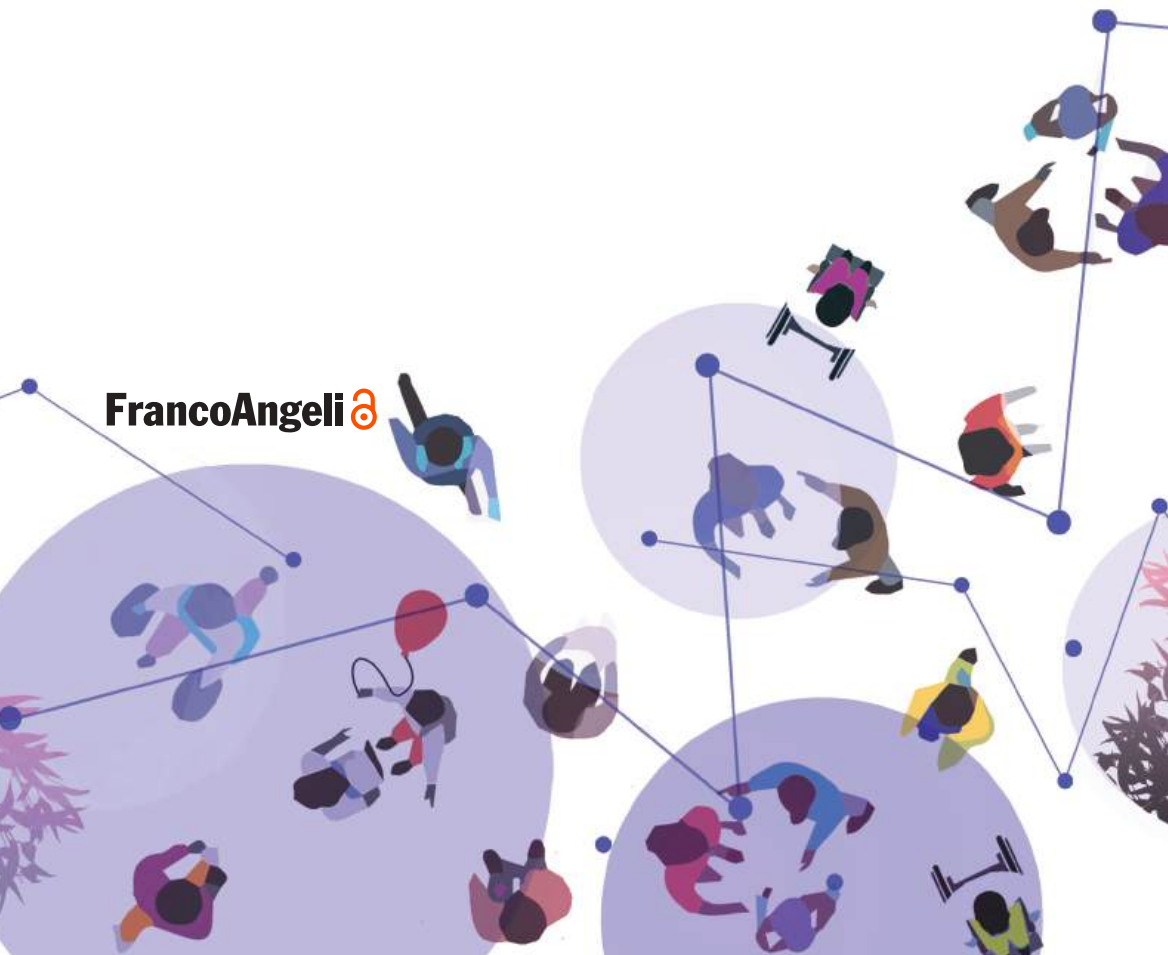
Health Community Lab

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Indice

Introduzione, di *Mario Biggeri, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Valeria Lingua, Paola Gallo, Nicoletta Setola, Elisa Betti, Elisa Caruso* e *Dario Menicagli* pag. 9

1. La partecipazione in sanità: dal SSN al modello toscano, di *Francesca Zagli, Andrea Guida, Elisa Betti, Mario Biggeri, Dario Menicagli, Ettore Rosari, Francesco Toccafondi* e *Guglielmo Bonaccorsi* » 15

2. Living Lab: partecipazione, co-creazione e innovazione sociale, di *Elisa Betti, Mario Biggeri, Alessia Marraccini* e *Francesca Zagli* » 32

3. Linee guida per gli Health Community Lab: la co-creazione come processo di capacitazione, di *Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Valeria Lingua, Paola Gallo, Nicoletta Setola, Dario Menicagli* e *Francesca Zagli* » 68

4. HPVoice: co-creare una campagna digitale per la promozione alla vaccinazione contro il Papilloma Virus, di *Dario Menicagli, Elisa Betti, Virginia Casigliani, Lapo Cecconi, Stefano Gandolfi, Marianna Gorgerino, Ester Macrì, Simone Bini* e *Folco Panizza* » 91

5. Co-creare prevenzione nello sport: un Health Community Lab per prevenire i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in adolescenza, di *Elisa Betti, Andrea Guida, Emma Papini, Mario Biggeri, Manila Bonciani, Gianna Ciampi, Marco Del Riccio, Anna-* » 105

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

lisa Grillo, Martina Guido, Johanna Alexandra Iamarino, 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, di *Sabrina Borgianni, Elisa Betti, Alessia Marraccini* e *Nicoletta Setola* pag. 117

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 Lingua* » 140

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, di *Mario Biggeri, Dario Menicagli, Emma Papini, Roberta Chiaramonti, Giulio Del Popolo, Serena Verciani* e *Guglielmo Bonaccorsi* » 179

9. Co-creare nei servizi di Cure Palliative: Un Health Community Lab per innovare la presa in cura dei pazienti, di *Annagiulia Ghinassi, Alessia Marraccini, Elisa Betti, Guidalberto Bormolini, Sarasvati Giacalone* e *Mario Biggeri* » 192

10. Co-creazione e benessere urbano: l'esperienza dell'Health Community Lab nel Quartiere 1 di Firenze, di *Luca Lodi, Elisa Betti, Elisa Caruso, Serena Verciani, Sarasvati Giacalone, Alessia Marraccini, Dario Menicagli* e *Mario Biggeri* » 211

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, di *Vanna Boffo, Debora Daddi* e *Marco Ceccarelli* » 227

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

12. Valutare gli Health Community Lab: principi, metodi e potenziale trasformativo, di *Dario Menicagli, Elisa Betti, Lisa Capitini* e *Mario Biggeri* pag. 243

Conclusioni, di *Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Paola Gallo, Valeria Lingua, Dario Menicagli* e *Nicoletta Setola* » 259

Ringraziamenti » 263

Gli autori e le autrici del volume » 267

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Prefazione

Mi fa piacere dedicare una breve riflessione di apertura a questo volume, che nasce all'interno di un momento storico straordinario per la ricerca italiana e toscana.

Con il Tuscany Health Ecosystem (THE), infatti, uno degli undici ecosistemi dell'innovazione finanziati dal PNRR e dall'Unione Europea – NextGenerationEU, la Toscana ha scelto di investire con coraggio in un modello integrato di produzione e condivisione della conoscenza, fondato sulla collaborazione stabile tra università, enti di ricerca, imprese, istituzioni pubbliche e comunità locali.

L'Università di Firenze, partner proponente di questo ecosistema, ha svolto in questi tre anni un ruolo cruciale nel costruire connessioni, consolidare alleanze e orientare la trasformazione dei sistemi della salute. Attraverso ricerca, formazione e innovazione, l'Università ha compiuto uno sforzo senza precedenti per realizzare un laboratorio aperto, competitivo e solidale, in grado di affrontare le sfide globali della medicina, della tecnologia e della sostenibilità.

In questo scenario, lo Spoke 10, dedicato alla salute pubblica, alla prevenzione e all'innovazione sociale, rappresenta una componente essenziale della visione di THE.

Gli Health Community Lab illustrati nel volume sono la manifestazione concreta di un'idea di salute, che supera la dimensione clinica, per abbracciare la complessità della vita quotidiana, dei territori, delle relazioni e dei contesti sociali.

Sono un esempio di come l'università possa contribuire sia allo sviluppo di nuove terapie e tecnologie, sia alla costruzione di infrastrutture culturali e partecipative che rendano i servizi più equi, più vicini alle persone e più sensibili alle fragilità.

Gli Health Community Lab qui documentati non sono soltanto un modello di lavoro o una metodologia partecipativa: sono la manifestazione concreta di un impegno collettivo che unisce ricerca, istituzioni, professionisti, Terzo Settore e cittadinanza attiva.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Attraverso questo approccio, le comunità diventano protagoniste di primo piano e non semplici destinatarie delle politiche di salute, e l'università potenzia il suo ruolo naturale di ponte tra sapere scientifico, bisogni sociali e processi di innovazione.

