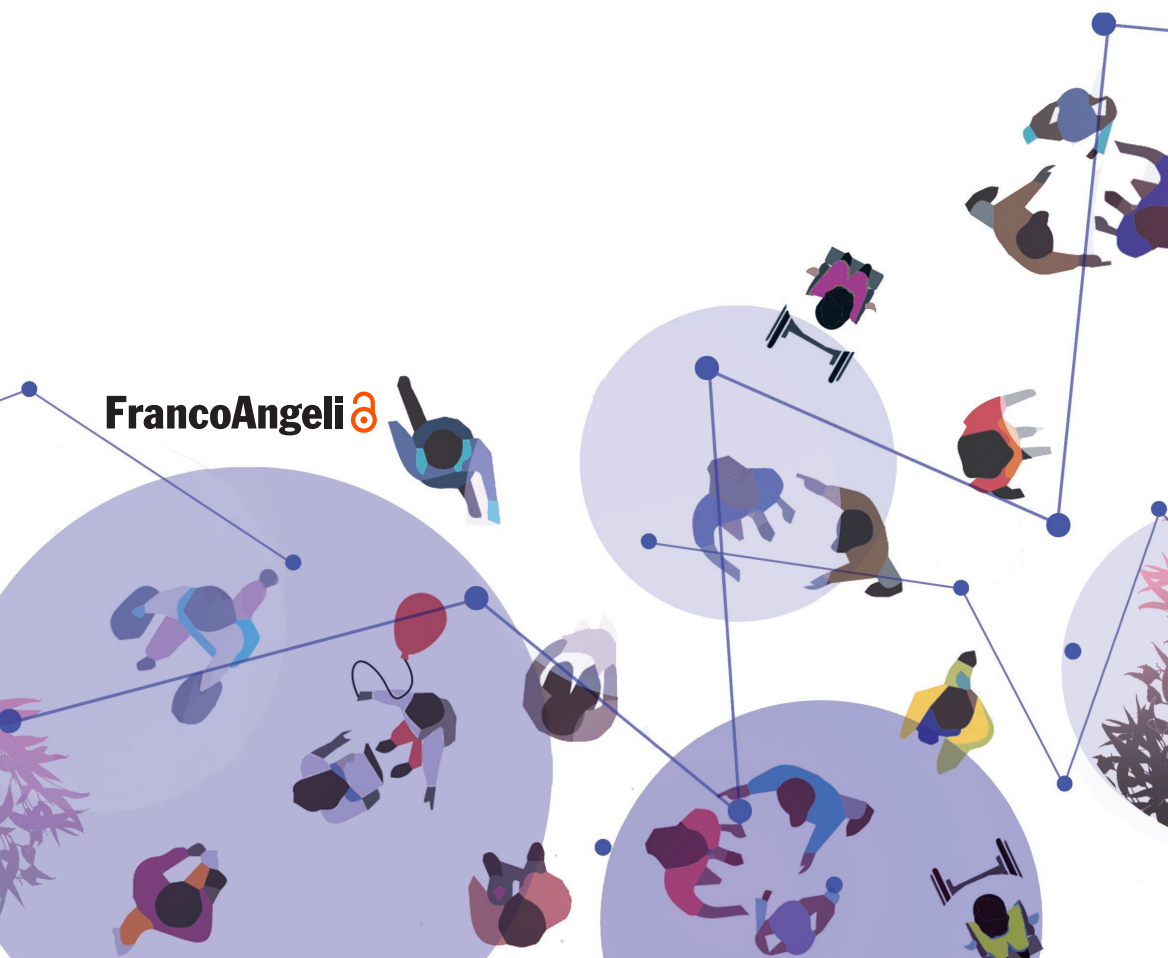


Health Community Lab

**Un modello di co-creazione
per l'innovazione sociale e sanitaria in Toscana**

A cura di Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo,
Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Valeria Lingua,
Paola Gallo, Dario Menicagli, Nicoletta Setola

FrancoAngeli 





Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Health Community Lab

**Un modello di co-creazione
per l'innovazione sociale e sanitaria in Toscana**

A cura di Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo,
Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Valeria Lingua,
Paola Gallo, Dario Menicagli, Nicoletta Setola

FrancoAngeli 

Questo documento è parte del progetto *PNRR The Tuscany Health Ecosystem*, finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili per essi.



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



THE
Tuscany Health Ecosystem



Health
Community
LAB

In questo documento si è cercato di adottare un linguaggio inclusivo e rispettoso delle differenze di genere. Tuttavia, quando non è stato possibile trovare una formulazione neutra stilisticamente adeguata, è stato utilizzato il maschile, in accordo con le convenzioni linguistiche italiane tradizionali.

La copertina è un'elaborazione di Elisa Matteucci e Lisa Capitini dell'Università di Firenze

Isbn: 9788835180944

Isbn e-book Open Access: 9788835188704

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>*

Indice

Introduzione , di <i>Mario Biggeri, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Valeria Lingua, Paola Gallo, Nicoletta Setola, Elisa Betti, Elisa Caruso e Dario Menicagli</i>	pag.	9
1. La partecipazione in sanità: dal SSN al modello toscano , di <i>Francesca Zagli, Andrea Guida, Elisa Betti, Mario Biggeri, Dario Menicagli, Ettore Rosari, Francesco Toccafondi e Guglielmo Bonaccorsi</i>	»	15
2. Living Lab: partecipazione, co-creazione e innovazione sociale , di <i>Elisa Betti, Mario Biggeri, Alessia Marraccini e Francesca Zagli</i>	»	32
3. Linee guida per gli Health Community Lab: la co-creazione come processo di capacitazione , di <i>Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Valeria Lingua, Paola Gallo, Nicoletta Setola, Dario Menicagli e Francesca Zagli</i>	»	68
4. HPVoice: co-creare una campagna digitale per la promozione alla vaccinazione contro il Papilloma Virus , di <i>Dario Menicagli, Elisa Betti, Virginia Casigliani, Lapo Cecconi, Stefano Gandolfi, Marianna Gorgerino, Ester Macrì, Simone Bini e Folco Panizza</i>	»	91
5. Co-creare prevenzione nello sport: un Health Community Lab per prevenire i Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione in adolescenza , di <i>Elisa Betti, Andrea Guida, Emma Papini, Mario Biggeri, Manila Bonciani, Gianna Ciampi, Marco Del Riccio, Anna-</i>	»	105

*lisa Grillo, Martina Guido, Johanna Alexandra Iamari-
no, Chiara Lorini, Alessia Marraccini, Eva Paoli, Sara
Pezzica, Ettore Rosari, Francesco Toccafondi, Patrizio
Zanobini e Guglielmo Bonaccorsi*

- | | | |
|--|-------------|------------|
| 6. Co-creare indirizzi strategici nella sanità territoriale: un Health Community Lab per l'accoglienza nella Casa della Comunità, | pag. | 117 |
| <i>di Sabrina Borgia, Elisa Betti, Alessia Marraccini e Nicoletta Setola</i> | | |
| 7. Ripensare i servizi socio-sanitari nelle aree interne: percorsi partecipativi in Mugello e Casentino, | » | 140 |
| <i>di Elisa Caruso, Paola Gallo, Elisa Betti, Matteo Belletti, Mario Biggeri, Giannantonio Di Tuoro, Andrea Ferrannini, Martina Gentili, Emily Gubbini, Claudia Naldoni, Ettore Rosari, Francesca Zagli e Valeria Lingua</i> | | |
| 8. Verso una presa in cura globale: un documento di consenso per percorsi integrati e centrati sulla persona, nelle lesioni midollari e gravi cerebrolesioni acquisite, | » | 179 |
| <i>di Mario Biggeri, Dario Menicagli, Emma Papini, Roberta Chiaramonti, Giulio Del Popolo, Serena Verciani e Guglielmo Bonaccorsi</i> | | |
| 9. Co-creare nei servizi di Cure Palliative: Un Health Community Lab per innovare la presa in cura dei pazienti, | » | 192 |
| <i>di Annagiulia Ghinassi, Alessia Marraccini, Elisa Betti, Guidalberto Bormolini, Sarasvati Giacalone e Mario Biggeri</i> | | |
| 10. Co-creazione e benessere urbano: l'esperienza dell'Health Community Lab nel Quartiere 1 di Firenze, | » | 211 |
| <i>di Luca Lodi, Elisa Betti, Elisa Caruso, Serena Verciani, Sarasvati Giacalone, Alessia Marraccini, Dario Menicagli e Mario Biggeri</i> | | |
| 11. Un modello di integrazione tra ospedale, scuola e territorio per lo sviluppo di competenze pedagogiche in ambito pediatrico: il Corso di perfezionamento "La Scuola in Ospedale" come Health Community Lab, | » | 227 |
| <i>di Vanna Boffo, Debora Daddi e Marco Ceccarelli</i> | | |

12. Valutare gli Health Community Lab: principi, metodi e potenziale trasformativo , di <i>Dario Menicagli, Elisa Betti, Lisa Capitini e Mario Biggeri</i>	pag.	243
Conclusioni , di <i>Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Paola Gallo, Valeria Lingua, Dario Menicagli e Nicoletta Setola</i>	»	259
Ringraziamenti	»	263
Gli autori e le autrici del volume	»	267

7. *Ripensare i servizi socio-sanitari nelle aree interne: percorsi partecipativi in Mugello e Casentino*

di Elisa Caruso, Paola Gallo, Elisa Betti, Matteo Belletti, Mario Biggeri, Giannantonio Di Tuoro, Andrea Ferrannini, Martina Gentili, Emily Gubbini, Claudia Naldoni, Ettore Rosari, Francesca Zagli e Valeria Lingua¹

1. Introduzione

Tra i principali obiettivi dell'*Health Community Lab (HCL)* vi è la promozione della salute e il miglioramento della capacità di orientarsi nel Sistema Sanitario Regionale (SSR) nelle comunità di riferimento. L'HCL ha scelto di focalizzarsi sulle aree interne a causa delle specifiche sfide che questi territori presentano.

Esse, nel contesto della Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), sono state definite come «comuni significativamente distanti dai centri di offerta dei servizi essenziali» (Barca, Casavola e Lucatelli 2014).

La classificazione delle aree interne si basa sull'individuazione dei Comuni denominati 'Poli' e 'Poli intercomunali', ossia in grado di garantire congiuntamente tre tipologie di servizi essenziali: i presidi ospedalieri sede di DEA di almeno I livello, un'offerta scolastica secondaria completa e la presenza di una stazione ferroviaria di categoria almeno Silver. Tutti gli altri Comuni sono stati classificati in base alla distanza, espressa in tempo di percorrenza stradale, da tali poli².

Alla base della SNAI vi è l'idea che le difficoltà di accesso ai servizi essenziali vissute dagli abitanti dei territori interni costituiscono ostacoli alla libertà, al perseguimento del benessere individuale e comunitario, alle *capability* e al pieno sviluppo della persona (Barca 2015). La scarsa accessibilità

¹ Si ringraziano le seguenti persone per il loro contributo: Filippo Randelli, Federico Martellozzo (Dipartimento di Scienze per l'Economia e per l'Impresa, UNIFI), Benedetta Masiani (Dipartimento di Architettura, UNIFI) e il dott. David Darelli.

² Le soglie di distanza scelte sono state individuate sulla base dei valori della mediana, del terzo quartile e del novantacinquesimo percentile della distribuzione delle distanze complessivamente stimate (NUVAP 2022). La classificazione aggiornata al 2020 prevede le seguenti quattro fasce di distanza: i comuni di cintura sono situati a distanza inferiore a 27,7 minuti; le aree interne intermedie a distanza compresa tra 27,7 e 40,9 minuti; le aree interne periferiche a distanza compresa tra 40,9 e 66,9 minuti; e le aree interne ultra-periferiche a una distanza superiore a 66,9 minuti (NUVAP 2022).

ai servizi solleva questioni di equità territoriale, poiché a bisogni analoghi corrispondono minori opportunità di accesso per i residenti delle aree interne. Allo stesso tempo, la condizione di perifericità alimenta fenomeni di spopolamento e innesca circoli viziosi di abbandono che, con il passare del tempo, tendono ad autoalimentarsi, riducendo ulteriormente le prospettive di sviluppo locale di questi territori (Barca, Casavola e Lucatelli 2014).

La SNAI si configura come una politica di sviluppo *place-based* (Barca 2009; Barca, McCann, e Rodríguez-Pose 2012), ovvero incentrata sui luoghi. Essa propone il superamento degli approcci di tipo *top-down* a favore di modelli di *governance* multilivello, valorizzando il coinvolgimento delle comunità e la co-progettazione quali strumenti per l'individuazione degli ostacoli territoriali al pieno sviluppo della persona e per la definizione di strategie di sviluppo locale.

Nell'ambito del THE, la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e l'Università degli Studi di Firenze hanno attivato dei progetti nelle aree interne della Toscana in coerenza con questi principi.

La Scuola Superiore Sant'Anna ha promosso l'*Osservatorio della Popolazione delle Aree Interne della Toscana*, che è coordinato dal Centro di Ricerca Interdisciplinare *Health Science* della Scuola Superiore Sant'Anna in collaborazione con amministrazioni comunali, aziende sanitarie locali e associazioni del terzo settore. Attualmente l'Osservatorio è attivo in tre aree interne della regione – Garfagnana/Media Valle del Serchio/Alta Versilia, Casentino e Isola d'Elba – con l'obiettivo di raccogliere e integrare in modo continuativo i dati sulla qualità della vita e sui determinanti sociali e sanitari delle comunità locali³.

I due HCL attivati dall'Università degli Studi di Firenze nelle aree interne del Mugello e del Casentino sono stati attivati in continuità con il lavoro della Scuola Superiore Sant'Anna e hanno rappresentato contesti sperimentali di co-creazione, finalizzati alla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali e al miglioramento della loro accessibilità.

Le aree selezionate sono le aree afferenti alla Società della Salute del Mugello, territorio incluso nell'Area Interna Valdarno e Valdisieve, Mugello e Val di Bisenzio, e la Zona Distretto Casentino, ricompresa nell'Area Interna Casentino e Valtiberina, una delle prime nove a livello nazionale a beneficiare dei finanziamenti SNAI nel ciclo di programmazione 2014-2020. Le due zone sono state scelte come due casi pilota nel territorio di due delle tre

³ Si segnala, inoltre, il progetto "*Proximity Care – Stare bene qui*" (2022-2026), promosso dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nelle aree interne della Garfagnana e della Valle del Serchio, dell'Azienda Toscana Nord-Ovest. Il progetto, definito come un "laboratorio sperimentale territoriale", mira a sviluppare soluzioni innovative di carattere tecnologico, organizzativo e istituzionale insieme agli utenti, ai cittadini e alle istituzioni (Scuola Superiore Sant'Anna, 2023).

Aziende USL della Toscana: il Mugello nella Azienda USL Toscana Centro e il Casentino nella Azienda USL Toscana Sud-Est.

L'HCL nel Mugello ha promosso la collaborazione tra i diversi *stakeholder* – amministratori locali, Società della Salute (SdS), professionisti sanitari, associazioni ed Enti del Terzo Settore (ETS), popolazione residente – al fine di realizzare soluzioni per la riorganizzazione di servizi socio-sanitari che siano incentrate sui bisogni della comunità locale. I temi affrontati sono stati i servizi previsti nella Casa di Comunità (CdC) di Borgo San Lorenzo, l'accessibilità della zona intorno a questo presidio e l'organizzazione dei servizi di trasporto sanitario gestiti dagli ETS.

L'HCL attivato nel Casentino ha, invece, favorito la collaborazione tra amministratori locali, Zona Distretto, associazioni ed ETS, con l'obiettivo di elaborare soluzioni volte a migliorare l'accessibilità fisica ai servizi sanitari e sociosanitari. In particolare, l'attenzione si è concentrata sia sul livello comunale, con riferimento alla CdC Hub di Bibbiena, sia sui livelli zonale ed extra-zonale, affrontando in modo specifico la questione dei trasporti sanitari e sociosanitari.

