità simboliche, identificabile come vuoto catalizzatore di attività pubbliche e sociali. A questo proposito, Paolo Portoghesi (1990, pp. 13-14) sostiene che è «la piazza infatti, intesa come cuore pulsante della città, centro motore e intelletto del tessuto urbano […] il luogo privilegiato dell'incontro, del dialogo dello scambio sociale» . Non solo, egli accoglie la tesi di Nancy sulla necessità della comunità di rappresentarsi in un teatro urbano:

> scena e teatro entrano nella progettazione della piazza non già come apporti esterni, ma come esigenza connaturata al concetto stesso di piazza: un luogo dove la presenza dell'uomo, sia essa quotidiana o legata a particolari eventi, deve farsi spettacolo (ivi, p. 24).

Secondo Carlo Aymonino, questa capacità trasforma lo spazio pubblico della piazza in fatto urbano. Egli lo ha dimostrato in numerose realizzazioni di piazze: superando l'assioma dello spazio vuoto, la considerava come «un luogo urbano per eccellenza» (Aymonino 1995, p.20). Egli utilizzava uno dei temi archetipici dell'architettura e della costruzione della città attraverso la composizione di una pluralità architettonica, fatta di parti diverse ma convergenti nell'espressione di un'unitarietà, in grado di sublimare il concetto di *luogo*, sintesi concettuale e relazionale tra la struttura urbana e la soluzione architettonica. Lo ha reso evidente in numerosi suoi progetti: realizzazione di scuole, complessi abitativi, teatri, centri direzionali. L'importanza del suo contributo risiede nella dimostrazione che il progetto di architettura non è solamente la soluzione di un singolo problema – come potrebbe essere la realizzazione di un edificio per la salute – ma la risposta ad una questione complessa. A conferma di ciò, per il progetto di centro scolastico a Pesaro, racconta che nel contesto del sito di progetto mancava «un luogo centrale, organizzato per la vita civile, un'architettura che la rappresenti» così allora suggerendo

> di inserire un centro civico, politico, culturale e commerciale nel campus, luogo di incontro per la segregazione studentesca e la realtà sociale del quartiere […] luogo di riferimento visibile e riconoscibile di quella parte di città, indifferenziata nei suoi risultati architettonici (ivi, p. 54).

Per esemplificare la capacità strutturale del ruolo urbano del concetto di

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

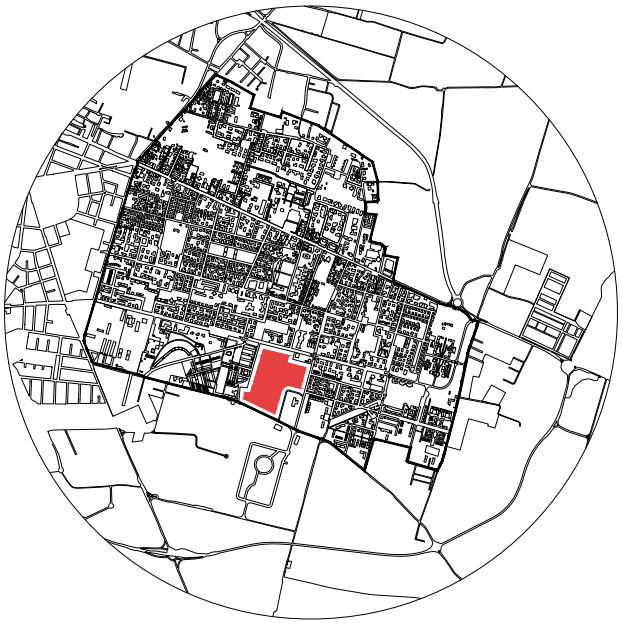


Fig. 8
Criterio analitico 1: dotazione e sistematicità distributiva dei Centri di Salute Comunitaria alla scala territoriale e urbana.
©UALab, Ricerca UNIPR

Fig. 9
Criterio analitico 2: posizione dell'area per il Luogo-Centro di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR

luogo, può essere utile rievocare anche l'esperienza dell'Ina Casa, senza entrare specificatamente nel dettaglio di esempi realizzati. A distanza di più di mezzo secolo è ancora evidente la qualità architettonica e urbana di quelle realizzazioni e la loro capacità di *farsi luogo*. Molti quartieri costruiti, grazie al loro impianto, sono riusciti a generare importanti relazioni urbane tanto da trasformarsi da quartieri autonomi e autosufficienti in strutture urbane, così da favorire costruzione di nuova città al loro intorno. Questo è stato permesso soprattutto dalla forza del sistema plurale caratterizzante il *luogo* centrale di questi quartieri, dove confluivano vari servizi, attività e spazi pubblici in grado di innescare identità e forte riconoscibilità anche paesaggistica di quel pezzo di città. (Boccacci 2010, pp. 124-129).
Oggi, la necessità di realizzare architetture per la salute può rappresentare, nel solco delle esperienze citate, un'occasione per rigenerare le periferie, attribuire senso ai loro brani irrisolti e renderle *parti urbane formalmente compiute*. Gli elementi urbani preesistenti come parchi, scuole, attività commerciali, biblioteche, possono entrare in sinergia con le componenti architettoniche della salute comunitaria per determinare un *luogo di centralità urbana* fortemente denotato.
In merito a questa importante ipotesi, altri studiosi, che di recente hanno sviluppato il tema della Casa della Comunità[4], concordano sul ruolo urbano da attribuire alle nuove strutture per renderle «tasselli di una strategia di rigenerazione atta a costituire nuove trame di socialità e, al contempo, capace di sostanziare nuove forme di urbanità» (Ugolini e Varvaro 2022, pp. 29-30).

Un'ipotesi di ricerca per la progettazione alla scala urbana delle Case della Comunità[5]

Per soddisfare i requisiti di rappresentatività, di strutturalità urbana e di caratterizzazione identitaria attraverso l'adozione del paradigma architettonico-urbano descritto, nell'ambito della ricerca su nuove tipologie costruite per la salute comunitaria condotta da un gruppo dell'Università di Parma, vengono ipotizzati alcuni strumenti di natura metodologico-progettuale in grado di supportare la prefigurazione di *luoghi* e *centri* dedicati a questi nuovi sviluppi del servizio pubblico socio-sanitario. Si tratta di criteri e indicatori di valutazione delle qualità insediative di *luoghi* e *centri* di salute comunitaria, a supporto della loro progettazione alla scala urbana, ancor prima che architettonica. In particolare, questa sezione, ricompresa

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

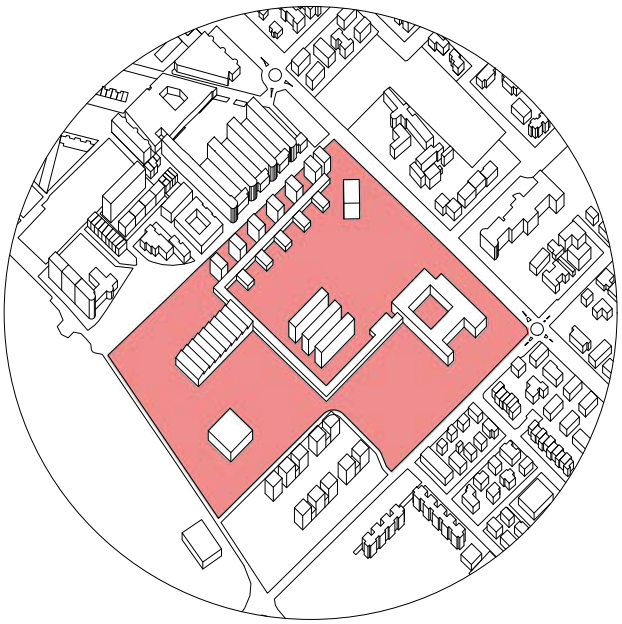


Fig. 10
Criterio analitico 3: relazione tra fattori di centralità rispetto al Luogo-Centro di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR

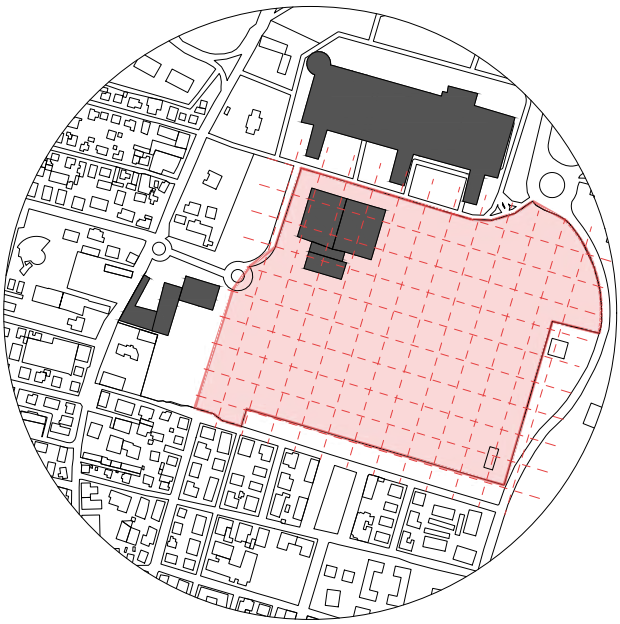
Fig. 11
Criterio analitico 4: identità formale dell'area per il Luogo-Centro di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR

all'interno della ricerca in corso, si occupa del rapporto strategico tra l'aggregato *luogo di centralità* e la città intesa nella sua articolazione strutturale e morfologica di quartiere. Per questo motivo, vengono considerati gli aspetti strutturali dello spazio urbano, in particolare quelli deputati all'uso pubblico e alle relative attrezzature, progettate in rapporto alle altre componenti del tessuto insediativo, infrastrutturali, con le aree verdi e i grandi vuoti attrezzati di interesse collettivo ed ambientale.
In sintesi, la metodologia delineata all'interno della ricerca valuta le condizioni e le risorse urbane preesistenti, tra cui l'efficienza distributiva, la posizione, la relazione con gli altri elementi urbani, la forma e le dimensioni del sito progettuale, l'accessibilità, i vincoli urbanistici e le condizioni potenzialmente dannose per la salubrità collettiva oltre che per la fattibilità di realizzazione della Casa della Comunità.

Lo strumento metodologico si sviluppa attraverso i seguenti criteri analitici e indicatori di valutazione:

1. Dotazione e sistematicità distributiva dei Centri di Salute Comunitaria alla scala territoriale e urbana: il parametro permette di valutare la distribuzione dei nuclei di servizio socio-sanitario alla scala urbana e/o territoriale e di verificarne l'equilibrio distributivo e la capillarità, in base alla scala considerata;
2. Posizione dell'area per il Luogo-Centro di Salute Comunitaria nel quartiere/parte urbana: il parametro evidenzia la possibilità di una localizzazione del Luogo-Centro di Salute Comunitaria in posizione idonea – a partire da quella baricentrica – così da ottenere i requisiti di accessibilità, fruibilità e riconoscibilità necessari per la determinazione del *luogo* e della *centralità*, a cui si faceva riferimento in precedenza;
3. Relazione tra i fattori di *centralità* rispetto al Luogo-Centro di Salute Comunitaria: il parametro giustifica il posizionamento in relazione alla presenza, alla capacità di relazione e di prossemica dei fattori di *centralità* preesistenti, come, ad esempio, altri servizi pubblici o edifici per attività collettive e di forte attrazione;
4. Entità dimensionali dell'area per il Luogo-Centro di Salute Comunitaria: il parametro verifica l'adeguatezza dimensionale dell'area in relazione alla possibilità di insediamento in termini di *luogo* e *centralità urbana*;
5. Identità formale dell'area per il Luogo-Centro di Salute Comunitaria:

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044



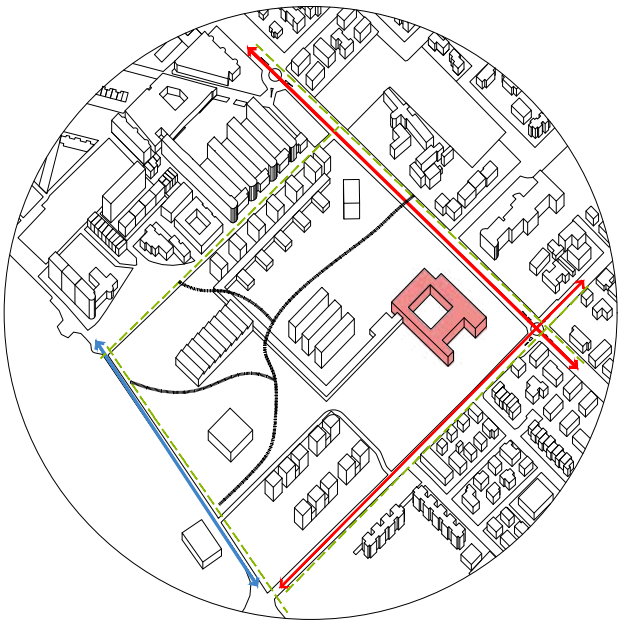
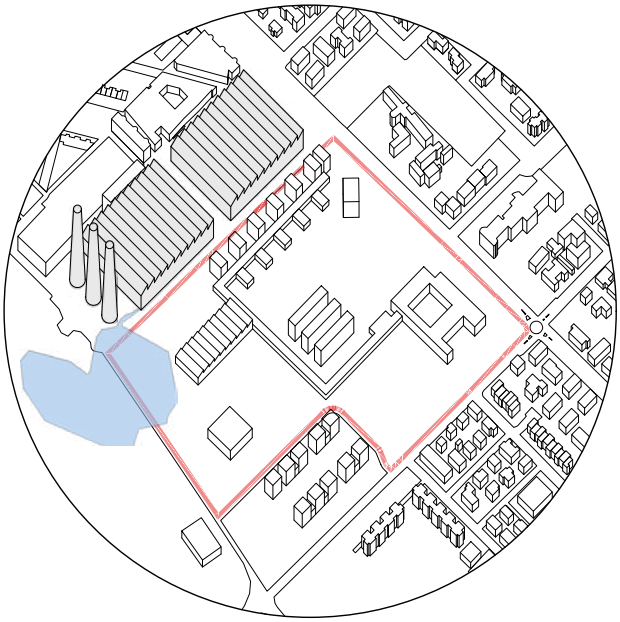


Fig. 12
Criterio analitico 5: entità dimensionali dell'area per il Luogo-Centro di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR

Fig. 13
Criterio analitico 6:accessibilità e mobilità relative al Luogo-Centro di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR

Fig. 14
Criterio analitico 7: fattori negativi di condizionamento per la salubrità dell'area del Luogo-Centro di Salute Comunitaria.
©UALab, Ricerca UNIPR



il parametro verifica l'idoneità morfologica a cogliere le potenzialità funzionali, rappresentative e identitarie, nonché la rilevanza percettiva del Luogo-Centro di Salute Comunitaria.

6. Accessibilità e mobilità relative al Luogo-Centro di Salute Comunitaria: il parametro verifica la presenza e l'efficacia delle diverse modalità di accessibilità, in particolare quelle della mobilità dolce
7. Fattori negativi di condizionamento per la salubrità dell'area del Luogo-Centro di Salute Comunitaria: il parametro verifica i vincoli urbanistici, ambientali e infrastrutturali, nonché di ulteriori condizioni dannose per la salubrità e per la fattibilità di realizzazione del Centro di Salute Comunitaria.

I parametri elencati vengono verificati per mezzo della sperimentazione su aree suscettibili individuate all'interno della città di Parma, utilizzata come caso studio.

La successione esposta permette di valutare parametricamente le aree suscettibili e di inserirle in un quadro analitico complessivo da cui dedurne sinteticamente le potenzialità e le criticità di applicazione e sperimentazione progettuale.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

Fig. 15
Schema del sistema di assistenza sanitaria e sociale nella città.
©UALab, Ricerca UNIPR

Fig. 16
Nel macroisolato: PASC, spazi di relazione e aree verdi.
©UALab, Ricerca UNIPR

Fig. 17
Apparato funzionale del macroisolato. PASC, evidenziato in rosso. .
©UALab, Ricerca UNIPR

L'applicazione dei sette criteri analitici e indicatori di valutazione produce una graduatoria suddivisa in quattro soglie – negativa, sufficiente, buona, ottimale – che permette di definire un ordine in relazione a diverse possibili aree suscettibili, in modo da orientare le scelte di individuazione delle aree più congeniali alla realizzazione di Luoghi e Centri di Salute Comunitaria.
I Luoghi e Centri di Salute Comunitaria fin qui descritti rappresentano i capisaldi sanitari territoriali di un possibile ancor più ampio sistema di assistenza sanitaria e sociale nella città, nel caso si ipotizzi l'adozione di Punti di Assistenza Sotto Casa (PASC), terminali dell'assistenza urbana diffusa. Infatti, per soddisfare l'esigenza di un sistema per l'assistenza sanitaria e sociale capillare, si prefigura l'introduzione di ulteriori presidi, diffusi nei luoghi dell'abitare all'interno del tessuto urbano, a supporto delle strutture di rango superiore cioè i Centri di Salute Comunitaria.
Allo scopo di analizzare e governare la scala relativa al tessuto urbano è opportuno introdurre il modello architettonico e urbano del *macroisolato*[6], utile per l'organizzazione e la gestione di una strategia urbana di servizi diffusa, capillare, facilmente accessibili dalle abitazioni.
Il *macroisolato* è una particella del tessuto urbano ottenuto attraverso la fusione di più isolati – il numero può variare a seconda delle condizioni tipo-morfologiche degli isolati e delle caratteristiche demografiche – inserita nel sistema complessivo del quartiere. Esso rappresenta un principio aggregativo dell'organismo urbano e costituisce un'urbanità minima significativa, in termini di massa critica demografica, che coinvolgendo sul piano gestionale le singole unità abitative propone spazi per la socialità, ripensa la mobilità dolce, sperimenta una nuova organizzazione di welfare di prossimità al proprio interno.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1044

Fig. 18
Prefigurazione architettonica e urbana del macroisolato.
©UALab, Ricerca UNIPR

Il PASC, che per il proprio ruolo operativo di base risulta congeniale alle fisiologie d'uso del *macroisolato*, risponde alla richiesta di un osservatorio oltre che di una vicinanza assistenziale che corrisponde adeguatamente alle necessità quotidiane di persone in condizioni di fragilità sanitaria e sociale, parzialmente autosufficienti e spesso con limitate possibilità di accesso ai Centri di Salute Comunitaria. Il PASC si avvale della presenza di portinerie multifunzione interne ad ogni *macroisolato*, capaci di svolgere ulteriori compiti per la comunità urbana, come accoglienza e informazione, controllo degli accessi e sicurezza, consegna pacchi, manutenzione e servizi generali, gestione delle emergenze.
In generale le condizioni di servizi e spazi collettivi del *macroisolato* contrastano il degrado fisico e sociale e favoriscono la costruzione di una comunità coesa. Inoltre, esse migliorano la qualità della vita degli abitanti grazie all'introduzione di nuove funzioni inserite come *playgrounds*, giardini, piazze, orti, percorsi ciclo-pedonali. In aggiunta, l'inserimento di servizi assistenziali come il PASC non solo contribuisce al benessere generale della popolazione ma trasforma le città in luoghi più salutari, attrattivi, confortevoli e sicuri.

Note

[1] Il Decreto Ministeriale n. 77/2022 approvato dal Ministero della Salute fornisce, per la prima volta, standard per l'assistenza territoriale e introduce nuovi modelli organizzativi, tra cui la Casa della Comunità.
[2] Si tratta del cosiddetto *Summit della Terra* e prima conferenza mondiale dei capi di Stato sull'ambiente, tenutasi a Rio De Janeiro dal 3 al 14 giugno 1992.
[3] Per approfondire il concetto di *centralità urbana*, cfr. STRINA P. (a cura di) (2023) – *La Città Accorpata. Una ricerca sul progetto urbano*, Il Poligrafo, Padova.
[4] Ricerca "Coltivare_Salute.com"– responsabili Michele Ugolini, Maddalena Buffoli.
[5] Si tratta dello stato di avanzamento della sperimentazione metodologica di criteri analitici per la progettazione alla scala urbana delle Case della Comunità, all'interno di una ricerca sulle centralità urbane di salute comunitaria. Il gruppo di ricerca Urban & Architectural Laboratory afferisce al Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università di Parma, responsabile scientifico Carlo Quintelli, co-responsabile scientifico Enrico Prandi con Giuseppe Verterame, Alessia Simbari e Sahar Taheri.
[6] Il *macroisolato* viene sviluppato all'interno della tesi dottorale VERTERAME G. (2022) – *Il macroisolato come strumento della rigenerazione urbana. Spazi, forme e funzioni per la città di medie dimensioni*, Tesi di dottorato, Università di Parma, tutor Carlo Quintelli. Per approfondire il macroisolato, cfr. VERTERAME G., "La città in quarantena. Prospettive di rigenerazione urbana attraverso il modello sperimentale del *macroisolato*". In QUINTELLI C., MARETTO M., PRANDI E., GANDOLFI C. (a cura di) (2020) – *Coronavirus, città, architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*. FAMagazine [e-journal], 52-53, pp. 113-119 e VERTERAME G., "Declinazioni della centralità: strutturale il tessuto attraverso lo strumento del macroisolato". In STRINA P. (a cura di) (2023) – *La Città Accorpata. Una ricerca sul progetto urbano*, Il Poligrafo, Padova, pp. 192-235.

Bibliografia

AYMONINO C. (1995) – *Piazze d'Italia. Progettare gli spazi aperti*, Electa, Milano.
BOCCACCI L. (2010) – "Quartieri-città per le case popolari nell'Emilia della ricostruzione". In E. Prandi (a cura di) *Community/Architecture. Documents from the Festival Architettura 5 2009-2010*, FAEdizioni, Parma.
CANNATA M. (2020) (a cura di) – *La città per l'uomo ai tempi del Covid*, La Nave di Teseo, Milano.
CAPOLONGO S., BUFFOLI M., OPPIO A. (2015) – "How to assess the effects of urban plans on environment and health". In Territorio, 73, pp. 145-151.
CAPOLONGO S., BUFFOLI M., BRAMBILLA A., REBECCHI A. (2020) – "Strategie urbane di pianificazione e progettazione in salute, per migliorare la qualità e l'attrattività dei luoghi". In Techne. Journal of Technology for Architecture and Environment, 19, Firenze University Press, Firenze, pp. 271-279.
ESPOSITO R. (1998) – *Communitas. Origine e destino della comunità*, Einaudi, Torino.
ESPOSITO R. (2002) – *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, Torino.
MENDES DA ROCHA P. (2021) – *La città per tutti. Scritti scelti*. A cura di Gandolfi C., Nottetempo, Milano.
MINISTERO DELLA SALUTE (2021) (a cura di) – *Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica*,
MONESTIROLI A. (1979) – *L'architettura della realtà*, Clup, Milano
NANCY J.L. (2001) – *Essere singolare plurale*, Einaudi, Torino.
OLIVETTI A. (2013) – *Il cammino della comunità*, Edizioni di Comunità, Roma.
PORTOGHESI P. (1990) – *La Piazza come «luogo degli sguardi»*. A cura di Pisani M., Gangemi, Roma.
PRANDI E. (a cura di) (2010) – *Community/Architecture. Documents from the Festival Architettura 5 2009-2010*, FAEdizioni, Parma.
PURINI F. (2000) – *Comporre l'architettura*, Laterza, Roma-Bari.
QUINTELLI C. (2010) – "La comunità dello spazio progettato". In R. Cantarelli, C. Quintelli (a cura di), *Luoghi Comunitari. Spazio e società nel contesto contemporaneo*

dell'Emilia occidentale, FAEdizioni, Parma.
QUINTELLI C. (2010) – "Comunità/Architettura". In E. Prandi (a cura di) *Community/Architecture. Documents from the Festival Architettura 5 2009-2010*, FAEdizioni, Parma.
QUINTELLI C., MARETTO M., PRANDI E., GANDOLFI C. (a cura di) (2020) – *Coronavirus, città, architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*. FAMagazine [e-journal], 52-53.
RENZI E. (2008) – *Comunità concreta. Le opere e il pensiero di Adriano Olivetti*, Guida, Napoli.
RYKWERT J. (2003) – *La seduzione del luogo. Storia e futuro della città*, Einaudi, Torino.
SETTIS S. (2020) – *Città senza confini?* In CANNATA M. (a cura di), *La città per l'uomo ai tempi del Covid*, La Nave di Teseo, Milano.
STRINA P. (a cura di) (2023) – *La Città Accorpata. Una ricerca sul progetto urbano*, Il Poligrafo, Padova.
UGOLINI M., VARVARO S. (2022) – "The Community Healthcare center as engine of urban and social regeneration. A post Covid-19 public space design. Health Citadel and Community Center in Fiorenzuola d'Arda". In UPLanD. Journal of Urban Planning, Landscape and Environmental Design, 6(1), pp. 13-34.
VERTERAME G. (2020) – "La città in quarantena. Prospettive di rigenerazione urbana attraverso il modello sperimentale del macroisolato". In QUINTELLI C., MARETTO M., PRANDI E., GANDOLFI C. (a cura di) (2020) – *Coronavirus, città, architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*. FAMagazine [e-journal], 52-53, pp. 113-119.
VERTERAME G. (2023) – "Declinazioni della centralità: strutturale il tessuto attraverso lo strumento del *macroisolato*". In STRINA P. (a cura di) (2023) – *La Città Accorpata. Una ricerca sul progetto urbano*, Il Poligrafo, Padova, pp. 192-235.

Giuseppe Verterame (Crotone 1990) è architetto e dottore di ricerca in "Architettura e Città" all'Università di Parma. Nel maggio 2022 ha discusso la tesi "Il macroisolato come strumento per la rigenerazione urbana. Spazi, forme e funzioni della città di medie dimensioni" (relatore Carlo Quintelli). Ha frequentato la FAUP di Porto nell'ambito del programma Erasmus e lavorato nella stessa città dal 2013 al 2015. Dal 2015 partecipa in qualità di tutor a vari workshop internazionali e collabora alla didattica e alla ricerca dei corsi di Architettura dell'Università di Parma. Attualmente è assegnista di ricerca e affronta tematiche di ricerca sulle centralità urbane di salute comunitaria e sull'abitare collettivo della città di medie dimensioni.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1059

Cinzia Badiali, Andrea Donatini, Ambra Baldini

La politica regionale delle Case della Comunità: il caso Emilia Romagna.

Abstract
L'articolo rappresenta l'esito di un'intervista rivolta da Alessia Simbari, curatrice in questo numero della ricognizione a livello nazionale sulle CdC, al Settore Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona e Welfare della Regione Emilia-Romagna. Tale intervista è il seguito di un incontro di condivisione della ricerca PNRR in atto presso l'UALab del Dipartimento di Ingegneria e Architettura sull'architettura delle Case della Salute, Case della Comunità in ambito nazionale.

Parole Chiave
Architetture per la sanità — Sanità di prossimità — Assistenza territoriale

Fig. 1
Casa della Salute Navile, Bologna.

La Regione Emilia-Romagna è stata tra le prime ad attivarsi sul tema delle Case della Salute oggi Case della Comunità. Attraverso quali presupposti di cultura sanitaria e di scelte amministrative?

L'idea della Casa della Salute deriva da due impulsi:

- a livello internazionale, con l'orientamento ricevuto dalla *Health and Consumers Directorate General* della Commissione europea (10 luglio 2014) "*Definizione di un modello di riferimento relativo all'assistenza primaria con particolare attenzione ai sistemi di finanziamento e di referral*" per dare risposte ai problemi di salute della comunità, mediante servizi universalmente accessibili, erogati da team di professionisti in partnership con i pazienti e i caregiver, prevedendo un ruolo centrale del coordinamento e della continuità dei processi assistenziali.
- a livello nazionale con la Legge n. 189/2012 e dal Patto per la Salute del 2014-2016, dove viene demandato alle Regioni il compito di definire la organizzazione dei servizi di assistenza primaria in ottica multiprofessionale e interdisciplinare.

Da questi presupposti, la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso il percorso di sviluppo delle Case della Salute, istituite formalmente con le DGR 291/2010 e DGR 2128/2016.

Che assetto complessivo si prefigura tra strutture ospedaliere e Case della Comunità nel contesto urbano e territoriale? Quali buoni presupposti possono renderlo efficiente e produttivo e quali invece tendono a frenarlo e a far emergere criticità?