Il valore di questa esperienza va ben oltre i risultati che erano stati immaginati. Il percorso THE e le sue articolazioni territoriali raccontano una Toscana che sa sperimentare, che sa ascoltare e proporre nuove forme di governance della salute. Una Toscana, in cui la partecipazione non è un adempimento, ma un esercizio di democrazia concreta, un modo per prendersi cura dei luoghi e delle persone.

Per la nostra Università, questo lavoro rappresenta una conferma di quanto sia essenziale promuovere ricerca responsabile, multidisciplinare, capace di generare impatti sociali misurabili e di contribuire alla riduzione delle disuguaglianze. È per questo che abbiamo sostenuto con convinzione il progetto e le sue finalità, certi che gli Health Community Lab possano costituire un riferimento anche per altre regioni e contesti nazionali.

Desidero esprimere profonda gratitudine a tutte le ricercatrici e i ricercatori, che hanno contribuito a questo volume, ai partner istituzionali, che hanno creduto nel valore del progetto, alla Regione Toscana per il sostegno convinto, e alle comunità che hanno aderito con generosa partecipazione.

In particolare, ringrazio i quattro dipartimenti dell'Ateneo [Dipartimento di Scienze per l'Economia e per l'Impresa (DISEI) capofila, Dipartimento di Architettura (DIDA), Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia (FORLILPSI), Dipartimento di Scienze della Salute (DSS)], che hanno collaborato con intelligenza e passione. Senza questo impegno collettivo, la cultura della salute che vogliamo costruire non sarebbe possibile: la qualità del lavoro svolto testimonia una capacità rara di dialogo, di visione e di cura reciproca.

Mi auguro che questo volume possa essere letto come un invito ad andare oltre, come recita il motto dei 100 anni del nostro Ateneo: a immaginare politiche pubbliche più giuste, servizi più inclusivi, e territori più capaci di esprimere le proprie potenzialità e di rispondere ai bisogni manifestati.

Alessandra Petrucci
Rettrice dell'Università degli Studi di Firenze

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Introduzione

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

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano si trova oggi di fronte a sfide strutturali di crescente complessità che mettono sotto pressione i principi fondativi di universalismo, equità ed uguaglianza: l'invecchiamento della popolazione, la crescita delle patologie croniche, la fragilità sociale, le disuguaglianze territoriali e di accesso ai servizi. Per rispondere a questa complessità occorre una trasformazione culturale che riconosca nella partecipazione attiva delle persone e delle comunità un fattore costitutivo della salute e un presupposto imprescindibile di sostenibilità (ambientale, sociale e economica).

In questo senso diventa evidente la necessità di un nuovo paradigma di intervento: un approccio sistemico proattivo, capace di mobilitare le competenze diffuse nella comunità e di coinvolgere tutto l'ecosistema della salute – cittadini, professionisti, istituzioni e attori sociali – nella costruzione condivisa delle soluzioni per creare un ambiente in cui la salute e il benessere possano prosperare. Ciò implica una visione omnicomprensiva capace di includere i determinanti sociali della salute, come l'accesso ai servizi sanitari, l'istruzione, l'occupazione, l'ambiente fisico e sociale, nonché le risorse disponibili, e di promuovere il ruolo attivo delle persone, affinché diventino protagoniste delle scelte che riguardano il proprio benessere. Una visione orientata anche a ridurre le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi socio-sanitari in cui la partecipazione non sia un atto simbolico, ma un processo autentico di dialogo, trasformazione e generazione condivisa di soluzioni.

In questo quadro si colloca la ricerca presentata in questo volume, il cui obiettivo è codificare un modello di coinvolgimento della comunità in grado di sostenere l'innovazione sociale e sanitaria.

La ricerca è parte del progetto *Tuscany Health Ecosystem* (THE) finanziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e promosso dalla Regione Toscana insieme agli Atenei toscani. Il THE, articolato in dieci aree tematiche denominate Spoke*,* nasce per rafforzare il dialogo tra ricerca, imprese, istituzioni e comunità, e per sostenere la transizione verso modelli di salute capaci di integrare approcci tecnologici, sociali e territoriali.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Lo *Spoke 10 – Population Health* ha sviluppato un programma di ricerca dedicato a comprendere come le innovazioni possano essere effettivamente implementate nei servizi sanitari, non solo attraverso strumenti tecnici, ma tramite il coinvolgimento attivo delle persone e delle comunità. Coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, lo Spoke ha visto la collaborazione dell'Università degli Studi di Firenze, l'Università di Siena, l'Università per Stranieri di Siena, l'Università di Pisa e l'impresa Dedalus.

Il gruppo interdisciplinare dell'Università di Firenze – con il Dipartimento di Scienze per l'Economia e per l'Impresa (DISEI) come capofila, e il coinvolgimento dei Dipartimenti di Architettura (DIDA), di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia (FORLILPSI), e di Scienze della Salute (DSS) – ha lavorato su *community engagement* e *social innovation*, con l'obiettivo di esplorare e sperimentare metodi collaborativi che rendano la popolazione parte integrante dei processi deliberativi.

Da questa esperienza sono nati gli *Health Community Lab (HCL),* spazi di co-creazione che permettono a cittadini, professionisti socio-sanitari, enti locali, terzo settore e attori privati di analizzare problemi, condividere conoscenze e costruire soluzioni che rispondano in modo più efficace ai bisogni dei territori. Gli HCL rappresentano un tentativo concreto di superare il divario tra innovazione – tecnologica, organizzativa e sociale – e la sua reale applicazione, favorendo processi partecipativi capaci di incidere sulle pratiche e sulle politiche.

Il presente volume raccoglie esperienze e riflessioni nate all'interno di questo percorso di ricerca-azione che ha messo al centro la co-creazione come metodo di innovazione sociale e sanitaria. Dopo una breve rilettura delle sfide strutturali riguardanti la partecipazione del SSN e del modello toscano attuale (Capitolo 1) si esplorano i modelli di innovazione in ambito sanitario, come i *Living Lab* – spazi di sperimentazione in cui cittadini, professionisti, istituzioni e terzo settore collaborano per generare conoscenza e soluzioni (Capitolo 2), fino ad approdare alla concezione degli HCL, un modello innovativo di governance partecipata capace di tradurre i principi dell'*open* e *social innovation* in politiche concrete di salute.

La riflessione da cui nascono gli HCL si fonda sull'approccio delle *capability* di Amartya Sen, che interpreta lo sviluppo e il benessere come espansione delle libertà reali delle persone ed è orientata verso i cinque pilastri dello Sviluppo Umano Integrale, quali l'equità, la partecipazione e inclusione, la sicurezza umana (intesa come protezione, *empowerment* e solidarietà), la produttività (tenendo conto dell'efficacia nel raggiungere il risultato in sinergia con gli altri pilastri) e la sostenibilità (capitolo 3). La partecipazione diventa così non solo un mezzo per progettare servizi più efficaci, ma anche un fine in sé: un processo di *empowerment* individuale e collettivo che rafforza la capacità di ciascuno di "agire" e di contribuire alla vita pubblica.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

In altre parole, prima viene l'efficacia di risultato e di processo e poi l'efficienza nell'uso delle risorse.

I capitoli successivi offrono una panoramica di contesti e ambiti differenti in cui la metodologia HCL è stata sperimentata, evidenziandone la flessibilità di impiego e l'eterogeneità delle tecniche di ricerca che possono esservi incluse. Questi capitoli mantengono una struttura simile, che si basa sulle tre fasi consecutive di analisi, implementazione e valutazione delle soluzioni co-create con gli stakeholder, evidenziando quindi come ciascun rappresentante della cosiddetta quadrupla elica (accademia, enti pubblici, privati e cittadini) abbia partecipato ai progetti.

I capitoli 4 e 5, in particolare, mostrano come gli HCL possano divenire uno spazio di perfezionamento dei contenuti utilizzati nell'ambito della prevenzione e promozione della salute. I progetti raccontano la co-creazione di canali e moduli formativi dedicati alla popolazione giovanile, per favorire la vaccinazione o contrastare i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Nei capitoli successivi il focus si sposta sul rapporto tra cittadini, servizi e territorio: dall'accoglienza nelle nuove strutture delle Case della Comunità (Capitolo 6), all'analisi delle aree interne della Toscana, dove la distanza dai servizi essenziali rende urgente ripensare i modelli di assistenza (Capitolo 7).

I Capitoli 8 e 9 approfondiscono invece il rapporto tra servizi socio-sanitari e condizioni particolari come quelle che richiedono una presa in cura globale o che si collegano direttamente alla questione del fine vita. In questi ambiti l'approccio HCL permette di comprendere i punti di vista tanto del professionista sanitario quanto del cittadino che si trova a vivere queste condizioni, integrando i loro bisogni per la definizione innovativa dell'offerta sanitaria.