1.1 I servizi socio-sanitari nelle aree interne

Oltre alla distanza dai presidi ospedalieri, le indagini e i focus group condotti sul campo dal Comitato Tecnico Aree Interne hanno evidenziato alcune criticità relative alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza in questi territori:

- tempi di attesa eccessivi per l'arrivo dei mezzi di soccorso nelle emergenze sanitarie;
- distanza significativa delle residenze dei cittadini sia dagli ambulatori ospedalieri che dagli ambulatori dell'assistenza distrettuale;
- difficoltà per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nell'operare su territori molto estesi e nel garantire una presenza adeguata, in termini di giorni e orari, nei diversi ambulatori di competenza;
- problemi nel reclutamento del personale sanitario (Ministero della Salute 2024).

È stato, inoltre, rilevato che nelle aree interne i tassi di ospedalizzazione della popolazione anziana superano frequentemente le medie regionali, a causa di un ricorso eccessivo al ricovero ospedaliero per condizioni che potrebbero essere trattate dai servizi territoriali (Ministero della Salute 2024; ARS Toscana 2016).

Infatti, oltre alla disponibilità di servizi essenziali, le aree interne rappresentano spesso territori in cui alla condizione di perifericità si sommano diversi fattori di marginalità demografica, socio-economica e geografica. L'in-

vecchiamento della popolazione è, in tal senso, un fattore di criticità: nei comuni delle aree interne, la popolazione anziana residente è più del doppio di quella giovane, e più di un residente su 4 ha un'età superiore ai 65 anni (dati Istat 2023 citati in Cresta 2025).

In questi territori è, quindi, crescente il bisogno di presidi sanitari diffusi, che siano in grado di superare l'assenza o la scarsa disponibilità di figure sanitarie in rapporto alla popolazione residente, le difficoltà dei collegamenti, la lontananza dai servizi essenziali e la diffusione di patologie legate al progressivo invecchiamento della popolazione (Cresta 2025).

In questo specifico contesto, risulta fondamentale promuovere il potenziamento dell'assistenza territoriale così come previsto dal Decreto Ministeriale 77/2022, al fine di garantire un accesso più equo e capillare ai servizi sanitari anche nelle aree interne (Alaimo et al. 2025; Cresta 2025). Un elemento centrale della normativa è la creazione di Case di Comunità (CdC), strutture polivalenti che integrino servizi sanitari e sociali, offrendo assistenza continua e coordinata.

1.2 Inquadramento territoriale: la zona Mugello

Il Mugello è un'area prevalentemente rurale e montana corrispondente all'alta e media valle del Sieve, situata a nord-est di Firenze, nel cuore dell'Appennino toscano, delimitata a nord dal crinale spartiacque toscoro-magnolo e a sud dai rilievi del Monte Giovi, Monte Senario e della Calvana. Il territorio è completamente montano e per il 76% boscato (Irpet 2023).

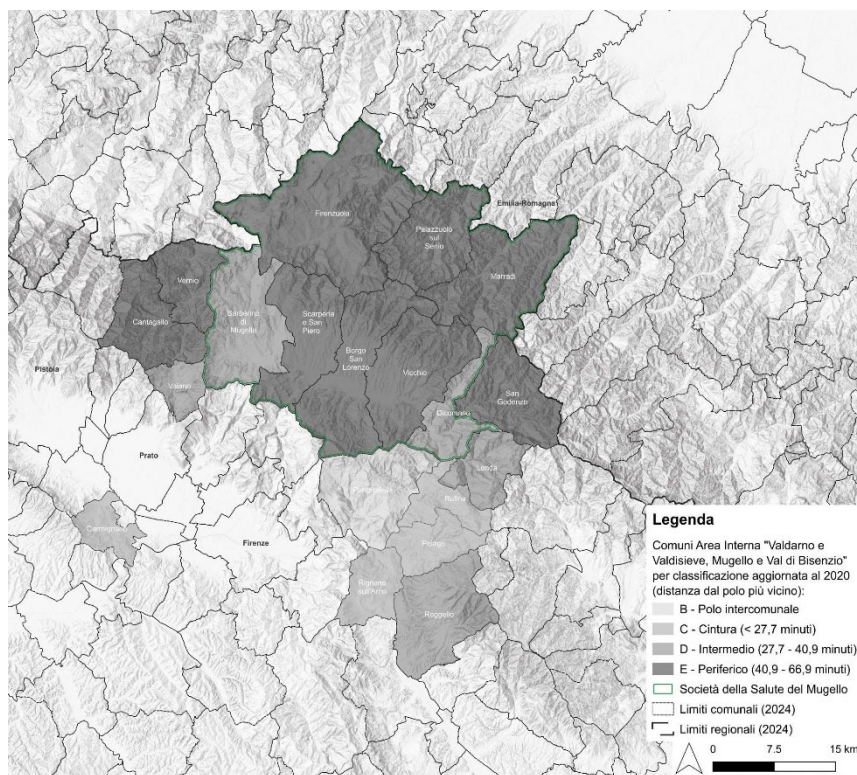
La struttura insediativa si distribuisce in modo reticolare e policentrico: Borgo San Lorenzo rappresenta il centro principale del Mugello con funzioni di riferimento per l'intero ambito, soprattutto nei settori sanitario, scolastico, culturale e produttivo. Assieme a Borgo San Lorenzo, i comuni di Barberino di Mugello, Scarperia e San Piero, Vicchio, Dicomano, Firenzuola, Marradi e Palazzuolo sul Senio, formano l'Unione Montana dei Comuni del Mugello.

Per quanto riguarda la classificazione delle aree interne, i comuni della zona sono, ad eccezione di Barberino di Mugello e Dicomano che sono classificati come comuni 'Intermedi', classificati come comuni 'Periferici' (fig. 1)

Il territorio fa parte dell'Area Interna denominata "Valdarno e Valdisieve, Mugello e Val di Bisenzio" che è stata selezionata tra le 72 aree interne per il ciclo di programmazione 2014-2020 ed è stata riconfermata per il periodo di programmazione 2021-2027 con alcune variazioni territoriali⁴.

⁴ Le variazioni per il secondo periodo di programmazione non hanno interessato il territorio del Mugello, ma hanno riguardato l'esclusione dall'Area Interna di alcuni comuni esterni ad esso: Carmignano, Pontassieve, Pelago, Reggello e Rignano sull'Arno. La Figura 1 si riferisce all'estensione dell'Area Interna nel primo periodo di programmazione.

Fig. 1 – Inquadramento territoriale: l'Area Interna Valdarno e Valdisieve, Mugello e Val di Bisenzio. Fonte: nostra elaborazione.



In linea con le tendenze delle aree interne, il territorio del Mugello presenta una marcata disomogeneità demografica, con comuni di dimensioni molto diverse. Al 2025 (Istat 2025), Borgo San Lorenzo (18.292 abitanti) e Scarperia e San Piero (11.938 abitanti) risultano significativamente più popolosi rispetto a comuni come Palazzuolo sul Senio (1.102 abitanti) e Marradi (2.840 abitanti), caratterizzati da una popolazione più ridotta.

L'analisi demografica evidenzia, in tutti i comuni, un quadro squilibrato, con valori elevati sia dell'indice di vecchiaia sia dell'indice di dipendenza anziani. I valori dei due indici nei comuni del Mugello presentano un quadro demografico in generale più critico rispetto ai valori regionali. L'indice di vecchiaia – che rappresenta il rapporto tra popolazione anziana (65 anni e oltre) e popolazione giovane (0-14 anni) – risulta elevato in tutti i comuni, con valori che vanno dal minimo di 203,52 a Barberino di Mugello fino a oltre 330 a Marradi (332,54) e Palazzuolo sul Senio (337,72). Questi ultimi due comuni registrano un numero di anziani oltre tre volte superiore a quello

dei giovani, evidenziando un invecchiamento molto più marcato rispetto al valore regionale (241,87).

Anche l'indice di dipendenza anziani – che misura il rapporto tra *over 65* e popolazione in età lavorativa (15-64 anni) – mostra valori preoccupanti in diversi comuni. Marradi (62,72) e Palazzuolo sul Senio (63,85) si collocano ben al di sopra del valore regionale, che è pari al 42,91, con oltre 60 anziani ogni 100 persone in età lavorativa. Firenzuola presenta anch'esso un valore elevato (53,28), mentre gli altri comuni si mantengono poco sotto la media regionale.

Nel documento di Strategia d'Area “Virere - Comunità sostenibili per un nuovo sviluppo” (Regione Toscana 2021), viene evidenziato che l'accessibilità e la mobilità dell'area risultano critiche sia a causa della conformazione territoriale che per motivazioni infrastrutturali; per esempio, i tempi medi di percorrenza dai comuni più piccoli e remoti ai comuni erogatori di servizi (e.g. Barberino di Mugello) si aggirano sui 40 minuti e oltre.

In merito alla situazione dell'offerta di servizi sanitari sul territorio, l'Ospedale di Borgo San Lorenzo ed il Nuovo Centro Polivalente di Borgo San Lorenzo rappresentano punti di riferimento centrali per la zona. Stando ai dati ARS, nell'anno 2023, l'Ospedale di Borgo San Lorenzo, che è classificato come presidio di base con pronto soccorso, ha assorbito il 44,10% dei ricoveri ordinari per acuti dei residenti del Mugello, il 22,87% dei ricoveri in *day hospital* per acuti (ARS Toscana 2023).

Tuttavia, dall'analisi dei dati sulla mobilità per ricoveri dei residenti nel Mugello, nel periodo 2010-2023 è emersa una riduzione nella percentuale di ricoveri effettuati nel presidio ospedaliero mugellano dal 46,85% del 2010 al 38,82% nel 2023 e un consistente aumento della percentuale di ricoveri avvenuti fuori zona ma all'interno dell'area vasta dal 38,57% del 2010 al 45,53% del 2023. Il 18% dei ricoveri ordinari e il 23% dei ricoveri in *day hospital* dei residenti sono avvenuti, nel 2023, presso il Complesso Ospedaliero Careggi di Firenze (ARS Toscana, 2023).

Per quanto riguarda le visite specialistiche effettuate in regime pubblico dai residenti del Mugello, nel 2023, il 27,69 delle visite effettuate sul territorio regionale sono state svolte presso il poliambulatorio dell'Ospedale di Borgo San Lorenzo e il 17,13 presso il Nuovo Centro Polivalente che ospiterà la futura Casa di Comunità (CdC) (ARS Toscana 2023).

Mentre la maggior parte degli accessi e dei ricoveri sono effettuati nella zona Mugello, i comuni di Marradi, Palazzuolo sul Senio e Firenzuola si distinguono nettamente: i dati sulla mobilità sanitaria mostrano infatti come, a differenza del resto del territorio, qui sia frequente il ricorso a strutture fuori regione. Nel 2023, oltre il 30% delle visite specialistiche, il 77% delle prestazioni di diagnostica strumentale e il 71% dei ricoveri dei residenti nei comuni di Marradi e Palazzuolo sul Senio sono avvenuti fuori regione. Per quanto riguarda l'altro comune dell'Alto Mugello, Firenzuola, il 4% delle

visite specialistiche, il 23% delle prestazioni di diagnostica strumentale e il 27% dei ricoveri sono stati effettuati fuori regione nel 2023.

A seguito del DM 2022, è stata programmata la realizzazione di una CdC a Borgo San Lorenzo, con strutture satellite (Spoke) negli altri comuni del Mugello. I lavori sono iniziati nel 2024 e il piano prevede il completamento entro il 2026. Quella di Borgo San Lorenzo sarà la CdC principale del Mugello (*hub*) e avrà il compito di coordinare le attività lavorando in rete con gli Spoke presenti nei singoli comuni.

1.3 Inquadramento territoriale: la zona Casentino

Il Casentino è un territorio che si estende lungo la vallata e sui terrazzi, i versanti collinari e quelli montuosi compresi tra il Pratomagno e il crinale del Monte Falterona fino al Monte di Castello. Il territorio della vallata presenta profili insediativi, ambientali, paesaggistici, agricoli, forestali e manifatturieri caratterizzati da rapporti coevolutivi di lungo periodo in sostanziale equilibrio con il contesto fisico (Lauria, Belletti e Del Gobbo 2025). Fanno eccezione le crescite recenti di alcuni settori produttivi che con forme di espansione occlusiva dei fondivalle hanno spezzato parte di quei rapporti (Ricci, Biggeri e Ferrannini 2019).

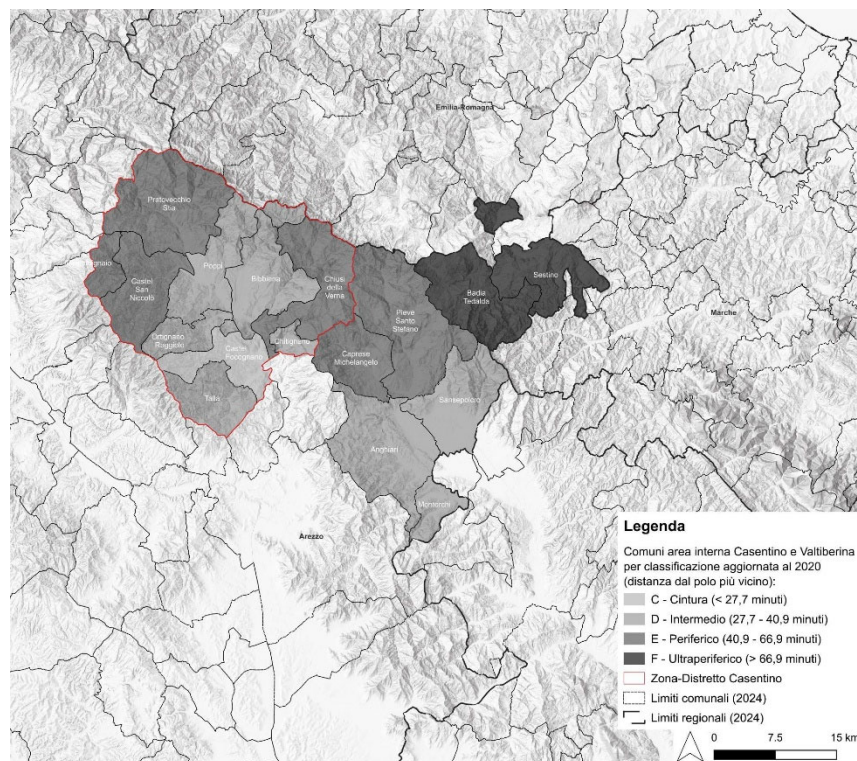
La zona del distretto sanitario del Casentino comprende i Comuni di: Bibbiena, Castel Focognano, Castel San Niccolò, Chitignano, Chiusi della Verna, Montemignaio, Ortignano Raggiolo, Pratovecchio Stia, Poppi e Talla (fig. 2). I comuni del Casentino insieme ai comuni della zona-distretto Valtiberina formano l'Area Interna Casentino e Valtiberina, che è stata selezionata come area pilota per la Regione Toscana nel primo ciclo di programmazione SNAI ed è rientrata tra le prime nove aree a livello nazionale a beneficiare di finanziamenti.

Il comune più popoloso è Bibbiena, che nel 2025 conta 11.951 residenti, seguito da Poppi e Pratovecchio Stia, con rispettivamente 5.752 e 5.396 abitanti (Istat 2025). Gli altri comuni rientrano nella categoria dei piccoli comuni (popolazione inferiore ai 3.000 residenti), dei quali Talla (957 abitanti), Ortignano Raggiolo (820), Chitignano (866) e Montemignaio (495) presentano una popolazione inferiore alle 1.000 unità.

L'analisi dei dati demografici dell'area evidenzia una popolazione complessivamente sbilanciata verso le fasce più anziane, con indici di vecchiaia molto elevati in tutti i comuni. In nessun caso ad eccezione di Bibbiena (238,72), l'indice scende sotto il valore regionale (242 residenti *over* 64 ogni 100 residenti nella fascia d'età 0-14), il che indica un forte invecchiamento. In più realtà il numero di anziani supera di oltre quattro volte quello dei giovani. Situazioni particolarmente critiche si registrano a Montemignaio

(475,68), Talla (404,76) e Chitignano (380,82), mentre Poppi (254,86) presenta valori leggermente meno alti, pur rimanendo in una fascia di evidente squilibrio generazionale.