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1059

Fig. 2
Casa della Comunità delle Terre D'Acqua, Crevalcore, Bologna.

Le CdC sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. In questa accezione, la rete nella quale è inserita la CdC include sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato e non ultimo i servizi offerti dagli Ospedali del territorio sul quale insiste la CdC.
Il modello organizzativo identificato da DM 77 per connettere i servizi sul territorio è la Centrale Operativa Territoriale (COT), che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.
L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Tutti gli attori del sistema (personale distrettuale, ospedaliero e delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali) possono richiederne l'intervento. Questo processo di interfaccia tra strutture e servizi territoriali presuppone l'operatività 7 giorni su 7 e la dotazione di infrastrutture tecnologiche ed informatiche adeguate (piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico, sistema informativo interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117).

Avete già ricavato un quadro significativo di feedback sulla soddisfazione degli utenti e degli operatori all'interno delle Case della Comunità?
Per valutare il modello organizzativo Case della Salute in termini di soddisfazione, relativamente ad alcune dimensioni di qualità (accessibilità, rapporti con il personale, aspetti organizzativi, ambienti e livello di soddisfazione complessiva), tra giugno 2018 e luglio 2019, è stato somministrato un questionario agli utenti delle Case della Salute e dei Poliambulatori, in cui si è evidenziato un livello di soddisfazione oscillante, a seconda degli aspetti valutati dal 64 al 98%, con un'ottima valutazione di affidabilità/fiducia verso le due tipologie di struttura e un'eccellente qualità complessiva percepita.

Fig. 3
Casa della Comunità Regina Margherita, Castelfranco Emilia, Modena.

.

I fattori della interdisciplinarietà e della transdisciplinarietà sino a che punto trovano riscontro all'interno delle attuali strutture organizzative e al regime lavorativo delle Case della Comunità?
Le CdC sono strutture sanitarie promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria. Nelle CdC il lavoro multidisciplinare trova riscontro sia nei modelli organizzativi (es. Unità di Valutazione Multidimensionale, Punto Unico di Accesso) sia con la presenza di spazi multifunzionali quali sale riunioni, aule per formazione e incontri, utilizzabili dagli operatori ma anche per il coinvolgimento dei cittadini. Lo sviluppo dell'utilizzo di strumenti informatici favorirà il lavoro interdisciplinare anche quando i professionisti non sono presenti nello stesso luogo rinforzando il concetto promosso dalla regione Emilia Romagna della CdC diffusa, costituita dall'insieme di relazioni che intercorrono non solo tra la rete di luoghi erogativi, ma anche tra la rete di attori e servizi presenti sul suo territorio di riferimento e la comunità largamente intesa come insieme di reti sociali più o meno formalmente organizzate.

L'amministrazione regionale e i distretti sanitari sono riusciti, in che misura e attraverso quali strumenti, ad interpretare operativamente il passaggio concettuale, emerso dal DM 77, che mette in stretta relazione le due dimensioni della cura sanitaria e della vita comunitaria?

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1059

Figg. 4-5
Casa della Salute G.P. Vecchi Modena.

La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato, multidisciplinare, di prossimità, caratterizzato da una proattività che si realizza attraverso la modalità operativa dell'équipe multiprofessionale territoriale e da una partecipazione strutturale della comunità. Per favorire una transizione innovativa, che non si esaurisca in una mera trasformazione nominale, la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso formativo e di sperimentazione triennale che coinvolgerà tutte le AUSL e tutti i Distretti. L'obiettivo è di lavorare su elementi in grado di generare integrazione, prossimità e partecipazione quali: governance integrata tra sanitario, sociale, terzo settore; coordinamento organizzativo integrato tra sociale e sanitario; multiprofessionalità; partecipazione di cittadini, amministratori, rappresentanti del terzo settore nei processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, identificazione dei bisogni, disegno e pianificazione dei servizi, implementazione, monitoraggio e valutazione; adozione e diffusione di un approccio integrale di salute intesa come bene collettivo da perseguire come comunità, in tutte le sue articolazioni di benessere fisico, psichico, affettivo, relazionale, culturale.

Come valutate il fattore della qualità urbana, delle strutture architettoniche e degli ambienti delle Case della Salute quale contributo alla loro performatività comunitaria?
La transizione da CdS a CdC ha tra gli obiettivi quello di favorire, a livello micro-locale, maggiore integrazione e continuità su più piani: di setting (di cura e di vita), dispositivi organizzativi, pratiche e relazioni (interprofessionali e professionisti-assistiti-cittadini). Per favorire una transizione innovativa è necessario considerare e lavorare su alcuni elementi in grado di generare integrazione, prossimità e partecipazione quali principali direttrici della promozione della salute, nei molteplici aspetti, tra i quali sono fondamentali la qualità degli spazi architettonici delle strutture, delle aree verdi, dei luoghi pubblici. Quindi, l'interesse regionale ma anche locale si fonda sulla capacità di allestire luoghi di dialogo, confronto e scambio per il rafforzamento di politiche pubbliche centrate sui principi universalistici e improntati all'equità. Le Casa della Comunità assecondano l'obiettivo di una 'sanità di prossimità' per la popolazione. Dal punto di vista fisico la prossimità diventa concreta con una diffusione capillare sul territorio, con edifici di facile individuazione, a cui si può accedere liberamente, il cittadino entra in contatto fisicamente con l'assistenza sanitaria e sociosanitaria esplicitando il proprio bisogno di salute e/o sociale.

Qual è ad oggi lo stato di attuazione delle Case della Comunità da realizzarsi con fondi PNRR in Emilia Romagna anche alla luce della rinuncia da parte del da parte del Governo ad una quota dei finanziamenti previsti?
Premesso che al momento non abbiamo aggiornamenti in merito alla rinuncia di una quota di finanziamenti, si prosegue con l'attuazione delle Case della Comunità mediante la DGR N. 2221 del 12/12/2022 in coerenza con gli obiettivi del PNRR e con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).
Ad oggi le Case della Comunità attive sono 132, conseguentemente alla programmazione di progetti finanziata sia con il PNRR che con altri fondi si prevede che, entro il 2026, vengano realizzate in Emilia-Romagna 185 Case della Comunità tra hub e spoke.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1059

Bibliografia

BRAMBILLA A., BOTTURI D., (2014) – Assistenza primaria in Europa in Saluteinternazionale.info 25 giugno Disponibile a https://www.saluteinternazionale.info/2014/06/assistenza-primaria-in-europa/

Legge n. 189/2012 e Patto per la Salute 2014-2016.

Regione Emilia-Romagna ha intrapreso il percorso di sviluppo delle Case della Salute, istituite formalmente con le DGR 291/2010 e DGR 2128/2016.

Cinzia Badiali ha conseguita la Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Pisa e ha conseguito un Master di II livello Funzioni Direttive e Gestione dei Servizi Sanitari ed un Corso Alta Formazione "Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali" presso Università di Bologna. Ha lavorato presso strutture sanitarie private e pubbliche come Infermiera e successivamente come coordinatrice infermieristica di UO e responsabile di Aree Organizzative sia territoriali sia ospedaliere in AUSL Città di Bologna. Attualmente collabora a tempo pieno in Settore Assistenza Territoriale Regione Emilia-Romagna. È stata docente nel corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, modulo di "Infermieristica Clinica e Riabilitativa nella Cronicità presso Università di Bologna.

Andrea Donatini è laureato in Economia e Commercio presso l'Università di Bologna e ha conseguito un Master in Economia presso l'Università di Southampton e in Politiche Sanitarie presso l'Università di Bologna. Ha lavorato per l'Agenzia Sanitaria Nazionale (AGENAS), per l'Agenzia Sociale e Sanitaria dell'Emilia-Romagna e per l'Assessorato Politiche per la Salute dell'Emilia-Romagna, occupandosi principalmente di tematiche relative alle cure primarie e alla valutazione delle cure primarie.
E' stato Responsabile del Controllo di Gestione presso l'Azienda USL di Modena e attualmente dirige l'Area Cure Primarie, Case della Comunità della Regione Emilia-Romagna.

Ambra Baldini nasce a Brescia dove compie i primi studi professionalizzanti e nel 2014 consegue la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'Università di Ferrara discutendo la tesi sulla tematica delle Case della Salute. Ha lavorato in Lombardia ed in Emilia-Romagna come Infermiera e Assistente sanitaria nei servizi territoriali del SSN, occupandosi di coordinamento delle attività dell'assistenza e di prevenzione primaria. Attualmente collabora nel Settore Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona e Welfare della Regione Emilia-Romagna. Numerose esperienze di interventi educativi rivolti alla comunità, progettazione di eventi nell'ambito della salute in co-progettazione con enti pubblici/gruppi di popolazione e di docenze in ambito universitario e di pubbliche amministrazioni.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1058

Antonio Nouvenne

Integrare sociale e sanitario nelle Case della Comunità: di quale *topos* architettonico ha bisogno il mondo socio-sanitario?

Abstract
Le modificazioni epidemiologiche delle ultime decadi con la presenza di un numero sempre maggiore di pazienti fragili e polipatologici e le crescenti problematiche sociali di abbandono, solitudine, disgregazione della comunità richiedono un ripensamento dei percorsi e delle strutture di cura e un rafforzamento delle politiche socio-sanitarie. La Case della Comunità, previste dal DM 77/2022, rappresentano al contempo un'opportunità e una sfida. Il territorio di Parma ha elaborato un progetto interistituzionale per guidare questo processo. In questo articolo si analizzano il contesto socio-sanitario e le esigenze architettonico-funzionali delle nuove Case della Comunità dal punto di vista dei clinici.

Parole Chiave
Case della Comunità — Multimorbilità — Integrazione socio-sanitaria — Multidisciplinarietà — Patto Sociale

Nei paesi industrializzati le modificazioni epidemiologiche, il miglioramento delle tecnologie e delle strategie terapeutiche e di prevenzione, hanno portato a un numero sempre maggiore di pazienti fragili e polipatologici spesso anziani e con multiple problematiche mediche e sociali. Questi pazienti mostrano un alto bisogno assistenziale e presentano rilevanti connotazioni di complessità in quanto affetti da multiple patologie croniche, stabili o instabili, assumono cospicue polifarmacoterapie, sono dipendenti nelle attività comuni della vita, vivono in strutture residenziali o soli spesso con i famigliari lontani, assistiti da caregiver estranei o stranieri con scarse relazioni empatiche anche per barriera linguistica. La letteratura scientifica sta progressivamente definendo questo nuovo "biotipo" (Realdi et al, Intern Emerg Med, 2011) la cui complessità clinica e l'assenza di percorsi specifici intraospedalieri possono rendere questi pazienti ad alto rischio di diventare "bed-blockers".
Inoltre, la mancanza di percorsi territorio-ospedale specifici e spesso la fragilità e la disomogeneità della rete territoriale assistenziale espongono questa particolare categoria di pazienti a un rischio di ospedalizzazione impropria, degenze più lunghe, inadeguati setting di cura e ulteriore peggioramento della disabilità con altri esiti infausti, compreso il decesso (Buurman, Plos One, 2012).
Nonostante la forte componente di pazienti fragili, polipatologici, spesso anziani nei Pronto Soccorso (PS), questi ultimi non sono sempre adeguati a far fronte alle esigenze di quel tipo di paziente. Generalmente, infatti, i PS sono ideati e organizzati primariamente per assistere persone con patologie acute o gravi infortuni e non pazienti polipatologici, con impedimenti funzionali e cognitivi. Infatti la priorità nel PS è posta nella rapidità del triage, che non permette un'accurata valutazione di soggetti con moltepli-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1058

Figg. 1-2
Un'équipe UMM - Unità Mobile Multidisciplinare di Parma (ph. Carlo Cozzoli)

Interventi UMM: prelievo emogasanalitico e valutazione multispecialistica a domicilio di Covid (Ph. Carlo Cozzoli)

ci comorbilità, con polifarmacoterapie, con disturbi cognitivi e patologie croniche o a lenta insorgenza.
In quest'ottica, e se si aggiunge la riduzione dei posti letto ospedalieri degli ultimi anni, appare chiaro il mutamento culturale e gestionale che è richiesto al sistema della Medicina Generale e dell'Emergenza-Urgenza che, se un tempo lavorava secondo il principio del "ricovera per lavorare" ("admit to work"), oggi si deve confrontare con un principio opposto: "lavora per (non) ricoverare" (work to (do not) admit").
Dal punto di vista sociale questi mutamenti si sono riverberati in due fenomeni socio-antropologici ben identificabili: da un lato, la crescita di forme di neo-istituzionalizzazione e, dall'altro, l'incremento dei fenomeni di isolamento-abbandono delle persone e dei territori e disgregazione delle comunità. Questo si evidenzia sia nell'aumento della richiesta di posti di ricovero residenziali, sia in domande crescenti non solo assistenziali ma anche custodiali e persino contenitive. D'altra parte si notano fenomeni come denatalità, disinvestimento nei giovani e fenomeni di abbandono, povertà, frammentazione e degrado dell'ambiente. Tendenze molto pericolose sia per le persone che per le comunità a causa delle crescenti risorse necessarie e della qualità degli interventi che ne possono conseguire.
In questo contesto, la letteratura internazionale prima, e il legislatore poi, hanno individuato la necessità di identificare la casa della persona come primo luogo di cura e di vita connessa con la comunità, i servizi e tutta la socialità. Abitare in sicurezza, armonia e bellezza valorizzando la persona, la famiglia, la rete informale, nell'ottica del welfare di comunità consente di prevenire abbandono, isolamento e solitudine che rappresentano fattori di rischio per la salute. La casa della persona dovrà essere collegata con la Casa della Comunità tramite Servizi di Comunità e Prossimità da sviluppare anche attraverso gli Enti del Terzo Settore mediante una "alleanza" istituzionale con gli Enti e le Istituzioni pubbliche e la partecipazione del volontariato. La medicina di iniziativa e di prossimità è in grado di portare a domicilio molteplici interventi sociali e sanitari, fino addirittura all'ospedalizzazione domiciliare come capita a Parma con le Unità Mobili Multidisciplinari e con altri progetti anche mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie. Al contempo per i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali, la persona deve essere connessa con i servizi distrettuali, aziendali e sovraziendali al fine di assicurare la massima competenza. E' ormai dimostrato che un miglioramento dell'assistenza domiciliare riduce il ricorso alla Residenzialità per anziani, disabili e malati mentali.
Anche il DM 77/2022 di riordino delle attività sanitarie territoriali ha tra i principi ispiratori una forte spinta alla domiciliarità e alla medicina territoriale. Infatti lo spirito del legislatore è stato quello di modificare il paradigma classico passando dal concetto di "Sanità" al concetto di "(tutela della) Salute" nella sua più ampia accezione. In quest'ottica le tradizionali

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1058

Figg. 3-4
Interventi UMM: Ecografia e visita UMM in Casa residenza Anziani (Ph. Carlo Cozzoli)

UMM Parma (Ph. Carlo Cozzoli)

funzioni di controllo, programmazione ed erogazione di prestazioni delle Aziende Sanitarie sono state arricchite da funzioni propositive, di monitoraggio e di gestione particolarmente sul versante socio-sanitario.
In quest'ottica la progettazione/costruzione delle Case della Comunità diventa particolarmente sfidante perché richiede anche al Progettista una visione multidisciplinare della propria azione che tocca aspetti urbanistico-ambientali di rigenerazione urbana e di sostenibilità, di composizione architettonica, di estetica, di ingegneristica biomedica e di funzione sociale. E questo è tanto più difficile nei territori dove la Case della Comunità devono nascere per trasformazione delle Case della Salute che, sostanzialmente, erano state concepite con una connotazione eminentemente sanitaria, con stilemi architettonico-funzionali simili a un piccolo ospedale o a un grande poliambulatorio. In altre parole, la sfida progettuale richiesta è di costruire la Casa della Comunità come luogo che contenga sia funzioni sanitarie di alta qualificazione sia funzioni sociali di prossimità, formazione, di comunità, quasi una sorta di agorà del terzo millennio. Un luogo che sia vissuto nella quotidianità dal quartiere, popolato da cittadini, famiglie, volontari e professionisti sia del sociale che del sanitario.
Il Comune di Parma, per affrontare e vincere queste sfide, guidando e non subendo i cambiamenti, ha deciso di ingaggiare e riconnettere la propria comunità territoriale di riferimento, chiamandola alla stipula del "Patto Sociale per Parma".
Il Patto Sociale per Parma è un documento operativo "aperto" che verrà progressivamente implementato e arricchito da nuovi spunti, progetti e interlocutori nei prossimi anni. Verrà effettuata attività di monitoraggio e valutazione annuale quali-quantitativa degli esiti e degli obbiettivi raggiunti.
Il Patto Sociale è coordinato da una Cabina di Regia, organismo congiunto per il governo del processo di analisi e proposta di revisione dei percorsi e delle prassi esistenti con l'obiettivo di facilitare la partecipazione progettuale e l'attuazione di co-programmazioni e co-progettazioni. La Cabina di Regia, presieduta dall'Assessore alle Politiche Sociali, è composta da rappresentanti delle Direzioni delle Aziende Sanitarie, del Comune, del Terzo Settore, CSV, cooperazione sociale, delle organizzazioni sindacali e altri componenti a seconda delle necessità e dei progetti.
In conclusione, l'obiettivo ultimo delle Case della Comunità è contribuire a rinsaldare un patto socio-sanitario che eviti la privatizzazione della sofferenza e l'anomia mediante processi di accoglienza, di inclusione, di prevenzione e di cura che diano senso e valore alla persona, al tempo e alle relazioni. E' necessario integrare le "cure" centrate sulle componenti mediche, psicologiche e sociali alla base delle malattie, e il "care", il "prendersi cura", della sofferenza, della soggettività e dei bisogni della persona e della sua famiglia sempre inserita nella comunità.
La declinazione architettonica di questi principi e azioni sarà la sfida dei

prossimi anni e richiederà un processo di mutamento culturale che deve essere perfezionato e deve coinvolgere molti attori: ricercatori, professionisti sanitari, sociale, università, amministratori e politica.

Bibliografia

REALDI G, Giannini S, Fioretto P, Fabris F, Vettore G, Tosato F. (2011) – "Diagnostic pathways of the complex patients: rapid intensive observation in an Acute Medical Unit" In InternEmerg Med. Oct;6 Suppl 1:85-92.

BUURMAN BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, Schuurmans MJ, Levi M, de Rooij SE (2011) – "Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline". PLoS One; 6(11):e26951.

NOUVENNE A, Caminiti C, Diodati F, Iezzi E, Prati B, Lucertini S, Schianchi P, Pascale F, Starcich B, Manotti P, Brianti E, Fabi M, Ticinesi A, Meschi T (2020) – "Implementation of a strategy involving a multidisciplinary mobile unit team to prevent hospital admission in nursing home residents: protocol of a quasi-experimental study (MMU-1 study)". In BMJ Open. Feb 17;10(2):e034742.

COMUNE DI PARMA, Patto sociale per Parma. https://www.comune.parma.it/it/argomenti/benessere-sociale/il-patto-sociale-per-parma

Antonio Nouvenne è Professore associato di Medicina Interna all'Università di Parma, specialista in Gastroenterologia e Dottore di Ricerca in Medicina Interna. Dirige la Struttura Semplice Unità Mobile Multidisciplinare dell'Azienda ospedaliero-Universitaria di Parma. E' esperto in ecografia clinica e ha fatto dell'interdisciplinarietà il suo metodo professionale. E' autore e coautore di oltre 170 lavori scientifici pubblicati su riviste internazionali nell'ambito della medicina interna, della gastroenterologia, della geriatria e del governo clinico.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Alessia Simbari

Case della Salute e Case della Comunità in Italia: una prima ricognizione.

Abstract
Questo articolo affronta il tema delle *Case della Salute*, istituite nel 2007 ed in seguito ridenominate, nel 2023, *Case della Comunità*, una tipologia sostanzialmente nuova per la quale manca una consolidata letteratura scientifica nel settore della progettazione architettonica e urbana. In questo quadro, pur disponendo di analogie tematiche e tipologiche, come ospedali e centri sanitari distrettuali, pare opportuna una ricognizione di quanto è stato realizzato in tempi recenti in termini di strutture decentrate e già in buona parte corrispondenti all'evoluzione comunitaria della *Casa della Salute*. Si tratta di fornire una prima sintetica ricognizione casistica di *Case della Salute* e *Case della Comunità* già realizzate o in fase di progettazione nel contesto italiano, focalizzandosi in particolare sull'analisi degli esiti in termini di caratterizzazione tipo-morfologica delle architetture realizzate. Tuttavia, è necessario sottolineare che la documentazione dei progetti finanziati dal PNRR allo stato attuale, disponibili pubblicamente, risulta essere carente e suscettibile di aggiornamenti.

Parole Chiave
Case della Salute — Case della Comunità — Architetture per la sanità

Il concetto di *Case della Salute* in Italia trova origine dall'omonimo convegno ministeriale del 2007, segnando l'inizio di un percorso, guidato dalle modifiche al titolo V della Costituzione, che ha trasferito competenze nel campo sanitario alle Regioni. Di conseguenza, le Regioni hanno iniziato a legiferare sul tema, come dimostrato dalla Delibera della Giunta Regionale n. 291/2010 dell'Emilia-Romagna, intitolata *Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione*. (DGR 2010)
Nonostante siano trascorsi solo quindici anni dalla loro introduzione, nel 2021 risultano operativi 554 istituti con questa denominazione in Italia, un numero evidentemente insufficiente per strutture decentrate e diffuse di questo tipo (Pesaresi 2022).
Ma la questione preminente non risiede tanto o solo nella quantità a livello nazionale di *CdS*, piuttosto nella loro collocazione a scala urbana e di quartiere, nonché nella relazione con l'ambiente circostante e nella qualità architettonica e spaziale che le dovrebbe contraddistinguere.
L'epidemia da SARS-CoV-2 ha agito come catalizzatore per una riflessione profonda sulle strutture sociali e sanitarie, svelandone le fragilità e indicando la necessità di nuovi spazi e modelli di strutture sanitarie (Quintelli et altri 2020).
In risposta a queste problematiche, all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, si determinano i contenuti del Decreto Ministeriale n. 77/2022, intitolato "*Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*" (DM 2022). Politiche di programmazione e di indirizzo normativo che definiscono le caratteristiche delle *Case della Comunità* e ne prevedono un significativo incremento numerico su scala nazionale.
Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza stabilisce l'istituzione di 1.350

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

(Italiadomani 2021) *Case della Comunità*, poi diventate 1.430 (Openpolis 2023) a seguito delle istanze delle Regioni, entro la metà del 2026, utilizzando sia strutture preesistenti che di nuova costruzione, anche se, in seguito alla revisione del piano nell'estate del 2023, il numero viene ridotto di circa 400 unità, così ridimensionando significativamente la programmazione originaria. Tuttavia, l'analisi dei progetti finanziati finora ha evidenziato la scarsità di progetti architettonici qualificati e riconosciuti dalla critica attraverso pubblicazioni, sottolineando la necessità di un impegno più marcato nella progettazione, ancor prima che nella realizzazione, di queste strutture per garantirne il successo in termini di pieno conseguimento degli obiettivi.
È importante sottolineare che la presenza delle *CdS* e delle *CdC* è significativamente disomogenea nella geografia regionale, con una maggiore concentrazione nelle regioni settentrionali. In questo scenario, si nota un aumento della diffusione nella Regione Emilia-Romagna, tradizionalmente all'avanguardia nel campo sanitario.
Dall'analisi di una pur limitata casistica italiana, sono state selezionate alcune strutture comunque significative di *CdS* e *CdC*, nei confronti delle quali è possibile evidenziare qualche primo aspetto di caratterizzazione come di rilievo critico. Le strutture selezionate includono: la Casa della Salute di Carpaneto Piacentino (Provincia di Piacenza), la Casa della Comunità Lubiana-San Lazzaro (Parma), la Casa della Salute di Casalgrande (Provincia di Reggio Emilia), la Casa della Salute G.P. Vecchi (Modena), la Casa della Salute Navile (Bologna), la Casa della Comunità di Predazzo (Provincia di Trento) e la Casa della Comunità di Salò (Provincia di Brescia).

Il progetto della nuova Casa della Salute a Carpaneto Piacentino, realizzato da A+C_Architettura e Città nel 2017, ne prevede il posizionamento tra la struttura storica dell'ex Macello, la cui destinazione funzionale rimane al momento sospesa, e l'edificio postale, trovando al di là dell'area coinvolta la spaziosa piazza Rossi che, utilizzata principalmente come parcheggio, oltre che per il mercato, appare come uno spazio asfaltato privo di una qualità urbana distintiva nella vita di tutti i giorni e con scarsa attinenza alla CdS se non in termini di area di sosta.
L'edificio si caratterizza per una struttura semplice, monoplanare e lineare, con elementi distintivi come la forma a "L" e bracci prolungati che creano una suggestiva semi-corte verde di accesso, evidenziata dalla presenza rilevante di un albero preesistente. I corpi lineari prospicienti la corte, con prospetti vetrati protetti dalla luce solare e dalla pioggia attraverso uno sporto aggettante, accolgono l'intero sistema di distribuzione e attesa della struttura.
L'architettura è inserita nell'area in modo da agevolare la creazione di tre aree verdi e un parcheggio dedicato al personale. All'interno, due traiettorie di distribuzione si intersecano nell'angolo centrale, ospitando opportunamente in quello snodo uno spazio di accoglienza pur se di dimensioni ridotte, destinato anche a desk informativo e attesa. Una carenza dimensionale che mette in dubbio l'assolvimento delle funzioni previste secondo una condizione di reale accoglienza.
Il progetto architettonico sottolinea l'importanza del comfort visivo e della connessione con l'ambiente esterno da parte dei fruitori, enfatizzando tali aspetti soprattutto attraverso la realizzazione di corridoi di distribuzione ampiamente vetrati, secondo un linguaggio teso a restituire leggerezza ed eleganza formale a quello spazio. Le aree di attesa sono posizionate anche lungo i corridoi secondo una prassi purtroppo consolidata, a cui si aggiunge una scarsa attenzione nella collocazione delle sedute le quali, orientate

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 1-4
A+C_Architettura e Città studio associato, Casa della Salute di Carpaneto Piacentino, Piacenza, 2017.

con lo schienale contro la vetrata, non consentono agli utenti in attesa di avere una visione sullo spazio verde della corte. Inoltre, la presenza delle vetrate lungo lo spazio di distribuzione, sebbene contribuisca al comfort in termini visivi e di luminosità, non garantisce una sufficiente privacy agli utenti in attesa.
Considerata la dimensione limitata della Casa della Salute, la flessibilità dell'impianto anche in termini di ampliamento non è ipotizzabile se non sul versante della piazza Rossi.

Nel contesto parmense, il progetto per la nuova Casa della Comunità Lubiana-San Lazzaro, realizzato da Vincenzo Facchino (S.A.T.) nel 2022, si distingue attraverso un complesso architettonico articolato in quattro parti, ognuna con una chiara destinazione funzionale. Le prime tre parti, disposte in modo interconnesso a formare un unico corpo con struttura a "C", sono concepite per ospitare le attività sanitarie e del Polo Sociale Territoriale. La quarta parte si identifica in un edificio in posizione posteriore e autonomo rispetto all'altro principalmente destinato a Centro Dialisi Territoriale, con ulteriori spazi dedicati alla Centrale Operativa 118.
Il nucleo centrale, identificato come il punto principale di accesso alla struttura, accoglie un ingresso caratterizzato da uno spazio di accoglienza che include un desk informativo e per il ritiro referti. Tuttavia, è evidente che le attuali ridotte dimensioni di questo spazio potrebbero costringere gli utenti a sostare in attesa sulla soglia d'ingresso o, in determinate occasioni, all'esterno della struttura, con evidenti problematiche di congestione dell'ambiente di accesso. Di fatto, la mancanza di spazi e servizi d'accoglienza, probabilmente a causa di una progettazione datata molto anteriore ai nuovi indirizzi normativi, rischia almeno in parte di compromettere il concetto stesso di Casa della Comunità.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 5-6
Vincenzo Facchino (S.A.T.), Casa della Comunità Lubiana-San Lazzaro, Parma, 2022.