Il capitolo 10 rivolge la metodologia HCL verso la ridefinizione degli spazi verdi urbani, esplorando un ulteriore versante di quella che può essere definita la quinta elica degli stakeholder: l'ambiente. Il capitolo 11 invece riguarda la formazione di una nuova figura che sviluppi le necessità di apprendimento e educazione dei bambini anche in ambito ospedaliero, venendo quindi a completare le potenzialità degli HCL anche in questa fase della vita, in cui precocemente si entra in contatto con il contesto sanitario.

Tutte queste esperienze dimostrano che la salute non è solo il risultato di interventi sanitari, ma un bene comune che si costruisce nei luoghi della vita quotidiana: nei quartieri, nelle comunità, nei contesti educativi e sportivi, nelle reti sociali e digitali. La co-creazione si rivela così uno strumento strategico per ridurre le disuguaglianze, rafforzare i legami sociali, promuovere il benessere e generare innovazione.

Il capitolo finale (12) descrive proprio queste potenzialità, analizzando con strumenti trasversali i processi co-creativi e gli esiti di tutti gli HCL, sottolineandone i vantaggi e le sfide per il possibile miglioramento. Questi

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

risultati spingono gli autori verso la proposta di quella che potrebbe essere una rete, o HUB, di partecipazione regionale per il sistema-salute.

Il volume si rivolge a un pubblico ampio e composito: professionisti sanitari, chiamati a ripensare modelli di presa in carico centrati sulla persona; decisori pubblici, impegnati a disegnare politiche di salute integrate e sostenibili; cittadini e associazioni del terzo settore, la cui partecipazione attiva è condizione per la riuscita di ogni innovazione; e, più in generale agli attori della quintupla elica – istituzioni, ricerca e università, imprese (pubbliche e private), società civile e ambiente– che rappresentano il tessuto vitale dell'innovazione sociale.

A questi destinatari il libro propone una visione della salute come processo collettivo, che richiede alle istituzioni di aprirsi all'ascolto attivo (non pregiudiziale) e al dialogo, di condividere responsabilità e di valorizzare le competenze diffuse nelle comunità.

Il risultato principale di questa ricerca sta proprio nel riflettere su come costruire processi in grado di generare una partecipazione attiva, dinamica e condivisa tra tutti gli attori per favorire il buon funzionamento del *Tuscany Health Ecosystem*, attraverso cambiamenti sistemici.

Gli HCL non sono soltanto progetti sperimentali, ma veri e propri laboratori di democrazia sanitaria: spazi in cui cittadini, professionisti e *stakeholder* co-creano conoscenza, decisioni e azioni, per un sistema sanitario più equo, inclusivo e capace di futuro.

Il metodo sviluppato, attraverso gli HCL, è, in definitiva, non solo uno strumento strategico per le tematiche riguardanti il THE, ma travalica l'ambito socio-sanitario ed è estendibile ad altre tematiche dove è importante creare processi di innovazione sociale efficaci a livello Regionale e locale.

Risulta importante sottolineare che, per rafforzare la validità scientifica dell'opera, il volume ha beneficiato della revisione del prof. Marco Bellandi del Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa dell'Università degli Studi di Firenze e del referaggio di un secondo esperto sul tema dei *Living Lab* nel contesto italiano, già collaboratore della casa editrice FrancoAngeli.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1. La partecipazione in sanità: dal SSN al modello toscano

di *Francesca Zagli, Andrea Guida, Elisa Betti, Mario Biggeri, Dario Menicagli, Ettore Rosari, Francesco Toccafondi* e *Guglielmo Bonaccorsi*[1]

1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si trova oggi ad affrontare una crisi caratterizzata dalla carenza di personale sanitario, dall'indebolimento dell'assistenza territoriale, dall'allungamento delle liste di attesa e dal sovraffollamento dei pronto soccorso. Tali criticità si inseriscono in un contesto demografico e sociale segnato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche, dai mutamenti nella struttura familiare e da una crescente vulnerabilità sociale. In questo contesto, le disuguaglianze sociali di salute, le disuguaglianze nella garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)[2] e, quindi, le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari, sia tra le diverse regioni sia all'interno di esse, si presentano come persistenti e profonde, al punto da determinare fenomeni di rinuncia alle cure

[1] Si ringraziano le seguenti persone per il loro contributo: Marco Bellucci, Giacomo Manetti (Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa, UNIFI) e Gavino Maciocco (Dipartimento di Scienze della Salute, UNIFI).

[2] Una definizione chiara dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si trova nel D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"), all'art. 1, come successivamente modificato dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ("Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"). I LEA sono, qui, definiti come l'insieme delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, in quanto caratterizzate, per specifiche condizioni cliniche, da evidenze di un significativo beneficio in termini di salute individuale e collettiva rispetto alle risorse impiegate.

Sono pertanto esclusi dai LEA: le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali; le prestazioni prive di efficacia dimostrata o utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti; le prestazioni che, a parità di beneficio, risultano più costose delle alternative disponibili.

Con il DPCM 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), i LEA sono stati organizzati in tre grandi aree: 'Prevenzione collettiva e sanità pubblica'; 'Assistenza distrettuale'; 'Assistenza ospedaliera'.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

(Costa et al. 2014, Vicarelli e Spina 2020, Fondazione Gimbe 2024, ARS Toscana 2016).

Queste disuguaglianze evidenziano che i principi fondanti del SSN – universalismo, uguaglianza ed equità – non abbiano una piena e omogenea attuazione e oggi sembrano sottoposti a una pressione crescente, in un contesto segnato dal progressivo definanziamento della sanità pubblica (Maciocco 2018, Fondazione Gimbe 2024). Le sfide che ne derivano si manifestano non solo all'interno del sistema sanitario, ma anche nel più ampio contesto economico, politico e sociale, entro il quale si generano e si riproducono le disuguaglianze di salute.

In tale quadro, la partecipazione emerge come un tema cruciale: al tempo stesso principio organizzativo del SSN e strumento per rafforzare l'assistenza sanitaria, promuovere l'*empowerment* delle persone e delle comunità e rispondere in modo più equo ai bisogni di salute.

L'Osservatorio Europeo sui Sistemi Sanitari e sulle Politiche Sanitarie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha identificato tre ruoli principali che le persone assumono nei sistemi sanitari: scelta, voce e co-produzione (Nolte, Merkur, e Anell 2020). Queste tre modalità riflettono approcci distinti al coinvolgimento delle persone: un approccio consumerista (scelta), un approccio deliberativo (voce) e un approccio partecipativo (co-produzione) (Dent e Pahor 2015).

> La scelta si riferisce all'idea generale del paziente o dell'utente del servizio come ad un consumatore all'interno del sistema sanitario. La nozione di voce rappresenta il singolo paziente o utente del servizio come cittadino attivamente coinvolto negli organi decisionali legati alla salute. La co-produzione può essere collocata all'interfaccia tra voce e scelta e descrive il modo in cui i pazienti o gli utenti del servizio si impegnano, individualmente o collettivamente, nella fornitura dei propri trattamenti e cure in collaborazione con i fornitori (Nolte, Merkur, e Anell 2020, 9)

Per comprendere il significato della co-produzione così definita, è necessario ripercorrere brevemente l'evoluzione del concetto di salute. Da una visione riduttiva, centrata sulla mera assenza di malattia, si è passati a una prospettiva olistica che considera il benessere complessivo della persona, comprendendo le dimensioni fisica, mentale, emotiva, sociale e spirituale. Già dal secondo dopoguerra, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiva la salute come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattia» (WHO, 1948, 16). Negli ultimi due decenni, questa definizione si è ulteriormente evoluta, fino a concepire la salute come la capacità dell'individuo di adattarsi alle sfide poste dall'ambiente in cui vive. La salute è intesa non come uno stato statico da raggiungere, ma come un processo dinamico di adattamento e gestione delle condizioni personali, sociali ed ambientali. Ciò ha reso centrale la partecipazione

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

attiva delle persone, valorizzando l'*empowerment* individuale, la promozione dell'autonomia e la condivisione dei processi decisionali tra pazienti e professionisti.

In linea con i principi organizzativi del SSN e con le raccomandazioni dell'OMS, il ruolo delle persone in sanità non si esaurisce nelle sole forme di scelta, di espressione della voce o di co-produzione, ma si configura come partecipazione pubblica, ossia come coinvolgimento attivo delle persone e delle comunità nell'identificazione dei bisogni, nella pianificazione e nella progettazione delle politiche e degli interventi. Seguendo l'approccio delle *capability,* introdotto da Amartya Sen negli anni '80 e di cui parleremo nei prossimi capitoli, il fine ultimo delle politiche socio-sanitarie dovrebbe essere quello di mettere al centro la persona e, quindi, di incidere positivamente sulle opportunità e capacità (*capability)* delle persone di condurre una vita degna di essere vissuta ma, allo stesso tempo, di essere attori attivi sia da un punto di vista individuale che collettivo (questo processo individuale e collettivo di *empowerment* è racchiuso nel concetto di *agency*) (Sen 2000).