Fig. 2 – Inquadramento territoriale: l'Area Interna Casentino e Valtiberina. Fonte: nostra elaborazione.



Il quadro è confermato anche dall'indice di dipendenza anziani, che misura il rapporto tra *over* 65 e popolazione in età lavorativa. Talla (63,79) e Montemignaio (62,41) mostrano i valori più alti, ben superiori al valore regionale (42,91), ma tutti i comuni dell'area superano tale soglia.

Come emerge dal Piano Strutturale Intercomunale (Unione dei Comuni del Casentino 2025), il Casentino riveste molte delle caratteristiche identificative delle aree interne, tuttavia manifesta specificità. In particolare, l'area è caratterizzata da:

- un tessuto manifatturiero consolidato con alcuni “cluster” di eccellenze presenti sul mercato internazionale;

- una infrastruttura ferroviaria elettrificata con “trochetti” di servizio alle aree produttive: particolarmente rilevante la stretta relazione con l’area aretina-valdarno e metropolitana fiorentina;
- dotazioni di servizi (segnatamente sanitari e scolastici) di livello d’ambito;
- eccellenze storico culturali, ambientali e paesaggistiche e strutture per la loro fruizione e valorizzazione (Parco delle foreste casentinesi, sito Unesco, Ecomuseo, etc.);
- luoghi di interesse religioso e cammini legati alla figura di San Francesco.

Lo spopolamento inoltre non è generalizzato, ma riguarda essenzialmente lo spostamento verso il fondovalle dell’Arno da parte degli abitanti dei paesi dell’alta collina e montani, cioè di quei luoghi caratterizzati da minori opportunità occupazionali e da una più scarsa presenza di servizi (Lauria 2025).

Nel territorio è presente un presidio ospedaliero classificato come Pronto Soccorso di Area Disagiata, ovvero l’Ospedale Civile di Bibbiena, che nel 2023 ha assorbito il 37,98% dei ricoveri ordinari per acuti dei residenti dell’area (ARS Toscana 2023).

Per quanto riguarda i ricoveri in *day hospital*, il principale polo di riferimento per la popolazione residente è l’Ospedale Area Aretina Nord di Arezzo, che nel 2023 ha registrato il 25,95% dei ricoveri diurni per acuti dei residenti del Casentino, a fronte del 21,68% rilevato presso l’Ospedale di Bibbiena.

Analogamente a quanto osservato nella zona del Mugello, anche nel Casentino si registra una riduzione della percentuale di ricoveri effettuati nel presidio ospedaliero locale: dal 47,08% dei ricoveri presso l’Ospedale di Bibbiena nel 2010 si è passati al 34,91% nel 2023.

Si evidenzia il ruolo attrattivo del territorio comunale di Bibbiena per le visite specialistiche erogate in regime pubblico ai residenti del Casentino e la centralità del Presidio pubblico territoriale di Bibbiena Stazione, situato in località Colombaia, che nel 2023 ha assorbito il 34,95% delle visite specialistiche effettuate sul territorio regionale, a fronte del 24,14% registrato presso il Poliambulatorio dell’Ospedale di Bibbiena (ARS Toscana 2023).

A differenza dei comuni dell’Alto Mugello e di alcuni comuni della zona limitrofa della Valtiberina, per il Casentino non si registrano valori particolarmente elevati di mobilità sanitaria fuori regione. Nel 2023, il 5,28% dei ricoveri ordinari e il 7,61% dei ricoveri in *day hospital* dei residenti sono avvenuti fuori regione; in generale, tali percentuali non superano il 10% in nessun comune della zona.

A seguito del DM 2022, è stata programmata la realizzazione di una Casa di Comunità (CdC) nel Comune di Bibbiena. La struttura di Bibbiena fungerà da CdC principale, o *hub*, del territorio, coordinando le attività e lavorando in rete con gli Spoke presenti nei singoli comuni. Con l’obiettivo di offrire cure più vicine, continuative e integrate rispetto all’attività ospedaliera, la

struttura prevede la creazione di 8 ambulatori specialisti, 6 studi medici per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e 3 ambulatori infermieristici e di servizio. Altri spazi e servizi integrati includono il Punto Unico di Accesso (PUA), il servizio sociale professionale, psicologia e spazi per la partecipazione della comunità.

2. Health Community Lab Aree Interne: obiettivi del progetto

Gli HCL attivati nelle aree interne hanno promosso la collaborazione tra diversi *stakeholder* al fine di co-creare soluzioni per la riorganizzazione di servizi socio-sanitari che siano incentrate sui bisogni della comunità locale. Si sono focalizzati in particolare su due aspetti principali: l'accessibilità della zona intorno alle Case di Comunità (CdC) Hub di Borgo San Lorenzo (in Mugello) e Bibbiena (in Casentino), e l'organizzazione dei servizi di trasporto socio-sanitario gestiti dalle organizzazioni di volontariato. Nel Mugello l'HCL ha previsto anche la co-creazione dei servizi previsti nella CdC di Borgo San Lorenzo.

Il progetto si è quindi posto i seguenti obiettivi:

1. mappare gli Enti del Terzo Settore, sia imprenditoriali che non imprenditoriali che operano in ambito socio-sanitario, e rilevare i loro bisogni;
2. mappare i servizi socio-sanitari pubblici già presenti sul territorio e analizzare la mobilità sanitaria dei residenti;
3. elaborare un'analisi cartografica e carte tematiche del quartiere della CdC di Borgo San Lorenzo e di Bibbiena;
4. rilevare le criticità affrontate dagli enti nella gestione ed erogazione dei servizi di trasporto sanitario e socio-sanitario in Mugello e Casentino;
5. analizzare e testare i temi dell'inclusione, della prossimità e degli stili di vita sani all'interno di un tessuto rarefatto e fortemente disconnesso con il territorio;
6. elaborare *vision* condivise per il territorio del Mugello e Casentino e del quartiere intorno alla CdC di Borgo San Lorenzo e Bibbiena.
7. In Mugello, si è aggiunto l'obiettivo seguente:
8. co-creare l'offerta di servizi socio-sanitari centrati sui bisogni della comunità all'interno della CdC di Borgo San Lorenzo.

2.1 Popolazione target

I destinatari primari dell'intervento sono stati gli ETS attivi in Mugello e Casentino, operanti nei settori sanitari e socio-sanitari. I destinatari secondari, indiretti, sono stati i cittadini di questi territori, che usufruiranno delle Case di Comunità (CdC) di Borgo San Lorenzo e Bibbiena, così come dei servizi di trasporto sanitario e socio-sanitario.

2.2 Stakeholder coinvolti

L'HCL ha visto il coinvolgimento di molteplici attori. In Mugello, hanno incluso:

- enti pubblici: Società della Salute (SdS) di Borgo San Lorenzo (Direzione, Federconsumatori e Comitato di partecipazione); amministrazione comunale di Borgo San Lorenzo e Barberino di Mugello; professionisti della salute: medici di medicina generale, ostetricia;
- ricerca: Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DI-SEI) e il Dipartimento di Architettura (DIDA) dell'Università degli Studi di Firenze; il centro di ricerca ARCO – Action Research for CO-development - Fondazione PIN - Polo di Prato dell'Università di Firenze;
- privato sociale: Arca Cooperativa Sociale; Proforma Cooperativa; Misericordia di Borgo San Lorenzo; Misericordia di Marradi; Misericordia di Palazzuolo sul Senio; Misericordia di Vicchio; Misericordia di San Piero a Sieve; Misericordia di Scarperia;
- società civile: Associazione tra Genitori Mugello e Alto Mugello contro l'Emarginazione APS; Indaco: Teatro con l'Altro APS; Associazione la Casina APS; Associazione Progetto Accoglienza Onlus.

In Casentino, gli *stakeholder* coinvolti includono:

- enti pubblici: Zona-Distretto Casentino (Direzione e Comitato di partecipazione);
- ricerca: Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DI-SEI) e il Dipartimento di Architettura (DIDA) dell'Università degli Studi di Firenze; il centro di ricerca ARCO – Action Research for CO-development - Fondazione PIN - Polo di Prato dell'Università di Firenze;
- privato sociale: Circolo ARCI Bocciofila Bibbienesi;
- società civile: Auser; Salviamo l'ospedale e i servizi del territorio ODV.

Tab. 1 – Stakeholder coinvolti nelle diverse fasi del progetto in Mugello

Fase dell'HCL	Attività di creazione del prototipo	Attori coinvolti			
		Attori pubblici	Attori privati	Enti di ricerca	Società civile
Fase preliminare	Ideazione	x		x	
	Analisi di contesto e pianificazione	x	x	x	
	Progettazione	x	x	x	x
Fase di implementazione	Erogazione/Diffusione	x	x	x	
	Valutazione			x	
	Mantenimento		x		x

Tab. 2 – Stakeholder coinvolti nelle diverse fasi del progetto in Casentino

Fase dell'HCL	Attività di creazione del prototipo	Attori coinvolti			
		Attori pubblici	Attori privati	Enti di ricerca	Società civile
Fase preliminare	Ideazione			x	
	Analisi di contesto e pianificazione	x		x	
	Progettazione	x	x	x	x
Fase di implementazione	Erogazione/Diffusione	x		x	
	Valutazione	x		x	
	Mantenimento	x	x		x

3. Metodologia

Seguendo l'approccio del HCL, il progetto si è articolato in tre fasi. Nella prima fase (*fase preliminare*) è stata condotta un'analisi di contesto, finalizzata a costruire un quadro conoscitivo multidimensionale dei territori oggetto di studio. La fase ha previsto un approccio interdisciplinare e, innanzitutto, una mappatura degli ETS attivi in Mugello e in Casentino, articolata attraverso le seguenti attività:

- raccolta delle informazioni anagrafiche degli ETS da una molteplicità di fonti ufficiali e non ufficiali;
- somministrazione di un questionario strutturato;
- realizzazione di interviste semi-strutturate.
- In secondo luogo, ha previsto un'analisi urbanistica, realizzata mediante:
- studio e raccolta sistematica di dati territoriali;
- regesto dell'urbanistica sovralocale e comunale;
- elaborazioni cartografiche di mappe volte a rappresentare le dinamiche di prossimità con un focus specifico sulla salute;
- sopralluoghi esplorativi applicando il modello *Healthy Neighbourhoods Hub* (HNH), che propone un'analisi dell'ambiente costruito come determinante strutturale della salute (Macchi et al. 2024).

Inoltre, come parte dell'analisi del contesto urbano, è stata condotta un'analisi microclimatica e *comfort outdoor* attuata tramite le seguenti attività:

- indagini e misurazioni del microclima urbano, integrate dalla realizzazione di focus-map tematiche dei principali percorsi pedonali di accesso ai servizi socio-sanitari, per la valutazione delle condizioni di benessere e comfort ambientale;
- osservazioni qualitative e indagini percettiva tramite sopralluoghi, documentazione fotografica, mappatura digitale e questionari ai cittadini sulla percezione del comfort in spazi aperti;
- simulazioni predittive del microclima urbano tramite ENVI-met (software di simulazione microclimatica tridimensionale) per individuare le aree di maggiore stress termico e i punti critici.

Nella seconda fase (*implementazione*) sono stati condotti tre workshop di co-creazione, coinvolgendo attori istituzionali, professionisti sanitari, associazioni ed ETS.

Nel Mugello sono stati condotti due workshop di co-creazione. Nel primo, i presenti sono stati suddivisi in due gruppi tematici. Il primo gruppo si è focalizzato sul tema della mobilità e degli spazi pubblici, il secondo gruppo sui servizi socio-sanitari previsti per la Casa di Comunità (CdC) di Borgo San Lorenzo. Il secondo workshop, invece, si è focalizzato sui trasporti sanitari e socio-sanitari.

Ogni gruppo tematico ha adottato una modalità di lavoro specifica al proprio ambito:

1. Il tavolo di lavoro dedicato alla mobilità e agli spazi pubblici si è avviato con un'attività di mappatura partecipata, utilizzando una mappa cartacea del territorio comunale di Borgo San Lorenzo come supporto condiviso per l'osservazione e la riflessione collettiva. I partecipanti, affiancati dagli urbanisti-facilitatori, insieme ai tecnici del Comune e ai rappresentanti delle istituzioni, hanno contribuito attivamente alla costruzione di una lettura condivisa del territorio: non soltanto annotando osservazioni, ma tracciando linee, disegnando connessioni e individuando aree critiche o strategiche direttamente sulla carta. Questo processo ha favorito l'integrazione tra saperi diversi – il sapere esperto (tecnico e istituzionale) e il sapere locale (esperienziale e quotidiano) – generando una forma di conoscenza situata e collettiva. A partire dalle elaborazioni grafiche e dalle discussioni di gruppo, è stata prodotta una carta di sintesi, articolata in bisogni, proposte e in una nuova visione futura per Borgo San Lorenzo, capace di restituire in forma visiva e concettuale le traiettorie condivise emerse dal confronto.
2. Durante il tavolo di lavoro sui servizi della CdC di Borgo San Lorenzo, a ogni partecipante è stata consegnata una lista di servizi previsti per la struttura, per riflettere sul fatto che questi servizi potessero rispondere davvero ai bisogni concreti della popolazione locale, e riuscire a far fronte alle reali difficoltà vissute dalle persone. È stato chiesto anche di valutare se nella lista mancasse qualcosa di rilevante, e di annotare le proprie idee su un post-it. Ogni partecipante ha poi espresso la sua opinione, che è stata discussa dal gruppo. Alla fine di ogni intervento, i post-it sono stati attaccati su un poster, in modo che i contributi fossero visibili a tutti.
3. Il tavolo sui trasporti, che è stato tenuto nel secondo workshop, si è aperto con la presentazione e discussione di una sintesi delle criticità che erano emerse nella fase preliminare della ricerca relativamente ai trasporti sanitari di emergenza-urgenza e dei trasporti ordinari e socio-sanitari. Durante la discussione sono state confermate e discusse collettivamente le criticità emerse; inoltre, sono state avanzate alcune opinioni e proposte circa il futuro del servizio. Il lavoro si è concluso dando vita ad una mappatura partecipata dei tragitti percorsi più spesso dagli enti presenti.

In Casentino è stato condotto un workshop di co-creazione che ha trattato sia il tema dei trasporti che le tematiche di mobilità e spazi pubblici nel Comune di Bibbiena. Le discussioni tematiche sono state strutturate nel seguente modo:

1. L'incontro è stato avviato con una mappatura partecipata dei tragitti effettuati dagli enti di trasporto sanitario e socio-sanitario, che ha

fornito la base di partenza per il confronto e ha permesso di individuare le principali criticità legate ai collegamenti e agli spostamenti.

2. La discussione su mobilità e spazi pubblici si è aperta con la condivisione di una mappa cartacea del Comune di Bibbiena, usata come base di osservazione collettiva. Ai partecipanti sono stati distribuiti post-it di colore verde per annotare punti di forza e opportunità e post-it arancioni per segnalare criticità o mancanze percepite. L'attività è stata introdotta da una domanda guida, rivolta al gruppo per stimolare riflessioni personali e territoriali. Ogni partecipante ha avuto l'opportunità di esprimere la propria opinione, alternandosi nel giro del tavolo. Il lavoro si è concluso con un momento nel quale sono stati riassunti i temi emersi, sintetizzando le idee raccolte e preparando il terreno per l'elaborazione condivisa di criticità, opportunità e strategie.

Il lavoro è stato coordinato dal gruppo di ricerca dell'Università di Firenze, con il coinvolgimento del Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DISEI) e del Dipartimento di Architettura (DIDA). I partecipanti dei workshop hanno incluso:

- gli ETS attivi nei servizi socio-sanitari territoriali;
- i professionisti della salute;
- l'amministrazione pubblica del Comune di Borgo San Lorenzo e di Barberino di Mugello;
- la Società della Salute (SdS) del Mugello e la Zona-Distretto Casentino.

Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni orali e scritte riguardanti lo studio, il suo obiettivo, il disegno di ricerca e la privacy, con la possibilità di porre domande e di uscire dallo studio in qualsiasi momento. Prima della loro inclusione nello studio, è stato ottenuto il consenso informato scritto.

Sulla base dei dati raccolti e sugli esiti dei tavoli di co-creazione è stato redatto un documento collaborativo contenente la sintesi dei risultati emersi dal confronto tra attori istituzionali, Terzo settore e privato sociale, e proposte operative per la riorganizzazione dei servizi socio-sanitari in Mugello e Casentino. Al documento sono allegate sette mappe tematiche frutto dell'analisi urbanistica; queste offrono una lettura tematica e georeferenziata delle risorse, delle criticità e delle potenzialità presenti nel quartiere, costituendo uno strumento conoscitivo e progettuale a supporto dei processi decisionali e delle azioni di rigenerazione urbana orientate alla salute (Caruso e Lingua 2024). Accanto a queste rappresentazioni, rimane disponibile anche il database da cui le mappe sono state derivate: una risorsa strutturata e permanente, che potrebbe essere utilizzata dai tecnici comunali, ASL o da altri attori per sviluppare ulteriori analisi tematiche e focalizzarsi su nuove criticità. Il documento include le visioni specifiche per ciascuno dei due casi pilota, elaborate come sintesi integrata dei dati raccolti, delle progettualità

emerse e, in particolare, delle istanze espresse durante i laboratori di co-creazione. Le visioni così costruite potranno costituire un utile supporto per il settore sanitario e per l'amministrazione comunale nella definizione di strategie e azioni mirate per il miglioramento del contesto urbano e dei servizi alla cittadinanza.

Tab. 3 – Partecipanti alla fase di implementazione

Workshop	N. partecipanti	Sesso	Età media	Range di età	Età	Ruolo
1 (Mugello)	14	7 F/7 M	59,8 anni	32 - 78	1 < 35 6 35-65 7 > 65	ETS, amministrazione pubblica, SdS
2 (Mugello)	13	6 F/7 M	61,2 anni	39 - 76	0 < 35 6 35-65 7 > 65	ETS, SdS
3 (Casentino)	7	3F / 4M	67 anni	31 - 77	1 < 35 1 35-65 5 > 65	ETS, amministrazione pubblica

I risultati dell’analisi microclimatica e *comfort outdoor* sono stati restituiti tramite un atlante digitale su piattaforma web-GIS, integrando foto, termografie georeferenziate, mappe di copertura del suolo e simulazioni predittive, creando uno strumento operativo per strategie *place-based* orientate alla salute. Tali output forniscono un quadro diagnostico accurato delle aree più vulnerabili, restituendo un supporto conoscitivo essenziale per guidare interventi di rigenerazione urbana finalizzati a migliorare il comfort ambientale,

la sicurezza, la fruibilità degli spazi pubblici, contribuendo così alla definizione di città più resilienti e orientate alla salute⁵.

Nell'ultima fase (*valutazione*) sono stati valutati i workshop attraverso un questionario. Durante gli eventi, sono stati somministrati due questionari online ai partecipanti, da completare all'inizio e alla fine degli incontri. Ogni risposta è stata registrata tramite un codice anonimo. Le tre aree valutate riguardano i seguenti ambiti:

- percezione dei fattori che influenzano il rapporto tra cittadini e servizi socio-sanitari nelle aree interne;
- valutazione dell'Agency dei partecipanti; soddisfazione rispetto alla partecipazione;
- ciascuna area è valutata attraverso un set di item Likert in cui i partecipanti indicano il grado di accordo con le affermazioni riportate.

4. Risultati dell'Health Community Lab Aree Interne: la fase preliminare

La fase preliminare si è basata su un approccio interdisciplinare e si è articolata in tre attività principali: la mappatura degli ETS attivi in Mugello e in Casentino, l'analisi urbanistica a livello sovracomunale e comunale e l'analisi microclimatica e del comfort outdoor a scala comunale.

4.1 Mappatura degli Enti del Terzo Settore

Per quanto riguarda la Mappatura degli ETS, in primo luogo è stata svolta una raccolta delle informazioni anagrafiche da una molteplicità di fonti ufficiali e non ufficiali; successivamente, è stato somministrato un questionario strutturato e sono state realizzate un totale di 30 interviste semi-strutturate, sia individualmente con testimoni privilegiati che una in forma di gruppo.

Delle organizzazioni del Terzo Settore complessivamente mappate Mugello, ne sono state identificate 66 attive ed operanti in ambito socio-sanitario (59 con sede legale nella zona, 6 con sede legale nel comune di Firenze e 1 nel comune di Sesto Fiorentino). I risultati della mappatura indicano che in Mugello, questi enti si concentrano a livello geografico perlopiù nelle vallate e presso i principali centri abitati, coprendo comunque la gran parte del territorio.

⁵ Tutti gli output descritti (documento collaborativo, mappe tematiche, database, atlante digitale) saranno resi disponibili online, al fine di garantire accessibilità e supportare futuri processi decisionali e progettuali.

Il questionario ha ricevuto 31 risposte dagli enti operanti in Mugello. Analizzando alcune delle caratteristiche chiave delle organizzazioni rispondenti, come la presenza di sedi operative ulteriori rispetto alla sede legale, i dati di bilancio, la presenza di dipendenti e il numero di volontari e volontari attivi, si può affermare che ci sia una certa polarizzazione nelle dimensioni delle organizzazioni del territorio, che si distribuiscono quasi equamente ai due poli dello spettro (medio-piccole e grandi). Le organizzazioni di dimensioni più consistenti per bilancio e dipendenti e/o volontari sono rappresentate dalle Misericordie, molto forti sul territorio, le Pubbliche Assistenze e i Comitati della Croce Rossa, insieme ad alcune imprese e cooperative sociali.

Per quanto riguarda i servizi svolti, i più frequenti sono il servizio di trasporto sociale e quello di trasporto sanitario ordinario, seguiti da servizi di assistenza alla persona, servizi di trasporto sanitario di emergenza-urgenza e servizi sanitari e ambulatoriali. Oltre il 60% delle organizzazioni rispondenti dichiarano di avere intenzione di attivare nuovi servizi nel futuro prossimo, in particolare nell'ambito sociale e nell'area dei servizi di assistenza alla persona.

Riguardo al volontariato, si nota come tra le organizzazioni rispondenti ci sia un certo bilanciamento nell'età dei volontari effettivamente attivi sul territorio. Inoltre, più della metà delle organizzazioni riporta un equilibrio tra i generi nel personale volontario attivo, ma una parte consistente indica una predominanza femminile tra i volontari attivi, soprattutto alcune organizzazioni che si occupano di attività culturali e artistiche, servizi sanitari e ambulatoriali, donazione di sangue, servizi di assistenza alla persona e inclusione di persone con disabilità.

Sulla base delle informazioni raccolte dal questionario è stata infine effettuata una *Social Network Analysis* (SNA). Dall'analisi emergono strette connessioni tra gli Enti operanti in ambito socio-sanitario nella zona del Mugello a testimonianza di una forte prossimità relazionale tra gli Enti. Da quanto dichiarato dalle organizzazioni rispondenti, l'Azienda USL risulta essere il polo più centrale del *network*, insieme alle amministrazioni di Borgo San Lorenzo e Barberino di Mugello. Risultano, comunque, influenti nel *network* anche i comuni più piccoli data la centralità dell'Unione dei Comuni.

Delle organizzazioni del Terzo Settore complessivamente mappate nel Casentino, ne sono state identificate 55 attive ed operanti nel territorio in ambito socio-sanitario. A livello geografico tali organizzazioni – quasi tutte appartenenti alla qualifica Ente del Terzo Settore, solo il 3% imprese o cooperative sociali – si concentrano perlopiù nella vallata casentinese e presso i principali centri abitati, coprendo comunque la gran parte del territorio.

Il questionario somministrato agli enti attivi in Casentino ha ricevuto 29 risposte. Analizzando alcune delle caratteristiche chiave delle organizzazioni rispondenti, come la presenza di sedi operative ulteriori rispetto alla sede legale, i dati di bilancio, la presenza di dipendenti e il numero di volontari e volontari attivi, si può affermare che la maggior parte sono enti di medio-

piccole dimensioni. Le uniche eccezioni, ovvero organizzazioni di dimensioni più consistenti, sono rappresentate da tre Confraternite di Misericordia (Bibbiena, Stia e Subbiano), la Croce Rossa di Bibbiena, due imprese sociali e un ETS (Fondazione Giovanni Paolo II) che opera principalmente al di fuori del Casentino e non solo in ambito socio-sanitario.

Per quanto riguarda i servizi svolti, i più frequenti sono il servizio di trasporto di emergenza-urgenza e quello di trasporto ordinario, seguite da servizi di assistenza alla persona e dalla protezione civile. Da evidenziare il fatto che le organizzazioni che svolgono servizio di trasporto ordinario e di emergenza-urgenza sono le stesse, e di queste la maggior parte svolgono anche attività di protezione civile e offrono servizi di assistenza alla persona, testimoniando un accentramento nelle stesse organizzazioni di più servizi tra loro collegati.

Meno della metà delle organizzazioni rispondenti dichiarano di avere intenzione di attivare nuovi servizi nel futuro prossimo, e ciò può essere attribuito alla mancanza di risorse economiche e in termini di personale volontario attivo. Riguardo a quest'ultimo aspetto, si nota come tra le organizzazioni rispondenti ci sia un maggior numero di volontari *over 65* rispetto ai volontari *under 35*, e nessuna organizzazione ha dichiarato di avere più volontari *under 35* che volontari *over 65*.

La metà delle organizzazioni riporta un equilibrio tra i generi nel personale volontario attivo, ma una parte consistente indica una predominanza maschile tra i volontari attivi, soprattutto alcune organizzazioni che operano in ambito strettamente inerente alla sfera sanitaria.

Anche in questo contesto, sulla base delle informazioni raccolte dal questionario è stata infine effettuata una *Social Network Analysis* (SNA), dalla quale emergono, come nel caso del Mugello, strette connessioni tra gli ETS operanti in ambito socio-sanitario. Da quanto dichiarato dalle organizzazioni rispondenti, le case della salute e di comunità non risultano ad oggi una parte particolarmente rilevante del *network*, nonostante l'Azienda USL sia stata rappresentata come il polo più centrale del *network*. Inoltre, la *Social Network Analysis* conferma quanto già emerso riguardo la centralità sia della valle rispetto alla zona montana che delle amministrazioni Comunali di Pratovecchio Stia e Bibbiena rispetto ai Comuni più piccoli, che però risultano influenti nel *network* grazie alla centralità dell'Unione dei Comuni; e aggiunge l'ulteriore elemento della presenza di "comunità di attori" all'interno del *network* perlopiù basate sulla vicinanza geografica o tematica (ad esempio, le Misericordie).

4.2 Analisi urbanistica

L'analisi urbanistica, condotta mediante la raccolta e l'interpretazione dei dati, la sistematizzazione delle informazioni e i sopralluoghi sul campo, ha consentito di elaborare un quadro conoscitivo approfondito sull'integrazione della dimensione della salute nelle politiche territoriali, articolato sia a livello sovracomunale che comunale. La ricognizione critica e sistematizzata degli strumenti di pianificazione ha reso possibile la contestualizzazione delle trasformazioni urbane e delle attuali previsioni pianificatorie, con particolare riferimento ai temi della salute e del benessere della popolazione, attraverso l'analisi dei diversi livelli di pianificazione: regionale, metropolitano/provinciale, intercomunale e comunale.

La distribuzione dei servizi sanitari nell'area vasta si configura come ben articolata e tendenzialmente policentrica, con una concentrazione più significativa nella città di Firenze. I comuni di medie dimensioni e alcuni centri periferici risultano comunque dotati di presidi territoriali, a testimonianza della rilevanza di un sistema sociosanitario diffuso; tuttavia, tale sistema presenta criticità di accessibilità, in particolare nelle aree interne, con specifico riferimento ai territori del Mugello e del Casentino.

A seguito dell'analisi dei dati e degli strumenti urbanistici, sono state elaborate mappe finalizzate a rappresentare le dinamiche di prossimità, con un particolare focus sulla dimensione della salute. Tali dinamiche comprendono l'insieme delle relazioni spaziali, funzionali e sociali che si instaurano su scala locale tra individui, gruppi, servizi e infrastrutture. Successivamente, la ricerca si è ulteriormente sviluppata a livello comunale attraverso un sopralluogo esplorativo sul campo, articolato secondo i sette temi del modello *Healthy Neighbourhoods Hub* (HNH), al fine di integrare l'analisi cartografica con osservazioni dirette e dati qualitativi.

Nel Comune di Borgo San Lorenzo (in Mugello) l'area analizzata mostra una buona qualità urbana, con una struttura compatta, una discreta dotazione di servizi e la presenza diffusa di spazi verdi. Tuttavia, tali potenzialità sono in parte compromesse da criticità rilevanti: l'elevata presenza di automobili negli spazi pubblici, la carenza di segnaletica orientativa e la discontinuità della rete pedonale e ciclabile ostacolano l'accessibilità e la piena fruizione dello spazio urbano.

Nel Comune di Bibbiena (Casentino) i luoghi di socialità sono sporadici e poco collegati, mentre la rete pedonale e ciclabile è quasi assente, limitando la mobilità attiva. La qualità percettiva e identitaria, legata a paesaggi e patrimonio culturale, non è valorizzata. Le aree verdi sono diffuse ma poco accessibili. Si riscontrano inoltre numerose criticità riguardo alla mancanza di marciapiedi larghi e sicuri e all'assenza di parcheggi a servizio della Casa di Comunità (CdC) e di altri servizi, che ne compromettono ulteriormente la funzionalità (Caruso e Masiani 2025).

Fig. 3 – Carta tematica: Quartiere 1500 m Comune di Bibbiena. Fonte: nostra elaborazione



Tale indagine ha prodotto sette mappe tematiche (fig. 3) ciascuna corrispondente a uno dei sette temi modello HNH, che rappresentano l'area entro un raggio di 15 minuti a piedi dalla CdC, identificata come nodo centrale della rete territoriale dei servizi. Le cartografie descrivono con precisione, mediante elementi puntuali, lineari o poligonali, le caratteristiche specifiche di ciascun tema, integrando dati secondari e rilievi sul campo. Questi strumenti offrono una lettura dettagliata delle risorse, delle criticità e delle potenzialità dell'area analizzata. In particolare, dalle mappe emergono in modo evidente gli elementi di criticità, che nei due casi studio sono principalmente riconducibili al sistema della mobilità lenta e alla fruizione pedonale del territorio e degli spazi pubblici. A causa della morfologia del territorio e dell'organizzazione dei servizi, risulta evidente come l'uso privato dell'automobile prevalga, a discapito della fruibilità lenta, situazione ulteriormente aggravata dalla limitata offerta di trasporto pubblico. L'approccio metodologico adottato consente di mettere in luce le relazioni spaziali tra l'offerta di servizi, le condizioni ambientali e la struttura urbana, favorendo così un quadro integrato, funzionale al *co-design* e alla pianificazione intersettoriale.

4.3 Analisi microclimatica e comfort outdoor

L'analisi microclimatica e del *comfort outdoor* a Bibbiena e Borgo San Lorenzo è stata condotta lungo i principali percorsi pedonali di collegamento tra le aree residenziali e le strutture sanitarie, con l'obiettivo di identificare

le vulnerabilità ambientali e valutare le condizioni di fruibilità degli spazi esterni (Fregolent e Musco 2014). La scelta dei percorsi non è stata casuale, ma guidata da criteri di rilevanza urbana e sociale: sono stati selezionati i tratti con maggiore intensità di flussi pedonali e con caratteristiche fisiche capaci di influenzare la percezione termica, come la copertura vegetale, l'ombreggiamento naturale o artificiale e la tipologia dei materiali delle pavimentazioni.