Ai lati dell'ingresso i due corpi connessi al nucleo centrale ospitano, con una paritetica disponibilità di spazi, la componente sociale del Polo Territoriale Comunale e la parte sanitaria. Emergono chiaramente criticità legate a questa rigida distribuzione aldilà della superficie operativa. La parte sociale, rappresentata dal Polo Territoriale, gode di ampi e confortevoli spazi, mentre l'area dedicata alle attività sanitarie appare sottodimensionata e mediamente affollata. Si tratta di un impianto incentrato su un unico corridoio, mediamente affollato e con pochi riscontri verso l'esterno, che presenta dimensioni non adeguate a supportare in modo completo ed efficace la pur significativa e qualificata dotazione di prestazioni sanitarie presenti, creando un ambiente di lavoro non del tutto ottimale per il personale, con ricadute negative per gli utenti sotto molteplici punti di vista.
Le aree di attesa, spesso ottenute dall'utilizzo di un modulo ambulatoriale o dalla collocazione di sedute lungo il corridoio di distribuzione, contribuiscono ulteriormente alle problematiche fruitive all'interno di quest'area del complesso.
La struttura si sviluppa su un unico piano, realizzata ex novo su un'area precedentemente non edificata, priva di vincoli, e quindi originariamente suscettibile di un impianto ad alta qualità architettonica.
L'accessibilità al complesso è garantita sia attraverso un ingresso pedonale che conduce all'atrio comune rivolto sulla via 24 Maggio, sia attraverso un accesso carrabile che conduce a un parcheggio, posto a lato verso nord, dedicato a utenti e personale.
Nell'identità formale della struttura emerge un'evidente discrasia semantica tra l'immagine architettonica e la natura delle funzioni svolte al suo interno. In generale le scelte architettoniche non si preoccupano di rappresentare il valore civile ed urbano che tipizza anche sul piano iconico una Casa della Comunità.

Il progetto in corso di costruzione per la Nuova Casa della Salute di Casalgrande, in Provincia di Reggio-Emilia, progettato da Bertani & Vezzali nel 2017, secondo una tipologia definita come "padiglione nel verde", è articolato attraverso blocchi funzionali che seguono la conformazione a triangolo acuto dell'area. Il carattere di organicità cellulare del complesso deriva dalla sequenza di diversi elementi correlati attraverso un ampio ed articolato percorso distributivo, che svolge anche la funzione di spazio di attesa, sino al punto nodale in cui si collocano l'ingresso e l'accoglienza.
La struttura presenta ingressi differenziati, uno principale per il pubblico, uno separato per la neuropsichiatria infantile ed uno di servizio laterale corrispondente all'accesso carrabile. Volumetricamente sviluppata su un solo piano, presenta un risalto in altezza nella parte dedicata alla zona di ingresso e accoglienza. L'area non occupata dall'edificio è destinata a verde pubblico protetto.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 7-10
Bertani & Vezzali architetti, Progetto Casa della Salute di Casalgrande, Reggio Emilia, 2017.

La disposizione degli ambulatori e delle sale di trattamento si sviluppa attraverso zone opposte al lato di accesso principale, garantendo spazi riservati e protetti. Al contempo l'area comune di distribuzione ai vari servizi offre spazi di attesa accoglienti e con duplice esposizione nord e sud, in grado di fornire alta luminosità e permeabilità visiva anche sotto il profilo della sicurezza.
Pur all'interno di uno spazio residuale dettato dalle infrastrutture stradali, gli architetti hanno voluto conferire identità architettonica e urbana all'edificio attraverso una rete di relazioni funzionali ed urbane, ricucendo il margine ovest con la campagna, le corti rurali vicine, l'ampliamento residenziale recente, i viali di distribuzione e le fasce a giardino pubblico e privato prossime al centro storico. Questa tessitura si estende a comprendere la biblioteca, il municipio, il teatro e il parco pubblico, creando una concatenazione di luoghi urbani integrati nelle dinamiche del borgo.
Attualmente, l'area include un parcheggio accessibile sia agli utenti che al personale ed è servita da un marciapiede ciclopedonale lungo l'intera via Carlo Marx, garantendo un collegamento eccellente per gli spostamenti a basso impatto ambientale verso il centro di Casalgrande.

Il progetto per la realizzazione della Casa della Salute G.P. Vecchi a Modena, realizzato dallo Studio Lenzi & Associati e ZPZ Partners e completato nel 2020, si sviluppa su quattro piani funzionali, con un piano interrato e un piano superiore dedicato alla gestione logistica e impiantistica. L'approccio progettuale si basa su un impianto a blocco, evidenziato al piano terra da un vasto ambiente, "piazza" centrale, sopra la quale, tramite uno spazio cavo verticale, si percepiscono i diversi livelli.
La "piazza" riveste un fondamentale ruolo ordinatore della struttura, fungendo da punto di ingresso, smistamento e passaggio per l'accesso anche ai piani superiori, nonché come area di attesa agli ambulatori. Questo spazio ottimizza la distribuzione interna dell'edificio ed è anche un punto informativo e di orientamento per gli utenti.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 11-14
Studio Lenzi & Associati, ZPZ Partners, Casa della Salute G.P. Vecchi, Modena, 2020.

L'accoglienza e le relative attese sono distribuite su tutti i livelli dell'edificio a partire dalla "piazza", con spazi arredati affacciati sulla cavità centrale. Un elemento distintivo è l'utilizzo del colore che varia in base alla sua funzione sanitaria o sociale; questo non solo facilita l'orientamento degli utenti ma contribuisce anche a creare un ambiente più "umanizzato" che si discosta dalle strutture sanitarie standardizzate caratterizzate storicamente dalla scarsa varietà cromatica.
Un'attenzione particolare è rivolta ai bambini, con una zona specificamente progettata al piano terra, vicino alla caffetteria, per intrattenerli durante l'attesa. Inoltre, ogni piano dispone di posti a sedere dedicati ai più piccoli, creando un ambiente accogliente e adatto alle loro necessità.
L'identità formale esterna dell'edificio appare semanticamente ambigua e rispecchia parzialmente la sua funzione sanitaria e comunitaria, a differenza della caratterizzazione sviluppata al proprio interno.

L'entità architettonica della Casa della Salute nel quartiere Navile a Bologna, realizzata da MATE Engineering nel 2018, emerge in modo significativo, quasi segnaletico, nel paesaggio urbano, grazie al carattere volumetrico e al rivestimento in pannelli di colore verde che avvolge completamente l'intera struttura. Aspetti distintivi che vorrebbero sottolineare l'importanza di questo grande centro di servizi sanitari afferente alla zona nord-ovest di Bologna.
La struttura della Casa della Salute Navile si denota per un'impostazione architettonica compatta a blocco, all'interno del quale è ricavata, a partire dal secondo piano, una cavità cortilizia aperta per avere riscontro di aria e luce, mentre ai primi due livelli si determina un ambiente centrale chiuso a doppia altezza, comprendente gli spazi di attesa, le aree di accoglienza e i servizi di prenotazione. Una disposizione su quattro piani fuori terra, capace di organizzare adeguatamente le diverse attività sanitarie e amministrative previste.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 15-19
MATE Engineering, Casa della Salute Navile, Bologna, 2018.

La scelta di utilizzare una sorta di hall interna coperta come fulcro delle attività riflette un approccio architettonico orientato a creare un unico ambiente distributivo centrale, accogliente e multifunzionale, sebbene presenti analogie con il carattere di una hall terziaria o di un mall commerciale come evidenziato dalla presenza di una scala mobile, elemento non del tutto idoneo in un contesto sanitario per ragioni funzionali e gestionali. La scala mobile, infatti, non contribuisce ad incentivare attività fisica, non favorisce l'accesso ad utenti con limitata mobilità motoria e presenta alti costi di gestione difficilmente ammortizzabili in mancanza di un forte flusso di utilizzatori.
Lo spazio di attesa presenta una concentrazione delle sedute con inevitabili conseguenze sul piano acustico, delle logiche sanitarie di distanziamento e della prossimità ai servizi ambulatoriali.
La fascia basamentale porticata di colore bianco in facciata svolge un ruolo importante nel segnalare i punti di accesso, dove il portico si pone come area di transito protetta e al tempo stesso capace di integrare l'edificio nel contesto urbano circostante.
Sull'esterno, l'ultimo piano coronato da un generoso cornicione aggettante si distingue per una finestra a nastro perimetrale di forte presa di luce. Una sommità anch'essa coinvolta nella preoccupazione segnaletica di un edificio pubblico che aspirerebbe a diventare un landmark all'interno del paesaggio urbano circostante.

L'approccio progettuale per la Casa della Comunità di Salò, progettata da Stefano Boeri nel 2022, adotta un impianto circolare, articolato su due livelli fuori terra e un piano interrato. Un edificio inoltre caratterizzato da due elementi distintivi: la corte aperta e la facciata verde, concepiti come tratti paesaggistici fondamentali del progetto.
La configurazione ad anello dell'impianto segna uno sviluppo di percorso oneroso, secondo un unico corridoio attraverso cui raggiungere i servizi localizzati alle estremità opposte.
I volumi che si affacciano sulla corte aperta sono destinati ad accogliere le

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 20-23
Stefano Boeri Architetti, Progetto Casa della Comunità di Salò, Brescia, 2022.

aree di socialità, ristoro e attesa. La copertura di tali volumi si trasforma in una terrazza aperta, accessibile ai pazienti della struttura. La corte è concepita per offrire un ambiente protetto, ma privo di spazi di mediazione coperti ma aperti.
La facciata esterna della Casa della Comunità di Salò si distingue per ampie vetrate che favoriscono la permeabilità visiva tra gli spazi interni ed esterni, garantendo così un'adeguata illuminazione naturale all'interno della struttura, una scelta che però deve fare i conti con la privacy degli utenti e degli operatori sanitari. La facciata è integrata con una struttura in legno, ancorata al sistema principale, che agisce come sistema di ombreggiamento e sostegno della vegetazione chiamata ad un ruolo preponderante sino a quello che si definisce ormai di sovente *effetto jungla*.
Il progetto punta molto sull'immagine, nella fattispecie della sostenibilità e del ruolo del verde; tuttavia, è stato contestato dalla Soprintendenza in quanto la sua attuazione avrebbe inevitabilmente comportato lo «sventramento del declivio boscato» nel contesto di inserimento.

L'ultimo caso analizzato di questa provvisoria rassegna di confronto, la Casa della Comunità di Predazzo non ancora realizzata e progettata da Weber + Winterle architetti nel 2023, riguarda un progetto di edificio caratterizzato da un impianto a blocco che emerge attraverso la sua rilevante struttura su cinque livelli, compresi un piano interrato e un sottotetto, da cui si ricava l'entità delle dotazioni funzionali previste. Un edificio la cui immagine non coglie l'esigenza di denotazione semantica richiesta da una struttura sanitaria di tipo comunitario nel paesaggio urbano, rimanendo sospesa tra l'idea del condominio residenziale e la palazzina per uffici, priva oltretutto di riferimenti di natura contestuale.
La struttura presenta un ingresso principale e un ingresso secondario posizionato sul lato opposto, entrambi finalizzati a facilitare l'accesso allo spazio di accoglienza, il quale, concepito per fungere da cerniera per l'intera struttura, si trova tuttavia limitato in termini di dimensioni, risultando proporzionalmente ridotto rispetto al previsto afflusso di utenti che la Casa della Comunità dovrebbe recepire.
Definito dai progettisti come «hall / spazio attesa», questo ambiente, più

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1043

Figg. 24-27
Weber + Winterle, Progetto Casa della Comunità di Predazzo, Trento, 2023.

assimilabile a un grande corridoio di disimpegno, viene riproposto su tutti i piani destinati a fornire specifici servizi e finisce per configurarsi principalmente come un luogo di attesa standardizzata, con un desk di accettazione, senza una differenziazione adeguata alle diverse tipologie di utenti.
Uno spazio chiave ma privo di riscontro con l'esterno se non per le funzioni di accesso e di affaccio sulla strada, quindi privo di caratteristiche capaci di tradurre situazioni di natura comunitaria, sia funzionali e percettive che simboliche. Una condizione questa, tra le altre di natura architettonica, che merita un'approfondita riflessione sugli aspetti determinanti la soddisfazione degli utenti all'interno di una struttura di servizio pubblico come la Casa della Comunità.

Conclusioni

Questo primo itinerario all'interno del contesto italiano, pur come già detto su un campione giocoforza limitato, ha sinora messo in luce una carenza di realizzazioni rilevanti in termini di qualità tipo-morfologica ed urbana delle Case della Salute e delle Case della Comunità costruite o in fase di progetto.
Tuttavia, è possibile identificare alcune criticità ricorrenti che possono essere considerate come paradigmatiche, insieme ad alcuni tentativi apprezzabili, riguardanti la progettazione degli spazi richiesti dal potenziale dei servizi integrati previsti.
Dalla raccolta e dall'analisi dei casi svolta emergono come problematiche predominanti relative a tali strutture la questione preminente della loro ubicazione a livello urbano e di quartiere, il rapporto con il contesto circostante, una tipologia distributiva e una definizione iconica ancora non ben focalizzate sull'innovazione funzionale e identitaria della Casa della Comunità.

Queste strutture spesso vengono posizionate all'interno del territorio in maniera casuale, selezionando aree a disposizione del Comune o di altro ente di competenza, a volte caratterizzate da limitata accessibilità specialmente in termini di percorsi ciclo-pedonali. Inoltre, presentano una scarsa connessione con gli spazi verdi e con i luoghi e i servizi pubblici caratterizzanti la condizione dell'aggregazione urbana. Spazi fondamentali di servizio pubblico che così non contribuiscono ai processi di concentrazione e di integrazione dei servizi essenziali per la comunità cittadina.
In altre parole, emerge a volte una scarsa consapevolezza di essere la Casa della Salute e ancor più di Comunità un centro di servizi pubblici che non si limita solamente alla prestazione sanitaria, ma che investe in modalità ben più ampia diverse necessità degli anziani, dei disabili, dei giovani, delle donne e delle famiglie all'interno della vita di quartiere nella città contemporanea.
Partendo da questo deficit interpretativo risulta difficile rappresentare funzionalmente, attraverso forme architettoniche, la concezione di "salute" indirizzata al miglioramento del benessere sia individuale che sociale. In questo contesto, è importante sottolineare come la qualità dello spazio costruito possa avere un impatto significativo sul funzionamento dei servizi offerti e, al contempo, sul senso di appartenenza, sulla rappresentatività e sull'inclusione dei cittadini che dovrebbero usufruire dei servizi socio-sanitari secondo un approccio sempre più orientato alla dimensione comunitaria.
Nella progettazione di strutture socio-sanitarie, l'architetto assume un ruolo di primaria importanza che si estende oltre la mera estetica e la conformità alle specifiche normative e osservanze tecniche. La concezione di un ambiente di cura ottimale richiede un approccio improntato all'identificazione diretta delle esigenze degli utilizzatori, intesi come soggetti culturalmente denotati, ponendo l'architetto in prima linea quale agente che si immedesima nel contesto sociale in cui opera.
Una prospettiva fondamentale non solo per comprendere le dinamiche funzionali, ma anche per immergersi profondamente nelle aspettative e nelle esperienze sia degli operatori che dei pazienti, da cui derivare una logica degli spazi che risponda in modo integrale e antropocentrico alle esigenze complesse inerenti la cura e il benessere.

Bibliografia

AA. VV. (2020) – "La ri-definizione degli spazi di cura sarà un'attività che occuperà gran parte della futura programmazione sanitaria?". Numero monografico della rivista Forward 17, Maggio.

AA. VV. (2021) – "Prossimità. Alla ricerca di una medicina più vicina e pronta a rispondere alle esigenze, le più distanti e diverse". Numero monografico della rivista Forward 22, Luglio.

BOLOGNA R., TORRICELLI M.C. (2021) – "Gli spazi della salute". In: *Romano del Nord. Teoria e prassi del progetto di architettura*. FUP, Firenze.

Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio sanitario nazionale.

Delibera della Giunta Regionale 8 febbraio 2010, n. 291. – Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale.

Italiadomani (2021) – *PNRR, i primi 8 miliardi per una sanità moderna e di prossimità*. [Online] Disponibile a: <https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/news/pnrr--i-primi-8-miliardi-per-una-sanita-moderna-e-di-prossimita-.html> [Ultimo accesso 29 gennaio 2024].

OBEROSLER C., SACCHETTI L., (2022) – *Architetture resilienti per la sanità territoriale. Linee guida per la progettazione: un nuovo modello di Ospedale di Comunità*. Franco Angeli, Milano.

Openpolis (2023) – *Il Pnrr e la sanità territoriale. 2. Le case della comunità finanziate dal Pnrr*. [Online] Disponibile a: < https://www.openpolis.it/esercizi/le-case-della-comunita-finanziate-dal-pnrr/> [Ultimo accesso 29 gennaio 2024].

PESARESI F., (2022) – "Le Case della Comunità. Come saranno. Aggiornamento al Decreto del Ministro della Salute n.77/2022". In: I luoghi della cura, [e-journal] 3 (luglio).

QUINTELLI C., MARETTO M., PRANDI E., GANDOLFI C. (a cura di) (2020) – *Coronavirus, città, architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*. In: FAMagazine, [e-journal] 52-53. DOI: 10.1283/fam/issn2039-0491/n52-2020.

SECOLO M., DEI TOS G.A., (2005) – "L'Umanizzazione in Sanità". In: FINZI G., (2005) – Atti del 31° Congresso Nazionale ANDMO, pp. 27-34. Monastier di Treviso, 22-24 Settembre.

SPINELLI F., BELLINI E., BOCCI P., FOSSATI R., (1994) – *Lo spazio terapeutico. Un metodo per il progetto di umanizzazione degli spazi ospedalieri*. Alinea, Firenze.

UGOLINI M., (2021) – "Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana". In: Territorio, n. 97.

ZANELLA R., (2022) – *La sanità di prossimità. Case della salute, case e ospedali di comunità, farmacie multi-servizi nelle città dei «quindici minuti»*. Il Pensiero Scientifico, Roma.

Alessia Simbari, 1997, architetta e dottoranda di ricerca in Architettura e Città presso l'Università di Parma. Si è laureata in Architettura e Città Sostenibili all'Università di Parma discutendo una tesi dal titolo "Progetto per un nuovo ponte dell'Accademia a Venezia". Dal 2022 è assistente alla didattica in Composizione Architettonica e Urbana presso l'Università di Parma. La sua attività di ricerca verte attualmente sulle tematiche di nuove tipologie architettoniche di servizio pubblico in ambito socio-sanitario nella definizione delle centralità urbane periferiche.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

Sahar Taheri

L'architettura della Casa di Comunità nel contesto internazionale

Abstract
Dalla seconda metà del Novecento ad oggi, la progettazione architettonica delle strutture sanitarie ha subito notevoli cambiamenti. Alla componente architettonica, soprattutto negli ultimi decenni, si sono aggiunti nuovi elementi e criteri valoriali che non comprendono solo forma e funzione. Questi "nuovi valori", rivalutando esperienze del passato e aderendo ad una visione in chiave umanistica della realtà, insieme alle recenti scoperte tecnologiche e alle nuove modalità di trattamento e cura, influenzano le scelte progettuali dei centri sanitari contemporanei. Questo articolo analizza in prima analisi alcuni esempi di architetture sanitarie, per molti aspetti analoghe a quelle delle Case della Salute e della Comunità in Italia, degli ultimi quindici anni nel contesto internazionale. Nella selezione dei casi si è cercato di allargare lo sguardo a scala mondiale e in particolare ai Paesi in via di sviluppo, sottolineando le caratteristiche e le qualità peculiari di queste architetture contemporanee preposte a fornire servizi sanitari vicini alla popolazione.

Parole Chiave
Centri di assistenza sanitaria — Tipologie sanitarie — Architettura per la salute

Negli ultimi tempi il tema degli spazi architettonici per la salute ha ricevuto una particolare attenzione. La stretta connessione tra la progettazione di una struttura sanitaria decentrata e il tessuto sociale in cui si inserisce sollecita molteplici riflessioni. Così come l'influenza dinamica degli elementi in evoluzione nell'innescare la riorganizzazione della logica progettuale e nel generare nuovi approcci all'interno della stessa, porta ad individuare meccanismi che inducono il cambiamento e promuovono interpretazioni più dinamiche e aderenti alla risoluzione dei problemi, in grado di anticiparne i bisogni e le direzioni evolutive (Henry, Winkelman. 1972). La costruzione di strutture sanitarie per l'assistenza di base è entrata in una nuova fase caratterizzata dal rapido aumento dell'urbanizzazione e dal miglioramento della tecnologia medica globale (Li & Yang 2021). Lo sviluppo del modello medico e l'espansione della tecnologia medica hanno comportato una maggiore necessità di sviluppo anche in termini di pianificazione e di progettazione architettonica. L'invecchiamento della popolazione e la crescente quantità e varietà di malattie stanno generando nuove esigenze di assistenza a cui devono corrispondere adeguati ambienti architettonici (Li & Yang 2021). Con non poca difficoltà la progettazione architettonica, tradizionalmente legata alla sola tipologia ospedaliera, riesce a soddisfare le esigenze di uno sviluppo sanitario e sociale che per propria natura risente delle variabili dei diversi contesti locali.
In questo articolo proveremo a realizzare una prima panoramica di studio sulla progettazione architettonica di tali spazi nel mondo in anni recenti, attraverso una prospettiva analitica in grado di sottolineare gli aspetti positivi riguardanti anche il significato comunitario dell'architettura sanitaria, quello che va oltre il solo servizio medico curativo.
Una cosa su cui riflettere è quanto bene l'edificio adempie al suo ruolo di

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

Fig. 1-2
MASS Design Group, Family Health Center on Virginia, USA, 2021
Courtesy of MASS Design Group. Image © Iwan Baan

servizio pubblico nell'ambiente circostante. Questo problema può essere esaminato da tre prospettive: in primo luogo, come l'architettura si rapporta morfologicamente a quella delle strutture circostanti e in generale ai caratteri del luogo; in secondo luogo, quanto si è consapevoli delle potenzialità dell'ambiente a cui si riferisce il progetto; e in terzo luogo, quanto il progetto sia adatto e flessibile ai requisiti e ai vincoli della condizione in cui opera.

Il primo caso selezionato riguarda il Family Health Center, Virginia, USA (MASS Design Group, 2021), un esempio di sicuro interesse nel campo dell'edilizia sanitaria. Il progetto prende a riferimento le caratteristiche tipo-morfologiche delle tipiche case unifamiliari della cultura insediativa americana pur aumentandone le dimensioni. Ad esempio all'interno, lo spazio di accoglienza mostra il comfort domestico di un grande soggiorno a doppia altezza.
Il rassicurante aspetto esterno riflette l'archetipo della casa con tetto spiovente. Particolare attenzione è stata posta alla zona reception centrale come snodo planimetrico tra le due parti dell'edificio.
Il tetto a due falde del Family Health Center della Virginia è replicato su ogni sua parte così da essere in continuità con il paesaggio del quartiere di East McKinney, Texas, incrementandone l'immagine tipizzata del villaggio. Nonostante la concezione tradizionale, per consentirne la futura espansione, l'impianto dell'edificio è comunque predisposto per svilupparsi sul lato ovest del sito (Di Nardo 2021).
Questo progetto è un investimento oneroso per la comunità. Anche per questo, volendo contenere le dimensioni della struttura, il team del progetto ha preso spunti architettonici dal contesto, comprese le case in stile texano Dogtrot che presentano più edifici collegati da un corridoio e da un tetto comuni. Il risultato ottenuto è quello di una struttura a due piani articolata in due corpi, con i servizi clinici in uno e i servizi comunitari e per il personale nell'altro.
Il team del progetto ha cambiato il modo in cui i pazienti sperimentano l'assistenza sanitaria reinventando le aree di attesa come "esperienze diverse di una casa". L'architettura della clinica enfatizza fortemente l'uso della luce naturale e delle finestre che offrono viste sul paesaggio esterno e sulle aree naturali per far sentire a casa i pazienti e le loro famiglie. Nel tentativo di ridurre l'ansia del paziente, il numero delle aree di accoglienza e di attesa è progettato per assomigliare ad un ambiente domestico dove includere aree di ristorazione, nonché per lavorare e giocare.

Figg. 3-5
estudio__entresitio, Usera, Vellaverde and Sanblas, Public Healthcare Center. Madrid (2005-09 Usera; 2007-10 Villaverde; 2005-07 Sanblas).
Courtesy of estudio__entresitio. Photo credits: Roland Halbe

I Centri sanitari municipali San Blas + Usera + Villaverde, Madrid, (Estudio Entresitio, 2010), figurano sicuramente tra gli esempi più interessanti in termini di adattabilità e compatibilità con il tessuto urbano costruito pur

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

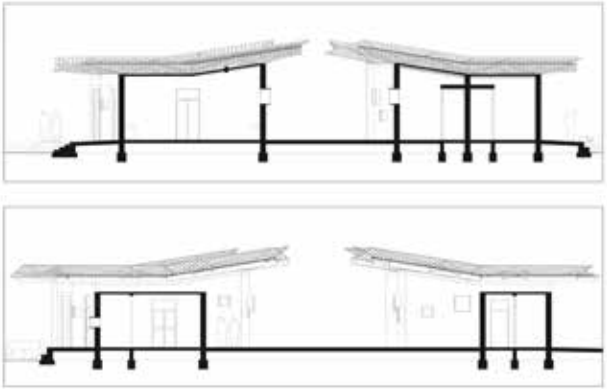
Fig. 6
Kaunitz Yeung Architecture, PAMS Healthcare Hub, Newman 2001.
Courtesy of Kaunitz Yeung Architecture. Photo credits: Robert Frith

attraverso l'uso di un linguaggio moderno e di una particolare tipologia a struttura cellulare. Una trilogia di versioni tipologiche che, nonostante condividano lo stesso sistema di configurazione formale, sono percepite come differenti. Il Centro Sanitario denominata "3*1" è un edificio basato su principi di evidente autonomia della forma spaziale, con planimetria analoga a quella degli altri casi ma realizzato con materiali diversi e in cui la luce proviene prevalentemente dall'alto. Infatti, ciascuno dei tre Centri si sviluppa su un unico piano con un mix di spazi aperti al pubblico ed operativi illuminati attraverso la disposizione modulare di diversi piccoli patii. Per ulteriori aspetti si rimanda all'intervento descrittivo dello Estudio Entresitio presente in questo numero di FAM.

Un altro esempio di tipologia legata a fattori ambientali è quello di un'architettura che ricava elementi caratterizzanti dalla cultura delle popolazioni autoctone nelle aree native. Uno di questi edifici rappresenta l'esito del progetto del Pams (Puntakuru Aboriginal Medical Service's) Healthcare Hub, a Newman, Australia (Kaunitz Yeung Architecture, 2020), in una regione dove prevale la presenza della popolazione aborigena. Sebbene questo edificio sia stato realizzato in anni recenti, invece di un design derivato da caratteri e modelli di tipo occidentale, i progettisti hanno tentato di creare un'architettura aderente alla realtà indigena utilizzando riferimenti formali, simboli e materiali da costruzione della cultura locale. L'obiettivo dei progettisti è anche quello di una costruzione la cui realizzazione sia economica ma esteticamente valida e distante dai riferimenti di un'architettura standardizzata seppur di alta qualità. Per ulteriori aspetti si rimanda all'intervento descrittivo dello studio Kaunitz Yeung Architecture presente in questo numero di FAM.

Fig. 7
ASA Studio, Rugerero Health Center 2017.
Courtesy of ASA Studio.

Figg. 8-10
Kéré Architecture, Centre for Health and Social Welfare, Laongo, Burkina Faso 2012-14.
Courtesy of Kéré Architecture.



DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

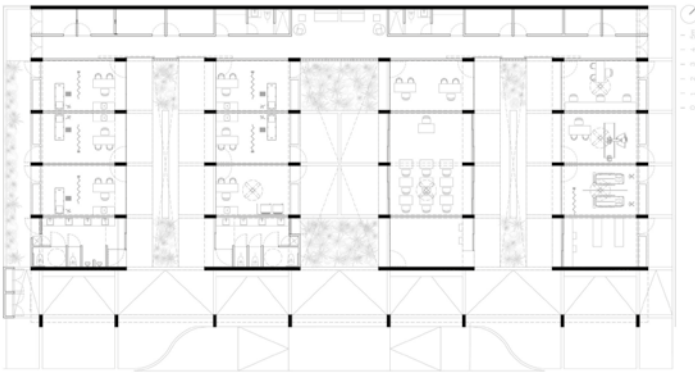
Figg. 11-14
Saboia+Ruiz Arquitetos, Primary Healthcare Center - UBS Parque do Riacho, Brazil 2021.
Courtesy of Saboia+Ruiz Arquitetos. Photograph: Leonardo Finotti

Il Rugerero Health Center, Rubavu, Ruanda (Activesocialarchitecture, 2017) è un altro esempio di nucleo sanitario decentrato concepito per la popolazione locale. L'intervento, nell'ambiente africano, si distingue per come trae elementi dalle variazioni presenti nella cultura e nella tipologia degli insediamenti locali. La struttura raccoglie alcune attività ospedaliere di base, così definendo un importante centro di riferimento comunitario. Assume la forma tipica dello spazio pubblico all'interno di un villaggio, con elementi distinti progettati per promuovere l'urbanità attraverso la progettazione di uno spazio aperto aggregante. Per ulteriori aspetti si rimanda all'intervento descrittivo dello studio ASA Active Social Architecture presente in questo numero di FAM.

Sempre in Africa, un altro progetto di sicuro interesse riguarda una clinica chirurgica e un centro sanitario a Léo, nel Burkina Faso, firmato da Francis Kéré (2017). Questo architetto, nato in Africa occidentale con formazione universitaria in Europa, sembra voler esprimere ottimismo anche nelle più difficili condizioni abitative e sociali, a dimostrazione del fatto che la realizzazione di un'architettura democratica e di valore universale sia possibile (Baratto 2022).
Il progetto crea un'atmosfera inclusiva delle istituzioni sanitarie utilizzando dieci unità modulari per spazi dinamici e accoglienti, riducendo i costi e accelerando la costruzione. La clinica ha un layout modulare semplice ma efficiente che ne consente la crescita. L'edificio si sviluppa attorno ad un corridoio centrale esterno che riprende la tipologia della strada attraversante il centro abitato.
Le unità sono dotate di ampie coperture sovrapposte ai volumi costruiti per un'efficiente raccolta dell'acqua piovana, così garantendo uno dei presupposti fondamentali a salute e benessere in una regione con soli tre mesi di pioggia all'anno (Kéré 2014).

Nel Centro di assistenza sanitaria primaria UBS Parque do Riacho, a Brasilia, (Saboia+Ruiz Arquitetos, 2021), inserito nell'ampio contesto di

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

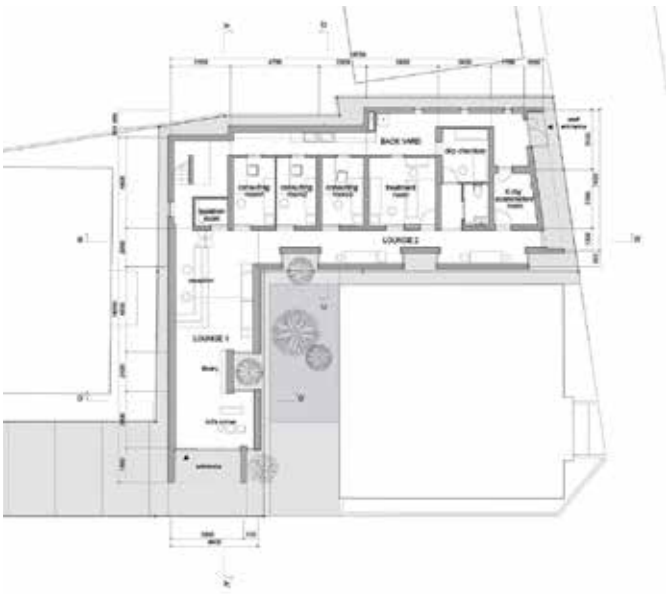


Figg. 15-17
Kiltro Polaris Arquitectura + JC Arquitectura, N1 Health Center, Escárcega, Mexico, 2022.
Photograph: Cesar Béjar, Oscar Hernández

quella città capitale di cui interpreta il linguaggio modernista, il progetto si sviluppa a partire da un impianto dalla logica introversa formato dalla ripetizione di corti collegate da un percorso coperto, a ognuna delle quali è affidata una funzione specifica. Le corti determinano spazi protetti rispetto ai forti venti della regione garantendo inoltre ombra e isolamento dall'esterno. In questa soluzione è stata data grande importanza al tema delle sale d'attesa, nonostante sia stata progettata prima della pandemia Covid-19, poiché il collegamento dei cortili con le sale d'attesa garantisce un'areazione ottimale.
Il complesso presenta un'indubbia qualità architettonica ed estetica attraverso spazi caratterizzati da trasparenze ed effetti diaframmatici tra interno ed esterno, con giochi di ombre provocati dalle particolari schermature al sole di facciata. Si tratta infatti di una facciata a doppio strato così da creare uno spazio intermedio utilizzato come corridoio per il collegamento tra gli studi medici e gli altri spazi di servizio (Moreira, 2021).

Un altro caso interessante sotto diversi aspetti riguarda il N1 Health Center, ad Escárgega, Messico (Kiltro Polaris Arquitectura + JC Arquitectura, 2022). È stato progettato su un unico livello tenendo conto del clima e della cultura abitativa locale, che hanno determinato l'adozione di aree di attesa esterne protette dagli aggetti delle coperture capaci di restituire consistenti zone d'ombra. Il disegno dell'impianto è a pettine, con patii aperti alternati a corpi chiusi. Anche se i percorsi di distribuzione sono esterni, sono protetti dal sole grazie agli sporti delle coperture in cemento. La razionalità della struttura tipologica si combina con un linguaggio dell'essenzialità costruttiva che interpreta efficacemente la funzione pubblica della struttura.
L'architettura sanitaria del Centro de Salud N1 rivela una certa declinazione brutalista in termini di linguaggio, utilizzando materiali moderni come

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047



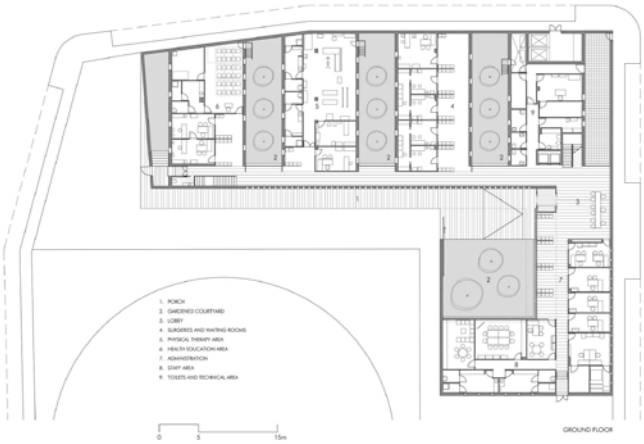
Figg. 18-20
hkl studio, Asahicho Clinic, Chiba, Japan, 2015.
Photographs: Shinkenchiku Sha, Tetsu Hiraga

il c.a. ed elementi strutturali disegnati. L'intervento garantisce che l'area di 798 mq sia adattabile alle diverse esigenze delle città medie messicane contemporanee (Maju 2022). La chiarezza logica e la semplicità del Centro de Salud N1 sono evidenti nel modo in cui gli architetti descrivono il progetto: "È una clinica aperta alla città e, attraverso una serie di versatili rientranze e cortili centrali, offre l'accesso ai servizi sanitari di base" (Kiltro Polaris Architettura + JC Architettura).

Nel contesto dell'Estremo Oriente troviamo la Asahicho Clinic, a Chiba, Giappone (hkl studio, 2015). Un indiscutibile esempio di qualità estetica, tipologica e funzionale che si integra sottilmente tra gli edifici residenziali adattandosi all'alta densità del tessuto morfologico tipica di molti contesti urbani giapponesi.
Questo centro medico è progettato per fondersi con le residenze circostanti alla periferia della città utilizzando una conformazione plastica basata sulla sagoma di una casa replicata linearmente. Quasi a dissimulare le dimensioni e la funzione dell'edificio, l'architetto di Tokyo ha creato una sequenza di archi acuti di altezza variabile che ricordano il timpano di una casa. Questa tecnica è stata utilizzata frequentemente per gli edifici sanitari (Mairs 2015). Gli ambulatori per le analisi sono posizionate sul retro dell'edificio, nel braccio parallelo alla strada per consentire una maggiore privacy, mentre uno spazio di accoglienza a doppia altezza occupa l'ala dell'edificio perpendicolare alla strada.
Il passaggio dall'ingresso d'accoglienza allo spazio di attesa si sviluppa a doppia altezza e riduce la sensazione di pressione del denso ambiente circostante.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

Figg. 21-23
Javier Terrados Estudio de Arquitectura, Health Center at Gibraleón, Spain, 2020.
Photographs: Fernando Alda



Un altro interessante progetto riguarda il Gibraleón Health Center, a Gibraleón, Spagna (Javier Terrados Estudio de Arquitectura, 2020), realizzato per fornire un ambiente tranquillo e protetto nella zona periferica di questa cittadina andalusa, incorporando valori plastici di un'architettura urbana di tono mediterraneo. Il progetto è stato influenzato dalla forma ad "L" del lotto e dall'annesso anfiteatro all'aperto di forte significato collettivo, considerando l'ubicazione al limite meridionale del centro cittadino. Il percorso di avvicinamento viene definito attraverso un leggero arretramento di facciata sul lato occidentale dell'edificio costituente un portico protettivo.
I cittadini sono stati coinvolti indirettamente attraverso un dipartimento del Ministero della Salute del governo regionale, che ha raccolto le questioni relative alle prestazioni, alle richieste e ai reclami dei centri sanitari esistenti e dei loro utenti. Il programma funzionale è stato elaborato dai dipendenti pubblici che lavorano presso il Ministero della Sanità, considerando il profilo demografico della zona e le specialità mediche.
Il processo di progettazione si è concentrato su un layout di base con un chiaro schema di circolazione, un progressivo gradiente di privacy e flessibilità nell'uso degli spazi degli ambulatori e degli uffici. Il centro è stato costruito utilizzando un involucro standard in mattoni intonacati con struttura in cemento/doppio strato a causa di vincoli di budget (Javier Terrados Estudio 2023).

Il Nye Vardheim Healthcare Center, a Randaberg, Norvegia (NORD Architects + 3RW Architects, 2014-2020) si ispira al carattere urbano del vecchio tipo di borgo norvegese chiamato Grend, combinando vari programmi e funzioni sanitarie che, attraverso cortili verdi per un accogliente percorso pedonale, vengono collocate in un piccolo gruppo di case capace di restituire il senso di una micro comunità.
Il centro offre una vasta gamma di funzioni, tra cui residenze per anziani,

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

Figg. 24-26
NORD Architects + 3RW Architects, Healthcare Center in Randaberg, Norway, 2020.
Photographs: Fernando Alda

visite mediche e attività terapeutiche, ed è realizzato attraverso una pluralità di edifici con una solida consistenza costruttiva attraverso la pietra naturale. Il complesso prevede l'aggregazione tra le parti costruite attraverso cortili, giardini ricreativi e serre, così creando un'atmosfera denotata dal verde ed accogliente (NORD Architects).
Le future istituzioni si ispireranno a questo concetto di borgo che unisce le dotazioni terapeutiche di un grande complesso riproducendo il senso di benessere di una casa (Aasarchitecture 2017). Un intervento divenuto un punto di riferimento per la municipalità e un nuovo modo di sviluppare e ripensare le istituzioni sanitarie nella moderna società del benessere (Nye Vardheim di NORD Architects 2014).

Il progetto al momento non realizzato dell'Urban Community, a Salonicco, Grecia (Fiore Architects, 2019), è un esempio di integrazione tra diverse funzioni nel contesto urbano capaci di creare un centro di quartiere.
L'obiettivo delle autorità comunali era quello di ricostruire un'area urbana per creare un sistema di edifici funzionale ed esteticamente gradevole, aggregato attraverso lo spazio longitudinale della strada pedonale, che sod-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1047

Fig. 27
Fiore Architects, Healthcare Center in Thessaloniki, Greece, 2020.

disfacesse le esigenze dei residenti e creasse uno spazio verde pubblico. Il complesso edilizio voleva essere un modello per l'organizzazione delle funzioni pubbliche, compresa quella sanitaria, in dialogo aperto con la città a cui sono destinate.
Il progetto mirava a creare un punto di riferimento urbano, un intervento pubblico memore del passato storico del quartiere di Toumba e al tempo stesso del suo volto moderno, di vivace area della città. Il concetto di centro urbano è interpretato attraverso l'aggregazione di edifici di servizio, progettati per funzionare insieme e in modo indipendente, contribuendo a facilitare l'accessibilità dei residenti, in particolare dei più vulnerabili compresi i disabili. Il progetto inoltre mirava a riqualificare il paesaggio urbano e contribuire al verde urbano, invitando i visitatori e la comunità locale a interagire e a lavorare insieme (Fiore Architects, 2023).

Conclusioni

In conclusione, tra gli esempi che abbiamo brevemente analizzato, alcuni utilizzano la metafora della casa come matrice semantica del progetto, tra cui ricordiamo il Virgina Health center, il Randaberg e l'Asahicho Health center. Altri hanno sviluppato il loro ruolo alla scala micro urbana, integrando diverse funzioni e provando a creare un centro di quartiere per i residenti di zona, come nell'Urban Randaberg center, a Salonicco o nel centro sanitario del Burkina Faso. Ulteriori progetti hanno fondamentalmente lavorato sull'architettura di un unico edificio, seppur attraverso tipologie articolate, basata su una definizione innovativa e all'avanguardia di casa della salute con valenza comunitaria come nei casi di Madrid ma anche di Gibraleón in Spagna e di Brasilia, oppure sulla corretta interpretazione della cultura e del clima di una regione, in diversi modi come nei casi del centro sanitario messicano N1, della clinica Pams a Newton o del Rugerero Health Center in Ruanda.
Tutti questi esempi ci confermano però che la ricerca progettuale internazionale su questo tema è al centro dell'attenzione e rimane in divenire. Non sorprende che gli architetti sudafricani stiano utilizzando l'intelligenza artificiale nei loro progetti, nel tentativo, forse solo apparentemente paradossale, di decolonizzare il patrimonio architettonico del paese per incorporare la cultura e le tradizioni indigene (Dirk et altri 2023).
In quanto presidi intermedi tra la casa e l'ospedale, i centri sanitari comunitari sono essenziali nella catena dell'assistenza. In futuro, si prevede che la loro importanza nei sistemi sanitari in deciso cambiamento non potrà che aumentare. Ciò determina una serie di nuovi problemi e domande per gli architetti chiamati a progettare queste strutture sanitarie oltre a quelle ospedaliere. Una prospettiva che motiva le scelte sperimentali fatte oggi in grado di prefigurare le aspettative sanitarie ed assistenziali della società dei prossimi vent'anni.

Bibliografia

HENRY T., WINKELMAN Jr. (1972) – *An analysis of the evolution of determinants and strategies of hospital design*. Thesis of Master, Rice university. [Online] available in: < https://repository.rice.edu/server/api/core/bitstreams/6e294653-19de-4700-ae6c-75b693f8968b/content > [Last access 12 January2024]

LI Y., YANG X. (2021) – *Study on Hospital Design and its transition during pandemic situation*. Thesis of Master, Politecnic of Turin University. [Online] available in: < http://webthesis.biblio.polito.it/id/eprint/17210 > [Last access 12 January2024]

DI NARDO A., (2021) – *Community Investment: Family Health Center On Virginia*. HCD Magazine - Architecture & Interior Design Trends for Healthcare Facilities. [On-

line] available in: < https://healthcaredesignmagazine.com/projects/community-involvement-family-health-center-on-virginia/#slide-1 > [Last access 12 January2024]

Estudio Entresitio (2023)

Kaunitz Yeung Architecture (2023)

Activesocialarchitecture studio (2023)

BARATTO, R. (2022) – *Who Is Diébédo Francis Kéré? 15 Things to Know About the 2022 Pritzker Architecture Laureate*. ArchDaily. [Online] available in: < https://www.archdaily.com/978508/who-is-diebedo-francis-kere-15-things-to-know-about-the-2022-pritzker-architecture-laureate?ad_medium=gallery> [Last access 5 December 2023]

KÉRÉ F., (2014) – *Surgical clinic and health centre*. [Online] available in: < https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre> [Last access 20 December 2023]

Moreira S. (2021) – *Primary Healthcare Center - UBS Parque do Riacho / Saboia+Ruiz Arquitetos*. [Online] available in: < https://www.archdaily.com/967997/primary-healthcare-center-ubs-parque-do-riacho-saboia-plus-ruiz-arquitetos/612c19e6f91c811f310001b2-primary-healthcare-center-ubs-parque-do-riacho-saboia-plus-ruiz-arquitetos-photo> [Last access 12 December 2023]

MAJU S. V. (2022) – *In a series of barrel vaults, "Centro de Salud N1" adds to the future of Escarcega*. [Online] available in: < https://www.stirworld.com/see-features-in-a-series-of-barrel-vaults-centro-de-salud-n1-adds-to-the-future-of-escarcega >

MAIRS J. (2015) – *House-shaped clinic designed by Hkl Studio to make elderly patients feel more at home*. Dezeen. [Online] available in: <https://www.dezeen.com/2015/07/01/house-shaped-medical-clinic-hkl-studio-more-homely-environment-elderly-patients-chiba-japan-asahicho-clinic/ >

Javier Terrados Estudio (2023)

PERRY, F. (2023). *In Spain, a healthcare building with a civic presence*. ICON Magazine

NORD Architects – *Randaberg Nursing Home, a new way to build public institutions*. [Online] available in: <https://www.nordarchitects.dk/randaberg > [Last access 1 December 2023]

Aasarchitecture (2017) – *New Vardheim Health Centre in Randaberg by 3RW arkitekter and NORD architects*. [Online] available in: < https://aasarchitecture.com/2017/06/new-vardheim-health-centre-randaberg-3rw-arkitekter-nord-architects/ >

Nye Vardheim by NORD Architects. (2014). Architizer. [Online] available in: < https://architizer.com/projects/nye-vardheim/>

DIRK C., SZENTESI A., NDLOVU M., MAAPE S. (2023) – *Reimagining South African Architecture with AI* - IQOQO. IQOQO. [Online] available in: < https://iqoqo.org/reimagining-south-african-architecture-with-ai/ >

TESLER, N. (2018). *Evolution of medical architecture*. MATEC Web of Conferences, 170, 03015

BULAKH, I., DIDICHENKO, M., KOZAKOVA, O., & CHALA, O. (2019). *Health Care Architectural and Urban Planning Systems in the United States of America and France*. International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering, 9(2), 1622–1627

Understanding Healthcare Architecture | Health Spaces. [Online] available in: < https://health-spaces.com/blog/2023/10/06/understanding-healthcare-architecture/ >

Sahar Taheri (1983), è architetto e studentessa dottoranda al secondo anno nel Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università di Parma. Ha completato il suo Master in Architettura presso l'Università di Parma, ITALIA con una tesi dal titolo "Dal vuoto urbano al palcoscenico urbano" e la laurea in architettura presso l'Università di Teheran, IRAN. Ha esercitato in numerosi ruoli con studi di architettura e organizzazioni in Iran, dove ha ottenuto la licenza di Architetto in Organizzazione edile.
Ha anche due articoli pubblicati nella conferenza internazionale su Architettura, ingegneria civile, sviluppo urbano, ambiente presso l'Università d'arte di Tabriz, Iran, 2022. La sua attuale ricerca di dottorato si incentra sulla progettazione di nuove tipologie di architettura sanitaria dopo la pandemia (ricerca finanziata dal PNRR).

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1057

Florian Giannis Liakos, Irene Helen Marcantonatou,
Alexis Visvinis (FIORE architects)

Un complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco

Abstract
L'articolo è il resoconto di una intervista curata da Sahar Taheri allo studio Fiore Architects, autore del progetto di un complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco. Abbracciando diverse funzioni pubbliche e spazi verdi, il progetto mira a fungere da punto di riferimento e luogo d'incontro, colmando il divario tra il passato storico di Toumba e l'identità urbana moderna. Il complesso, frutto di un workshop collaborativo, ospita varie strutture, privilegiando l'autonomia spaziale e la flessibilità. Un percorso centrale collega otto unità indipendenti, favorendo l'interazione e fungendo da passaggio pubblico dinamico. Il complesso soddisfa i requisiti di inclusione, fornendo strutture culturali e di assistenza sociale e proponendosi come centro comunitario.

Parole Chiave
Centro servizi comunitari — Co-progettazione — Architettura del Welfare

Come si è arrivati alla scelta dell'area di progetto?
L'area del progetto è stata individuata dal Comune di Salonicco in quanto l'immobile è di proprietà comunale e attualmente ospita un piccolo edificio del XIX secolo. Negli ultimi anni, le Autorità locali hanno programmato la ricostruzione del sito, al fine di creare un complesso edilizio che soddisfacesse, funzionalmente ed esteticamente, le esigenze dei residenti e allo stesso tempo producesse uno "Spazio Verde Pubblico".

Quali altre strutture di servizio nel contesto urbano sono state prese in considerazione?
L'obiettivo principale nella progettazione di questa proposta era che il complesso edilizio adottasse un modello per organizzare le diverse funzioni pubbliche in modo tale che fossero in dialogo aperto con la città. Creare quindi un punto di riferimento, un progetto pubblico che diventi il punto d'incontro tra il passato storico del quartiere di Toumba e il suo volto moderno di vivace quartiere urbano.
Non ultimo, il concetto che ha ispirato questo progetto è stato quello di un "quartiere urbano", dove le diverse unità sono collocate in modo tale da poter lavorare insieme e allo stesso tempo in modo indipendente, contribuendo così al reciproco vantaggio nei confronti dei residenti.

Quali fattori e forme dell'area urbana in cui si colloca il progetto hanno influenzato le scelte progettuali?
Il concept della sintesi finale è stato quello di progettare una piccola comunità urbana, in cui otto unità edilizie indipendenti, oltre all'asilo nido, convivono armoniosamente, mentre i passaggi tra di loro consentono la libera circolazione e l'accesso diretto alle stesse. Il percorso centrale, che

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1057

Fig. 1
FIORE Architects, Complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco, 2019. Inserimento nel contesto urbano.
© FIORE Architects

attraversa longitudinalmente il lotto, funge da base unitaria dell'intero impianto architettonico. Nonostante le otto unità edilizie rispondano a diverse esigenze pubbliche, sono state progettate con lo stesso vocabolario architettonico. A questo proposito, l'obiettivo principale della proposta era sia quello di elevare il paesaggio urbano ad un buon livello estetico, sia quello di fornire un contributo concreto alla creazione del necessario spazio a verde.

I cittadini sono stati coinvolti durante la fase di pianificazione? In che modalità?
Nel marzo del 2015, il Comune di Salonicco, il 4° distretto municipale (quartiere Toumba) e la Scuola di Architettura dell'AUTh (Università Aristotele di Salonicco), hanno organizzato un workshop dal titolo "Un cortile per il quartiere". Insieme ai residenti di Toumba, hanno puntato alla rifamiliarizzazione dei valori del luogo, nonché a favorire l'integrazione dei richiedenti asilo nel sistema sociale.

Nella fase di progettazione, qual è stato il contributo degli operatori sanitari e sociali? (medici, infermieri, assistenti sociali,...)
Durante la fase di pianificazione, sono stati organizzati vari incontri in collaborazione con il Comune di Salonicco, con associazioni e presidenti delle amministrazioni dei servizi sociali, come il centro di salute comunitaria, la palestra comunale, ecc. al fine di prefigurare una strategia a seconda delle esigenze di ciascun servizio. Successivamente, nel processo di progettazione, si è svolto l'incontro sulle caratteristiche degli spazi e l'attribuzione delle funzioni.

Come è stato definito il programma funzionale?
Il complesso edilizio ha la possibilità di includere diversi usi di welfare pubblico in modo tale che siano in dialogo aperto con la città e le persone che servono. In questo quadro, si riescono a soddisfare le esigenze dei residenti di un'area anche più ampia, riunendoli per attività comuni e occasioni aggregative.
Nello specifico l'intervento comprende: un asilo nido, alloggi per richiedenti asilo, una palestra interna, una sala polivalente per eventi sociali, un cinema all'aperto, uno spazio-museo memoriale dei rifugiati di Toumba, uffici comunali della comunità, un centro di sanità comunitario, un centro diurno per gli anziani, un parco giochi e un piccolo parco di quartiere. La

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1057

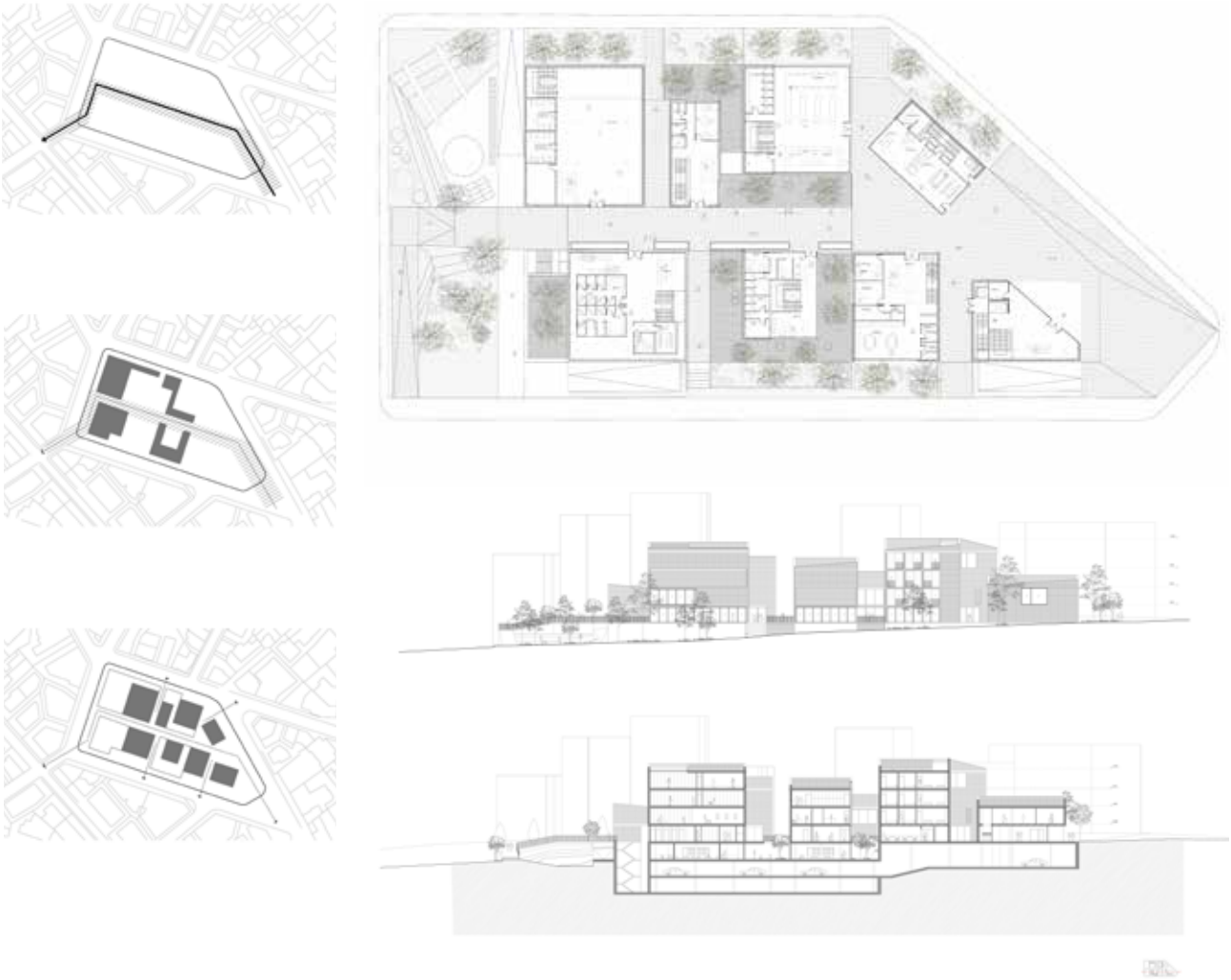
Figg. 2-4
FIORE Architects, Complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco, 2019. Diagrammi funzionali; Planimetria generale; Vista del complesso dall'alto (render).
© FIORE Architects

superficie totale del terreno è di 3800 mq e l'area edificabile finale è di circa 4500 mq.