Fin dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978, l'OMS raccomanda di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione delle persone in ambito sanitario: «le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno» (WHO, 1978, 3). In quella sede si affermò che il raggiungimento del più alto livello possibile di salute costituisce un obiettivo sociale di primaria importanza e di interesse globale, il cui conseguimento richiede il contributo non solo del settore sanitario, ma anche di numerosi altri attori socio-economici (Maciocco 2018).

Nel 2002, l'OMS ha avanzato una definizione comprensiva di partecipazione comunitaria come

> [...] processo per mezzo del quale le persone sono messe in grado di divenire attivamente e genuinamente coinvolte nel definire le questioni di loro interesse, nel produrre decisioni relative ai fattori che influenzano le loro vite, nella formulazione e attuazione delle politiche, nel pianificare, organizzare ed erogare servizi e nell'intraprendere azione volte a realizzare il cambiamento (WHO 2002, 10)

Questa definizione, con l'accento posto sugli avverbi "attivamente e genuinamente", interpretando la partecipazione come un processo volto ad attribuire un effettivo potere decisionale alle persone, andando oltre il mero coinvolgimento consultivo. Una simile prospettiva richiama la distinzione proposta da Sherry Arnstein, consulente e ricercatrice per il Dipartimento di Salute degli Stati Uniti, nel celebre articolo *A Ladder of Citizen Participation* (1969), in cui viene sottolineata la necessità di distinguere la partecipazione autentica dalle forme di 'partecipazione simbolica' (*tokenism*), caratterizzate dall'assenza di una reale capacità decisionale.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Ai fini della discussione che stiamo sviluppando in questo capitolo è utile evidenziare due aspetti del lavoro di Arnstein. Innanzitutto, tra le pratiche che sono frequentemente designate come pratiche di partecipazione pubblica rientrano quelle di informazione e consultazione che, seguendo Arnstein (1969), possiamo definire pratiche di 'partecipazione simbolica'. Si tratta, infatti, di processi che non assegnano poteri decisionali alle persone. Le iniziative di consultazione pubblica garantiscono alle persone l'opportunità di esprimere la propria voce e di influenzare le decisioni pubbliche, ma non assicurano che la loro voce venga poi accolta in sede decisionale. Le pratiche di partecipazione pubblica, a differenza delle pratiche di informazione e di consultazione, richiedono, invece, la deliberazione, lo scambio di informazioni tra il pubblico e i decisori, il dialogo, la collaborazione e il negoziato (Rowe e Frewer 2005) e, ai livelli più alti della partecipazione, il partenariato, la delega del potere e il controllo da parte dei cittadini.

Il presente capitolo affronta quindi il tema della partecipazione come principio organizzativo del SSN, ricostruendone l'evoluzione normativa a partire dalla sua istituzionalizzazione fino ai processi di regionalizzazione avviati con la riforma del Titolo V della Costituzione. Viene posta particolare attenzione alle modalità attraverso le quali la partecipazione è stata promossa nei diversi contesti regionali, evidenziando la marcata eterogeneità a livello nazionale e analizzando quindi il caso della Regione Toscana come *benchmark* di buone pratiche. Questa analisi mostra come, tuttavia, pur in presenza di esperienze innovative, la partecipazione rimanga spesso circoscritta a forme limitate di coinvolgimento – quali la scelta, la voce o la co-produzione – che non garantiscono un effettivo potere decisionale ai cittadini. Da qui emerge la necessità di promuovere forme di co-creazione capaci di superare tali limiti, valorizzando le organizzazioni della società civile non come soggetti che collaborano in maniera sussidiaria all'erogazione dei servizi, ma come «luoghi di partecipazione per eccellenza» (Altieri 2004, 401).

2. La partecipazione nel SSN e il modello toscano

Nel presente paragrafo, illustriamo la rassegna della normativa e della letteratura sulla partecipazione nel SSN, mettendo in luce le principali traiettorie evolutive e le differenze territoriali che ne caratterizzano l'attuazione. In questo contesto, ci concentriamo sul caso toscano, che è il territorio al centro della ricerca qui presentata ed è considerato un *benchmark* a livello nazionale per le esperienze promosse attraverso le 'Società della Salute'. Per concludere, discuteremo del ruolo delle organizzazioni del Terzo settore in sanità, sia come erogatori di servizi sia come attori della governance locale, con riferimento alle disposizioni del Codice del Terzo Settore (d.lgs. 117/2017) e agli strumenti della co-programmazione e della co-progettazione.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

2.1 La partecipazione in sanità: principio organizzativo e 'grande scelta incompiuta'

Quale modello di partecipazione prevale oggi all'interno del SSN italiano? È possibile parlare di un sistema orientato prevalentemente al coinvolgimento, all'ascolto o, piuttosto, ad una partecipazione effettiva (Altieri 2004)? In altri termini, il quadro attuale sembra riflettere le modalità della scelta, della voce, della co-produzione o della partecipazione pubblica? E soprattutto chi rappresenta l'«attore sociale della partecipazione» (Altieri 2004, 413): il paziente, il cliente o la persona?

La centralità della persona figura tra i principi organizzativi del SSN ed è articolata attraverso una serie di diritti fondamentali, che comprendono la libertà di scelta del luogo di cura, il diritto a ricevere informazioni sulla malattia e sulla terapia, nonché la facoltà di esprimere o negare il consenso informato (Ministero della Salute 2019). Il *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale* (Ministero della Salute 2008) ribadisce tali diritti richiamando l'attenzione sulla libertà di scelta, sul diritto all'informazione e sul diritto alla partecipazione.

A partire dall'istituzione del SSN, avvenuta con Legge n. 833 del 1978, la partecipazione dei cittadini è stata definita come principio organizzativo del SSN. L'articolo 1 stabilisce che «l'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini». L'articolo 13 attribuisce ai comuni il compito di assicurare «la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, [...] e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al controllo della loro funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio sanitario nazionale e agli obiettivi dei piani sanitari triennali delle regioni». Sempre nell'ambito dell'articolo 13, è fatto esplicito riferimento al ruolo dei comuni nel disciplinare, anche in relazione ai compiti di educazione sanitaria propri delle unità sanitarie locali, la partecipazione degli utenti direttamente interessati all'attuazione dei singoli servizi.

Nonostante tali enunciazioni di principio, la Legge n. 833/1978 non ha previsto alcun meccanismo o canale istituzionale idoneo a garantire un effettivo coinvolgimento dei cittadini nella governance del sistema sanitario e il modello di partecipazione o, meglio, i modelli di partecipazione che sono stati affermati nel SSN sono stati definiti a partire dalla riforma sanitaria del 1992, il D.Lgs. n. 502/1992 e dalla Riforma del Titolo V della Costituzione introdotta con la Legge Costituzionale n. 3 del 2001 (Altieri 2004; Serapioni e Matos 2014). Si tratta, tuttavia, di modelli che interpretano la partecipazione in modo differente rispetto a quanto previsto dalla Legge 833 del 1978.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

In primo luogo, con il Titolo IV del D. Lgs. n. 502/1992 viene introdotto, per la prima volta, un sistema finalizzato a favorire il coinvolgimento della cittadinanza attraverso pratiche di informazione e consultazione. La norma pone in particolare l'accento sull'esercizio del «diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura», stabilendo che il Ministero della Sanità assicuri «la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità» e che le unità sanitarie locali – oggi 'Aziende Sanitari Locali' – e le aziende ospedaliere attivino «un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso ai servizi».

Il decreto, inoltre, introduce l'obbligo di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze della cittadinanza, anche mediante l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi, con particolare attenzione alla personalizzazione e all'umanizzazione dell'assistenza. Viene altresì affermato il principio della consultazione dei cittadini e delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti, al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi, individuare eventuali disfunzioni e consentire la presentazione di «osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa».

Se con l'istituzione del SSN era stato delineato un modello di partecipazione democratica di tipo co-gestionale – che prevedeva il coinvolgimento congiunto delle diverse componenti sociali (operatori, cittadini, enti locali) nei processi decisionali e gestionali –, il modello di partecipazione introdotto dal D.Lgs. 502/1992 è stato definito come modello «consultivo, cooptativo, presenzialista e autolegittimato» (Altieri 2004), definizione che enfatizza come esso delinei una forma di partecipazione di tipo essenzialmente consultivo, senza precisare le modalità di legittimazione dei rappresentanti dei cittadini. In questo senso, il meccanismo rischia di configurarsi come autoreferenziale.