Fig. 4 Analisi sulla qualità del comfort outdoor del Comune di Bibbiena. Fonte: nostra elaborazione.

Analogamente, a Borgo San Lorenzo, sono stati identificati cinque percorsi principali che collegano le zone residenziali all’Ospedale e alla Casa della Salute. Anche qui, le aree critiche sono state selezionate considerando la presenza di superfici impermeabili e pavimentazioni con elevata capacità

di accumulo termico, l'assenza di ombreggiamento naturale o artificiale, la scarsità di vegetazione e la presenza di pendenze significative che ostacolano la mobilità pedonale. Per ogni percorso sono stati realizzate *focus map* (fig. 5) dettagliate che evidenziano le criticità, la distribuzione dei materiali, la localizzazione dei punti di misurazione termica e le eventuali soluzioni di mitigazione presenti lungo il tragitto (Matzarakis 2018).

Fig. 5 Analisi sulla qualità del comfort outdoor di Borgo San Lorenzo. Fonte: nostra elaborazione.

In entrambi i casi studio, le indagini strumentali mediante termografia a infrarossi hanno mostrato temperature superficiali molto elevate, con picchi estivi fino a 60 °C sulle pavimentazioni in asfalto e cemento, a fronte di valori decisamente inferiori (circa 30°C) nelle aree ombreggiate o caratterizzate da vegetazione. Le analisi di copertura dei suoli hanno evidenziato una marcata prevalenza di superfici impermeabili, con un conseguente aumento del deflusso superficiale e una ridotta capacità di infiltrazione delle acque meteoriche. Parallelamente è emersa una qualità ambientale complessivamente bassa, legata alla predominanza di materiali asfaltati e cementizi rispetto alle aree verdi, limitate e frammentarie. La simulazione predittiva realizzata con il *software* ENVI-met ha restituito valori estremi degli indici di comfort che

configurano situazioni di forte stress termico per i pedoni, soprattutto nelle ore centrali della giornata. Questi dati mettono in luce una correlazione diretta tra la qualità microclimatica e la vivibilità degli spazi esterni, con conseguenze rilevanti sull'accessibilità quotidiana ai servizi sociosanitari da parte della popolazione più fragile.

Nel complesso, i risultati evidenziano una significativa vulnerabilità microclimatica e una limitata resilienza degli spazi esterni, soprattutto durante i mesi estivi, dovuta alla combinazione di materiali urbani ad alta capacità di accumulo termico, alla scarsa presenza di ombreggiamento e alla carenza di suoli permeabili. Tali condizioni sottolineano la necessità di interventi mirati per aumentare il comfort termico, migliorare la fruibilità degli spazi pedonali e rafforzare la qualità ambientale complessiva del contesto urbano (WHO 2022).

5. Esiti della fase co-creativa e valutazione partecipativa

I workshop co-creativi hanno rappresentato un momento di confronto ricco e partecipato, durante il quale i presenti hanno condiviso le proprie riflessioni, esperienze e punti di vista sia come abitanti del territorio, sia come operatori e/o rappresentanti di realtà attive in ambito socio-sanitario e urbano. Questi incontri hanno permesso di approfondire le sfide, le potenzialità e le possibili strategie legate alla riorganizzazione dei servizi socio-sanitari presenti sul territorio e al miglioramento della loro accessibilità.

Attraverso l'analisi qualitativa dei materiali raccolti – tra cui la mappatura degli Enti del Terzo Settore (ETS) attivi nell'area, il questionario, le interviste, gli studi territoriali e i registi urbanistici, i sopralluoghi e i workshop di co-creazione – sono emerse criticità e opportunità, che vengono sintetizzate di seguito.

5.1 Il Mugello

Dal punto di vista urbanistico, Borgo San Lorenzo dispone di una buona dotazione di spazi pubblici e di nodi urbani di qualità. Tra questi si distinguono le aree verdi, ben strutturate e distribuite sul territorio del comune: in particolare il Parco della Misericordia, situato accanto alla futura Casa di Comunità (CdC), che potrebbe assumere un ruolo strategico come luogo di attesa, socialità e incontro. Tuttavia, gli spazi pubblici appaiono frammentati e non inseriti in un sistema unitario.

La mobilità comunale rappresenta la criticità principale: l'asse viario centrale è congestionato, le piste ciclabili sono percepite come insicure e presso i servizi socio-sanitari mancano aree di sosta breve. A ciò si aggiungono la

presenza di barriere architettoniche e l'assenza di collegamenti pedonali accessibili, in particolare verso la futura CdC, che limitano ulteriormente l'accessibilità. Allo stesso tempo, emergono però alcune opportunità: il tracciato pedonale esistente tra la stazione ferroviaria e l'ospedale, già parzialmente utilizzato, potrebbe essere potenziato e messo in connessione anche con la futura CdC; inoltre, la realizzazione in corso della pista ciclabile "dei Tre Laghi" consentirà di deviare il traffico ciclistico dall'asse urbano principale, favorendo percorsi più sicuri e continui.

Per quanto riguarda i collegamenti con gli altri comuni del Mugello, questi sono spesso inadeguati. La mobilità intercomunale nel territorio presenta criticità significative – il territorio è vasto e difficile; non tutti guidano, hanno un'automobile o la possibilità di spostarsi; i trasporti pubblici scarseggiano (o prediligono il collegamento con la città invece di collegamenti interni al Mugello); in alcuni comuni scarseggiano i collegamenti addirittura negli orari scolastici, e l'offerta in orario serale è irrisoria. Si segnalano inoltre la mancata toponomastica di alcune vie rurali e l'insufficienza di parcheggi serali nel centro storico, con conseguente congestione per chi proviene da altri centri.

Riguardo specificamente i servizi della futura CdC di Borgo San Lorenzo, i partecipanti sono per lo più entusiasti della possibile integrazione del sociale e del sanitario; sottolineano che una prima opportunità per la futura CdC sarebbe l'istituzione di una figura di riferimento capace di accogliere i cittadini e orientarli nella fruizione dei servizi, e di occuparsi anche della presa in carico dei bisogni e della gestione delle pratiche amministrative. Senza questo ruolo, l'accesso ai servizi sanitari e sociali rischia di risultare frammentato e complesso.

Una criticità emersa riguarda l'inadeguatezza degli spazi attualmente disponibili per le attività consultoriali. In particolare, mancano ambienti che consentano alle mamme di lasciare i propri figli durante visite o corsi di accompagnamento alla nascita, così come spazi attrezzati per le attività di riabilitazione post partum.

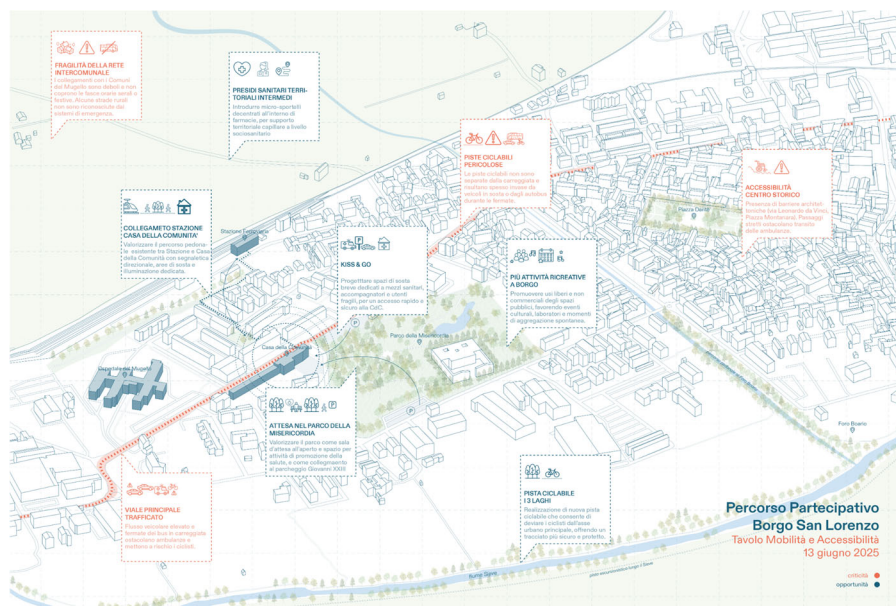
Inoltre, è stata sottolineata l'opportunità di creare nella futura CdC, uno spazio fisico e di riferimento per il terzo settore sul territorio, per far fronte a criticità come la frammentazione dei servizi e fenomeni sociali quali solitudine e isolamento, rafforzando al contempo il senso di comunità.

I partecipanti hanno identificato anche una scarsa attenzione finora riservata all'educazione alla salute e alle attività di prevenzione, nonostante il loro ruolo fondamentale nell'affrontare problematiche diffuse come le dipendenze, la solitudine e i disturbi di salute mentale.

Un'ultima criticità emersa riguarda la carenza di competenze digitali adeguate per sfruttare appieno le tecnologie di cura. Questa mancanza limita la

possibilità di applicare soluzioni innovative che potrebbero migliorare la diagnostica, la prevenzione e la gestione delle patologie croniche, coinvolgendo sia i professionisti sia i cittadini.

Fig. 6 – Risultati emersi dal tavolo mobilità e spazi pubblici del Comune di Borgo San Lorenzo. Fonte: nostra elaborazione.



Riguardo al tema dei trasporti sanitari e socio-sanitari, gli enti hanno confermato la forte domanda di mobilità extra-territoriale, che era emersa dall'analisi dei dati ARS. I residenti della zona devono, in molti casi, raggiungere presidi collocati fuori zona o addirittura fuori regione, oppure fare riferimento a strutture più distanti che rappresentano punti di riferimento imprescindibili per alcuni servizi, soprattutto per la popolazione dell'Alto Mugello. Questo genera pressioni sulle organizzazioni che gestiscono i trasporti sanitari e sociosanitari.

In questo contesto, è emersa con forza una criticità legata all'ammontare dei rimborsi ASL, sia per i trasporti di emergenza-urgenza sia per i trasporti sanitari e sociali, e della sostenibilità economica degli enti. Nel caso specifico dei trasporti di emergenza, i rimborsi attuali non risultano sufficienti a coprire i costi reali del servizio. A ciò si sommano gli oneri legati all'acquisto e alla manutenzione dei mezzi di trasporto, che gravano interamente sulle associazioni.

Parallelamente, si registra una crescente insufficienza di risorse rispetto all'aumento della domanda: le richieste di trasporto socio-sanitario non sempre possono essere soddisfatte per la mancanza di mezzi adeguati e di personale disponibile. Il reclutamento di nuovi volontari, in particolare, si rivela sempre più complesso, anche a fronte di un processo di progressiva responsabilizzazione e professionalizzazione che, pur necessario, rende più difficile garantire un ricambio generazionale all'interno delle associazioni.

Dal punto di vista dei beneficiari, sono emerse alcune difficoltà significative nell'accesso al servizio di trasporto sanitario. Il servizio è gratuito per persone barellate, non deambulanti, in trattamento dialitico o con requisiti legati a condizioni di fragilità socioeconomica e su prescrizione medica. Tuttavia, l'accesso al servizio gratuito risulta complesso per molti utenti. I partecipanti hanno sottolineato innanzitutto l'elevato costo del trasporto privato, che rappresenta spesso l'unica alternativa quando non è possibile usufruire del servizio pubblico. Un'altra criticità riguarda la necessità di prenotare con largo anticipo: la crescente domanda di trasporto obbliga infatti a una programmazione molto rigida, che crea difficoltà sia alle associazioni sia agli utenti, soprattutto quando si presentano necessità improvvise. Infine, è stata richiamata la cessazione, a partire da gennaio 2023, del trasporto gratuito per i malati oncologici.

Per gli enti, garantire i servizi di trasporto risulta ulteriormente complesso a causa di diversi fattori. Un primo elemento critico riguarda l'impatto delle liste di attesa: i tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni specialistiche, ospedaliere ed esami diagnostici determinano, di fatto, una mobilità dei pazienti verso strutture sanitarie distanti dal luogo di residenza. Tale fenomeno contribuisce a generare pressioni sulla rete di trasporto sanitario e sociosanitario, incidendo sull'efficienza complessiva del sistema. Inoltre, i lunghi tempi di permanenza all'interno delle strutture sanitarie generano conseguenze importanti sull'organizzazione, provocando lo slittamento o addirittura l'annullamento dei trasporti programmati e rendendo più difficile la gestione dei dipendenti e dei volontari.

Particolarmente rilevanti sono poi le criticità infrastrutturali nell'Alto Mugello, dove le chiusure periodiche delle strade a seguito di eventi calamitosi o fenomeni di dissesto idrogeologico compromettono l'accessibilità e la regolarità dei servizi.

In conclusione, è stato evidenziato come l'attuale modello di trasporto sanitario presenti forti criticità di sostenibilità, con conseguenze dirette sulla capacità di rispondere in modo adeguato ai bisogni assistenziali della popolazione locale. Allo stesso tempo, è emersa la necessità di ridefinire i ruoli tra pubblico e volontariato: cresce infatti la consapevolezza che l'ente pubblico debba progressivamente riappropriarsi della gestione del servizio di emergenza sanitaria, seguendo l'esempio di quanto già avviene in altre regioni.

5.2 *Il Casentino*

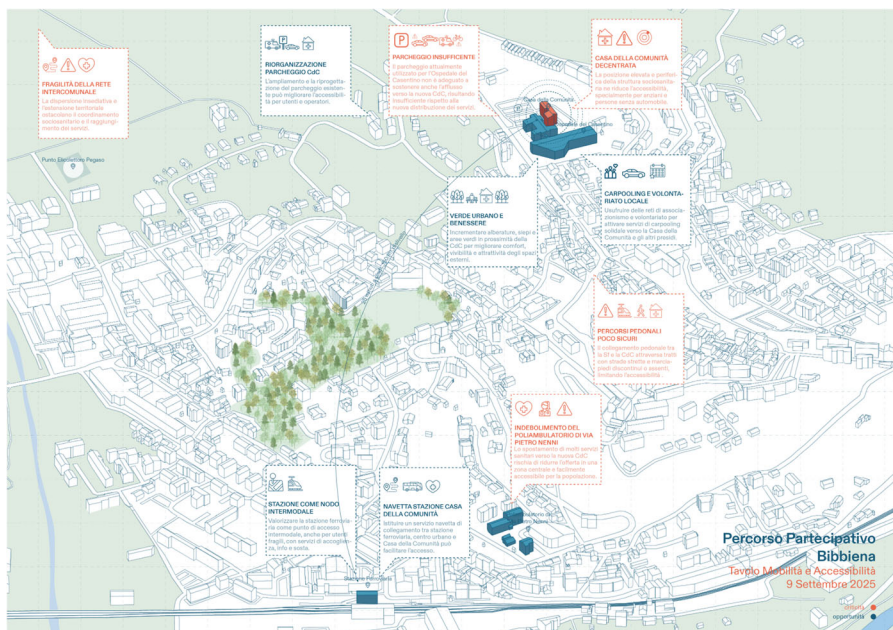
Il Casentino si distingue per una qualità della vita elevata, favorita da un ambiente naturale salubre e da un solido capitale sociale basato su associazionismo e volontariato. Il sistema sociosanitario, con servizi diffusi come oncologia e ambulatori di prossimità, rappresenta un modello integrato virtuoso. Tuttavia, il territorio presenta anche delle criticità strutturali, quali l'invecchiamento della popolazione, l'isolamento geografico, le carenze nel trasporto pubblico e nell'accessibilità, nonché una collocazione periferica della nuova Casa di Comunità (CdC) nel Comune di Bibbiena. La frammentazione amministrativa limita inoltre una governance efficace e integrata del territorio.

Dal punto di vista urbanistico, le principali criticità riguardano l'accessibilità e l'equità territoriale. La nuova CdC, collocata accanto all'ospedale in una zona collinare e piuttosto distante dalla stazione ferroviaria, risulta difficilmente raggiungibile, sia a piedi che con i mezzi pubblici, con particolare disagio per le fasce più vulnerabili della popolazione. La viabilità di collegamento, in particolare Via Gori, presenta tratti caratterizzati da carreggiate strette e dalla mancanza di marciapiedi, compromettendo la sicurezza del percorso pedonale.