Quali criteri tipologici e formali sono stati presi in considerazione?
Il rivestimento esterno in mattoni è stato scelto come materiale base di tutte le facciate degli edifici. Si tratta di un materiale che si riferisce automaticamente alla lunga tradizione dell'utilizzo delle mattonelle nella costruzione della città di Salonicco e, più specificamente, a un materiale che è indissolubilmente legato alle prime costruzioni leggere per i rifugiati nel quartiere di Toumba. Queste costruzioni sono state il riferimento per la tecnica a grappolo che è stata tradotta nella presente proposta come elemento morfologico delle facciate in blocchi edilizi.

Quali sono le principali caratteristiche di articolazione degli spazi?
Ponendo la funzione dei servizi educativi come punto di partenza per la composizione del complesso, a livello concettuale, se ne sottolinea il ruolo

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1057



Figg. 5-7
FIORE Architects, Complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco, 2019. Diagrammi; Pianta del livello terreno; Prospetto e sezione.
© FIORE Architects

cruciale come primo punto di contatto dell'individuo con la vita pubblica. Allo stesso tempo, sul piano progettuale, questa organizzazione complanare degli spazi interni consente anche un contatto diretto con l'ambiente naturale. L'ingresso si trova ad ovest del lotto, dal passaggio pedonale condiviso sul lato del parco giochi.
Per il resto della kinesiologia del complesso, l'ingresso principale alle funzioni è quello dal lato est del terreno per evitare l'interferenza tra tutti gli utenti e quelli dell'asilo nido. Pertanto, gli edifici su questo lato (quelli dell'asilo nido, per anziani, il punto informativo e per uffici) sono disposti parallelamente alla forma direzionata del lotto. Tra di essi si determina un plateau comune di passaggio, che sostanzialmente "accoglie" il visitatore e lo rivolge verso l'asse longitudinale che struttura l'impianto complessivo.

Che ruolo gioca nel progetto il concetto di accoglienza?
Uno dei motivi principali della proposta era quello di progettare in termini esemplari un complesso che potesse "invitare" i visitatori e la comunità locale ad incontrarsi e a percepire lo spazio pubblico come uno spazio di vitale importanza.

Quali criteri e tecnologie sono state utilizzate nel progetto per affrontare il problema del cambiamento climatico?
Innanzitutto attraverso una collocazione ed un orientamento corretti dell'edificio sul terreno. Non solo, la progettazione ha previsto le necessarie aperture al fine di garantire un'adeguata illuminazione dall'esterno, una buona ventilazione naturale e una protezione solare durante il periodo estivo. Pertanto, la disposizione delle unità immobiliari, su entrambi i lati del

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1057

Figg. 8-11
FIORE Architects, Complesso urbano per servizi di welfare a Salonicco, 2019. Viste interne ed esterne.
© FIORE Architects

percorso pubblico, ha tenuto conto delle esigenze di migliore ventilazione e irradiazione solare dell'intero complesso edilizio. A questo proposito abbiamo modellato l'area circostante in modo da migliorare le condizioni microclimatiche complessive. Dobbiamo anche notare che prevediamo di piantare 26 alberi sul posto e che 2/3 (vale a dire circa 1500 mq) dello spazio libero del terreno è destinato a "Spazio verde pubblico".

Cosa ci si aspetta in futuro riguardo alla progettazione architettonica dei centri sanitari?
Le esigenze di una società moderna sono in costante aumento, soprattutto nelle città più popolate. Quindi sarà sempre più necessario per i progettisti avere la consapevolezza di fornire spazi realmente adeguati alle necessità degli abitanti.

Quali sono i fattori chiave nella progettazione di un edificio sanitario?
Il fattore chiave nel progettare un edificio sanitario è puntare ad un complesso edilizio aperto, che inviterà gli abitanti e renderà gli spazi più intimi. Gli edifici sanitari e sociali dovrebbero essere progettati in modo tale da incorporare la dimensione fondamentale dell'inclusione e del senso di appartenenza, creando un insieme edilizio, esteticamente caratterizzato, che predisponga positivamente i visitatori e familiarizzi con l'intero ambiente circostante.

Esiste un modello unitario per affrontare questo tema?
Ogni progetto è unico, perché si colloca di fronte a società diverse. In ogni progetto molti fattori devono essere presi seriamente in considerazione e ogni risposta è nascosta nei bisogni della società.

Il design e l'architettura possono contribuire alla guarigione del paziente?
Crediamo che la guarigione del paziente possa essere cercata anche oltre l'apporto medico. Quando uno spazio è progettato per essere utilizzato liberamente dall'abitante della città, affinché possa essere curato mentalmente e fisicamente attraverso diverse attività, ecco che la terapia non è

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1057

unilaterale, e quindi sì, gli spazi creati dall'architettura possono essere estremamente utili per tutti i tipi di pazienti.

Bibliografia

Red. (2019) – *Fiore Architects wins competition with Urban Community*. aasarchitecture. Disponibile a https://aasarchitecture.com/2019/08/fiore-architects-wins-competition-with-urban-community/

Red. (2019) – *Case Study 2: Building Complex for Municipal Welfare uses in Thessaloniki. Interview with FIORE Architecs*. Competition Culture Europe. Disponibile a https://ccgreece.wixsite.com/mysite/copy-of-interview-with-k-belibasaki

FIORE Architects (2019) – *Building complex for municipal welfare uses in Thessaloniki*. Disponibile a https://www.fiorearchitects.com/buildingcomplexformunicipalwelfarep

Florian Giannis Liakos, Irene Helen Marcantonatou e Alexis Visvinis fondano nel 2015 il team di architettura FIORE Architects. Hanno studiato Architettura presso la National Technical University di Atene. Il team è stato creato, inizialmente, per partecipare a competizioni architettoniche Internazionali, dove ha ottenuto numerosi premi e menzioni. Successivamente, hanno realizzato progetti di residenze di piccola scala e ristrutturazioni di piccola entità sia in Grecia che a Saranda in Albania. FIORE Architects hanno inoltre collaborato con studi di architettura greci su progetti di grande scala.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055

Maria Hurtado de Mendoza (estudio_entresitio)

Indifferente al luogo: un tipo architettonico per Madrid

Abstract
Il testo è frutto di una intervista a cura di Sahar Taheri allo studio.entresitio relativa a tre centri sanitari di Madrid, denominati '3*1'. Essi condividono una forma comune pur essendo distinte le localizzazioni all'interno del tessuto urbano. Cosicchè i tre centri incarnano una strategia di 'edificio senza luogo', offrendo autonomia formale e flessibilità concettuale. Viene introdotto il concetto di 'barre programmatiche', sottolineando l'aggregazione rispetto alla suddivisione nella progettazione del programma sanitario. La trilogia rappresenta approcci innovativi di progettazione, conciliando opposti e creando strutture sanitarie coerenti e adattabili.

Parole Chiave
Centri sanitari — Autonomia formale — Progetto

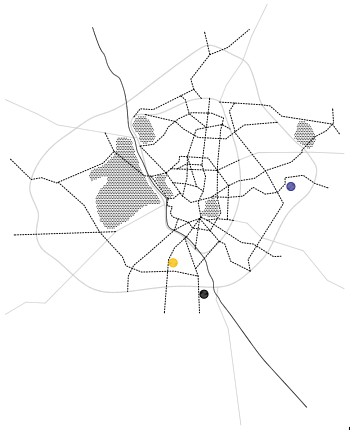


Fig. 1
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Disegno della localizzazione urbana.
© estudio_entresitio.

Attraverso quali criteri è stata scelta l'area di progetto?
3x1 è una trilogia di centri sanitari che *estudio.entresitio* ha realizzato a Madrid.
Il motivo per cui ce ne sono tre potrebbe non essere di fatto rilevante. Tutto è iniziato con un insolito concorso per costruire due cliniche per lo stesso cliente (il comune di Madrid) con lo stesso budget, lo stesso programma funzionale e su due siti diversi.
La nostra risposta a quelle condizioni iniziali è stata quella di lavorare con l'idea di un "edificio senza luogo" come strategia per inserire un insieme coeso in ambienti irrilevanti. Era necessario un grande senso di autonomia in termini formali, funzionali e anche concettuali per consentire all'edificio di esistere ovunque. Questo cosiddetto edificio senza luogo assume l'opposizione tra ermetico e aperto come quadro concettuale e iniziatore del progetto.
La terza clinica è entrata in gioco più avanti come una possibilità ampliata di variazione sullo schema iniziale. S- San Blas, U- Usera, V- Villaverde sono i tre quartieri della periferia est e sud di Madrid, dove si trovano le cliniche.

Quali rapporti con altre strutture di servizio nel contesto urbano sono stati presi in considerazione?
"Il sito non è il luogo" diceva Enric Miralles parlando del lavoro sulla disposizione esatta di un edificio su un sito. Le due parole possono essere sinonimi, ma hanno sfumature diverse: luogo (*locus*) come porzione di spazio che soddisfa una determinata condizione (in matematica, equazione). Anche se siamo abituati a dire "questo edificio è collocato su questo sito", potenzialmente 3x1 può essere collocato in qualsiasi luogo. In quan-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055

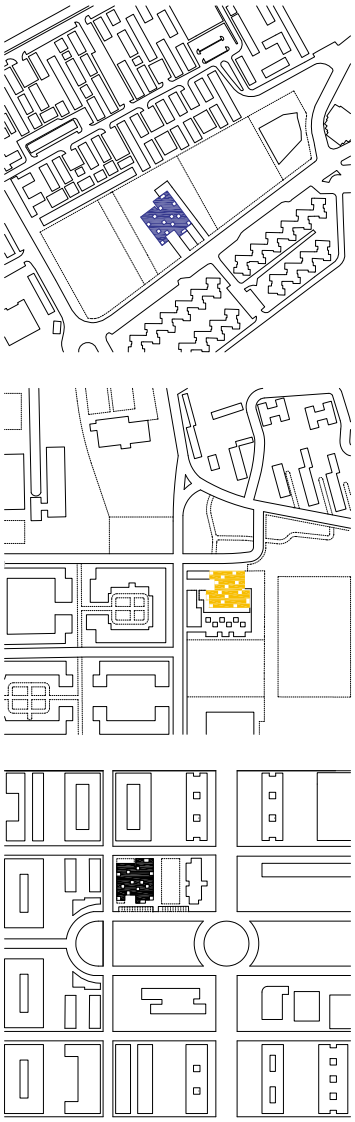
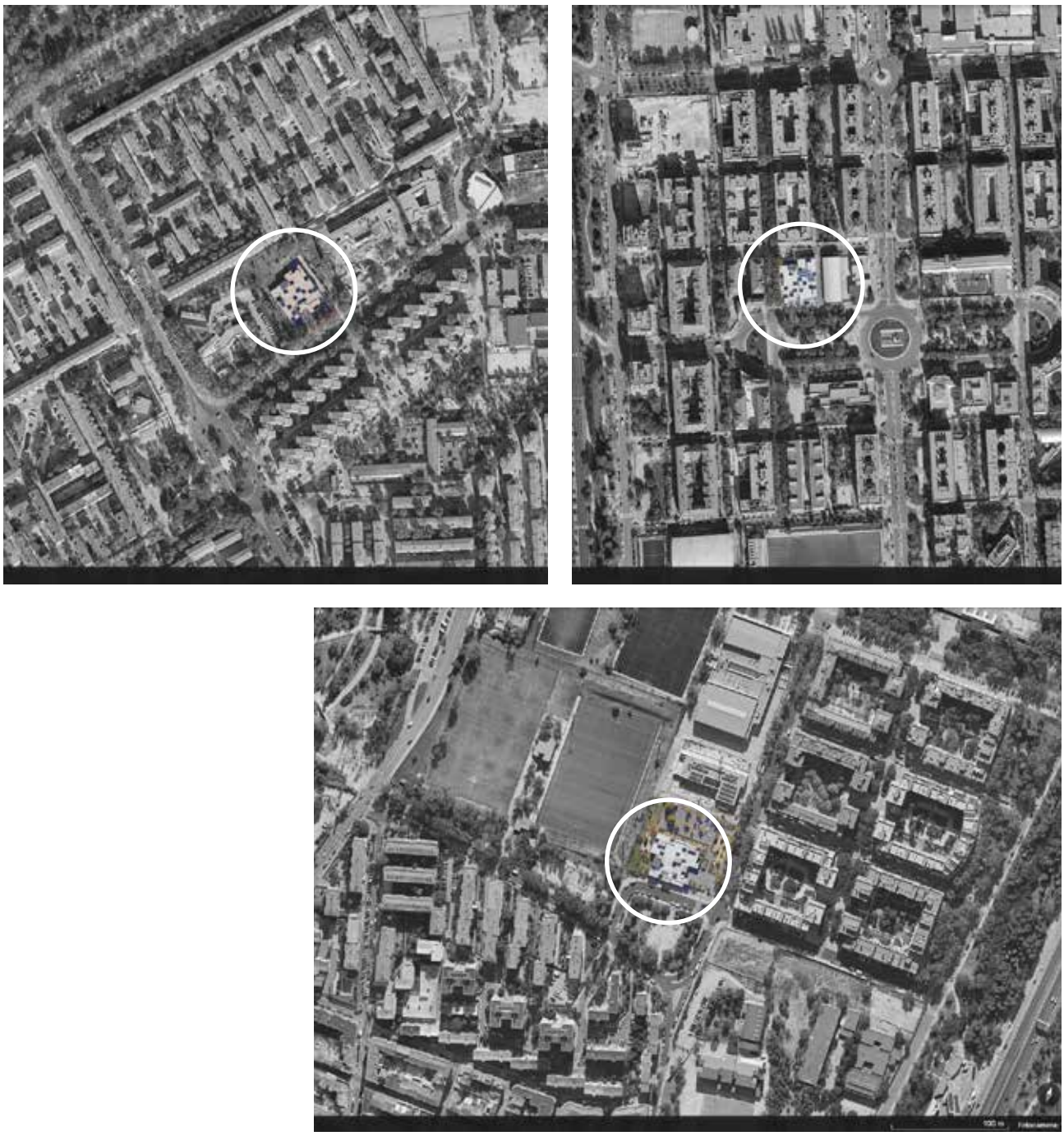


Fig. 2
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Disegno dei tre interventi SanBlas, Usera, Villaverde.
© estudio_entresitio.

Figg. 3-5
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Centro sanitario di SanBlas 2005-07; Centro sanitario di Usera 2005-09; Centro sanitario di Villaverde 2007-10.
Photo credits: Roland Halbe.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055



Figg. 6-8
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Viste zenitali dei tre interventi. SanBlas, Villaverde, Usera.
© google maps.

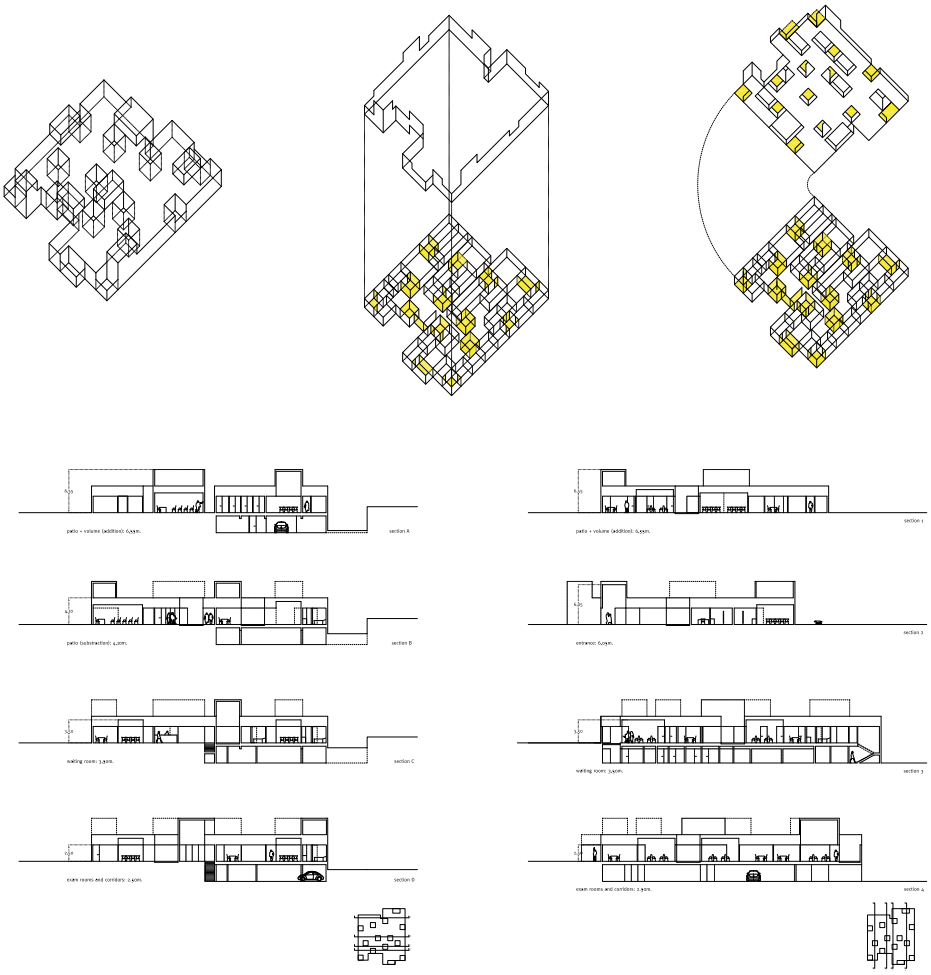
to edificio senza luogo, 3x1 è, quindi, interiorità; non è orientato (la luce proviene dall'alto). Il fatto che riceva luce dall'alto è l'unico requisito e la ragione principale della sua autonomia.

Quali fattori e forme dell'area urbana in cui si colloca il progetto hanno influenzato le scelte progettuali?
La frontalità dell'ingresso privilegia il rapporto del volume costruito con la strada, il circostante complesso di edilizia sociale e i suoi diversi allineamenti. Tuttavia, come conseguenza inversa, la copertura diventa una vera e propria quinta, una facciata esposta all'attenzione degli edifici vicini.

I cittadini sono stati coinvolti durante la progettazione? In che modalità?
No, per nulla.

Nella fase di progettazione, qual'è stato il contributo degli operatori sanitari e sociali? (medici, infermieri, assistenti sociali,...).

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055



Figg. 9-10
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Centro sanitario di SanBlas 2005-07; Centro sanitario di Usera 2005-09; Centro sanitario di Villaverde 2007-10. Assonometrie, sezioni e schemi
© estudio_entresitio.

Madrid Salud, il dipartimento municipale di sanità, conta molti medici e infermieri nel suo team, tra cui il direttore della rete sanitaria di Madrid. Hanno fornito il programma e seguito il processo di sviluppo e costruzione del progetto. Si tratta di centri per la salute con funzione anche di medicina preventiva.

Quali criteri tipologici e formali sono stati presi in considerazione?
I tre interventi hanno la stessa identica configurazione; il programma è disposto estensivamente su un unico piano terra in una disposizione isotropa che prende la luce dall'alto attraverso quattordici patii.
Da tale disposizione scaturiscono tre condizioni principali:
– I vuoti e volumi nel guscio.
– Lo spazio pubblico interno.
– Il perimetro della calotta esterna.
Oltre ad essere descritto come uno stato di equilibrio tra forze opposte, l'edificio può essere visto anche come una scatola, ma in modo molto specifico. Il piano di copertura si comporta come una membrana sensibile e diventa di fatto la quinta (e unica) facciata, permettendo all'edificio di respirare, dove emergono volumi a doppia altezza o locali di servizio che incanalano la luce verso l'interno.
Questi volumi (sia aggiunti che sottratti) non sono esattamente conseguenze di decisioni formali; fanno parte di "uno tra tanti" possibili risultati del rispetto delle regole. Le regole riguardanti il programma e la struttura (spaziale e portante) forniscono alcune sorprese in 3D tanto ben accolte quanto inaspettate.

Che ruolo giocano la distribuzione funzionale e le connessioni nel progetto?

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055

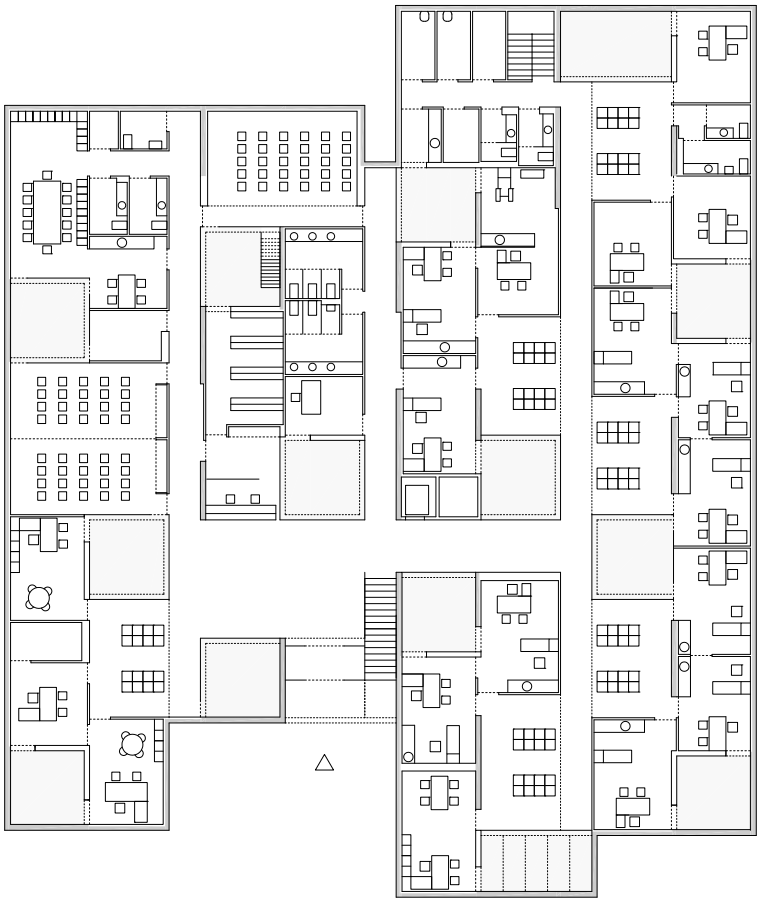


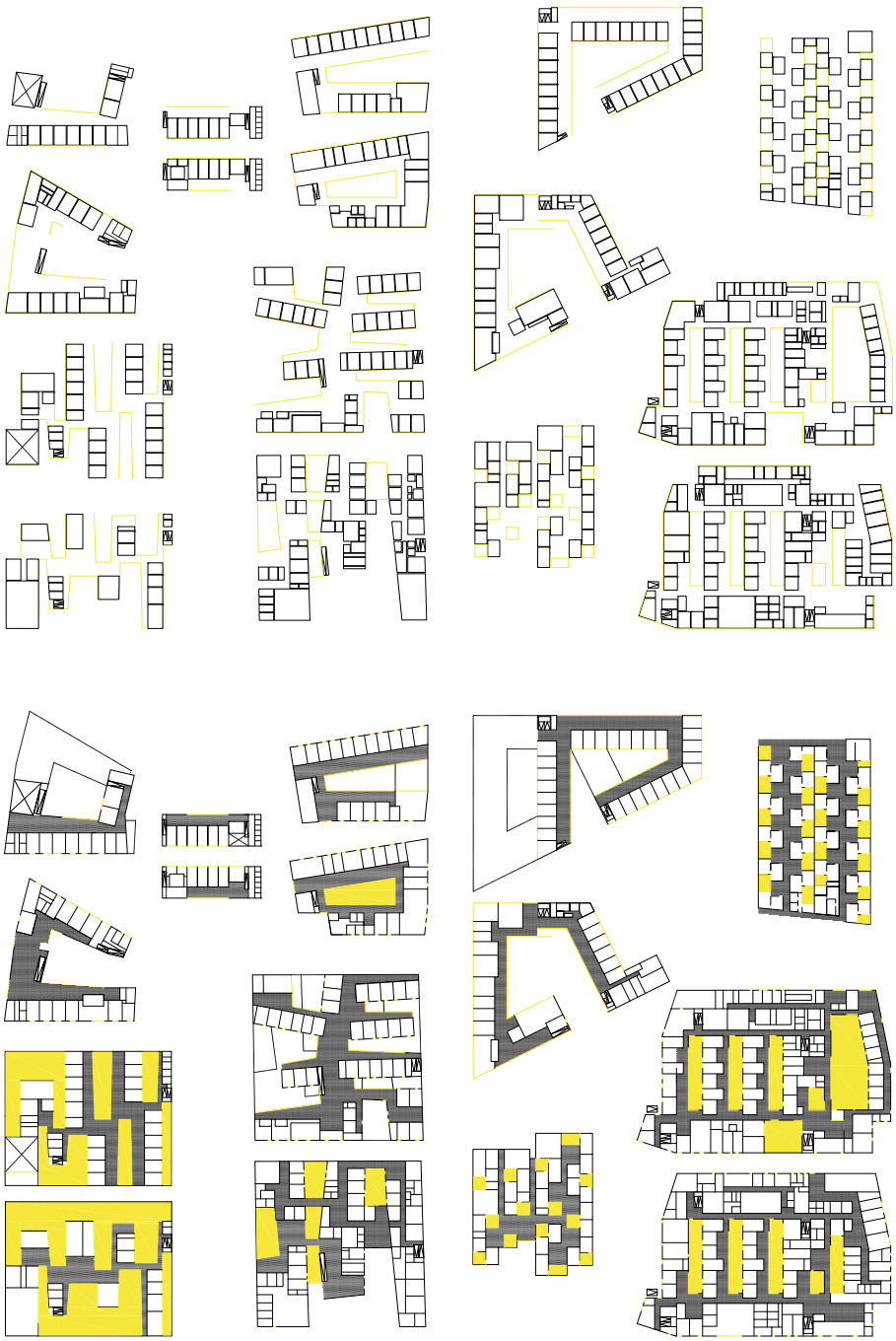
Fig. 11
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Centro sanitario di SanBlas 2005-07; Pianta.
© estudio_entresitio.

Quando l'architettura deve rispondere a un programma funzionale complesso, comprendiamo che dare semplicemente risposta al programma non è la soluzione, ma la soluzione inizia senza dubbio con la interpretazione del programma. Dalla comprensione generica agli aspetti più specifici di ciascuna unità, le varie parti del programma si traducono in condizioni spaziali che incorporano il proprio sistema di ordine con l'obiettivo di arrivare a un'efficienza planimetrica che aggiri le soluzioni più ovvie. Le stanze (celle), pur simili per dimensioni e caratteristiche, hanno una certa informazione codificata che qualifica le connessioni tra loro (contiguità medico-infermiere, coda in entrata-uscita per gli esami del sangue, distanza dei neonati dalle donne incinte, ecc.).
Le regole per le condizioni spaziali funzionano a diverse posizioni:

- Pubblico privato; aule amministrative – aule esami: disposizione a piano binucleare.
- Barre programmatiche; uffici e didattica - area pubblica - cure primarie - specialisti: corridoi di carico "doppio-doppio" collegati trasversalmente.
- Specializzazione programmatica (stanze come cellule); principali programmi - aree di supporto - sale d'attesa: si può parlare di atomizzazione programmatica piuttosto che di settorializzazione; atomizzazione non gerarchica.