In secondo luogo, con la riforma del Titolo V della Costituzione si è proceduto, da un lato, al riconoscimento in sede legislativa dell'attivismo civico e, dall'altro, alla regionalizzazione del SSN e del modello di partecipazione in sanità. L'ultimo comma dell'articolo 118 della Legge costituzionale n. 3 del 2001 sancisce infatti la promozione dell'«autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale» e dispone che le istituzioni ne favoriscano lo sviluppo (Cittadinanzattiva 2009a). Tuttavia, la riforma del Titolo V del 2001 ha attribuito alle Regioni una competenza concorrente in materia di tutela della salute e la conseguente regionalizzazione ha generato un contesto nazionale fortemente eterogeneo, caratterizzato anche da significative differenze nella legislazione relativa alla partecipazione in sanità.

Uno studio di Cittadinanzattiva (2019b) ha evidenziato la seguente differenziazione regionale: quattro regioni – Calabria, Campania, Friuli Venezia

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Giulia e Lazio – non dispongono di alcuna normativa sanitaria dedicata alla partecipazione; tre regioni – Emilia Romagna, Toscana e Puglia – insieme alla Provincia autonoma di Trento, sono dotate di leggi specifiche sulla partecipazione alle politiche pubbliche; la Toscana, in particolare, si distingue per avere introdotto anche una legge specifica sulla partecipazione in sanità (la Legge Regionale 14 dicembre 2017 n. 75, "Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005"); nelle restanti regioni, infine, la partecipazione è regolata da leggi che contengono solo singoli articoli dedicati al tema in ambito sanitario.

Dall'analisi, inoltre, emerge che, dal 1978 a oggi, la normativa nazionale e regionale abbia progressivamente «limitato l'opportunità/obbligatorietà del coinvolgimento dei cittadini da parte degli Enti alle sole fasi della programmazione e del controllo/valutazione, con evidenti carenze per quanto riguarda la partecipazione civica nelle fasi della definizione dell'agenda, della decisione e della implementazione».

> Il coinvolgimento dei cittadini in sanità da parte delle istituzioni è ancora una delle grandi scelte incompiute del Servizio sanitario pubblico e, in ogni caso, realizza una partecipazione diseguale che non garantisce ai cittadini, sempre, ovunque e allo stesso modo, di essere attori del ciclo delle politiche sanitarie pubbliche, specie se si assume a riferimento il contesto internazionale (Cittadinanzattiva 2019b, 7)

La letteratura concorda nell'affermare che, nonostante l'emergere di alcune buone pratiche a livello regionale, le esperienze di partecipazione strutturata in sanità restano, nel contesto nazionale, ancora sporadiche (Giarelli et al. 2020; Serapioni 2023) e i modelli contemporanei di partecipazione risultano sostanzialmente invariati rispetto a quelli introdotti dalle riforme degli anni Novanta (Cervia, Giarelli e Lombi 2022).

Da un lato, la revisione normativa condotta da Cittadinanzattiva mostra che, con riferimento alle diverse fasi del ciclo di *policy*, la maggior parte delle regioni limita il coinvolgimento dei cittadini alle sole fasi di programmazione e valutazione, escludendoli dalle altre. In particolare, la partecipazione alla fase di definizione dell'agenda è prevista in dieci regioni, quella all'implementazione (co-gestione e co-erogazione) in nove, mentre la partecipazione alle fasi decisionali è contemplata soltanto in sei regioni.

Dall'altro lato, l'analisi rivela che, anche laddove le normative regionali prevedono esplicitamente il coinvolgimento dei cittadini nelle fasi decisionali, gli organismi dedicati – come i Comitati di partecipazione aziendali o i Tavoli di partecipazione, presenti in alcune regioni quali Abruzzo e Marche – sono di fatto investiti di compiti prevalentemente amministrativi e tecnici, in linea con le disposizioni del D.Lgs. 502/1992. Tali funzioni riguardano

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

principalmente la rilevazione della qualità percepita, la misurazione della soddisfazione dell'utenza e l'aggiornamento della Carta dei servizi (Cittadinanzattiva 2019b, 6).

Alla revisione normativa, Cittadinanzattiva (2019b) ha affiancato un'indagine empirica su un campione di pratiche di coinvolgimento della popolazione, selezionate in cinque regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia, Toscana) e nella Provincia Autonoma di Trento. I risultati dell'indagine hanno confermato che le pratiche più diffuse sono riconducibili alla consultazione e alla co-produzione, quest'ultima prevalentemente nelle forme della co-progettazione e della co-valutazione.

Prima di presentare il modello che qualifica il caso toscano come *benchmark* di buone pratiche, è utile introdurre le più recenti disposizioni relative al Terzo settore e agli strumenti di amministrazione condivisa tra Enti Pubblici ed Enti del Terzo Settore, ovvero la co-progettazione e la co-programmazione.

2.2 Il Terzo Settore, la co-programmazione e la co-progettazione

Le organizzazioni della società civile hanno acquisito crescente rilevanza all'interno del SSN a partire dagli anni Ottanta, consolidando progressivamente il proprio ruolo di erogatori di servizi (Boccacin 2023). Tale processo ha trovato ulteriore rafforzamento negli anni Novanta con le riforme ispirate ai principi del *New Public Management* (NPM) – in particolare l'aziendalizzazione, la regionalizzazione e la privatizzazione – che hanno contribuito a definire un modello di *welfare mix* in cui le organizzazioni della società civile sono state riconosciute principalmente come fornitrici di servizi. Questa impostazione, tuttavia, ha trascurato la loro dimensione di «luoghi di partecipazione per eccellenza» (Altieri 2004, 401), non prevedendo un reale coinvolgimento nella governance pubblica e non valorizzando appieno la loro funzione di rappresentanza. In questo quadro, il terzo settore ha rischiato di vedere compromessa la propria capacità di farsi portavoce dei bisogni delle comunità, con un coinvolgimento che sembra essere avvenuto «in modalità residuale, integrativa e di supplenza rispetto alle lacune dell'ente pubblico» (Boccacin 2023, 95).

> Se certamente l'indebolimento della capacità dello Stato di garantire la copertura dei bisogni di salute rappresenta un fattore esplicativo rilevante per comprendere l'ascesi del terzo settore in sanità (oltre che del privato for profit), si tratta di una spiegazione che non solo è in grado di illustrare parzialmente il fenomeno, ma che presenta anche il rischio di una lettura superficiale in quanto porta a considerare il suo contributo in modalità residuale, integrativa e di supplenza rispetto alle lacune dell'ente pubblico (Boccacin 2023, 95)

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

A partire dagli anni Duemila si osserva, tuttavia, che le amministrazioni pubbliche hanno avviato interventi finalizzati a favorire il coinvolgimento delle organizzazioni della società civile non più soltanto come erogatori di servizi, ma anche come attori nei processi di governance delle politiche sanitarie (Boccacin 2023). In questo percorso, l'emanazione del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 3 luglio 2017 n. 11) ha rappresentato un passaggio normativo cruciale, poiché ha istituzionalizzato strumenti e procedure volti a riconoscere un ruolo più strutturato alle organizzazioni della società civile all'interno del SSN.

Innanzitutto, il Codice definisce quali organizzazioni e associazioni rientrano tra gli enti che sono formalmente riconosciuti come Enti del Terzo Settore (ETS):

> Sono enti del Terzo settore le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore (Art. 4, D.Lgs. 11/2017)

Il decreto ha istituito il Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (R.U.N.T.S.) con l'obiettivo primario di creare maggiore trasparenza e chiarezza e superare il precedente sistema di registrazione degli enti, caratterizzato da una molteplicità di registri la cui gestione era affidata alle Regioni e alle Province autonome.

Le attività di interesse generale che possono svolgere gli ETS includono: interventi e servizi sociali per l'assistenza, integrazione sociale e difesa dei diritti delle persone disabili; interventi e prestazioni sanitarie; prestazioni socio-sanitarie; interventi e servizi finalizzati alla salvaguardia e al miglioramento dell'ambiente; ricerca scientifica di particolare interesse sociale; alloggio sociale e ogni altra attività di carattere residenziale diretta a soddisfare bisogni sociali, sanitari, culturali, formativi o lavorativi, promozione e tutela dei diritti umani, civili e politici (Art. 5, D.Lgs. 11/2017).

Il Codice non si limita a definire le attività di interesse generale di cui gli ETS sono erogatori attivi e, quindi, a riconoscerne il ruolo di erogatori di servizi sanitari, ma conferma

> il valore e la funzione sociale degli enti del Terzo settore, dell'associazionismo, dell'attività di volontariato e della cultura e pratica del dono quali

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

> espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo (Art. 2, D.Lgs. 11/2017)

e definisce gli strumenti della co-programmazione e la co-progettazione come modalità di coinvolgimento attivo degli ETS alla programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività elencati all'Articolo 5.