Queste criticità, tuttavia, si accompagnano a opportunità concrete di miglioramento. Tra le ipotesi emerse vi è lo sviluppo di sistemi di mobilità integrata, come navette a chiamata, parcheggi scambiatori in prossimità della stazione ferroviaria e percorsi di mobilità dolce supportati dall'uso di biciclette elettriche. Allo stesso tempo, la ricca tradizione di volontariato del territorio può rappresentare una risorsa preziosa per l'accompagnamento sociale e sanitario: l'esperienza di Poppi, dove carabinieri in pensione dell'Associazione Nazionale Carabinieri (ANC) offrono un servizio di trasporto a chiamata, dimostra come iniziative locali possano integrare in modo efficace l'offerta istituzionale.

Anche la questione dei parcheggi si presenta come un nodo critico. Gli spazi oggi disponibili sono già insufficienti rispetto alla domanda e, oltre a ciò, mancano ombreggiature e aree verdi. Questo contribuisce a una percezione negativa da parte della cittadinanza, che in alcuni casi ha proposto la costruzione di un parcheggio multipiano. Viene sottolineata anche l'opportunità di una riqualificazione degli spazi esterni della CdC in ottica di vivibilità, attraverso l'introduzione di verde urbano, ombreggiature e percorsi pedonali sicuri.

Fig. 7 – Risultati emersi dal tavolo mobilità e spazi pubblici di Bibbiena. Fonte: nostra elaborazione.



Infine, un ulteriore motivo di preoccupazione riguarda il possibile trasferimento dei servizi oggi collocati nel poliambulatorio di Via Pietro Nenni, una sede centrale e ben servita dai collegamenti. Spostare tali servizi rischierebbe di aumentare le difficoltà di accesso per i residenti della parte bassa di Bibbiena, accentuando così le disuguaglianze territoriali già esistenti.

Dal punto di vista dei trasporti, la discussione si è concentrata principalmente sui servizi di emergenza-urgenza. L'estensione del territorio casentino, unita alla distribuzione disomogenea dei servizi, comporta tempi di percorrenza elevati, ulteriormente aggravati da interruzioni e criticità della viabilità. Alcune strade risultano infatti parzialmente chiuse o rallentate da cantieri di lunga durata, come nel caso dei semafori sulla direttrice verso Arezzo, previsti per diversi anni, o del ponte per il Comune di Montemignaio attualmente non praticabile, che obbliga a deviazioni molto estese.

Molti centri abitati della zona non sono raggiungibili dalle ambulanze nei tempi di intervento target di 8 o 20 minuti e l'impiego dell'elicottero Pegaso come mezzo di emergenza, anche se funzionale in determinate circostanze, non garantisce continuità operativa, poiché le condizioni meteorologiche spesso ne limitano l'operatività.

Questa situazione è resa ancora più delicata dal fatto che i trasporti di urgenza non sempre dispongono di un medico a bordo, ma spesso soltanto di infermieri e volontari. Inoltre, molti servizi sanitari non sono disponibili a

livello locale, costringendo i cittadini a spostamenti onerosi: per il punto nascita o in caso di infarto, ad esempio, è necessario raggiungere l'ospedale di Arezzo, una prospettiva particolarmente critica per aree periferiche come Badia Prataglia o Chiusi della Verna, soprattutto nei mesi invernali con neve e condizioni meteo avverse. Alcuni reparti funzionano bene – come il servizio di oncologia a Bibbiena, che garantisce i cicli di chemioterapia – ma per la radioterapia occorre comunque recarsi ad Arezzo oppure a Firenze.

Anche per i trasporti sanitari programmati le distanze restano un problema significativo: per esami specialistici come le biopsie i pazienti vengono inviati a Siena e Grosseto, con tempi di spostamento lunghi e dispendiosi. Il sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie adotta come riferimento i confini dell'Area Vasta dell'Azienda USL Toscana Sud-Est, che comprende le province di Arezzo, Siena e Grosseto. Tale configurazione, se da un lato incentiva la mobilità interna all'area, dall'altro produce inefficienze e ostacola l'accesso equo e tempestivo ai servizi da parte degli utenti.

5.3 Il questionario di valutazione

Al termine del percorso, i partecipanti hanno compilato un questionario di valutazione (n=24), i cui risultati hanno confermato il valore dell'esperienza svolta. È stato registrato un aumento significativo dell'*agency* percepita. È cresciuta anche la consapevolezza su quali elementi impattino sul rapporto tra aree interne e servizi socio-sanitari.

I risultati dei questionari sono mostrati in modo complessivo nel capitolo finale di valutazione di questo volume. In questa sede possiamo prendere in considerazione gli *item* dedicati al primo ambito, dove i partecipanti hanno giudicato i fattori che maggiormente incidono sulla fruizione dei servizi. Le barriere percepite confermano il ruolo della distanza geografica e della mancanza di mezzi di trasporto pubblico, ma sono indicati anche le difficoltà legate al reperimento di informazioni sulle strutture e servizi stessi. Un elemento specifico invece è legato alla difficoltà nel comunicare con i professionisti sanitari. Le risposte mostrano quindi una concordanza dei partecipanti sui limiti e le fragilità logistiche e informative, ponendo le soluzioni di co-creazione in continuità con queste fragilità del sistema salute territoriale.

La metodologia partecipativa adottata ha inoltre ottenuto un elevato livello di gradimento, in quanto ritenuta capace di favorire un confronto autentico e di generare contenuti pertinenti e utili per il territorio.

6. Riflessioni conclusive

6.1 Punti di forza e debolezza nella gestione dei workshop

I workshop di co-creazione hanno evidenziato alcuni elementi di forza e di debolezza che meritano attenzione. Dal punto di vista della partecipazione, l'età media dei presenti è risultata piuttosto elevata in tutti e tre gli incontri, sia in Mugello che in Casentino. Ciò sembra legato al tipo di mappatura realizzata, la quale ha favorito la presenza di dirigenti degli ETS – spesso persone più anziane – e dei volontari delle Misericordie che mediamente hanno un'età più avanzata.

La composizione dei gruppi ha mostrato una differenziazione di genere piuttosto bilanciata, come riportato nella tab. 2. Un ulteriore punto di forza riguarda la varietà delle organizzazioni presenti, con l'inclusione di realtà rappresentative di diverse categorie vulnerabili, come NEET, migranti e donne. La loro partecipazione ha arricchito il confronto, consentendo di raccogliere informazioni preziose sulle specifiche esigenze di queste fasce della popolazione.

Sul piano delle dinamiche, la presenza istituzionale della direzione della Società della Salute in uno dei workshop potrebbe aver limitato la libertà di espressione dei partecipanti; tuttavia, la sua assenza in un altro incontro è stata percepita negativamente, suscitando lamentele. In entrambi i casi, emerge la necessità di calibrare con attenzione il ruolo delle istituzioni all'interno dei momenti partecipativi.

Un aspetto trasversale, emerso sia nelle interviste sia in particolare nel secondo workshop nel Mugello, è la forte frustrazione delle organizzazioni, soprattutto quelle dell'Alto Mugello, nel sentirsi poco ascoltate o coinvolte nei processi decisionali. Questa criticità sottolinea l'importanza di garantire una restituzione efficace e un coinvolgimento reale degli Enti del Terzo Settore.

La gestione del secondo workshop nel Mugello ha incontrato difficoltà organizzative: la frustrazione dei partecipanti per la mancanza di risposte istituzionali alle problematiche legate ai trasporti sanitari ha rischiato di dominare la discussione, anche a causa della presenza limitata di facilitatrici (solo due persone per tredici partecipanti). La discussione si è rivelata comunque proficua, permettendo di raccogliere spunti utili e significativi per il percorso complessivo.

Infine, occorre sottolineare che i laboratori si sono svolti prevalentemente in centri urbani: per rendere l'approccio più replicabile e realmente inclusivo, sarebbe auspicabile organizzare in futuro iniziative analoghe anche in aree più remote, così da intercettare meglio i bisogni delle comunità periferiche.

6.2 Applicare il modello *Health Community Lab* alle aree interne

Le tecniche partecipative adottate nell'HCL risultano coerenti con il modello di governance e con l'approccio allo sviluppo locale promossi dalla SNAI. Questo modello, centrato sulle specificità territoriali, valorizza l'ascolto dei bisogni locali, il coinvolgimento attivo delle comunità e la collaborazione tra istituzioni e attori locali nella definizione condivisa di politiche. L'ascolto attivo e la co-creazione risultano, infatti, essenziali per comprendere le specificità territoriali e promuovere interventi e politiche più eque. L'esperienza dell'HCL conferma inoltre l'efficacia di strumenti collaborativi ispirati al paradigma della quadrupla elica, capaci di generare innovazione sociale e trasferimento tecnologico.

In particolare, l'esperienza degli HCL attivati in Mugello e Casentino ha consentito di mettere in luce, da un lato, i punti di forza e, dall'altro, le criticità percepite sia dai residenti sia dalle organizzazioni del Terzo settore in relazione all'accessibilità ai servizi sanitari e alla gestione dei trasporti sanitari e socio-sanitari.

Tra i punti di forza, è emerso con chiarezza il ruolo centrale delle associazioni e delle organizzazioni di volontariato, che non solo garantiscono una presenza capillare di servizi sul territorio e facilitano l'accesso a quelli collocati nelle aree vaste di riferimento, ma si configurano anche come portavoce dei bisogni delle comunità, contribuendo attivamente ai processi partecipativi promossi a livello locale. Ciò testimonia una significativa *agency* collettiva espressa dai residenti e dagli ETS attivi nei due contesti.

Per quanto riguarda le criticità, esse riflettono le condizioni tipiche delle aree periferiche, pur assumendo declinazioni diverse nei vari contesti. In larga parte, tuttavia, rimandano a problematiche strutturali del sistema sanitario, quali la carenza di personale, i processi di razionalizzazione e centralizzazione dei servizi e l'allungamento delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni.

In secondo luogo, tramite la partecipazione attiva di una pluralità di attori, il modello ha mostrato un'elevata efficacia in termini di collaborazione interistituzionale e operatività progettuale. Al tavolo di lavoro sull'accessibilità e mobilità nel Comune di Borgo San Lorenzo per esempio, il Sindaco e l'architetta comunale hanno preso parte in modo diretto alla definizione condivisa di una nuova visione urbana per il centro di Borgo San Lorenzo.

In terzo luogo, il modello HCL consente di mettere a sistema dimensioni complesse e interrelate – come la mobilità pubblica e privata nelle aree interne, la qualità e accessibilità degli spazi pubblici e di aggregazione, la presenza distanziata dei servizi essenziali – in relazione alle difficoltà strutturali che spesso caratterizzano l'azione amministrativa locale, inclusa la frammentazione delle risorse e la difficoltà di accesso ai finanziamenti.

L'approccio adottato si è configurato inoltre come uno strumento operativo in grado di tradurre dati complessi in strategie territoriali concrete, secondo una visione integrata e *place-based*. L'inclusione dell'analisi micro-climatica sul *comfort outdoor*, restituita tramite mappe tematiche e strumenti geospaziali, ha rafforzato la pianificazione socio-sanitaria, offrendo un solido supporto ai processi decisionali. In tale prospettiva, il processo di co-creazione si configura come un dispositivo capace di attivare letture condivise del territorio e di orientare progettualità future più consapevoli e integrate. La ricerca contribuisce al dibattito sulla riorganizzazione integrata dei servizi sociosanitari, sociali e urbani, proponendo un modello multidisciplinare orientato alla salute, capace di affrontare la gestione congiunta dei rischi ambientali nei contesti più vulnerabili.

Infine tra gli esiti più rilevanti è emersa la volontà comune di elaborare un documento condiviso, volto a descrivere in modo puntuale le specificità del territorio e a rappresentare i bisogni della comunità, con l'obiettivo di fornire un supporto concreto alla pianificazione e all'implementazione di interventi mirati. Questo dimostra che il processo co-creativo ha favorito non solo la condivisione delle esperienze ed opinioni tra i partecipanti ma anche una *ownership* diffusa rispetto a tematiche complesse. La co-creazione ha così assunto un valore strategico non solo come strumento di ascolto e confronto, ma anche come dispositivo generativo di proposte concrete, capaci di coniugare obiettivi di salute, qualità dello spazio pubblico e coesione sociale.

Nonostante i risultati positivi emersi nel corso della sperimentazione, uno dei principali punti di debolezza del modello HCL risiede nella sua discontinuità operativa. Il carattere episodico dell'intervento, limitato a una fase sperimentale circoscritta, rischia infatti di comprometterne il potenziale trasformativo. Un processo come quello promosso dall'HCL richiede continuità nel tempo per poter essere realmente generativo, in grado cioè di produrre effetti duraturi sul piano della governance, della riorganizzazione dei servizi e della costruzione di visioni condivise. La mancanza di un'infrastruttura istituzionale o progettuale che ne garantisca la prosecuzione rappresenta dunque una criticità strutturale che potrebbe essere colmata attraverso lo sviluppo dell'HCL regionale proposto dalla presente ricerca.

7. Prospettive future e indicazioni di policy

Le prospettive future prevedono la valorizzazione dei risultati conseguiti, traducendoli in strumenti operativi condivisi, e includono la fase di restituzione, che sarà realizzata mediante un evento partecipativo coinvolgente enti del Terzo settore, istituzioni, comunità scientifica e cittadinanza. Il documento collaborativo, esito dei tavoli di co-creazione, raccoglie proposte e azioni emerse dal confronto tra istituzioni, Terzo settore e comunità. Ad esso

sono allegate sette mappe tematiche, costruite a partire da un database strutturato finalizzato alla raccolta e alla sistematizzazione delle informazioni emerse durante i sopralluoghi, secondo i sette ambiti tematici del modello *Healthy Neighbourhoods Hub* (HNH). Le mappe possono costituire uno strumento operativo a supporto delle decisioni di rigenerazione orientate alla salute e si basano su un database strutturato, permanente e aggiornabile, a disposizione di tecnici comunali, ASL, enti territoriali e altri attori istituzionali per l'elaborazione di analisi e interventi futuri.

All'interno del documento collaborativo sono altresì incluse le *vision* di ciascun caso studio, rappresentate graficamente sulla base dei risultati delle analisi territoriali e urbane, del sopralluogo esplorativo e dei laboratori di co-creazione. Tali scenari delineano una prospettiva condivisa di sviluppo futuro, finalizzata al miglioramento della qualità urbana e della qualità della vita nei piccoli centri delle aree interne. La produzione integrata di questi *output* – indagini multidisciplinari, mappe, database e *vision* – dovrebbe costituire una metodologia di lavoro strutturata e replicabile nell'ambito degli HCL orientati alle specificità delle aree interne. In parallelo, l'atlante digitale sviluppato su piattaforma web-GIS integra mappe tematiche, dati microclimatici e simulazioni predittive, offrendo un supporto conoscitivo strategico per interventi mirati a *comfort* ambientale, sicurezza e vivibilità degli spazi pubblici.

Sulla base delle criticità e opportunità emerse nel corso delle fasi preliminari e co-creative, si evidenziano strategie specifiche per i contesti territoriali.

Nel caso del Mugello, le principali strategie emerse dal punto di vista urbanistico includono:

1. riorganizzare gli spazi di sosta breve nei pressi della futura Casa di Comunità (CdC), con stalli dedicati a mezzi sanitari, accompagnatori e persone con disabilità, garantendo manovre rapide e sicure;
2. valorizzare il Parco della Misericordia come estensione funzionale della CdC, trasformandolo in uno spazio verde attrezzato e accessibile;
3. attivare sportelli socio-sanitari decentrati presso le farmacie, per avvicinare i servizi ai cittadini, soprattutto nei contesti più periferici;
4. incentivare l'uso libero degli spazi pubblici per attività culturali, laboratori e forme di socialità spontanea;
5. riqualificare i collegamenti pedonali tra la stazione ferroviaria e la CdC, assicurandone l'accessibilità;
6. potenziare il trasporto pubblico intercomunale, estendendone la copertura temporale.