Questo approccio compositivo consente di ottenere un buon grado di flessibilità?
Quando le barre programmatiche vengono affiancate l'una all'altra per diventare un campo esteso e la facciata non è più un'opzione vincolante per illuminare l'intera pianta, si applicano nuove regole. "3x1" è una condizione matematica del campo con un ritmo caratteristico che stabilisce la rela-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055

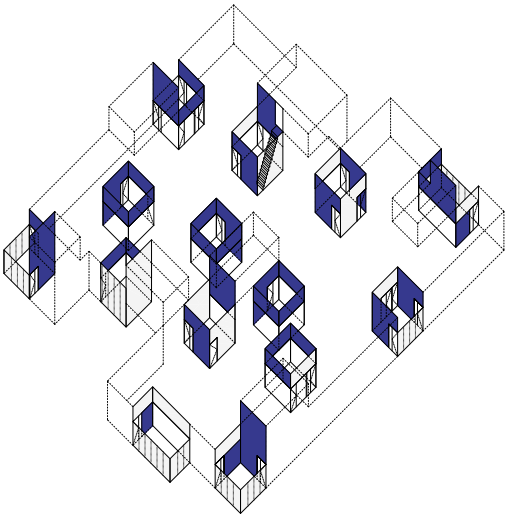


Figg. 12-13
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Centro sanitario di SanBlas 2005-07; Centro sanitario di Usera 2005-09; Centro sanitario di Villaverde 2007-10. Barre programmatiche: stanze e patii (in alto), patii e spazi pubblici (in basso).
© estudio_entresitio.

zione tra ordine, spazio e struttura. La condizione del campo matematico è legata alla nozione di continuità di una determinata condizione (funzione). Si chiama "campo di continuità" il sottoinsieme che soddisfa la condizione di continuità in tutti i punti. I punti in cui la condizione non è soddisfatta sono considerati discontinuità.

Come è stato interpretato il rapporto tra interni ed esterni?
L'assenza di bucature sulle pareti verticali dell'involucro fa sì che il rapporto tra interno ed esterno dell'edificio avvenga verticalmente, quasi con il cielo sopra.
Le corti portano la luce all'interno dell'edificio e contribuiscono a creare un interno spazioso e luminoso, sfumando i confini tra interno ed esterno, una dissoluzione del limite costruito. Le qualità di trasparenza e specchiatura delle superfici vetrate creano inoltre molteplici visioni, presenze e assenze, per simmetria riflessa.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055



Figg. 14-15
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Centro sanitario di SanBlas 2005-07. Assonometria e vista dei patii.
© estudio_entresitio.
Photo credits: Roland Halbe.

Cosa ci si aspetta in futuro riguardo all'architettura dei centri sanitari?
Un futuro luminoso, direi. Il benessere dei pazienti e il modo in cui si sentono in questi spazi sono fondamentali. Gli operatori faranno il resto. Un esempio di buona pratica che ammiriamo è la rete dei centri oncologici britannici "Maggie's".

Quali sono i fattori chiave nella progettazione di un edificio sanitario?
Credere che il pragmatismo non sia in contrasto con lo spazio architettonico.

Il design e l'architettura possono contribuire alla guarigione del paziente?
Certamente, con ogni mezzo. Il potere delle nostre menti è incredibile. Se si è in un ambiente sano, sarà più facile sentirsi meglio.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1055

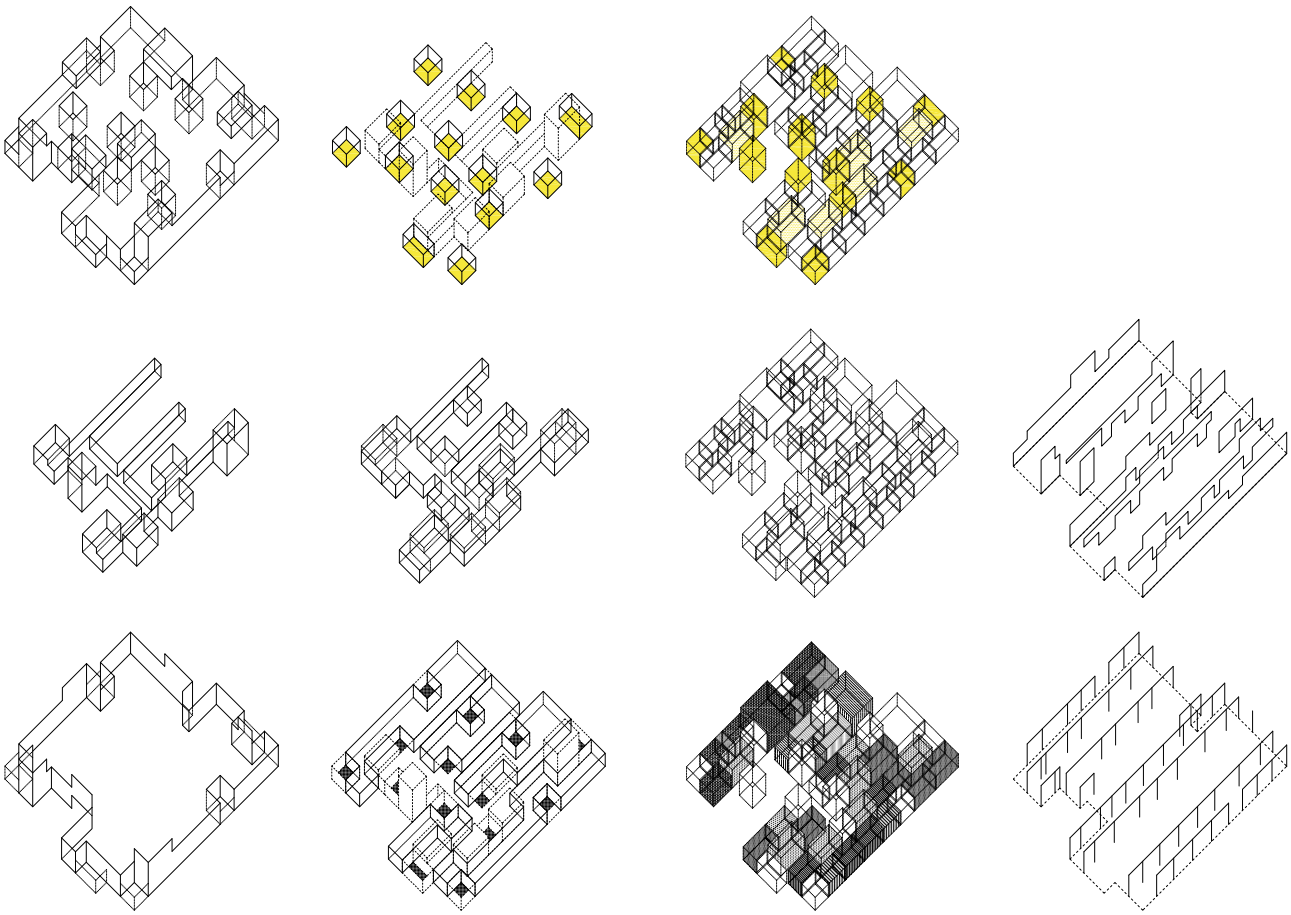


Fig. 16
estudio_entresitio, 3*1, Centri di assistenza sanitaria a Madrid, Centro sanitario di SanBlas 2005-07; Centro sanitario di Usera 2005-09; Centro sanitario di Villaverde 2007-10. Schemi assonometrici: strategie.
© estudio_entresitio.

Bibliografia

WAGENAAR C., MENS N. (2018) – *Municipal Healthcare Centers San Blas, Usera, Villaverde Madrid, Spain Estudio Entresitio* in *Hospitals. A Design Manual*. Birkhäuser Basilea.

MILLS J. (2010) – *San Blas, Usera and Villaverde by Estudio Entresitio*, in Dezeen, 12 settembre. Disponibile in https://www.dezeen.com/2010/09/12/san-blas-usera-and-villaverde-by-estudio-entresitio/

"Doing It Better: An Architecture of Variation with Repetition." urbanNext – Accessed February 10, 2024. https://urbannext.net/doing-it-better/

SanBlas Municipal Health Centre (2011) – OnDisegno. Disponibile in http://www.ondiseno.com/proyecto_en.php?id=1853

HURTADO DE MENDOZA M., (2017) – *Clinical. An Architecture of Variation with Repetition*, Actar Barcelona

Maria Hurtado de Mendoza Wahrolén e César Jiménez de Tejada Benavides collaborano sin dal loro esordio professionale nel 1993 ed entrambi sono professori associati di progettazione architettonica presso l'ETSAM.
Nel 2003, José María Hurtado de Mendoza Wahrolén si unisce definitivamente allo studio dopo aver lavorato quattro anni nello studio di Rafael Moneo. Insieme fondano lo "studio entresitio", uno spazio di lavoro che rappresenta un punto e a capo nella loro carriera professionale.
Maria e José María sono stati borsisti all'Accademia di Spagna a Roma, mentre César ha conseguito il Master of Science in "Advanced Architectural Design" presso l'Università di Columbia, New York, come borsista Fulbright.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054

Tomà Berlanda, Nerea Amorós Elorduy (ASA Studio)

Nel contesto africano: una struttura socio-sanitaria a Rugerero

Abstract
L'intervista, curata da Sahar Taheri, riguarda il progetto del Centro Sanitario di Rugerero in Ruanda progettato da ASA Studio di Kigali mediante un processo partecipativo che ha coinvolto gli attori locali. Il programma funzionale ha preso in considerazione le linee guida nazionali sulla salute, il contributo locale e le considerazioni architettoniche. Il concetto tipologico ha privilegiato spazi aperti, sostenibilità e integrazione con il clima locale. Il design ha utilizzato materiali a bassa tecnologia provenienti dalla zona, coinvolgendo la comunità nella costruzione. L'articolo sottolinea l'impatto positivo di strutture sanitarie ben progettate sulla guarigione dei pazienti, enfatizzando l'integrazione del contesto locale, la progettazione partecipativa e la sostenibilità nell'architettura sanitaria.

Parole Chiave
Health Center — Partecipazione — Piazza

Come avete scelto l'area del progetto?
La trama non è stata scelta da ASA. Questo progetto è stato ideato per il governo del Ruanda, in particolare per il settore Rugerero nel distretto di Rubavu. Le autorità locali hanno selezionato il terreno in base alla sua ubicazione, all'accessibilità a un gran numero di persone e alla vicinanza ad altre strutture pubbliche (ufficio di settore, stazione di polizia, strada principale asfaltata, ecc.).

Quali rapporti con le altre strutture di servizio del contesto urbano sono stati presi in considerazione?
Il Centro sanitario Rugerero è situato in prossimità di una piazza che ospita diverse altre strutture pubbliche, tra cui l'Ufficio di settore, la stazione di polizia (con un carcere temporaneo) e vari negozi. Inoltre, la strada principale asfaltata che collega Kigali a Musanze a Gisenyi passa direttamente di fronte alla piazza rendendola facilmente accessibile. Dopo che le autorità locali hanno scelto il terreno per il Centro sanitario, ASA ha condotto un'indagine approfondita dell'area e ha analizzato i vincoli del sito e i potenziali usi. Si è scoperto che la comunità locale si riuniva spesso nella piazza. Il Centro sanitario attirerebbe anche i membri della comunità, in particolare le madri con bambini piccoli durante le campagne di vaccinazione. Tenendo presente questo, ASA ha deciso di creare un ulteriore spazio comune antistante il Centro Sanitario, collegato alla piazza ma con un'area di sedute dedicata. Questo progetto inizialmente includeva un grande albero di avocado che esisteva nella piazza, che ASA ha integrato nel progetto. Purtroppo, però, le autorità locali hanno deciso di abbattere l'albero, vanificando così l'effetto voluto dalla scelta progettuale. Nonostante questo inconveniente, la piazza rimane un importante luogo di ri-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054

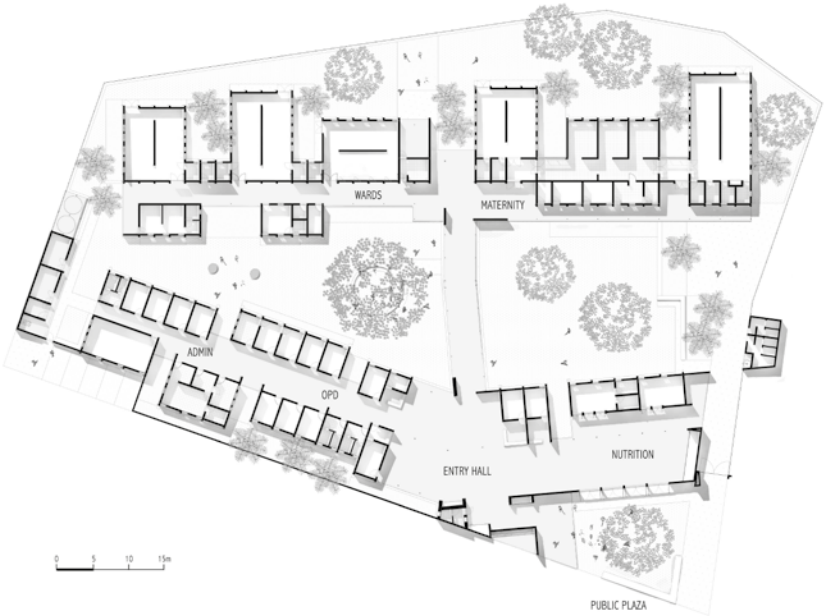
Fig. 1
ASA Studio, Rugerero Health Center, Ruanda, Africa, 2017. Individuazione territoriale.
© Google maps

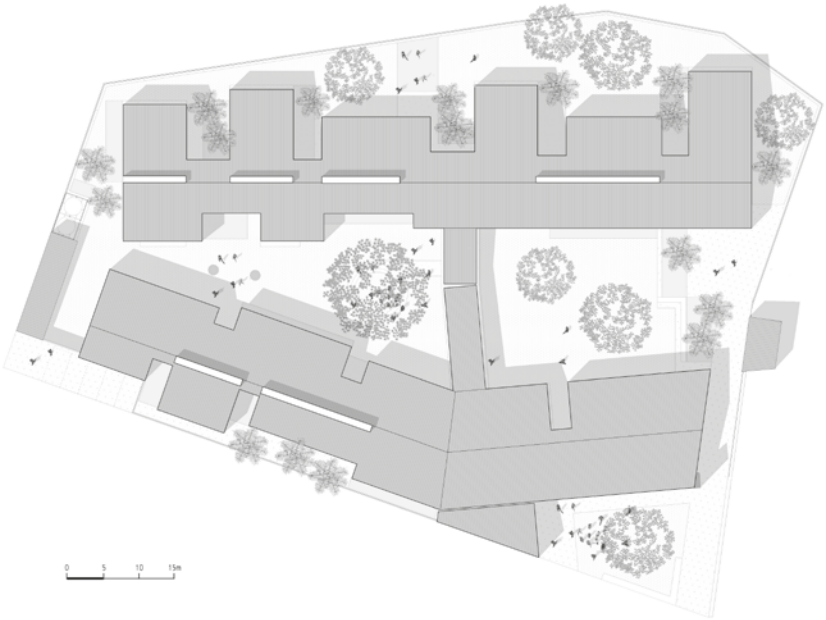
trovo sia per la comunità locale che per i pazienti del Centro sanitario, creando un forte collegamento tra l'ingresso della struttura, l'area aperta del blocco nutrizionale e lo spazio comune esistente.

Quali fattori e forme dell'area urbana in cui si colloca il progetto hanno influenzato le scelte progettuali?
Il tessuto urbano che circonda il Rugerero Health Center è denso, ma composto principalmente da piccoli edifici a un piano. La principale modalità di spostamento per la popolazione locale, compreso da e per il centro sanitario, è quella pedonale. Alcuni individui possono utilizzare biciclette o mototaxi, ma le auto non vengono utilizzate frequentemente poiché sono di norma accessibili solo agli individui più ricchi.
Il centro è costituito da un edificio ad un solo piano con più blocchi staccati tra loro, collegati tramite passaggi coperti. All'interno della struttura è presente solo un piccolo parcheggio che può ospitare quattro auto e, sebbene sia stato progettato un percorso di accesso per le ambulanze per raggiungere il reparto maternità, attualmente non è utilizzato.

I cittadini sono stati coinvolti durante la fase di pianificazione? In che modalità?
ASA, acronimo di Active Social Architecture, crede fermamente nell'approccio della progettazione partecipata. Pertanto, coinvolgiamo sempre diversi stakeholder della comunità locale nel nostro processo di progettazione, comprese le autorità locali che formano gli infermieri dei centri sanitari e la stessa comunità locale. Inoltre, ci assicuriamo che un numero significativo di donne sia incluso sia nel processo di progettazione che in quello di implementazione. Nel caso di Rugerero HC, ASA ha utilizzato i dati raccolti durante le attività a livello comunitario sulle preferenze di progettazione, disposizione spaziale e programmazione per incorporare il patrimonio della cultura locale nella pianificazione del Centro sanitario. Alcuni esempi di come le nostre scelte progettuali sono state influenzate dagli input dei cittadini includono: la creazione di uno spazio comune aperto dove le madri con bambini possono riunirsi per campagne di vaccinazione e corsi di formazione nutrizionale pur avendo un controllo visivo diretto sui propri figli; l'ingresso secondario e più privato al laboratorio

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054



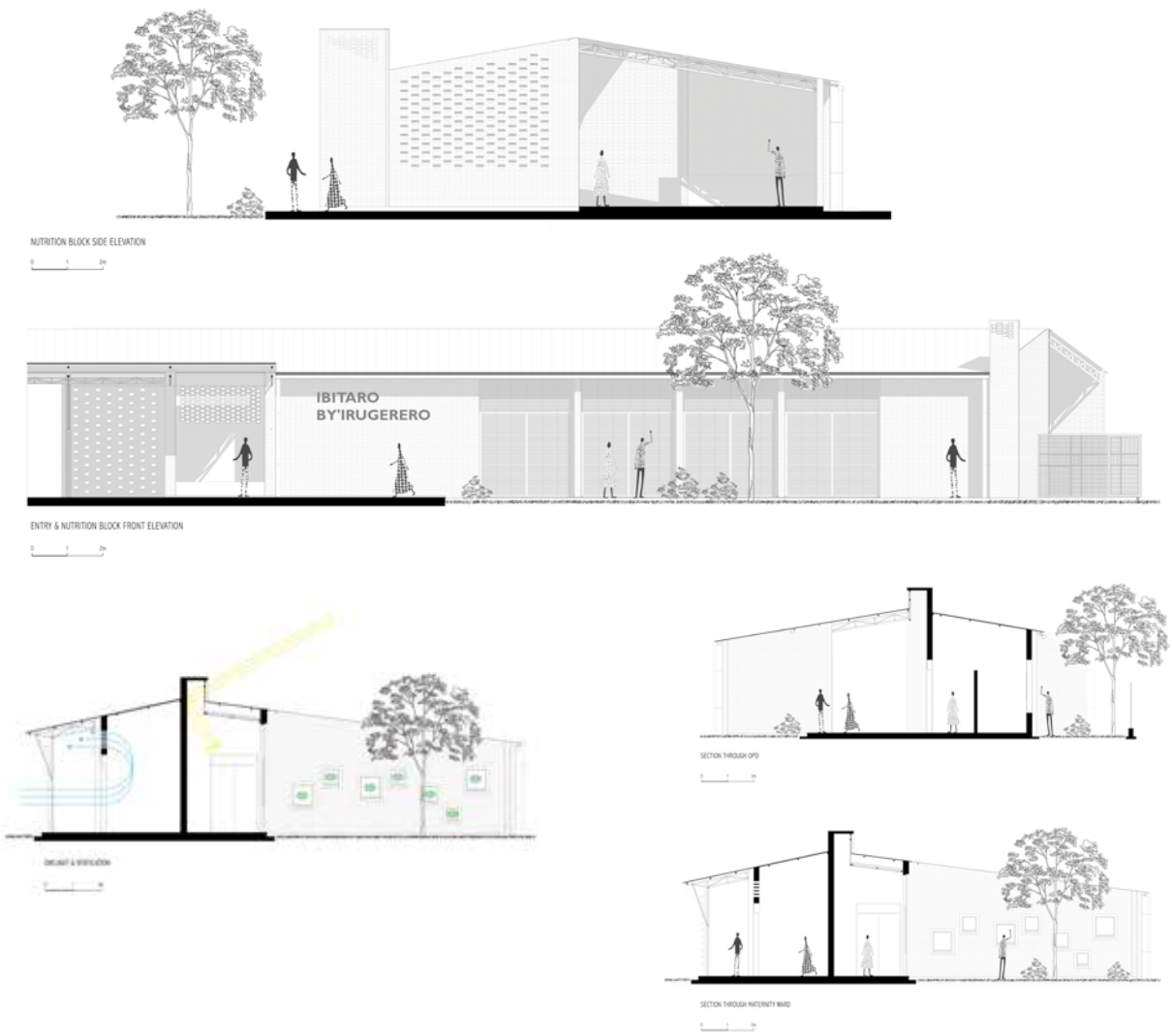


Figg. 2-3
ASA Studio, Rugerero Health Center, Ruanda, Africa, 2017. Pianta e planimetria delle coperture.
© ASA Studio

HIV e sala di consultazione per i pazienti che non desiderano essere visti in cerca di assistenza (a causa dello stigma); la connessione aperta tra i blocchi che fornisce un chiaro orientamento attraverso l'uso dei colori e la connessione visiva diretta tra i blocchi; l'aggiunta di un una latrina a fossa (servizi igienici tradizionali) all'esterno dell'edificio in modo che le persone possano usare le foglie al posto della carta igienica (che intaserebbe gli sciacquoni dei WC situati all'interno dell'edificio); infine la progettazione di un chiosco dell'acqua accessibile dall'area comune dove le persone possono fare rifornimento con 20- taniche da un litro (poiché la maggior parte delle famiglie non ha accesso all'acqua pulita) con acqua piovana filtrata raccolta, tra le altre, dai tetti dell'edificio.

Durante la fase di pianificazione, qual è stato il contributo degli operatori sanitari e sociali? (medici, infermieri, assistenti sociali, ...)
I nostri partner locali, una ONG chiamata Health Builders, sono costituiti da medici, infermieri e assistenti sociali che si concentrano sulla formazione della comunità locale. La loro enfasi principale è sul coaching e sul tutoraggio dei singoli operatori dei centri sanitari. Invece di formare gli

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054



Figg. 4-6
ASA Studio, Rugerero Health Center, Ruanda, Africa, 2017. Prospetti e sezioni.
© ASA Studio

individui su procedure, standard o migliori pratiche generalmente accettate, i loro consulenti qualificati in gestione sanitaria si incontrano individualmente con gli operatori sanitari per affrontare I loro obiettivi. Questo processo fornisce ad ASA informazioni preziose, input di progettazione e feedback che vengono continuamente integrati nel prodotto architettonico e nel processo di implementazione.

Come è stato definito il programma funzionale?
Il programma si basava su tre criteri principali. In primo luogo, le linee guida nazionali sui requisiti delle strutture dei centri sanitari delineate dal Ministero della Salute del Ruanda. In secondo luogo, gli input ricevuti dalle autorità locali e dagli specialisti sanitari, che sono nostri partner, su come rendere più efficiente lo spazio e sulle ulteriori strutture che possono essere aggiunte. Questi includono un laboratorio separato per l'HIV, una stanza di isolamento per la TBC, la progettazione del blocco maternità, una stanza per il filtro dell'acqua piovana, tra gli altri. Infine, i nostri input progettuali come architetti, tenendo in considerazione il modo di vivere della comunità locale. Ciò include l'integrazione di spazi aperti, paesaggio e natura per accelerare il recupero dei pazienti nei reparti, la progettazione di lucernari per utilizzare la luce naturale per ridurre i costi di gestione e prevenire problemi di oscurità durante le interruzioni di corrente, l'aggiun-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054

Figg. 7-8
ASA Studio, Rugerero Health Center, Ruanda, Africa, 2017. Viste interne ed esterne
© ASA Studio

ta di un chiosco dell'acqua e dipinti sulle pareti dei reparti pediatrici.

Quali riferimenti tipologici e formali sono stati presi in considerazione?
Durante tutto il processo concettuale della progettazione, abbiamo considerato vari riferimenti tipologici e formali per garantire un design ben ponderato. Uno dei riferimenti che abbiamo preso in considerazione è stato il tipo del cortile, che enfatizzava l'uso di spazi aperti per collegare diverse aree del programma pur mantenendo la privacy per ogni spazio. Tuttavia, dopo un'attenta considerazione delle esigenze specifiche di questo progetto, abbiamo optato per un sistema più lineare. Quattro blocchi sono collegati su due linee e il centro è collegato tramite una "passeggiata" che attraversa il luogo.

Quali sono le ragioni e le caratteristiche fondamentali della scelta tipologica di articolazione degli spazi?
L'articolazione degli spazi e la scelta tipologica di questo progetto sono state guidate da diversi fattori chiave. In primo luogo, ASA ha dato priorità alle caratteristiche climatiche locali nel processo di progettazione. Nella regione settentrionale del Rwanda il clima è mite e costante durante tutto l'anno, con una temperatura media di circa 20ºC. Ciò ha consentito di evitare costosi sistemi di condizionamento e riscaldamento e di adottare un design più aperto che integrasse la circolazione e le aree di attesa in spazi esterni riparati. In secondo luogo, abbiamo puntato ad integrare sistemi passivi sostenibili nella progettazione. Un'adeguata ventilazione incrociata era essenziale per ridurre al minimo la diffusione di malattie trasmesse per via aerea, in particolare negli spazi di raccolta. Di conseguenza, abbiamo optato per una tipologia di blocco stretto e lungo che garantisce una ventilazione incrociata in tutte le stanze e gli spazi. I pazienti circolano in aree esterne riparate che si affacciano sui giardini: per ridurre al minimo il guadagno di calore diretto attraverso la facciata ovest, abbiamo disposto dei corridoi lungo i lati ovest come portici, creando un cuscinetto tra le stanze interne e i giardini. Infine, vale la pena notare che ASA ha lavorato con un budget limitato per la costruzione. Per mantenere bassi i costi, abbiamo adottato un sistema a blocchi a un piano con circolazione dell'aria all'aperto e ridotto al minimo le effettive aree interne chiuse. Abbiamo inoltre utilizzato una tecnologia costruttiva economicamente vantaggiosa, con un utilizzo minimo di cemento armato. Queste scelte progettuali hanno garantito che la struttura potesse essere costruita rispettando il budget senza sacrificare la funzionalità, la sostenibilità o l'esperienza dell'utente.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054

Figg. 9-11
ASA Studio, Rugerero Health Center, Ruanda, Africa, 2017. Viste interne ed esterne
© ASA Studio

Che ruolo giocano nel progetto gli spazi di connessione, distribuzione e attesa, le aree di accoglienza?
Collegamenti, distribuzione, aree di attesa e spazi di accoglienza sono parte integrante del progetto, agevolando gli spostamenti dei pazienti degli ambulatori, dei degenti e del personale all'interno della struttura. Inoltre, questi spazi fungono da aree polivalenti in cui i pazienti possono attendere, muoversi e i membri della comunità possono riunirsi per campagne di formazione e sensibilizzazione, a seconda dell'ora del giorno. Nel Rugerero HC, l'utilizzo dello spazio e l'efficienza sono massimizzati utilizzando aree più ampie e multifunzionali invece dei corridoi veri e propri per collegare le varie aree funzionali, come sale di consultazione, laboratori e reparti. Queste aree fungono da spazi di accoglienza in cui i pazienti possono registrarsi per la mutua assistenziale, sottoporsi al triage o essere indirizzati verso diversi ambienti di consultazione. Forniscono anche spazi per campagne di vaccinazione, formazione e spostamento tra i diversi blocchi. Questi spazi sono ulteriormente collegati ai giardini circostanti, stabilendo un forte legame tra le aree chiuse della struttura e il paesaggio naturale.

Come è stata interpretata la relazione interno-esterno?
È importante notare che l'ambiente naturale gioca un ruolo fondamentale in questa struttura. I cortili verdi sono posizionati strategicamente tra tutti i corpi costruiti per incorporare la natura nell'ambiente del complesso fornendo allo stesso tempo privacy e spazi aperti alle famiglie e ai bambini che visitano i pazienti ricoverati o accompagnano i pazienti ambulatoriali. Il modo tradizionale di vivere in Rwanda prevede di trascorrere la maggior parte della giornata all'aperto e quasi tutte le attività di routine si svolgono in spazi esterni. Il nostro design abbraccia questa pratica, facendo sentire gli utenti a proprio agio e "a casa" mentre si trovano in una struttura sanitaria. Infine, la vista sul verde che circonda gli edifici viene offerta ai pazienti nei reparti non solo per migliorare il loro umore ma anche per accelerare il processo di guarigione.

