
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 familiarità 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.

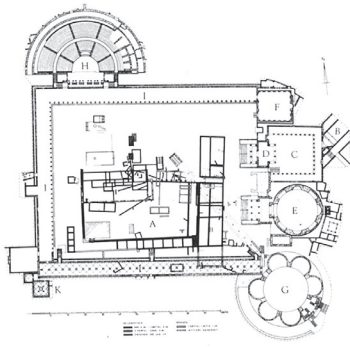
Parole Chiave

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

Pur citando l'assioma di Musil 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).

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 (*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*.¹

Ora, mentre l'apporto degli architetti era volto al tentativo di umanizzare macchine ospedaliere sempre più tecnologicamente sofisticate, la terra di



nessuno dei presidi sul territorio – spesso costituiti da studi di singoli medici di base o tutt'al più 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 familiari e dalle fragilità sociali di natura prevalentemente economica ma non solo².

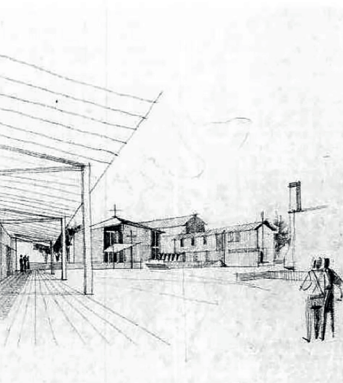
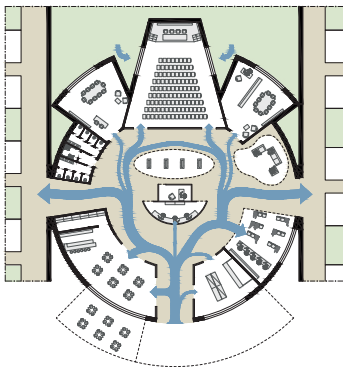
Se si vuole poi comprendere il generale ritardo in termini di consapevolezza, interpretazione e ricerca nella fattispecie architettonica per le strutture a suo tempo definite *Casa della Salute*, bisogna considerare che la questione, in senso strettamente sanitario, scaturisce solo all'interno del Piano 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».

Un indirizzo programmatico 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).

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*. 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



dell'OMS e del Programma Europeo sulla Salute 2014-2020.³ 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 (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* (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 PNRR⁴, 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, fruibili e rappresentative delle *Case della Comunità*.

Il recente passato pandemico ha suscitato l'interesse della cultura architettonica italiana producendo un nutrito quadro di riflessioni 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 presidi vaccinali con tipologia a padiglione, per fortuna non realizzati, che avrebbero dovuto sorgere in ogni piazza centrale di paesi e città italiane.⁵

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*.⁶ 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



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 PNRN condotta sul tema da un gruppo dell'Università di Parma, attraverso l'ottica della progettazione architettonica in chiave tipo-morfologica ed urbana.⁷

Aprire 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 programmatico 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 welfare⁸.

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.

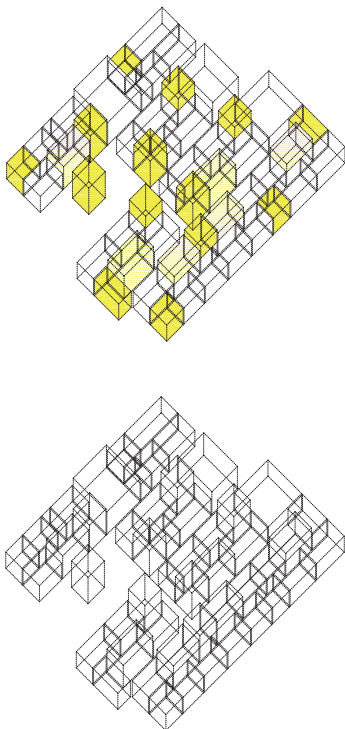
La dialettica tra architettura e cultura sanitaria viene altresì approfondi-





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 Il ruolo dell'architettura come disciplina preposta a logiche di "umanizzazione" delle strutture ospedaliere si evince dai criteri 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.

² In Italia la percentuale degli over 65 si sta sempre più avvicinando a un terzo della popolazione con un'aspettativa di vita di 81 anni per gli uomini e 85 per le donne, un trend quindi favorevole all'incremento della criticità dello stato di salute in uno scenario di generale invecchiamento. Vedasi a riguardo la Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021, a cura del Ministero della Salute.

³ Tra le Regioni più capaci di sviluppare 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*.

⁴ 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 della Comunità.

⁵ Le mie osservazioni critiche ai padiglioni vaccinali "Primula" furono riportate da molti organi di stampa e oggetto di interpellanze parlamentari. Tra le diverse fonti si rimanda all'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/>

⁶ Su 1.350 Case della 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, al 15.01.2024.

⁷ Progetto finanziato nell'ambito del Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 04 Istruzione e ricerca – Componente 2 Dalla ricerca all'impresa Investimento 1.5 – Next Generation EU, Avviso n. 3277 del 30/12/2021. Gruppo UAL – Urban and Architectural Laboratory del Dipartimento di Ingegneria e Architettura



dell'Università di Parma - Prof. C. Quintelli (responsabile scientifico), Prof. E. Prandi (co-responsabile scientifico e coordinatore della ricerca PNRR), PhD Arch. G. Vertemane, Arch. A. Simbari, Arch. S. Taheri.

⁸ La ricerca dell'Università di Parma vede, tra le altre, la collaborazione con l'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera Universitaria, e il Comune di Parma.

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.

QUINTELLI C. et altri – *Coronavirus Città Architettura. Prospettive del progetto architettonico e urbano*, FAMagazine, n. 52-53, 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.