Riguardo ai servizi offerti dalla CdC di Borgo San Lorenzo:

1. creare un servizio di accoglienza all'interno della CdC che abbia una funzione di orientamento, coordinamento e presa in carico sia nell'ambito sanitario sia in quello sociale;

2. riguardo ai servizi sanitari previsti all'interno della CdC, rendere obbligatorie le vaccinazioni e le attività consultoriali (al momento facoltative); e la presenza infermieristica h24 e non solo h12;
3. per le attività consultoriali, prevedere locali dedicati ai bambini, dove le mamme possano lasciare i figli durante le visite o i corsi di accompagnamento alla nascita, ed una palestra, da utilizzare sia per le attività di riabilitazione post partum che per i corsi di accompagnamento alla nascita;
4. disporre uno spazio dedicato al terzo settore all'interno della CdC, concepito come luogo di incontro con i cittadini e di partecipazione attiva, con diverse funzioni: 1) comunicare e informare sui servizi offerti dalle associazioni, in particolare quelle legate a specifiche patologie; 2) fungere da vetrina per le opportunità presenti sul territorio al di fuori delle Asl; 3) contribuire a superare la frammentazione di alcuni servizi, come nel caso della neuropsichiatria infantile;
5. rafforzare le iniziative di educazione alla salute e le attività di prevenzione come strumenti fondamentali per affrontare criticità diffuse, come le dipendenze, la solitudine e i problemi legati alla salute mentale;
6. promuovere la CdC come laboratorio di *digital literacy* e favorire l'applicazione delle tecnologie di cura direttamente a casa dei pazienti, con particolare attenzione ai problemi legati alla mobilità.

Riguardo ai trasporti sanitari e socio-sanitari:

1. coinvolgere le associazioni nella co-creazione di un documento di analisi e proposte condivise per la riorganizzazione dei servizi di trasporto;
2. istituire un tavolo permanente che coinvolga sia gli enti del terzo settore sia le istituzioni, con incontri a cadenza mensile. Questo spazio di confronto dovrebbe permettere di analizzare criticità e individuare possibili soluzioni, guidando il processo di transizione in cui l'ente pubblico possa progressivamente riappropriarsi della gestione del servizio di emergenza sanitaria.

Per il territorio del Casentino, le azioni mirate comprendono:

1. mantenere un equilibrio tra la centralizzazione dei servizi e una prossimità accessibile;
2. integrare la pianificazione sanitaria, urbanistica e della mobilità;
3. potenziare i collegamenti stazione-ospedale con soluzioni di mobilità sostenibile e solidale, attivando per esempio navette dedicate o a chiamata; creando parcheggi scambiatori presso la stazione come nodi di interscambio; e sperimentando mobilità dolce: bici elettriche, percorsi pedonali sicuri, trasporto pubblico locale potenziato;
4. favorire percorsi pedonali sicuri e protetti dal calore, con adeguate zone ombreggiate e vegetazione, migliorando in particolare la sicu-

rezza stradale su tratti critici come Via Gori, con marciapiedi e carreggiate più adeguate;

5. ripensare la gestione dei parcheggi e degli spazi esterni, puntando su verde urbano e *comfort*;
6. creare una governance territoriale condivisa tra i dieci comuni del Casentino per superare la frammentazione amministrativa;
7. coinvolgere associazioni e Terzo Settore nell'accompagnamento sociale e sanitario, valorizzando il capitale sociale e il volontariato per accompagnamento e *car pooling* solidale.

Inoltre, alla luce dei risultati emersi dal percorso co-creativo, sono emerse raccomandazioni di *policy* che possono orientare le pratiche urbanistiche, sanitarie e sociali locali. Tra le azioni possibili si evidenziano:

1. mantenere un equilibrio tra la centralizzazione dei servizi e la loro reale prossimità, garantendo la presenza di presidi sanitari accessibili alle comunità locali;
2. promuovere un'integrazione sistemica tra la pianificazione sanitaria, urbanistica e della mobilità, per assicurare coerenza e funzionalità delle infrastrutture territoriali, includendo interventi mirati alla mitigazione microclimatica e al miglioramento del *comfort outdoor*;
3. coinvolgere il Terzo settore creando spazi di partecipazione e comunicazione;
4. istituzionalizzare il dialogo, creando tavoli permanenti di confronto tra istituzioni, cittadini, Terzo settore, e l'università nella sua terza missione (Bellandi, Donati e Cataneo, 2021);
5. adottare metodologie partecipative per analizzare criticità e costruire soluzioni condivise, integrando anche i bisogni di categorie vulnerabili (per esempio donne, NEET, migranti) secondo le specificità e i bisogni locali;
6. valorizzare il capitale sociale, riconoscendo e sostenendo il ruolo del volontariato come risorsa strutturale per accompagnamento, inclusione e supporto alle fragilità;
7. favorire il coinvolgimento attivo dei Comuni in un modello di governance condivisa, capace di superare la frammentazione amministrativa e promuovere una gestione integrata del territorio;
8. ripensare l'attuale zonizzazione amministrativa delle Aziende USL, o quantomeno evitare di adottarla come riferimento per l'organizzazione di visite e ricoveri, al fine di ridurre le criticità legate all'estensione territoriale delle aree vaste;
9. promuovere il reinserimento di personale sanitario a bordo dei mezzi di soccorso, così da garantire un intervento medico tempestivo nelle patologie tempo-dipendenti, esigenza particolarmente rilevante in aree come il Casentino, caratterizzate da significative distanze dai presidi ospedalieri di livello DEA;

10. investire nella qualità degli spazi pubblici, migliorandone l'inclusività, la sostenibilità ambientale e l'attrattività, al fine di supportare l'accesso e la fruizione dei servizi da parte della popolazione;
11. potenziare i collegamenti comunali ed intercomunali, migliorando in particolare i trasporti tra stazioni e presidi sanitari, mediante servizi di trasporto pubblico mirati e frequenti, e favorire percorsi pedonali sicuri e protetti dal calore;
12. integrare strategie di gestione delle acque meteoriche e di incremento della permeabilità del suolo per ridurre il deflusso superficiale e contribuire a un microclima più equilibrato, migliorando così la vivibilità degli spazi esterni durante i mesi estivi.

In conclusione, il lavoro svolto ha evidenziato il potenziale del modello HCL nell'attivare processi collaborativi e strumenti conoscitivi a supporto della riorganizzazione dei servizi socio sanitari e della rigenerazione urbana orientata alla salute. La produzione del documento collaborativo e delle mappe tematiche, sostenuta da una solida base dati e da strumenti digitali interoperabili, costituisce un primo passo verso l'istituzionalizzazione di pratiche condivise. Tuttavia, la discontinuità operativa e la natura sperimentale dell'intervento pongono interrogativi sulla sua capacità di generare impatti strutturali nel lungo periodo. In questa prospettiva, i laboratori di co-creazione dovrebbero essere attivati in forma continuativa e strutturata, sia in riferimento ai temi già affrontati, sia su nuove tematiche, con l'obiettivo di consolidare pratiche collaborative nel tempo. Il livello regionale dell'HCL potrebbe configurarsi come un'infrastruttura di supporto stabile agli HCL locali, contribuendo a rafforzarne l'efficacia e la sostenibilità e rappresentando, al contempo, un'evoluzione del modello orientata a garantire continuità, scalabilità e integrazione nelle politiche pubbliche territoriali.

Bibliografia di riferimento

- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS Toscana). 2016. *Le diseguaglianze di salute in Toscana: determinanti e conseguenze*. Firenze: ARS Toscana, Collana Documenti ARS. https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2016/Diseguaglianze_web_apr_2017_ok_3.pdf.
- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS Toscana). 2023. *Mobilità regionale (ospedali in rete)*. Consultato il 22 settembre 2025. https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintospmobilita?provenienza=home_tasti&dettaglio=ric_geo_ospmobilita&par_top_geografia=090&anno=2023&rete=TOT&sottorete=TOT1&oss=1&ospedale=052001.
- Alaimo, Salvatore Leonardo, et al. 2025. *Sanità e servizi socioassistenziali: un'occasione di sviluppo per le aree interne*. Avellino: Edizioni del Centro di ricerca Guido Dorso.

- Barca, Fabrizio. 2009. *Un'agenda per la riforma della politica di coesione: Una politica di sviluppo rivolta ai luoghi per rispondere alle sfide e alle aspettative dell'Unione Europea*. Rapporto indipendente predisposto nell'aprile 2009 su richiesta di Danuta Hübner, Commissario europeo alla politica regionale. Aprile.
- Barca, Fabrizio. 2015. *Disuguaglianze territoriali e bisogno sociale. La sfida delle aree interne*. Decima lettura annuale Ermanno Gorrieri, Fondazione Gorrieri. Modena.
- Barca, Fabrizio, Paola Casavola, e Sabrina Lucatelli. 2014. *Strategia nazionale per le aree interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*. Roma: Ministero dello Sviluppo Economico, Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, Unità di valutazione degli Investimenti Pubblici.
- Barca, Fabrizio, Philip McCann, e Andrés Rodríguez-Pose. 2012. "The Case for Regional Development Intervention: Place-Based versus Place-Neutral Approaches." *Journal of Regional Science* 52 (1): 134-52. DOI 10.1111/j.1467-9787.2011.00756.x.
- Bellandi, Marco, Letizia Donati, e Alessandra Cataneo. 2021. "Social Innovation Governance and the Role of Universities: Cases of Quadruple Helix Partnerships in Italy." *Technological Forecasting and Social Change* 164: 120518. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.120518>
- Caruso, Elisa, e Valeria Lingua. 2024. "Quaderno 4: Quadro conoscitivo." In *Progettare un quartiere sano*, a cura di N. Setola e A. Rinaldi, 20-32.
- Caruso, Elisa, e Benedetta Masiani. 2025. "La città che cura: la sperimentazione del framework Healthy Neighbourhoods Hub (HNH) nelle aree interne – Publicness come fruibilità di spazi pubblici e servizi della vita collettiva." In *Atti Convegno SIU*. Planum. (in pubblicazione).
- Cresta, Angela. 2025. "Marginalità e prossimità: quale sanità per le aree interne?" In *Aree interne. Modelli e approcci di sviluppo territoriale*, 81-100. Roma: Aracne editore. DOI 10.53136/97912218164886
- Fregolent, Laura, e Francesco Musco. 2014. *Pianificazione urbanistica e clima urbano: manuale per la riduzione dei fenomeni di isola di calore urbano*. Padova: Il Poligrafo.
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat). 2025. *Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2025, Demo: demografia in cifre*. Consultato il 22 settembre 2025. <https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it>.
- Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana (IRPET). 2023. *Quadro conoscitivo di supporto alla strategia regionale per le aree interne 2021–2027*. Firenze.
- Lauria, Antonio. 2025. "Introduzione: Che sarà? Alcune osservazioni sui processi di rigenerazione dei paesi in via di spopolamento." In *Il paesaggio culturale come risorsa per la rigenerazione delle aree interne italiane: La ricerca React Casentino*, a cura di Antonio Lauria, 21-36. Soveria Mannelli: Rubettino. DOI 10.1400/29952
- Lauria, Antonio, Giovanni Belletti, e Giovanna Del Gobbo. 2025. *Scenari e proposte per il recupero e la valorizzazione del paesaggio culturale del Casentino: le Linee guida REACT*.

- Macchi, Alessia, Daniele Busciantella-Ricci, Elisa Caruso, e Nicoletta Setola. 2024. "Healthy Neighbourhoods Hub (HNN) Framework: A Practical Guide for Fostering Healthy and Inclusive Living in Florence's Urban Environment." *Sustainability* 16: 4423. DOI 10.3390/su16114423
- Matzarakis, Andreas. 2018. *Città e cambiamenti climatici: il progetto del benessere termico nelle aree urbane per l'urbanistica e l'architettura*. Rebus.
- Ministero della Salute. 2024. *La salute nelle aree interne: Linee guida per gli interventi nelle aree-progetto*. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ottobre.
- NUVAP. 2022. *Aggiornamento 2020 della mappa delle aree interne: Nota tecnica*. 14 febbraio.
- Ricci, Andrea, Mario Biggeri, e Andrea Ferrannini. 2019. "Integrated local development in Mediterranean marginal territories: The case study of Casentino (Italy), Algarve (Portugal) and Corse (France)". *REGION*, 6(1), 1-16.
- Regione Toscana. 2021. *Strategia d'area "Virere: Comunità sostenibili per un nuovo sviluppo. Area interna Valdarno e Valdisieve, Mugello e Val di Bisenzio"*.
- Scuola Superiore Sant'Anna. 2023. *Proximity Care – Il sistema sanitario per le aree interne*. Accesso 30 settembre 2024. <https://www.proximitycare.it/progetti-proximity-care/>.
- Unione dei Comuni del Casentino. 2025. *PSIC – Piano Strutturale Intercomunale del Casentino*. Accesso 30 settembre 2025. <https://uc.casentino.toscana.it/psic-piano-strutturale-intercomunale-del-casentino/>.
- World Health Organization (WHO). 2022. *Urban Planning for Health: A Review of Tools and Applications for Local Governments*. Geneva: WHO.

Conclusioni

di Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Paola Gallo, Valeria Lingua, Dario Menicagli e Nicoletta Setola

Il presente volume ha introdotto il metodo HCL e le linee guida per la sua applicazione, presentandosi come un modello di innovazione sociale e sanitaria capace di rispondere ad una buona parte delle sfide strutturali che oggi attraversano il Servizio Sanitario Nazionale e regionale toscano. Questo metodo riconosce la partecipazione delle persone e delle comunità come elemento costitutivo della sostenibilità e dell'equità trovando fondamento nell'approccio delle *capability* di Amartya Sen, secondo cui sviluppo e benessere coincidono con l'espansione delle libertà reali e delle opportunità a disposizione delle persone. In tale prospettiva, la partecipazione non è solo uno strumento per migliorare l'efficacia dei servizi, ma un fine in sé: un processo di *empowerment* che rafforza l'*agency* individuale e collettiva, trasformando i cittadini in *capable agent*, capaci di contribuire attivamente alle politiche sanitarie, sviluppando una *ownership* condivisa delle soluzioni e così superando la logica paternalistica che spesso caratterizzano le politiche sanitarie. I 5 pilastri dello sviluppo umano sostenibile inoltre (*productivity, equity, environmental sustainability, participation & empowerment, human security*) fungono da bussola dei processi co-creativi contribuendo a rafforzare condizioni strutturali perché persone e comunità possano sviluppare le proprie capacità, vivere con dignità e partecipare attivamente alle transizioni in corso.

Gli HCL incarnano concretamente questi principi attraverso i paradigmi dell'innovazione aperta, applicando la co-creazione in contesti reali e concreti. La collaborazione tra i diversi attori della quadrupla/quintupla elica – istituzioni, università, società civile, terzo settore, imprese e ambiente – consente di colmare i vuoti lasciati da attori istituzionali, offrendo spazi di confronto e progettazione condivisa in cui la comunità non è destinataria passiva, ma protagonista attiva. Portare il dialogo direttamente nei territori significa dare voce a persone, associazioni e istituzioni locali, riconoscendo che le soluzioni più efficaci nascono laddove i problemi sono vissuti.

Dall'applicazione di questo strumento emergono alcuni elementi distintivi che caratterizzano gli HCL. Il primo è dato dalla capacità di costruire partendo dall'analisi dell'esistente riflettendo da ciò che già esiste: pratiche,

istituzioni, conoscenze ed esperienze diffuse, fallimenti, oltre che risorse sia materiali che umane, vengono raccolte e valorizzate attraverso analisi preliminari accurate. Questa attenzione al patrimonio locale si combina con l'efficacia e l'uso efficiente delle risorse: gli HCL, infatti, non richiedono grandi infrastrutture materiali, ma si fondano sul capitale umano, relazionale e organizzativo. In questo modo, è possibile generare impatti significativi con investimenti limitati, producendo valore sociale, risparmi economici e, soprattutto, empowerment delle comunità.