Qual è la soluzione per ottenere flessibilità spaziale?
Due sono le soluzioni alla base della flessibilità della struttura. In primo

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054

Figg. 12-13
ASA Studio, Rugerero Health Center, Ruanda, Africa, 2017. Viste interne ed esterne
© ASA Studio

luogo, gli spazi comuni come le aree di attesa e i connettori hanno una disposizione a pianta aperta che può essere suddivisa con mobili o utilizzata come un grande collettore a seconda delle necessità. In secondo luogo, il sistema modulare può essere utilizzato per i programmi in modo che ogni spazio dedicato a una funzione specifica (come gli uffici) possa avere in futuro un uso diverso, se necessario (come una sala di consultazione).

Che ruolo hanno avuto le scelte di linguaggio e di rapporto con la cultura del contesto nell'elaborazione del progetto?
Durante il processo di progettazione diamo molto valore al patrimonio della cultura locale, allo stile di vita, alle tradizioni e alle credenze. Il nostro obiettivo è creare un'architettura altamente contestualizzata, efficiente nel servire gli utenti nel rispetto della loro cultura e che promuova un senso di proprietà nella comunità. Il nostro approccio è partecipativo della comunità e conduciamo ricerche basate su di essa per sviluppare un progetto che sia accettato e utilizzato e che può avere un background diverso da quello dell'architetto.

Nel progetto quali requisiti tecnologici sono stati presi in considerazione? In particolare attraverso quali tecnologie passive idonee ad affrontare le condizioni climatiche locali?
In ASA, diamo priorità all'uso di materiali e tecnologie locali nei nostri progetti per ridurre al minimo i costi di costruzione e ridurre l'impronta di carbonio derivante dai trasporti. Questo approccio si riflette nel nostro progetto per il Rugerero HC, dove abbiamo utilizzato sistemi a bassa tecnologia facili da mettere in opera, consentendo alla comunità locale di partecipare al processo di costruzione. Abbiamo utilizzato materiali di provenienza locale come fondamenta in pietra e mattoni di argilla cotti localmente per le pareti, oltre a un pacchetto di tetto a bassa tecnologia composto da lamiera di ferro altamente riflettente, isolamento acustico riciclato e legno di pino locale. Inoltre, abbiamo collaborato con una cooperativa locale di donne che assemblavano pannelli di rami di eucalipto intrecciati per paraventi e pannelli di porte.
Oltre a ridurre i costi di costruzione, il nostro design integra anche sistemi passivi che riducono al minimo i costi di gestione della struttura e mas-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1054

simizzano il comfort dell'utente. Ci siamo concentrati sulla ventilazione incrociata, sull'orientamento, sull'uso della luce diurna e sulla mitigazione del guadagno di calore diretto per guidare la nostra strategia di progettazione e la disposizione generale dei volumi. Abbiamo inoltre installato scaldacqua solari, sistemi di raccolta dell'acqua piovana e lucernari per ridurre il consumo energetico e promuovere la sostenibilità.

Quali sono i fattori chiave nella progettazione di un edificio sanitario, nella fattispecie del vostro contesto di intervento?
I fattori chiave fondamentali nella progettazione di un edificio sanitario nel contesto africano sono: la fornitura di una tipologia di servizi igienici migliorata e la fornitura di stazioni per il lavaggio delle mani con acqua pulita. Questi sono fattori che migliorano considerevolmente la salute pubblica e l'igiene nelle aree in cui l'accesso alle infrastrutture sanitarie di base è limitato, ed è fondamentale includere una struttura igienico-sanitaria all'interno dei locali del centro sanitario.

Esiste una metodologia coerente per affrontare questa tipologia di progetto?
Non esiste un unico approccio per affrontare questo tipo di progettazione. Tuttavia, attraverso anni di esperienza, abbiamo imparato come aumentare il successo dei progetti in questo contesto. Il nostro approccio prevede la progettazione con l'obiettivo di responsabilizzare le comunità, ciò significa che il ruolo dell'architetto è solo una piccola parte di una rete più ampia di elementi interconnessi, tra cui la comunità e i suoi leader, i governi locali, i partner locali e i loro sforzi di sensibilizzazione. Il nostro approccio è quello di utilizzare la nostra creatività per interpretare lo spazio dal punto di vista degli utenti finali, posizionandoci anche come strumenti di miglioramento sociale.

La progettazione e l'architettura possono contribuire alla guarigione del paziente?
Sì, la progettazione e l'architettura possono certamente contribuire alla guarigione dei pazienti. Negli ambienti sanitari, l'ambiente fisico può avere un impatto significativo sul benessere generale e sul recupero del paziente. Gli studi hanno dimostrato che strutture sanitarie ben progettate, soprattutto con elementi integrati provenienti dall'ambiente naturale, possono portare a migliori risultati sanitari, degenze ospedaliere più brevi, riduzione dello stress e dell'ansia e maggiore soddisfazione dei pazienti.

ASA, acronimo di Active Social Architecture, rappresenta la convinzione e l'impegno dello studio internazionale nei confronti del valore sociale dell'architettura. Con sede a Kigali, Ruanda, è stato fondato nel 2012 da due architetti e studiosi europei, Tomà Berlanda e Nerea Amorós Elorduy. Dal 2021, ASA è operativa in tutti i paesi dell'Africa orientale e in Europa, con una varietà di clienti e un'ampia gamma di stakeholder. Tra questi ci sono organizzazioni come ONG locali e internazionali, imprese sociali, agenzie delle Nazioni Unite focalizzate sulle comunità locali e globali. ASA lavora in stretta collaborazione con tutti i soggetti per raggiungere qualità ed eccellenza nell'architettura e nel design, concentrandosi su elementi che migliorano la vita delle persone, rafforzano e responsabilizzano le comunità e il loro senso di identità. Il processo che ne deriva è una costante interazione tra la partecipazione delle parti interessate, la pratica architettonica e la ricerca.

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

David Kaunitz, Ka Wai Yeung (Kaunitz Yeung architects)

Un centro socio-sanitario per la popolazione aborigena a Newman

Abstract
Questo articolo descrive un presidio sanitario primario situato a Newman, cittadina con popolazione prevalentemente aborigena a circa 1200 km dalla città di Perth. La struttura, prima del genere, mira a offrire servizi sanitari culturalmente appropriati e controllati dalla comunità, riducendo la necessità di viaggi nel capoluogo. Situata di fronte all'ospedale regionale, l'Healthcare Center integra vari servizi medici e adotta principi di progettazione sostenibili, come l'uso di terra compressa e piante endemiche. L'approccio inclusivo, ispirato al Regionalismo Critico, punta a colmare il divario sanitario tra aborigeni e non aborigeni, diventando un simbolo di accessibilità, sensibilità culturale e orgoglio comunitario a Newman.

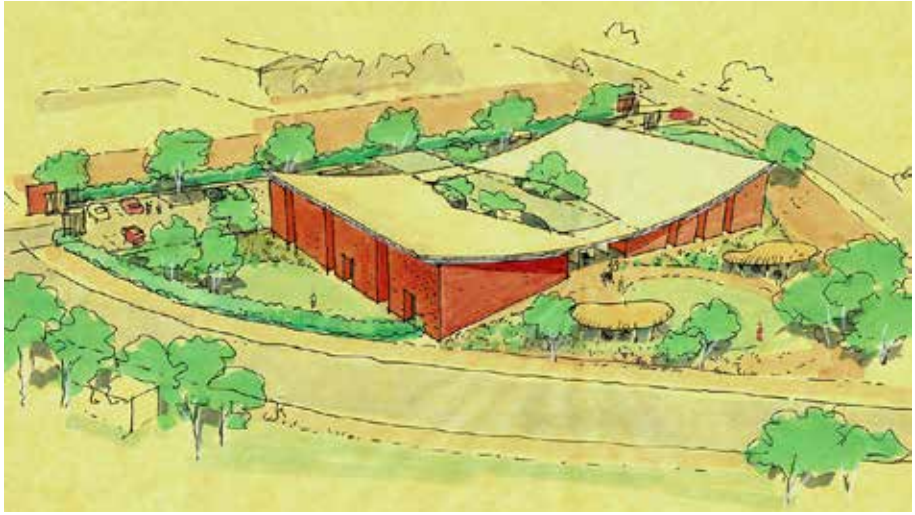
Parole Chiave
Healtcare Center — Co-progettazione — Inclusione

Fig. 1
David Kaunitz, Ka Wai Yeung, PAMS healthcare center, Newman, Australia.
© Robert Frith - Acorn Photo

Questo progetto è dedicato alla prima struttura sanitaria primaria realizzata a Newman (10.000 abitanti) , una località 1200 km a nord di Perth, città principale della Contea di East Pilbara (15.000 abitanti), grande quanto il Giappone e con una popolazione a maggioranza aborigen. Una struttura che serve l'intera Contea con particolare attenzione agli aborigeni locali Martu e Niabali. Per la prima volta gli aborigeni avranno accesso a Newman a servizi sanitari controllati dalla comunità e culturalmente appropriati. L'edificio incorpora la sede centrale dell'ente cliente Puntukurnu Aboriginal Medical Service (PAMS) che serve le comunità remote di Kunawaraji, Punmu, Parnngurr e Jigalong distanti fino a 800 km da Newman. Il sito del progetto si trova di fronte all'ospedale regionale e in posizione centrale nella città di Newman. Il Centro comprende strutture di servizio di medicina generale, salute infantile/materna, dentistiche, terapeutiche e altre sanitarie affini per i medici specializzati in visita da Perth. Uno degli obiettivi principali era ridurre al minimo i notevoli costi e gli impatti negativi sulla salute mentale delle persone Martu e Niaboli che lasciavano il paese e la famiglia per farsi curare a Perth.
I servizi sanitari comunitari controllati dagli aborigeni sono importanti per affrontare le principali questioni sanitarie e sociali che colpiscono in modo sproporzionato gli aborigeni. La causa principale di questi problemi è la discriminazione, la perdita e la distruzione della cultura e del senso di comunità. A ciò si aggiunge spesso la scarsa dotazione delle infrastrutture che non consentono di fornire servizi adeguati, limitando gli incontri e l'arrivo di nuovi soggetti.
Questo progetto è una componente importante del piano strategico per espandere e rafforzare il PAMS. Pone la comunità al centro dell'erogazione della salute fornendo allo stesso tempo uno spazio clinico aggiuntivo

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

Figg. 2-4
David Kaunitz, Ka Wai Yeung, PAMS healthcare center, Newman, Australia. Schizzi e immagine della piazza.
© Robert Frith - Acorn Photo



DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

Fig. 5
David Kaunitz, Ka Wai Yeung, PAMS healthcare center, Newman, Australia. Collocazione del centro socio-sanitario in uno snodo di servizi urbani a Newman
© Google maps

focalizzato sui problemi sanitari acuti della comunità. Un piano socio sanitario focalizzato sulla comunità e sull'inclusione con l'obiettivo di aumentare i tassi di partecipazione e comunicazione per migliorare le pratiche della salute preventiva. In definitiva, l'aumento del tasso di informazione medica risulta un parametro chiave del successo del progetto. I servizi ampliati e la possibilità di essere curati senza recarsi a Perth diventano aspetti fondamentali. Anche il risultato architettonico appare decisivo. È necessario realizzare una struttura all'avanguardia che sia connessa alle persone, al paese e alla cultura locale. In questo modo supporterà elevati livelli di assistenza pur essendo intriso di umanità e quindi abbracciato dalla comunità. Un luogo di cui la comunità possa essere orgogliosa e in cui poter accogliere. Un luogo che mette il benessere al centro della comunità.

L'approccio progettuale

L'identità architettonica del progetto è intrisa di senso del luogo, di cultura e persone del contesto con l'obiettivo di porre il benessere al centro della comunità e rappresentare fisicamente l'etica secondo PAMS. Ciò è stato sostenuto dal processo di co-progettazione che è stato un'estensione dell'ampio processo di co-progettazione condotto da Kaunitz Yeung Architecture durante la progettazione delle cliniche Punmu & Parnngurr completate nel 2018. Ciò è stato possibile grazie al fatto che l'architetto ha trascorso molto tempo nelle comunità nel corso degli anni durante i progetti. Così facilitando la consultazione iterativa e un vero processo di co-progettazione con la comunità e i gruppi di utenti specifici. È importante sottolineare che ciò consentiva rapporti estemporanei, sotto un albero, alla pompa di benzina o mentre si andava a fare la spesa e quindi permettendo di sentire tutte le voci di una cultura nomade che non sempre si sente a proprio agio nel parlare all'interno di un'assemblea. Il risultato è una messa a punto dell'architettura che entra in risonanza con la comunità, arricchendo i suoi caratteri secondo forme sofisticate in quanto corrispondenti alle persone, al luogo e alla cultura del contesto.

La tipologia del cortile

Gli edifici a cortile rappresentano un tipo architettonico su base logica e ben utilizzabile per i climi desertici. Nonostante ciò, questo non è un ap-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

Fig. 6-7
David Kaunitz, Ka Wai Yeung, PAMS healthcare center, Newman, Australia. Pianta delle coperture e del livello funzionale
© Robert Frith - Acorn Photo

proccio comunemente praticato in Australia. I cortili forniscono un cuore delicato e abitabile agli edifici e questo negli ambienti più difficili. Al riparo dai forti venti e dagli spazi soleggiati, l'ambiente può prosperare e le persone riunirsi. Questo è fondamentale nella concezione di questo progetto.
Immaginare uno spazio urbano controllato dagli aborigeni è stato centrale nell'idea di creare un parco pubblico non recintato davanti all'edificio dove la comunità aborigena locale potesse sentirsi a proprio agio determinandone l'evoluzione in quanto spazio pubblico.
Il cortile che funge da ingresso e attesa esterna è stato conformato in risposta alle condizioni climatiche del luogo e della regione. Questo spazio costituisce il fulcro del progetto collegando il parcheggio, il parco pubblico, la clinica e l'amministrazione. Serve come attesa all'aperto e fornisce visibilità tra le aree di attesa della clinica e quelle amministrative per prevenire l'isolamento istituzionale e consentire al personale di essere accessibile alla comunità.
Il tetto di entrambe le ali costruite pende verso il cortile, ed è rivestito in legno di latifoglie australiane per ridurre al minimo l'effetto dissipatore di calore ed essere confortevole anche a piedi nudi. I pluviali sono sostituiti

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

Figg. 8-11
David Kaunitz, Ka Wai Yeung, PAMS healthcare center, Newman, Australia. Viste.
© Robert Frith - Acorn Photo

con beccucci che guidano l'acqua nell'invaso centrale dove si trova una piantata di alberi maturi del tipo Eucalyptus Vitrix, quasi a voler imitare i letti asciutti dei fiumi così caratteristici del paese di Martu e Niaboli. Nei rari eventi piovosi dell'anno il cortile si trasforma brevemente in una possa d'acqua così come avviene nella campagna circostante.

Costruire in terra battuta

La terra battuta è un antico metodo di costruzione utilizzato in gran parte del mondo, ma conosciuto soprattutto in luoghi come il Mali e lo Yemen. La terra è un materiale da costruzione originale, abbondante, gratuito e sostenibile. Quella utilizzata per il progetto proveniva completamente dal sito, riducendo l'energia incorporata nell'edificio che altrimenti sarebbe stato rivestito con materiali prefabbricati trasportati da Perth a 1.400 km di distanza o in cemento.

Tuttavia, il valore di questa tecnica di costruzione va ben oltre. La terra battuta presuppone un essere umano in connessione intuitiva con il luogo in cui abita. Il materiale fa parte dell'identità di un paese. Riflette la luce diversa e assorbe la pioggia proprio come la campagna. Questo è ovvio e immediato per tutti ma risulta un valore particolarmente elevato e importante per gli aborigeni. L'entusiasmo della comunità per il progetto era palpabile una volta che i muri di terra battuta furono eretti ben prima che il progetto fosse completato.

Questo è qualcosa che Kaunitz Yeung Architecture ha imparato nei progetti precedenti. Per la Clinica Wanarn, sulle terre di Ngaanyatjarra, un muratore di Fremantle ha lavorato con la popolazione locale nella raccolta delle pietre per costruire muri inseriti paesaggisticamente e capaci di mitigare la polvere, creare sedute e proteggere l'edificio dal traffico veicolare. La reazione è stata profonda. La combinazione del coinvolgimento degli abitanti e dell'uso sensibile dei materiali del luogo nel progetto ha incrementato la soddisfazione per l'edificio da parte della popolazione locale che ne perce-

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

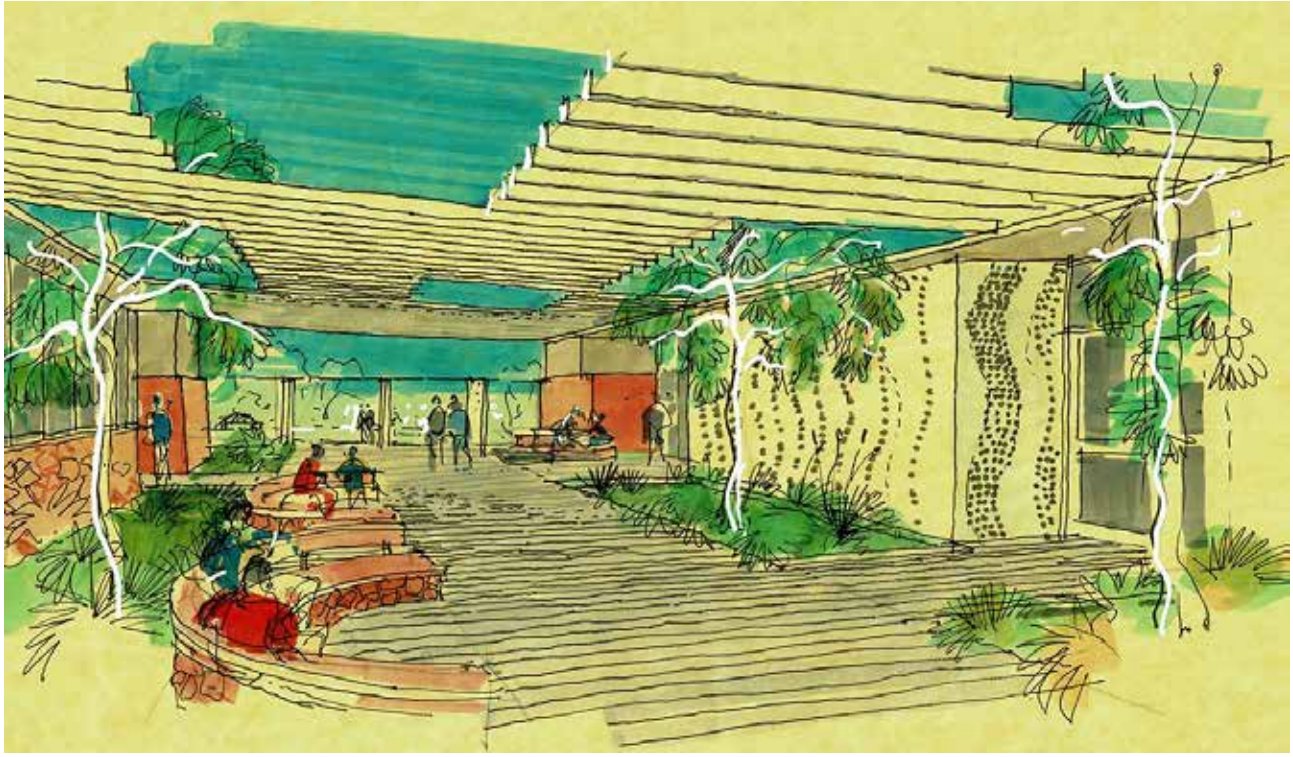


Fig. 12
David Kaunitz, Ka Wai Yeung, PAMS healthcare center, Newman, Australia. Schizzo della piazza.
© KaunitzYeung

pisce il legame con il contesto.
La terra battuta è stata quindi centrale nel contestualizzare il progetto e infondere nell'architettura quell'umanità che risuona in tutte le persone, ma in particolare negli aborigeni.

Paesaggio e spazio pubblico
L'aspetto paesaggistico è parte integrante dell'idea di contestualizzare e collegare l'edificio al paese. Sono state utilizzate oltre 2.000 piante endemiche locali per creare un valore paesaggistico significativo, ben percepibile e a bassa manutenzione. Gli Eucalyptus Vitrix prosperavano già all'interno e nei dintorni del sito senza alcuna cura e costituiscono le specie arboree utilizzate per i 30 alberi maturi piantati. Ciò ha più che compensato i 2 alberi rimossi per la costruzione.
La cosa più importante è il nuovo parco pubblico non recintato che si è formato davanti all'edificio. Ciò consente l'attesa all'aperto, ad esempio per famiglie allargate e bambini, soprattutto perché normalmente sono necessari più appuntamenti per le visite mediche. Per la prima volta a Newman è stato creato un parco pubblico di proprietà di un'organizzazione aborigena. Un raro luogo pubblico in cui sentirsi a proprio agio e provare un senso di appartenenza. Nel corso del tempo il contributo della comunità verrà sfruttato per personalizzare ulteriormente lo spazio e continuare a sviluppare un senso di identità comunitaria attraverso il parco e l'edificio.
Il paesaggio del cortile è parte integrante dell'esperienza che si ha dell'edificio. La copertura presenta un'apertura centrale e gli alberi maturi ombreggiano sempre più lo spazio formando un ambiente verde interno all'edificio. Questo è il tipo di contenimento e di utilizzo della natura, piuttosto che di costruzione oppositiva, che corrisponde alla cultura indigena.

Conclusioni
Nella tradizione del regionalismo critico, questo progetto determina una struttura architettonica innovativa, profondamente radicata nel luogo e permeata di umanità che genera identità comunitaria. Questo è fondamentale per rappresentare fisicamente l'etica del PAMS e aumentare i tassi di

DOI: 10.12838/fam/issn2039-0491/n65-2023/1056

relazione e partecipazione ai programmi sanitari. Nel raggiungere questo obiettivo, il progetto ha posto il benessere al centro della comunità, elemento fondamentale negli sforzi volti a colmare il divario tra gli australiani aborigeni e non aborigeni. Ciò si ottiene soprattutto coinvolgendo gli aborigeni, rispettando empaticamente le loro persone, la cultura del luogo e del paese.

Bibliografia

ABDEL N. H. (Curated by) (2020) – *PAMS Healthcare Hub, Newman / Kaunitz Yeung Architecture*. In ArchDaily. Disponibile all'url https://www.archdaily.com/965353/pams-healthcare-hub-newman-kaunitz-yeung-architecture.

ANGELOPOULOU S. L. (2020) – *kaunitz yeung architecture uses rammed earth for aboriginal health clinic in western australia.* In Design Boom. Disponibile all'url https://www.designboom.com/architecture/kaunitz-yeung-architecture-aboriginal-health-clinic-western-australia-07-31-2020/

HARRIS J. (2020) – *Healthcare on Country in the remote Pilbara.* Disponibile all'url https://architectureau.com/articles/healthcare-on-country-in-the-remote-pilbara/

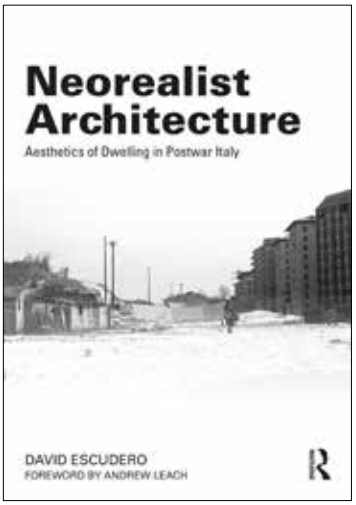
SCARTON E. (2020) – *Kaunitz Yeung exemplifies co-design process in WA Aboriginal health hub.* In Australian Design Review. Disponibile all'url https://www.australiandesignreview.com/architecture/kaunitz-yeung-exemplifies-co-design-process-in-wa-aboriginal-heath-hub/

Kaunitz Yeung Architecture is a multi-award winning internationally recognised practice founded by the husband and wife team of David Kaunitz and Ka Wai Yeung. It combines their extensive commercial experience with David's knowledge of living in and working with communities. The result is architecture that places people at its centre and where good architecture does not need to necessarily be a luxury item. Their projects are bespoke solutions that sensitively respond to clients, stakeholders, end user requirements, site context and the budget.

Damiano Di Mele

Architettura attraverso la macchina da presa

Autore: *David Escudero*
Titolo: *Neorealist Architecture*
Sottotitolo: *Aesthetics of Dwelling in Postwar Italy*
Lingua del testo: *inglese*
Editore: *Routledge, Londra*
Caratteristiche: *formato 17,5x24,5 cm, 222 pagine, brossura, b/n*
ISBN: *978-1-032-23504-2*
Anno: *2023*



Roma, 1947. La temperie culturale della città, che affiora nelle pagine del libro *Neorealist Architecture*, oscilla tra la desolante miseria lasciata dalla Seconda guerra mondiale e il profondo desiderio di rinascita sociale ed economica del paese. Queste sono le coordinate principali che circoscrivono il perimetro entro il quale l'autore si muove. Il libro racconta di un sentiero (non sempre lineare) che parte dal cinema per arrivare all'architettura attraverso immagini della ri-costruzione del paese. È un percorso che segue una "logica libera" in cui il punto di partenza e quello di arrivo alle volte si invertono. Questa dialettica offre al lettore la possibilità di lasciarsi persuadere, all'occorrenza, dalle sceneggiature del film o dalla narrazione architettonica.

Ci sono libri che raccontano in forma biografica l'intensa carriera di uno o più architetti, altri che precisano le forme e le geometrie delle loro strategie progettuali, altri ancora che rivelano il volto nascosto delle grandi opere. Infine, ce ne sono altri, (come in questo caso), che ricostruiscono la memoria storica e culturale di un luogo ormai dimenticato. David Escudero, autore della monografia – sulla quale la presente recensione si tesse – è architetto e docente presso la Universidad Politécnica de Madrid. Attraverso le pagine del libro, egli tenta di ridefinire e ampliare i confini della cultura architettonica ponendo l'accento sul suo rapporto con la cinematografia. Il connubio – architettura e cinema – ricopre un ruolo indubbiamente rilevante tra le tematiche in via di sviluppo nel dibattito architettonico contemporaneo. In virtù di questo, il libro di Escudero dona alla comunità scientifica (e non solo), una nuova possibilità di "narrazione" in architettura. Una narrazione che sembra muoversi tra la sceneggiatura di un film e la ricerca rigorosa e scientifica d'archivio. Egli riesce a congelare le immagini e le scene dei film selezionati analizzando alcuni episodi architettonici. L'obiettivo è quello di far sì che questi ultimi, anche inconsciamente, siano percepiti come parte integrante della proposta culturale e intellettuale del film. A tal proposito vengono alla mente le considerazioni di Colin Rowe sul tema della "narrazione": egli sottolinea, ad esempio, come il racconto dell'architettura moderna sia spesso più interessante dei suoi prodotti [1].

Nel periodo del dopoguerra italiano, il desiderio di ricostruzione inizia a manifestarsi in diversi campi del panorama culturale: nel cinema, in ar-

Fig. 1
Bambini nel Quartiere INA-Casa di Cesate. Fotografia pubblicata in «Casabella Continuità», 216 (1957), p. 28.

Fig. 2
Prospettiva del progetto di Piero Maria Lugli per un concorso INA-Casa, 1949. Disegno pubblicato in *Piano incremento occupazione operaia. Suggerimenti, esempi e norme per la progettazione urbanistica: Progetti tipo*, vol. 2, Danesi, Roma 1950, p. 13.

chitettura, in arte e letteratura. Si manifesta una nuova corrente chiamata "Neorealismo". Nelle parole di Stefania Parigi:

> «il Neorealismo attraversa la storia del cinema e della cultura italiana come una sorta di fantasma. Viene continuamente evocato sia da chi ne vuole distruggere la mitologia sia da chi cerca di recuperarlo e riattivarlo nelle dinamiche della contemporaneità»[2].