> La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.
> La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti […] (Art. 55, D.lgs. 11/2017)

2.3 Il modello 'Società della Salute'

Concentrandoci sul caso della Toscana, la normativa sanitaria regionale (Legge Regionale 24 febbraio 2005 n. 40, Disciplina del servizio sanitario regionale) definisce la partecipazione come principio organizzativo del Servizio Sanitario Regionale (SSR). L'articolo 3 individua, in particolare, i seguenti principi: la «centralità e partecipazione del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale»; la «sussidiarietà istituzionale e il pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute»; la «sussidiarietà orizzontale e la valorizzazione delle formazioni sociali, in particolare di quelle operanti nel terzo settore»; nonché la «valorizzazione professionale del personale del servizio sanitario regionale e la promozione della sua partecipazione ai processi di programmazione e valutazione della qualità dei servizi».

Al di là delle enunciazioni di principio, la Regione Toscana si configura come un *benchmark* a livello nazionale e un esempio di buona pratica (Cittadinanzattiva 2019b). Infatti, *in primis* essa si distingue a livello nazionale per l'istituzione delle 'Società della Salute', che è avvenuta con la Legge Regionale 10 novembre 2008 n. 60 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

Il modello 'Società della Salute', indicato per la prima volta nel Piano sanitario regionale 2002-2004, e oggetto di sperimentazione secondo quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2005-2007, si configura come un consorzio pubblico senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni. La Società della Salute è definita all'articolo 2 della Legge Regionale 10 novembre 2008 n. 60 Modifiche alla legge regionale 24

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) come «modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda sanitaria locale ed i Comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali integrate».

Il modello nasce con l'obiettivo di costituire un nuovo soggetto organizzativo a livello territoriale cui sono affidate le finalità e le funzioni relative, per esempio, alla «piena integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali», al «governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate ad assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale» e alla «programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione» (Art. 61 L.R. 10 novembre 2008 n. 60).

L'integrazione sociosanitaria e la prevenzione costituiscono due riferimenti fondamentali per la realizzazione del modello. Al fine di realizzare tali obiettivi complessivi, al Comune sono attribuite funzioni di programmazione e controllo, ma anche di compartecipazione al governo del territorio finalizzato ad obiettivi di salute, allo scopo di realizzare l'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, ma anche tra questi ambiti e le altre politiche di competenza dell'ente locale, in funzione del miglioramento della salute complessivamente intesa e del benessere sociale della popolazione. L'elemento di maggiore novità è costituito da un lato dalla previsione di un Piano integrato di salute, da realizzare in ogni Società della Salute, nel quale delineare in primo luogo il profilo epidemiologico delle comunità locali, definire successivamente gli obiettivi di salute e benessere con i relativi standard qualitativi e quantitativi, dall'altro lato per l'individuazione delle azioni, delle risorse e della rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio. La sperimentazione, avviata mediante adesione volontaria, ha visto il costituirsi di diciotto Società della Salute nelle varie zone della Toscana, con una copertura di oltre il 55% della popolazione complessiva.

Al 2025, le Zone Distretto in cui sono costituite le Società della Salute sono 15 (fig. 1): le otto zone dell'Ausl Toscana Centro, tre delle dieci dell'Ausl Toscana Nord-Ovest (Lunigiana, Bassa Val di Cecina-Val di Cornia, Alta Val di Cecina-Val d'Era) e quattro delle dieci zone dell'Ausl Toscana Sud-Est (Alta Val d'Elsa, Senese, Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese, Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana).

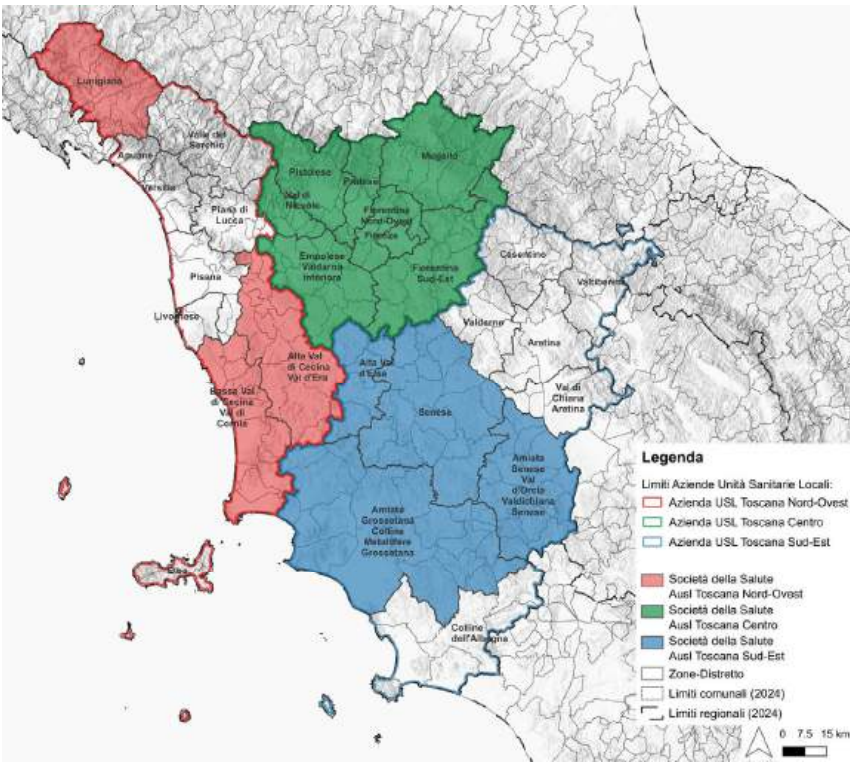
Il modello costituisce una buona pratica soprattutto per l'istituzione, al suo interno, di tre specifici meccanismi di partecipazione: il 'Comitato di partecipazione', la 'Consulta del Terzo Settore' e le 'Agorà della salute' (Serapioni e Matos 2014).

Il Comitato di partecipazione è composto da membri nominati dall'assemblea della Società della Salute tra i rappresentanti della comunità locale,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

espressione di soggetti della società che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché espressione dell'associazionismo di tutela e di promozione e sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni. Il Comitato svolge i compiti di elaborazione delle proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo generale e di elaborazione dei pareri sulla proposta di Piano Integrato Sociale, sullo schema di relazione annuale e sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e di osservazioni e proposte programmatiche (L. R. 40/2005, Art. 71).

Fig. 1 – Le Società della Salute e Zone Distretto della Toscana. Fonte: nostra elaborazione



La Consulta del Terzo Settore (L.R. 40/2005, art. 71) è un organismo composto dalle organizzazioni di volontariato e dagli enti del Terzo settore operanti nei settori sanitario, sociosanitario e sociale a livello territoriale. Essa svolge un ruolo consultivo e propositivo, in particolare attraverso l'elaborazione di proposte progettuali finalizzate alla definizione del Piano integrato di salute.

Accanto a tale strumento, le Agorà della Salute rappresentano momenti istituzionalizzati di ascolto delle «esigenze, opinioni e critiche» provenienti dalla

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

popolazione. Tali incontri, da organizzare due volte l'anno, prevedono la partecipazione, in almeno una delle sessioni, degli assessori regionali competenti, con l'obiettivo di garantire un confronto diretto tra istituzioni e cittadini.

Questi strumenti e opportunità di partecipazione, ad oggi, hanno le finalità di favorire lo scambio diretto di esigenze, opinioni e critiche, proposte e osservazioni, guardando in un'ottica di co-programmazione e co-progettazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali con gli ETS.

Oltre al modello delle Società della Salute, la Toscana si configura come un riferimento a livello nazionale anche per l'istituzione dei Comitati di partecipazione aziendali e di zona-distretto, nonché per la creazione del Consiglio dei cittadini per la salute, introdotto con la Legge Regionale 14 dicembre 2017, n. 75. I Comitati di partecipazione aziendali sono composti da rappresentanti designati dai comitati di partecipazione di zona-distretto (nelle aziende ASL) o dalle associazioni dell'utenza e dell'associazionismo di tutela, promozione e sostegno attivo (nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie e negli altri enti del Servizio Sanitario Regionale), purché non erogatori di prestazioni. Nei Comitati di partecipazione di zona-distretto siedono, invece, i membri designati dalle associazioni rappresentative dell'utenza e dell'associazionismo locale di tutela, promozione e sostegno attivo, anch'essi non erogatori di prestazioni. Infine, il Consiglio dei cittadini per la salute riunisce rappresentanti dei Comitati aziendali di partecipazione delle ASL, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale, insieme a membri del Comitato regionale dei consumatori e degli utenti e degli organismi di partecipazione tematici istituiti presso la direzione regionale competente. Le tre istituzioni di partecipazione hanno funzioni di consultazione e proposta in materia di tutela del diritto alla salute, all'equità di accesso e alla rilevazione della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari. Inoltre, la norma ha disposto che «al fine di assicurare un confronto diretto con la popolazione», anche nelle zone distretto dove non è attiva la Società della Salute, siano promossi «almeno due incontri pubblici all'anno, in cui è assicurata la presenza dell'assessore regionale competente per il diritto alla salute, del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria, nonché del direttore della programmazione di area vasta e della conferenza zonale integrata».