La flessibilità, altra caratteristica del modello dell'HCL, permette di adattarsi ai diversi contesti e tematiche, aumentando la fiducia delle comunità coinvolte nelle istituzioni sanitarie e favorendo esiti positivi in termini di equità sociale. In questo contesto, l'università e i ricercatori svolgono un ruolo cruciale di «facilitatori neutrali»: applicano l'ascolto non pregiudiziale, accompagnano e aiutano i diversi stakeholder ad ascoltarsi e a lavorare in sinergia, senza imporre soluzioni precostituite. Creano le condizioni affinché le soluzioni emergano dal dialogo tra gli attori, permettendo agli HCL di diventare strumenti di supporto strategico alla pianificazione regionale e di colmare la distanza tra gli attori ma anche tra le politiche e i bisogni reali.

Le esperienze raccolte nel volume hanno mostrato come la metodologia degli HCL possa generare risultati concreti e trasferibili, tra cui: linee guida, strumenti digitali come *web*-GIS e moduli formativi co-creati con attori locali. L'impatto si estende a tutto il territorio mettendo a sistema salute, sanità, inclusione sociale e urbanistica. Inoltre, la partecipazione ampia e attiva testimonia il potenziale degli HCL di creare fiducia e rafforzare la capacità delle comunità di orientarsi nei sistemi socio-sanitari.

Accanto ai risultati, le esperienze hanno evidenziato alcune sfide che meritano attenzione. Il coinvolgimento degli stakeholder rilevanti per i diversi HCL necessita di reti articolate e inclusive; pertanto, si suggerisce di evitare di affidarsi a un solo ente per il reclutamento degli stakeholder. Inoltre, il rischio di *self-selection* porta spesso a coinvolgere soggetti già predisposti alla partecipazione, con il pericolo di rafforzare squilibri di potere esistenti invece che sfidarli.

La co-creazione richiede continuità. Uno o due incontri episodici non sono sufficienti: serve tempo per costruire fiducia, sedimentare relazioni e garantire la sostenibilità dei risultati. Inoltre, asimmetrie di conoscenza, preferenza per soluzioni pre-strutturate, impegno spesso più forte in fase di problem setting che di implementazione, rischiano di minare la piena efficacia dei percorsi.

La gestione del “rumore di fondo” – conflitti, resistenze o posizioni contrarie – rimane un compito delicato, che richiede strumenti adeguati per trasformare il dissenso in occasione di confronto costruttivo. Come sottolinea Vincenzo Linarello, nel *Manuale dell'Etica Efficace*, non bisogna vincere ma con-vincere (che significa soprattutto vincere assieme).

Per valorizzare l'HCL come strumento di innovazione e trasformazione sistemica e superare i limiti ora descritti e garantire che le esperienze locali diventino politiche strutturali, il passo necessario è lo sviluppo di un *Health Community Hub (HC Hub)*: una piattaforma regionale in grado di coordinare gli HCL, garantire coerenza metodologica, diffondere e replicare le innovazioni e integrare i risultati nelle politiche e nei servizi del sistema sanitario. Infatti, la mancanza di un inquadramento politico e istituzionale stabile rischia di confinare gli HCL al rango di sperimentazioni episodiche, impedendo la loro evoluzione in strumenti sistemici di innovazione e trasformazione sanitaria.

In conclusione, gli HCL si configurano come strumenti strategici trasformativi per il sistema socio-sanitario. Grazie alla co-creazione e alla valorizzazione dell'agency comunitaria, non solo offrono soluzioni efficaci, ma contribuiscono a costruire un Servizio Sanitario più equo, inclusivo e capace di immaginare il futuro. Perché questo potenziale si realizzi appieno, è essenziale un chiaro sostegno istituzionale e politico da parte della Regione Toscana attraverso l'HC Hub così da riconoscere gli HCL come meccanismo stabile e coordinato di connessione tra accademia, istituzioni e società, in grado di affrontare le sfide complesse della sanità contemporanea.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento verso il progetto *Tuscany Health Ecosystem* (THE) del PNRR che ci ha permesso di approfondire tematiche centrali per il buon funzionamento del sistema socio-sanitario toscano ma spesso non analizzate perché presi dal “fare” perdiamo spesso di vista sia l'obiettivo che, e soprattutto, il processo. Il finanziamento ha permesso di guardare il sistema toscano da una prospettiva diversa, innovativa e creativa, libera dalla pressione di soluzioni immediate e orientata verso soluzioni innovative e strutturali di medio-lungo periodo.

Il gruppo di ricerca dell'Università degli Studi di Firenze ha cercato di introdurre innovazione nel sistema socio-sanitario toscano, ponendo al centro il benessere e il “ben diventare” della popolazione della Toscana. Il gruppo ha lavorato con sapienza, competenza e con umiltà ponendosi inizialmente in ascolto per poi innescare un processo generativo e creativo elaborato con e dagli stakeholder stessi (co-creazione). Per questo come curatori di questo volume vogliamo prima di tutto ringraziare tutti i componenti del gruppo di ricerca per la collaborazione, l'attenzione, il dialogo e la resilienza.

Il lavoro che ha portato alla realizzazione di questo volume è stato reso possibile dal contributo e dal sostegno di numerose persone e istituzioni che hanno accompagnato e orientato il percorso di ricerca.

Desideriamo ringraziare con particolare gratitudine la Magnifica Rettrice dell'Università di Firenze, Alessandra Petrucci per il sostegno istituzionale e l'attenzione dedicata allo sviluppo di percorsi di ricerca innovativi e interdisciplinari come quello intrapreso.

Un ringraziamento speciale va anche alla Prorettrice alla Ricerca dell'Università di Firenze, Debora Berti, per aver sostenuto con convinzione il nostro lavoro, condividendone finalità, prospettive e valore per il territorio.

Esprimiamo inoltre la nostra gratitudine alla Prof.ssa Maria Elvira Mancino, Direttrice del Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DI-SEI), per il supporto offerto e per aver accompagnato con attenzione e sensibilità l'intero percorso di ricerca.

Un ringraziamento sentito a Sabina Nuti (ex- Rettrice) e Nicola Bellè della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e al gruppo dello Spoke 10 Population Health, per il dialogo costante, gli stimoli scientifici e il contributo prezioso alla riflessione sugli approcci partecipativi nelle politiche di salute, oltre che la preziosa collaborazione instaurata tra l'HCL e l'Osservatorio della Popolazione delle Aree Interne della Toscana.

Desideriamo rivolgere un sincero ringraziamento al Presidente della Regione Toscana, Eugenio Giani, per il sostegno costante al progetto THE e per la profonda consonanza con la nostra visione su un'innovazione sanitaria basata sul *community engagement*. Il suo impegno nel promuovere forme di partecipazione attiva e inclusiva – con particolare attenzione alle esigenze e al futuro delle aree interne – ha rappresentato un riferimento essenziale per lo sviluppo delle attività e per le finalità dello Spoke 10.

Desideriamo ringraziare Simone Bezzini, Assessore al Diritto alla Salute e alla Sanità della Regione Toscana, per aver colto con competenza l'importanza del ruolo della comunità nell'affrontare le sfide sanitarie contemporanee, incoraggiando lo sviluppo di approcci innovativi e inclusivi.

Un sentito ringraziamento va a Serena Spinelli, Assessora al Sociale della Regione Toscana, per gli stimoli preziosi che hanno arricchito la riflessione sull'intreccio tra salute e dimensione sociale, elemento centrale nella prospettiva degli Health Community Lab.

Siamo grati a Federico Gelli, Direttore della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana, e a Nadia Guadagnolo, per l'aiuto fondamentale nell'orientare il lavoro di ricerca e nel favorire il dialogo con i diversi stakeholder istituzionali e territoriali.

Un ringraziamento speciale va a Gavino Maciocco, che ci ha aiutato a riconoscere l'importanza dell'inclusione delle comunità e ci ha offerto una chiave di lettura della complessità della sfida che abbiamo intrapreso. Siamo riconoscenti a Marco Bellandi per aver condiviso con noi il valore dei *Living Lab* e la loro applicabilità ai contesti di salute, contribuendo ad arricchire la dimensione metodologica del progetto e per aver svolto il ruolo di referee interno. Un grazie particolare a Letizia Donati, che ha dato l'impulso iniziale al progetto contribuendo a definire alcune linee di lavoro. Ringraziamo anche il referee anonimo che ci ha segnalato alcune incongruenze presenti nella bozza del volume.

Desideriamo inoltre rivolgere un sentito ringraziamento a tutto il personale dell'Università di Firenze che ha lavorato nell'amministrazione del THE, il cui contributo operativo e organizzativo è stato fondamentale per lo svolgimento delle attività progettuali. Un ringraziamento particolarmente caloroso va a Renato Dweezil Spera, che ha accompagnato il nostro percorso con professionalità e disponibilità. Il suo supporto competente e attento ha rappresentato un punto di riferimento prezioso per tutto il team di ricerca.

Ringraziamo infine le realtà incontrate tra le quali menzioniamo per motivi di spazio solo alcune, Tutto è Vita, Ass. C.A., AOU Meyer IRCCS, UFC Promozione della Salute Ausl Toscana Centro, AUSL Toscana sud est Zona Distretto Casentino, Società della Salute del Mugello, Società della Salute di Firenze, l'unità spinale AOU Careggi, l'associazione Habilia, l'unità GCA Ospedale San Giovanni di Dio, Quartiere 1 Firenze, Fondazione Futuro delle Città, Rete Scuole che Promuovono Salute Toscana per gli stimoli e gli input offerti su alcuni temi cruciali affrontati nei laboratori, che hanno arricchito il dibattito e orientato la riflessione.

A tutti loro va la nostra sincera gratitudine per aver reso possibile questo percorso di ricerca e innovazione partecipata.

Gli autori e le autrici del volume

Matteo Belletti, ricercatore presso ARCO Action Research for CO-development, Fondazione PIN, Prato.

Simone Bini, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Manila Bonciani, responsabile del Laboratorio prevenzione e promozione del benessere nella comunità per Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS.

Sabrina Borgianni, architetta e consulente presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze.

Guidalberto Bormolini, monaco, formatore e presidente dell'associazione di volontariato "Tutto è Vita".

Lisa Capitini, consulente ed esperta di comunicazione presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Virginia Casigliani, medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva presso il Dipartimento di Ricerca Traslationale e Nuove tecnologie in Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa.

Lapo Cecconi, docente a contratto presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali (DSPS) dell'Università di Firenze.

Marco Ceccarelli, dottorando presso il Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia dell'Università di Firenze.

Gianna Ciampi, direttrice Unità Funzionale Complessa (UFC) Promozione della Salute, USL Toscana Centro.

Roberta Chiaramonti, dirigente medico, specialista in neurologia presso l'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze.

Debora Daddi, assegnista di ricerca presso il Dipartimento FORLILPSI, Università di Firenze.

Giulio Del Popolo, direttore dell'Unità di Neurourologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi.

Marco Del Riccio, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze per la Salute dell'Università di Firenze.

Giannantonio Di Tuoro, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze.

Andrea Ferrannini, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze e coordinatore dell'Unità di Sviluppo Locale presso ARCO - Action Research for CO-development, Fondazione PIN, Prato.

Stefano Gandolfi, dottorando di Scienze del Comportamento presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Martina Gentili, assegnista di ricerca presso ARCO Action Research for CO-development, Fondazione PIN, Prato.

Annagiulia Ghinassi, psicologa, psicoterapeuta e tanatologa per l'associazione "Tutto è Vita".

Sarasvati Giacalone, borsista presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Marianna Gorgerino, consulente presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa, Università degli Studi di Firenze.

Annalisa Grillo, dirigente medico specialista in medicina del lavoro presso l'Azienda USL Toscana Centro.

Emily Gubbini, borsista presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Andrea Guida, medico e specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Ausl Toscana Centro.

Martina Guido, specializzanda presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Firenze.

Johanna Alexandra Iamarino, medico e ricercatore in Igiene e Medicina Preventiva presso il Dipartimento di Scienze per la Salute dell'Università di Firenze.

Luca Lodi, Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Chiara Lorini, professoressa associata di Igiene Generale e Applicata presso il Dipartimento di Scienze per la Salute dell'Università di Firenze.

Ester Macrì, ricercatrice per ReteSviluppo, Università di Firenze.

Alessia Marraccini, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Claudia Naldoni, assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze.

Folco Panizza, ricercatore presso la Scuola IMT Alti Studi Lucca.

Eva Paoli, assistente amministrativo presso Società della Salute Firenze e Fiorentina Nord-Ovest.

Emma Papini, borsista presso il Dipartimento di Scienze per la Salute dell'Università di Firenze.

Sara Pezzica, psicologa e psicoterapeuta presso l'Ausl Toscana Centro.

Ettore Rosari, consulente presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Francesco Toccafondi, medico e specialista in Igiene e Medicina Preventiva presso il Dipartimento di Scienze per la Salute l'Università di Firenze.

Serena Verciani, borsista presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università di Firenze.

Francesca Zagli, dottoranda in Development Economics and Local Systems presso il Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa l'Università di Firenze.

Patrizio Zanobini, medico, ricercatore in Igiene generale e applicata presso il Dipartimento di Scienze per la Salute dell'Università di Firenze.

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

In un contesto di pressione sul Servizio Sanitario Nazionale, segnato da invecchiamento, cronicità e disuguaglianze, il volume propone un cambio di paradigma verso un ecosistema della salute capace di integrare le determinanti sociali, economiche, ambientali e culturali. Al centro di questa innovazione vi sono gli Health Community Lab (HCL), modelli di partecipazione basati sulla co-creazione e sull'approccio delle capability, che promuovono la cittadinanza attiva e la responsabilità condivisa tra gli attori del sistema. Il volume si inserisce nel programma di ricerca dello Spoke 10 - "*Population Health*" del *Tuscany Health Ecosystem*, portato avanti dall'Università di Firenze, attraverso le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Le esperienze descritte mostrano la salute come un bene comune, costruito nei contesti di vita quotidiana, attraverso la collaborazione degli stakeholder provenienti dai differenti settori della comunità: pubblico, privato e accademico, ma in particolare attraverso il ruolo attivo della società civile.

Mario Biggeri, professore ordinario di economia applicata all'Università di Firenze. Studia e lavora sui temi dello sviluppo umano, del capability approach e del benessere multidimensionale.

Elisa Betti, assegnista di ricerca in ambito socio-sanitario presso l'Università di Firenze. Studia i percorsi di co-creazione sui temi sanitari, gli stili di vita e partecipazione comunitaria.

Vanna Boffo, professoressa ordinaria di Pedagogia generale e sociale all'Università di Firenze. Esperta di apprendimento degli adulti e relazioni educative. Studia pedagogia del lavoro, cura educativa e comunicazione relazionale nei contesti di sviluppo.

Guglielmo Bonaccorsi, professore associato di Igiene generale e applicata all'Università di Firenze. I suoi temi di indagine spaziano dalla promozione della salute, prevenzione e organizzazione dei servizi sanitari.

Elisa Caruso, architetta e assegnista di ricerca nel Dipartimento di Architettura di Firenze. Si occupa di pianificazione urbana e processi partecipativi su prossimità, salute urbana e inclusione.

Valeria Lingua, professoressa ordinaria di Urbanistica all'Università di Firenze. Studia la rigenerazione urbana, la pianificazione territoriale e governance cooperativa.

Paola Gallo, professoressa ordinaria di Tecnologia dell'Architettura. I suoi temi di indagine sono la sostenibilità, l'efficienza energetica e l'innovazione tecnologica nel costruito.

Dario Menicagli, psicologo e assegnista di ricerca all'Università di Firenze. Si occupa di studiare la partecipazione pubblica in sanità e l'applicazione dei mixed methods nelle scienze sociali.

Nicoletta Setola, professoressa associata di Tecnologia dell'Architettura all'Università di Firenze. La sua attività di ricerca riguarda ambienti della salute, comunità, ospedali e quartieri sani.