Il termine Neorealismo ha però origini lontane, difficili da tralasciare per comprenderne le profonde radici. A tal proposito è necessario rievocare le prime operazioni comunicative della cultura italiana ad opera di Massimo Bontempelli che, già dagli anni Venti, tendeva a mescolare «sempre un poco di cielo alle cose della terra e di mistero alle più precise realtà»[3]. Sempre Bontempelli nel 1927 – circa venti anni prima dell'*exploit* del Neorealismo – elabora un ambizioso programma editoriale (mai portato a termine) con l'obiettivo di pubblicare circa sessanta romanzi atti a divulgare un nuovo genere narrativo. Come ricorda Francesco De Nicola: «Bontempelli aveva individuato una nuova linea, quella saggia miscela di elementi oscillanti tra realtà e magia poco più avanti denominato "realismo magico"»[4]. Abbandonando quei modelli narrativi che tendevano ad ignorare la normalità quotidiana, si voleva recuperare un contatto con la realtà, seppur magica. Il fine comune era quello di arrivare a mostrare il volto della realtà che il regime, anche attraverso il cinema, tentava di eclissare[5].

Fig. 3
Bambini al Campo Nomentano, Roma, Febbraio 1956. Ph. Italo Insolera. Courtesy by Anna Maria Bozzola Insolera.

Ad oggi quindi David Escudero, da "autore" che veste i panni del "regista", si serve proprio della macchina da presa come strumento necessario ad attivare un processo critico e interpretativo. Egli riconosce nel cinema quell'arte capace di conferire tridimensionalità alle opere architettoniche che sin dall'origine della ricerca ha intenzione di analizzare. Grazie al potere dinamico e riconfigurante della macchina da presa, Escudero svela accurati particolari e ritaglia suggestive successioni in movimento. Infine, come in un perfetto montaggio, riassembla nel libro i frammenti in sequenza. Come possiamo notare, le immagini che riassumono il significato del Neorealismo sono dinamiche, narrative, tematiche e talvolta persino consolatorie. Talvolta è difficile distinguere le immagini dei progetti, se si tratti di fotografie o di fotogrammi di film. Come sottolinea Andrew Leach nella prefazione al libro, la meticolosa ricerca di Escudero negli anni del dopoguerra è necessaria oggi «nel bene e nel male, a rimettere al suo posto l'architettura di quel tempo» [6].

Il libro apre, in perfetto stile neorealista, con una narrazione e un dialogo tratto dal film "L'onorevole Angelina" (1947) ambientato nella borgata romana di Pietralata. L'autore utilizza questo dispositivo per introdurre il lettore al contesto e condurlo nel viaggio. Il libro è orchestrato su tre livelli distinti che richiamano approcci autonomi al tema in cui, solo nel finale, tendono ad allinearsi per dar luogo ad un unico immaginario. La prima parte, dal titolo "Towards a Concept: Neorealist Architecture", introduce il lettore alla nascita della corrente neorealista e traccia le fondamenta teoriche e metodologiche sulle quali far reggere ben saldi i casi studio. Nel secondo capitolo "A Neorealist Making in Architecture", Escudero mette in scena le iniziative che riformulano il luogo dell'abitare, in questo caso a risorse limitate. Ad esempio, tra i casi studio, analizza i disegni di alcuni progetti realizzati in seguito al piano di intervento dello Stato italiano (INA-Casa), vigente tra il 1949 e il 1963. Questa "grande macchina" favorisce la costruzione di alloggi distribuiti su tutto il territorio nazionale. L'autore esplora sette episodi architettonici, facendo emergere tra le altre le opere di Adalberto Libera, Mario Ridolfi e Ludovico Quaroni. Infine, nell'ultima parte "Neorealist *Images* of Architecture" le singole opere, vengono liberate da ogni pregiudizio ed esplorate attraverso la quotidianità. In questa sezione emergono disegni, ma soprattutto fotografie che

ritraggono i luoghi e gli spazi destinati alla collettività (fig. 1-2).
L'autore getta luce sul tema attraverso una narrazione storica – drammatica e consolatoria al tempo stesso – con l'obiettivo di far emergere un linguaggio architettonico forse ormai dimenticato. È un linguaggio che, filtrato attraverso la lente cinematografica: da un lato racconta le necessità e i fatti di cronaca di un popolo sofferente, dall'altro tenta di superare il profondo dolore (fig. 3).

Note

[1] Cfr. Rowe C., *The Architecture of Good Intention*, Academy Edition, London 1994.
[2] Parigi S., *Neorealismo. Il nuovo cinema del dopoguerra*, Marsilio Editori, Venezia 2014.
[3] M. Bontempelli, *Superbia*, "'900", 6 (1928), pp. 1-2.
[4] F. De Nicola, *Neorealismo*, Editrice Bibliografica, Milano 1996 p. 8
[5] Cfr. M. Guerra (a cura di), *Invenzioni dal vero. Discorsi sul neorealismo*, Edizioni Diabasis, Parma 2015
[6] A. Leach, *Foreword*, in D. Escudero, *Neorealist Architecture. Aesthetics of Dwelling in Postwar Italy*, Routledge, London 2023, p. XII.

Cesare Dallatomasina

La meraviglia e le utopie concrete dell'architettura

Autore: *Roberto Secchi*
Postfazione: *Piero Ostilio Rossi*
Titolo: *Architettura. Bisogno di sognare*
Lingua del testo: ***Italiana***
Editore: *Tab, Roma*
Collana: *Bauhaus 101. Intercultural Dialogue Books*
Caratteristiche: *formato 14x20 cm, 192 pagine, brossura, colore*
ISBN: *978-88-9295-597-4*
Anno: *2022*

Il libro di Roberto Secchi, *Architettura. Bisogno di sognare* si scompone in due capitoli per poi trarre delle conclusioni e il tutto si completa con la postfazione di Piero Ostilio Rossi. Dopo il prologo, in cui si sottolinea che le due sezioni saranno accomunate dal concetto di utopia concreta in quanto l'autore risalta «il bisogno di visioni del futuro costruite su una lettura critica attenta e radicale dell'attualità e la proiezione in progetti di trasformazione profonda», si inizia a parlare di meraviglia.
In questa paragrafo si ripercorre cosa questo termine abbia voluto dire, in ambito architettonico, nel corso dei secoli mediante un'analisi delle sette meraviglie dell'antichità e del mondo moderno, per poi passare al suo significato nella contemporaneità.
Si evince che la meraviglia si manifesta al verificarsi di quattro condizioni fondamentali: grandezza/grandiosità (sebbene questa con il passare dei secoli ha perso di valore perché sempre più diffusa), tecnica/innovazione tecnologica, valore simbolico/capacità comunicativa, bellezza dell'opera e dei suoi ornamenti (sculture, decorazioni, ecc.).
Questi aspetti vengono ripresi anche nella postfazione dove Piero Ostilio Rossi puntualizza che «oggi, nel mondo globale dei media, la numerosità delle opere e la loro diffusione generano disincanto e la loro capacità di destare meraviglia e sorpresa è sempre più ridotta», e ancora «chi ha più la forza di meravigliarsi di qualcosa di fronte alla quantità e alla pervasività delle immagini che ci assalgono?».
La meraviglia, intesa come stupore, è oggi sempre più difficile da generare. Tanto in Secchi come in Rossi, questo aspetto apre la porta a una critica all'architettura contemporanea, la quale spesso, nel tentativo di suscitare meraviglia, si trasforma in un mero messaggio pubblicitario, risultando decontestualizzata, volutamente stravagante e priva di contenuti.
Tale situazione induce Secchi ad analizzare il concetto di bellezza, che insieme alla sorpresa è ciò che compone la meraviglia, ed attraverso la mitologia greca la collega alle cose della natura. Sebbene «la definizione di "bello" continua a sfuggire», e riallacciandosi alla questione estetica menzionata in precedenza, aggiunge che ciò che si salva da tale decadimento è la poesia. Anche in architettura.
Per l'autore la bellezza si trova nelle opere «prive di presunzione, arroganza, esibizione, ricche di umiltà, che facciano appena trapelare la tensione

della ricerca che le ha prodotte» e in grado esaltare l'idea di povertà «non intesa ovviamente come indigenza, ma come qualità che sfugge al materialismo delle cose per assumerne la dimensione spirituale».
Quello che è stato affermato rappresenta non soltanto un concetto di bellezza, ma anche la visione di un mondo più comunitario e solidale, caratterizzato da stili di vita radicalmente diversi, orientati verso la riduzione del superfluo e meno incentrati sul consumo. Certamente, si tratta di utopie, ma, come suggerito dal titolo del libro, è ad esse che dobbiamo fare riferimento, come del resto l'umanità già ha fatto in altri periodi storici.
A tal proposito Secchi, proponendo il volutamente antitetico binomio linguistico di «utopie concrete», evidenzia come, solo durante il XX secolo, l'umanità è stata capace di compiere diverse di tali imprese.
In quanto ai singoli individui, l'autore ripercorre le visioni di Bruno Taut riscontrabili nel suo Die Auflösung der städte e nelle siedlungen, di Hans Scharoun nei suoi edifici pubblici, di Adriano Olivetti ad Ivrea, di Giovanni Michelucci in particolar modo nel suo progetto per il carcere di Sollicciano, e di Ludovico Quaroni e Saverio Muratori nelle ipotesi per il concorso per Le Barene di San Giuliano a Mestre del 1958. Di produzione collettiva e comunitaria invece, descrive i piani INA-Casa, la ricostruzione di Firenze dopo l'alluvione del 1966 e l'iniziativa di Gibellina a seguito del terremoto. In tal senso dichiara:

> Sono molti i casi di utopie che hanno segnato la realtà futura della costruzione. Esse hanno il compito di fare da battistrada su sentieri non ancora esplorati, nella loro astrazione non possono, né devono, dar luogo all'imitazione, apporre principi, far intravedere il possibile non ancora divenuto è il loro compito.

Tuttavia, non sempre le utopie si sono concretizzate in modo così evidente; a volte sono rimaste idee astratte che, grazie alla loro irrealizzabilità, hanno suscitato reazioni e spinto a una riflessione. Un esempio ne sono le utopie urbane emerse negli anni '70, formulate da gruppi come Archizoom, Andrea Branzi, UFO, Zziggurat, Archigram, Metabolism, Lebbeus e altri.
La critica di Secchi si rivolge ai giorni nostri, poiché rileva una mancanza di utopia, la difficoltà nell'immaginare un futuro diverso e nel sognare. In tal senso, l'autore esamina il periodo del Neorealismo per evidenziare come, attraverso una rilettura della contemporaneità, sia stato possibile "concretizzare un'utopia". Questo processo è particolarmente evidente in alcuni quartieri di Matera e Roma, nonché nei progetti macro-strutturali del Corviale, Gallaratese, Zen e altri.
Ciò che colpisce e si condivide particolarmente in questo testo sono le critiche rivolte al mondo in cui viviamo e alle situazioni che lo hanno generato, come la globalizzazione, le questioni ambientali e sociali, il modello economico e di sviluppo attuale, e altro ancora. Tuttavia, non mancano le conclusioni ottimistiche riguardo alla possibilità di un futuro migliore, basate sull'osservazione delle realtà positive che ci circondano. L'autore sottolinea l'associazionismo, il volontariato, i movimenti giovanili, le agenzie no-profit e altro, che riflettono la meraviglia del presente e le utopie concrete del futuro.

Carlo Quintelli

Roma e il difficile compito di essere capitale

Curatori: *Andrea Bruschi e Paola Veronica Dell'Aira*
Titolo: *Roma città delle istituzioni.*
Sottotitolo: *Strategie urbane, piani, progetti*
Lingua: *Italiano*
Editore: *Quodlibet*
Caratteristiche: *formato 24x20 cm, 240 pagine, brossura, colori*
ISBN: *9788822908810*
Anno: *2022*

Ogni dipartimento universitario di architettura dovrebbe poter disporre di libri come questo da proporre agli studenti-architetti che vivono al tempo stesso città e università, e che fanno della città ospite il fattore propedeutico primo, il naturale campo di esercizio conoscitivo e progettuale applicato. Nella fattispecie il volume *Roma città delle istituzioni. Strategie urbane, piani, progetti* a cura di Andrea Bruschi e Paola Veronica Dell'Aira, Quodlibet 2022, alla data di uscita "ultimo di venti libri dedicati da docenti del Dipartimento di Architettura e Progetto della SAPIENZA", trasmette con efficacia, per approfondimento documentale ed argomentazione, il significato del rapporto tra architettura e città, tra storia e fenomenologia del divenire urbano a cui il progetto è chiamato a contribuire nella contemporaneità del dover prefigurare non meno che del fare.
La città è Roma, quindi città capitale dello Stato anche se il titolo lascia in sottinteso questo attributo alludendo già ad una sua difficoltosa se non irrisolta reificazione. Certo, a guardar bene la complessità delle vicende puntualmente ricostruite e il sentimento di frustrazione che spesso affiora nei diversi saggi per le occasioni mancate, verrebbe da pensare che il tipo della città capitale di una nazione ancor prima che di uno stato si può effettuare con facilità di intenti solo quando si parte dalla tabula rasa, non solo fisica ma anche ideologico semantica, quella che Jefferson individua come luogo di nessuno e quindi appartenente a tutti coloro che contribuiscono alla nascita di una nazione. Solo con quei presupposti a Pierre Charles L'Enfant e agli architetti successivi apparirà una prospettiva chiara, e con l'incipit dello schizzo jeffersoniano, per disegnare con coerenza strutturale e di immagine la città di Washington, capitale per eccellenza dell'era moderna. Cosa che pure accade, anche se con maggiore difficoltà, nelle vecchie città d'Europa, da Parigi a Londra, da Madrid a San Pietroburgo e poi a Mosca, poiché maturate al massimo in cinque o seicento anni e quindi non del tutto resistenti a quei processi di ristrutturazione formale oltre che funzionale a carattere ri-fondativo che impone il ruolo capitale. Ma nel caso di Roma, unico al mondo, di anni di costruzione urbana ne abbiamo ben più di duemila e, come ricostruisce attentamente Luca Porqueddu nel suo saggio, il denso palinsesto storico di forma e materia che lo caratterizza, a partire dall'incipit radiocentrico dell'origine, è assai poco disponibile allo sradicamento imposto da nuove logiche di disegno urbano che di conseguenza,

tra Otto e Novecento, confermano sostanzialmente l'addensamento centripeto dell'antica capitale ribadito in quella cesaropapista.
Da qui derivano considerazioni alterne tra rinnovate spinte prefigurative ed inanità degli sforzi. Quelli di cui è consapevole Alessandra Capuano quando, nella presentazione, cita un Ludovico Quaroni che con ironico fatalismo parla di "un eventuale improvviso scatto che però si è sempre riusciti ad evitare, da secoli", così spostandosi l'attenzione sulla concretezza della vivibilità, del verde, dell'archeologia, cioè sul diritto ad essere città ancor prima che città capitale.
D'altra parte il meticoloso excursus storico sul ruolo dei ministeri nello sviluppo di Roma capitale sviluppato da Piero Ostilio Rossi, le distonie nel rapporto con la preesistenza raccontate da Gian Paola Spirito nella prima fase risorgimentale, con il supporto di una eloquente mappatura localizzativa realizzata da Francesca Romana Castelli e Giovanni Rocco Cellini, mostrano una drammaturgia della trasformazione interrotta, parziale, occasionale, con grandi architetture tanto retoriche quanto incapaci di rompere la tela involgente della Roma millenaria.
Paola Veronica Dell'Aira ce lo ricorda bene anche rispetto alla seconda occasione rifondativa, quella della Roma fascista, incapace anch'essa, aldilà della narrazione imperiale, di determinare un disegno strutturale alternativo.
In ben altro contesto politico e culturale lo stesso tentativo dello SDO negli anni Sessanta, a partire dal comprensorio Pietralata e della Stazione Tiburtina secondo una direttrice attrezzata alternativa al sistema radiocentrico, rimane in gran parte inattuato e segna la ritirata negli anni Ottanta verso un piano delle centralità a corona, perché nel frattempo la città si è espansa a macchia d'olio e una sola forte direttrice di polarizzazione delle attrezzature della capitale pare non reggere più, o forse non rispondere ad una articolazione più vasta e distribuita delle aspettative immobiliari. Rimangono le chiamate di tanti architetti tra i quali Samonà, Portoghesi, Purini, Tange e molti altri ma il disegno di una capitale da farsi perde definitivamente consistenza, rimanendo il tema prevalente di una metropoli la cui espansione ha nel frattempo accumulato significativi ritardi sul piano della struttura formale, funzionale e delle infrastrutture.
Non a caso Andrea Bruschi si permette, a ragione, di sottolineare "lo scotto della miopia, dell'indolenza, e della malafede di chi ha governato questa città" che però, a onor del vero, pare in generale refrattaria ad ogni tentativo di coerente ed incisiva politica di trasformazione urbana. Insomma il problema sta parimenti nella storia della civitas e della polis.
Complice la riforma del titolo V della Costituzione che drena direzionalità di Stato insediata nella capitale a favore delle Regioni, Bruschi ed altri sembrano prendere definitivamente atto di una lunga fase di tentativi inattuati a partire dall'Unità d'Italia, così guardando ad un deciso cambio di focalizzazione degli obiettivi e di registro interpretativo, secondo un'epistemologia del progetto allargata ad altre discipline come le scienze ambientali, la sociologia e la psicologia urbana. E' quanto emerge dal progetto Anello Verde "tra sistema ferroviario, assetto ambientale e rigenerazione basata sui criteri della vivibilità dello spazio urbano senza rinunciare ad elementi di forza insediativa di interesse pubblico, per la ricerca e la cultura" e del polo est con particolare riferimento al nodo Tiburtina – Pietralata dove la dimostrazione progettuale, supportata da elaborazioni applicate della scuola di dottorato in Architettura, Teorie e Progetto e da tesi di laurea, entra nel concreto delle ambizioni possibili, senza però scadere in

certe pratiche rinunciatarie di “rammendo” anziché pseudo-ambientali di “giungla urbana”, piuttosto attraverso un’architettura ancora consapevole del fare, se non una capitale, una vera e propria città.
Questa variazione prospettica non impedirà comunque a Roma, come suggerisce la Dell’Aira, di interpretare in senso universale il significato di capitale come nel caso della proposta di Walter Tocci di una Capitale del Mediterraneo attraverso un Forum permanente euromediterraneo (FERO) basato su valori, oggi più che mai necessari, portatori di “dialogo, diplomazia, intercultura, solidarietà”. Un’assai differente retorica, ma non meno importante, dell’essere capitale.

Antonio Biancucci
Architettura che cura il pianeta

Autore: *Michele Sbacchi*
Titolo: *L'architettura e il pianeta malato*
Lingua: *italiano*
Editore: *Tab edizioni*
Caratteristiche: *formato 15 x 22 cm, brossura, colori*
ISBN: *9788892955646*
Anno: *2023*

L'architettura e il pianeta malato di Michele Sbacchi è la terza pubblicazione della collana «Architettura Sostenibile. Estetica risorse riuso». Il testo affronta il tema della sostenibilità non solo in termini tecnici e tecnologici ma da un punto di vista anche umanistico e culturalmente più vicino al campo della progettazione architettonica. Il titolo del volume prende spunto dalle note riflessioni di Debord raccolte nel saggio degli anni '70 *Il pianeta malato* per proiettare poi il proprio campo di indagine sull'architettura intesa come "terapia", ovvero come una disciplina che dovrebbe smettere di essere riflesso di una società malata anch'essa per farsi invece di nuovo espressione, così come lo era in passato, del difficile equilibrio tra i poli dello sviluppo e del progresso da una lato e della sostenibilità e cura dell'ambiente dall'altro e risolvendo quindi il dilemma di questo rapporto dialettico attraverso la cultura del progetto.
Il saggio affonda le proprie radici alle origini del pensiero ambientalista nato tra gli anni '60 e '70 per andare ancora più a fondo in quelli che l'autore individua come due fondamentali poli di riferimento culturale per una possibile riflessione sul rapporto tra società, sviluppo e ambiente, ovvero il Trascendentalismo Americano e la Scuola di Francoforte. Del primo Sbacchi dimostra come alcuni temi nati in campo artistico e letterario con Emerson, Whitman, Thoreau abbiano transitato poi in una certa cultura architettonica che ha avuto ampia risonanza nel secolo scorso, riguardo la seconda poi, a partire da una lettura della *Dialettica dell'Illuminismo* di Adorno e Horkheimer, si spiega come la critica allo sfruttamento dell'ambiente operato da una società capitalista "malata" abbia animato sotto traccia la ricerca di figure come Soleri o i Metabolisti giapponesi.
Ciò che emerge è una non velleitaria permanenza della nozione di *sostenibilità* all'interno del nocciolo fondativo di una episteme architettonica che può rispondere, come sempre storicamente ha fatto, a questa complessa sfida in quanto "terapia dello spazio", concetto introdotto già da Platone ne *La Repubblica*, innanzitutto a partire dalla città vista come un pascolo da curare che alimenta il benessere della società.
Oggi l'architettura è ancora impegnata nello svolgere con profitto questa sua fondamentale finalità terapeutica? È ancora il mezzo attraverso cui l'uomo si prende cura del proprio ambiente e quindi della società di cui si fa espressione? Tutto sembrerebbe puntare invece verso una direzione opposta nonostante gli appelli accorati da più parti. È facile infatti constatare come al cambiamento climatico non sia corrisposto un analogo

cambiamento architettonico. Con lo sguardo del progettista colto Sbacchi vuole occuparsi proprio di leggere nel profondo i motivi di questo mancato allineamento e della crisi di identità disciplinare che ne deriva. Crisi che è innanzitutto incapacità di cogliere nell'intimo la necessità di una *transizione* non solo come fenomeno da affrontare pragmaticamente attraverso le sue manifestazioni tangibili ma da inquadrare come il risultato di quel processo di involuzione culturale che ha afflitto il nostro rapporto con la scienza e la tecnica e che è stato ben descritto da figure come Husserl. Temi di rilievo di cui l'autore riesce a descrivere con chiarezza, in esempi concreti alla piccola e alla grande scala dell'architettura e del paesaggio, il saldo radicamento nelle generali espressioni dell'abitare, trattando episodi poco noti o riscoprendoli alla luce dei nuovi interessi che sfide epocali come quella ambientale ci pongono, per restituirne sempre il tratto di una viva e motivata originalità come solo chi conosce a fondo gli argomenti e ne ha meditato nel tempo le questioni significative, lasciandole decantare nel proprio archivio personale di riferimenti, può fare.
I luoghi di riflessione sono vari, i nuovi significati ed espressioni dell'abitare e della domesticità, alcune esperienze innovative del secolo scorso non sufficientemente valorizzate, l'utilizzo dei territori per una nuova visione di paesaggio. Ambiti di ricerca che vengono in definitiva sigillati insieme attraverso una matura lettura del progetto di architettura anche alla luce dei principi dell'ermeneutica filosofica e del pensiero fenomenologico ed esistenzialista. Ci sembra quindi non scontato concordare con l'autore nel ritenere che l'architettura può continuare ad avere un ruolo solo attraverso un consapevole recupero di una necessaria profondità culturale di cui essa si deve nutrire e fare espressione. Il patrimonio delineato da Husserl e poi sviluppato da giganti come Heidegger e Merleau-Ponty è infatti lo stesso che attraverso una lunga serie di rimandi arriva poi ad alimentare la tradizione di studi di figure come Rykwert, Vesely e Perez-Gomez di cui l'autore può vantare una diretta conoscenza e che nel saggio fa da nutrimento per una critica alla attuale deriva verso una desemantizzazione anti-umanista dove gli unici parametri utili sembrano essere quelli quantitativi e non qualitativi. Deriva ben sintetizzata dal riconoscimento fatto da Adorno già agli inizi degli anni '50 della "impossibilità dell'abitare", ovvero la perdita di significato della nozione di domesticità. Tema che ovviamente non riguarda solo la casa ma tutta l'architettura in generale, come tramite tra il mondo, il sistema degli oggetti, il nostro corpo.
Esemplare la facile brandizzazione di parole come "borgo" o "resilienza" dietro cui si cela spesso una pletora di concetti privi di un reale spessore culturale. Dove guardare allora? Il patrimonio di micro-insediamenti dell'entroterra rurale siciliano costituisce forse l'esempio più evidente di una possibile *backdoor* per invertire nel progetto la rotta dell'agglomerazione urbana. Archivi a cielo aperto di un sapere costruttivo che è soprattutto condivisione di una comune visione culturale che lega comunità e continuità ambientale e che fa emergere l'importanza di concetti come *contaminazione* o *specificità contestuale* rispetto a quanto invece la abnorme crescita dell'informazione riesce ad esprimere in quanto acritica egemonia di una globalizzazione che cancella il valore dei luoghi a favore del predominio tecnologico e della standardizzazione.
L'utilizzo della storia come conoscenza operativa aiuta l'autore a costruire i propri *exempla* muovendosi in una lingua che appare in continua trasformazione e dove il concetto di *metamorfosi* emerge come qualità essenziale di organismi architettonici innovativi che dimostrano una possibile armonia di moderno e vernacolare. L'importanza di categorie sia concettuali che operative come *suolo* e *vuoto* nella definizione di nuove relazioni tra paesaggio e città (Secchi, Koolhaas, Corner) mostra la possibilità di

trovare sempre delle connessioni con questioni disciplinari ampiamente sedimentate (Laugier, Milizia, Tafuri, Corbu). Tra i molti temi affrontati, di particolare interesse rispetto ai temi della contemporaneità, ci sembra quello del rapporto campagna-architettura visto nei termini di costruzione del paesaggio, soprattutto là dove l'edificio diviene contestuale al sistema produttivo agricolo mettendo in luce il complesso delle regole che governa il territorio per riunire campi (l'architettura costruita e la campagna coltivata) che studi di eccellenza come quelli di Pagano e Sereni hanno indagato in modo molto approfondito ciascuno per gli ambiti di propria competenza senza addivenire però ad una logica unitaria della loro visione. Un'altra faccia della medaglia, ancora più inusuale nelle nostre riflessioni è quella data dai così detti *paesaggi dell'energia*, la "coltivazione" del territorio per la produzione delle risorse energetiche rinnovabili, solare ed eolico. Stessa questione per le infrastrutture, che vengono affrontate con esempi poco noti come nel caso del viadotto Morandi ad Agrigento. Agricoltura, architettura, infrastrutture, sistemi di produzione energetica, tutti ambiti che devono entrare in nuova visione omogenea e strutturata di paesaggio come "costruzione logica". Dato che l'architettura del futuro sarà sempre più la trasformazione dell'esistente, il tema di una sua lettura ermeneutica diviene sempre più centrale, strategica rispetto all'interpretazione e governo di questa metamorfosi.
In definitiva, oltre alla scrittura di grande freschezza, serena e priva di inutili complicazioni come in tanta letteratura specialistica, alle rarissime e quanto mai brevi note, alla originale e non scontata bibliografia, ciò che appare cogente tra le caratteristiche di questo breve volume è la capacità del suo autore di creare cortocircuiti tra campi disciplinari solitamente poco propensi a dialogare, rendendo concretamente tangibili temi ed esperienze anche molto lontane rispetto alla nostra pratica quotidiana e allo stesso tempo elevando al rango di materia scientifica fatti ed esempi che in genere non riescono ad evadere dagli ambiti della cultura locale o degli specialismi, capacità che in genere è maggiormente riscontrabile come qualità del relazionare in figure più vocate all'applicazione concreta nelle discipline compositive e che qui trova espressione in un saggio che del progetto ritrova l'attitudine a far coesistere materie differenti, eterogenee per caratteristiche e temporalità, in una unità significativa rendendole tutte ugualmente contemporanee. Un atteggiamento, non privo di sprezzatura, capace di accogliere tutta la complessità del reale, il cui esempio più rappresentativo è forse proprio quello adottato da Scarpa in Sicilia nella sistemazione di *'u Cubu*, il palermitano Palazzo Steri.