In conclusione, la Toscana è caratterizzata da «un sistema altamente strutturato e multilivelli di partecipazione alle scelte di pianificazione regionale, nonché di programmazione e progettazione aziendale e distrettuale» (Cervia, Giarelli e Lombi 2022, 42).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Limiti e prospettive della partecipazione in ambito sanitario

Con la trattazione presentata in questo capitolo, abbiamo introdotto il contesto nel quale si inserisce la ricerca che sarà presentata nei prossimi capitoli.

Alla luce della revisione della normativa e della letteratura, il modello di partecipazione prevalente all'interno del SSN italiano si configura prevalentemente come un modello di coinvolgimento. Infatti, la cornice normativa riconosce ai cittadini, in qualità di utenti dei servizi, il diritto alla libera scelta del presidio di cura e alla possibilità di esprimere voce e dissenso, ma non si traduce ancora in un'effettiva partecipazione ai processi di governance del sistema sanitario.

Con l'emanazione del Codice del Terzo Settore sono state create le basi per una nuova stagione della partecipazione, legate in particolare al crescente riconoscimento del ruolo delle organizzazioni della società civile e, più specificamente, degli Enti del Terzo Settore nella governance locale. L'introduzione degli strumenti di amministrazione condivisa tra gli Enti Pubblici e gli Enti del Terzo Settore mostra l'intenzione di favorire un passaggio da logiche puramente consultive a forme più strutturate di collaborazione. Nonostante ciò, le esperienze concrete nei diversi sistemi sanitari regionali, ad oggi, sembrano rimanere circoscritte soprattutto alle sole pratiche di consultazione e di valutazione, mentre risulta ancora rara la promozione di forme di partecipazione pubblica effettiva nelle altre fasi del ciclo di *policy*. Il caso della Regione Toscana, di conseguenza, emerge come buona pratica nella promozione della partecipazione a livello nazionale.

Tuttavia, per concludere, citiamo quanto è stato recentemente ribadito nel Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), ovvero che il perseguimento dei principi fondamentali del SSN richieda «un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone» e, quindi, «la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti» e «della partecipazione di tutte le risorse della comunità» e «il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.)».

Ci teniamo a evidenziare l'accento posto sul coinvolgimento di "tutte le risorse della comunità" e "dei diversi attori locali" per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

La ricerca presentata in questo volume si fonda sulla convinzione che la società contemporanea sia caratterizzata da una profonda complessità e frammentazione, tali da rendere impossibile per un singolo attore sociale di disporre delle conoscenze, competenze e risorse necessarie ad affrontare le

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

sfide attuali. In questo contesto, le tradizionali concezioni di delega del potere e di controllo della cittadinanza appaiono ormai superate (Torfing, Sørensen, e Røiseland 2019). In linea con la letteratura nazionale e internazionale, si sostiene che il rafforzamento del SSN e la piena realizzazione dei suoi principi fondanti richiedano l'adozione di forme di partecipazione strutturate e innovative, radicate nei territori e basate su spazi pubblici stabili, caratterizzati da approcci collaborativi e multi-attore, in grado sia di individuare i fattori che alimentano le disuguaglianze sia di favorire l'elaborazione condivisa di politiche e interventi. In altri termini, riteniamo che

> le parole d'ordine per perseguire soluzioni innovative sono sicuramente rete e partenariato, con cui si chiamano imprese private, enti pubblici e società civile a mettere insieme le proprie competenze e risorse e a ideare soluzioni innovative per affrontare sfide sociali sempre più complesse. (Franzoni 2012, 394)

Questa trasformazione richiede un coraggioso ripensamento del sistema socio-sanitario attraverso processi di co-creazione, a livello regionale e locale, in grado di generare una resilienza trasformativa. Con questa espressione si intende non soltanto la capacità di assorbire un problema socio-sanitario o uno *shock*, ma anche quella di compiere un salto in avanti lungo un percorso di sviluppo inclusivo, partecipato e sostenibile del sistema socio-sanitario regionale. I laboratori di co-creazione, cui è dedicato il presente volume, facilitano l'azione collettiva e l'innovazione collaborativa in ambiti cruciali quali la promozione del benessere, l'accesso alle cure e la prevenzione, favorendo una riappropriazione del dibattito pubblico da parte dei cittadini e attivando nuove forme di cooperazione tra attori nello spazio pubblico locale e regionale. In tale prospettiva, i processi di co-creazione consentono non solo di affrontare alla radice i problemi socio-sanitari già manifesti nelle comunità e nei territori, ma anche di condividere e governare con maggiore cognizione e determinazione le sfide latenti e future.

Nei prossimi capitoli, presenteremo la metodologia del *Living Lab* e la co-creazione come forme di partecipazione che permettono di promuovere una 'democrazia interattiva' in cui la cittadinanza e tutte le parti interessate sono invitati a collaborare con gli attori pubblici alle attività di identificazione dei problemi, di progettazione e di implementazione delle soluzioni (Ansell e Torfing 2021).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

Altieri, Leonardo. 2004. "La partecipazione alla salute" In *Manuale di sociologia della salute. Vol. I. Teoria*, di Costantino Cipolla, 395-429. Milano: FrancoAngeli.

Ansell, Christopher, e Jacob Torfing. 2021. "Co-creation: the new kid on the block in public governance." *Policy & Politics* 49 (2): 211-230. https://doi.org/10.1332/030557321X16115951196045

Arnstein, Sherry R. (1969). "A Ladder Of Citizen Participation". *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Cervia, Silvia, Guido Giarelli, e Linda Lombi. (2022). "Modelli regionali di partecipazione in sanità: uno studio comparativo". *Salute e società, XXI*(1), 29-47. DOI 10.3280/SES2022-001003

CittadinanzAttiva. 2019a. *Consultazione sulla partecipazione civica in sanità. Documento finale*. Consultato il giorno agosto 2024 da CittadinanzAttiva: https://cittadinanzattiva.it/multimedia/import/files/progetti/salute/consultazione-civica-sulle-politiche-di-partecipazione-in-sanita-documento-finale.pdf

CittadinanzAttiva. 2019b. *Consultazione sulla partecipazione civica in sanità. Indagine per l'analisi delle pratiche partecipative*. Consultato il giorno agosto 2024 da CittadinanzAttiva. https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9470816.pdf.

Costa, Giuseppe, Maurizio Bassi, Gian Franco Gensini, Michele Marra, Anna Lisa Nicelli, e Nicolas Zengarini. 2014. *L'equità nella salute in Italia: Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli, Fondazione Smith Kline, n. 55. https://digital.casalini.it/9788891719980

Dent, Mike, e Majda Pahor. 2015. "Patient involvement in Europe – a comparative framework". *Journal of Health Organization and Management Information,* 29:546–55. DOI: 10.1108/JHOM-05-2015-0078

Fondazione Gimbe. 2024. "7° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale". Consultato il giorno 10 dicembre 2024. https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/7-rapporto-gimbe.it-IT.html

Franzoni, Flavia. 2012. "Collaborazioni tra istituzioni pubbliche, non-profit e imprese eticamente responsabili: verso un nuovo welfare." Autonomie locali e servizi sociali 2: 383-399. DOI: 10.1447/38951

Giarelli, Guido, Linda Lombi, e Silvia Cervia. 2020. "Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura." *In Sociologia della salute e della medicina,* di Mario Cardano, Guido Giarelli and Giovanna Vicarelli, 199-222. Bologna: il Mulino.

Maciocco, Gavino. 2018. "A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. L'assalto all'universalismo". *La Rivista delle politiche sociali* (2018): 123.

Ministero della Salute. (2008, maggio 5). *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*. Consultato il giorno agosto 2024. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=808

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Ministero della Salute. (2019, gennaio 30). *I princìpi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*. Tratto il giorno agosto 2024 da Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto#:~:text=Centralit%C3%A0%20della%20persona&text=I%20diritti%20principali%20sono%3A,dare%20il%20consenso%20(consenso%20informato)

Nolte, Ellen, Sherry Merkur, e Andersen Anell. 2020. *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges.* Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108855464

Rowe, Gene, e Lynn J. Frewer. 2005. "A typology of public engagement mechanisms." *Science, technology, & human values* 30 (2): 251-290. https://doi.org/10.1177/0162243904271724

Sen, Amartya 2000. *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia.* Milano: Arnoldo Mondadori.

Serapioni, Mauro. 2023. "The participation of patients and the public in National Health Services." In *National Health Services of Western Europe: Challenges, Reforms and Future Perspectives*, di Guido Giarelli e Mike Saks, 266-284. London: Routledge.

Serapioni, Mauro, e Ana R. Matos. (2014). "Citizen participation and discontent in three Southern European health systems". *Social Science & Medicine, 123*, 226-233. doi:10.1016/j.socscimed.2014.06.006

Torfing, Jacob, Eva Sørensen, e Asbjørn Røiseland (2019). "Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits, and Ways Forward". *Administration & Society, 51*(5), 795-825. https://doi.org/10.1177/0095399716680057

Vicarelli, Giovanna, and Elena Spina. "Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?". *Social Policies* 7.1 (2020): 77-102. DOI: 10.7389/97336

WHO. 1948. *Summary reports on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946.* New York: WHO, 35. Consultato il giorno 20 agosto 2024. https://iris.who.int/handle/10665/85573

WHO. 2002. *Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques.* 1 gennaio. Consultato il giorno 20 agosto 2024. https://www.who.int/publications/i/item/9789289010849.

WHO. 1978. *Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. 12 settembre.* Consultato il giorno 20 agosto 2024. https://iris.who.int/items/9365c064-a7e7-4f1d-a126-fae4642599b9.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

2. Living Lab: partecipazione, co-creazione e innovazione sociale

di *Elisa Betti, Mario Biggeri, Alessia Marraccini* e *Francesca Zagli*

1. Introduzione

Il termine *Living Lab* (LL) fa riferimento all'infrastruttura in cui si sviluppano processi di innovazione collaborativa e distribuita e alla metodologia impiegata per la loro attuazione (Almirall, Lee e Wareham 2012). Ansell e Torfing (2021) hanno definito i LL come 'piattaforme di co-creazione', evidenziando il contributo di queste infrastrutture nella promozione di forme di partecipazione attiva (Arnstein 1969).

Analizzare i meriti di questo approccio e le definizioni di co-creazione e innovazione sociale risulta essenziale per definire strategie efficaci volte a favorire una partecipazione attiva e strutturata delle persone e delle comunità in ambito sanitario.

In letteratura, non c'è ancora chiarezza riguardo alla definizione di LL, a causa della loro complessa natura e della diversità di interpretazioni e di applicazioni che ne derivano (Westerlund, Leminen, e Rajahonka 2018; Greve et al. 2021). I LL sono, infatti, descritti come un ecosistema o una rete, un approccio integrato, un metodo o una metodologia, uno strumento di coinvolgimento attivo del pubblico e di promozione dell'innovazione per affrontare sfide complesse (Leminen e Westerlund 2016; Leal Filho et al. 2023); un ambiente per la partecipazione degli utenti nella progettazione, creazione ed implementazione di soluzioni innovative (Scholl et al. 2017).

I LL non si limitano, dunque, a rappresentare un semplice spazio di sperimentazione o una metodologia di innovazione partecipativa: essi incarnano un vero e proprio paradigma di *governance* collaborativa, facilitando la costruzione di reti tra cittadini, aziende e istituzioni pubbliche, e trasformando profondamente i processi decisionali e operativi.

Il concetto di corpi intermedi (Becchetti 2022) offre uno strumento teorico rilevante per comprendere il valore di questa dinamica. I corpi intermedi comprendono organizzazioni e reti sociali che operano tra l'individuo e le istituzioni statali, quali associazioni, cooperative, fondazioni e movimenti civici. Grazie al loro radicamento nei territori, essi agiscono come ponti tra

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

cittadini e istituzioni, intercettando e traducendo esigenze e bisogni in azioni concrete, capaci di incidere sulle politiche e sulle pratiche locali. In tal modo, promuovono iniziative orientate alla solidarietà, all'inclusione e allo sviluppo sostenibile, costituendo un pilastro essenziale per una democrazia partecipativa.

Elemento centrale dei LL è la co-creazione, intesa come processo in cui i corpi intermedi possono operare, facilitando la partecipazione attiva degli utenti e stimolando processi di innovazione sociale in grado di rivoluzionare i modelli di funzionamento dei servizi territoriali. La co-creazione comprende al suo interno fasi e pratiche specifiche, come la co-progettazione e la co-produzione, che ne rappresentano momenti distinti ma complementari (Vargas et al. 2022).

I LL e le pratiche di co-creazione che essi promuovono, costituiscono strumenti operativi concreti e multidisciplinari che abbracciano numerosi ambiti di ricerca, sebbene vengano generalmente discussi in relazione ai paradigmi dell'*Open Innovation (*Westerlund e Leminen 2011; Schuurman, de Marez, e Ballon 2016), della *User Innovation* (Hossain, Leminen, e Westerlund 2019) e della *Social Innovation* (Baran 2020).

Alla luce di queste premesse, il capitolo propone, nella prima parte, una rassegna della letteratura sui LL, con l'obiettivo di esplorarne la natura, le definizioni, le caratteristiche distintive, le fasi di sviluppo e le configurazioni possibili. Nella seconda parte, si analizza il concetto e il processo di co-creazione come elemento chiave del funzionamento dei LL, approfondendo le relazioni tra co-creazione, co-progettazione e co-produzione e si evidenzia che i LL si configurano come metodologie nelle quali l'innovazione sociale e la co-creazione si sposano per promuovere forme di partecipazione genuina e la democratizzazione dell'innovazione (Bassi et al. 2024).

2. Living Lab come paradigma di open, user e social Innovation

Nell'ambito dello sviluppo e della diffusione di metodologie partecipative (Chambers 1983, Freire 1996, Oliver 1997), il concetto di LL entra nel dibattito accademico come metodologia partecipativa intorno agli anni '90, un periodo in cui l'Unione Europa finanzia numerosi progetti di ricerca e sviluppo su larga scala (Følstad 2008; Veeckman et al. 2013; Leminen e Westerlund 2019; Leal Filho et al. 2023). In questa fase, le principali caratteristiche associate al LL sono: la partecipazione attiva degli utenti nei processi di innovazione e il contesto di vita reale in cui tali innovazioni sono testate e validate (Leminen e Westerlund 2019).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Nei successivi anni, numerosi LL vengono attivati in diverse città europee[1], favorendo così la nascita dei primi network finalizzati al trasferimento di conoscenze e alla condivisione delle migliori pratiche (Leminen e Westerlund 2019).

Questo processo culmina nel 2006, quando la Commissione Europea esprime il suo sostegno ufficiale al movimento dei LL, promuovendo la creazione di un sistema europeo di innovazione condiviso. Nello stesso anno viene, inoltre, istituita la *European Network of LL* (ENoLL 2025), che oggi rappresenta il più grande network di LL a livello internazionale.

Prima di definire i LL e analizzarne gli elementi distintivi, è utile inquadrare il contesto concettuale in cui si collocano ed operano. I LL si basano sui paradigmi dell'innovazione aperta (*open innovation*), dell'innovazione guidata dagli utenti (*user innovation*) e dell'innovazione sociale (*social innovation*). Questi approcci promuovono un modello di innovazione che non si configura come un processo *top-down*, ma che emerge in modo collaborativo attraverso il coinvolgimento attivo di utenti, comunità e una rete diversificata di stakeholder. In tal modo, i LL superano i tradizionali confini decisionali ed organizzativi e si alimentano di contributi dinamici provenienti da molteplici fonti (Leminen e Westerlund 2019).

2.1 Open innovation

L'innovazione aperta è un processo di innovazione "distribuito" che si distingue dalla *closed innovation*, ossia il modello tradizionale nel quale l'innovazione viene sviluppata internamente alle aziende (Chesbrough 2003). Secondo il paradigma dell'*Open Innovation*, le imprese non possono fare affidamento esclusivamente sulla propria ricerca interna, ma devono integrare conoscenze provenienti da stakeholder e fonti esterne per favorire l'innovazione (Chesbrough 2003). I LL si fondano su questo paradigma, incentivando la creazione di nuove connessioni tra attori eterogenei. In questo modo, facilitano la collaborazione intersettoriale e contribuiscono allo sviluppo di soluzioni innovative, nell'ottica di valorizzare il contributo di diversi soggetti all'interno di un ecosistema aperto e partecipativo (Nystrom et al. 2014).

[1] Lulea in Svezia (2001), Manchester in UK (2002) e Barcellona in Spagna (2002) (Leminen e Westerlund 2019).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

2.2 User innovation

Il processo di *Open Innovation* assegna all'impresa un ruolo chiave nella creazione e nell'introduzione dell'innovazione sul mercato. Al contrario, l'approccio della *User Innovation* riconosce negli utenti finali i veri protagonisti del processo innovativo (Baldwin e von Hippel 2011). Questo paradigma si basa sull'idea per cui gli utenti, conoscendo a fondo le proprie esigenze, sono in grado di sviluppare soluzioni efficaci, purché adeguatamente supportati (Freire 1996, Leminen, Westerlund, e Nyström 2012).

A tal fine, l'uso dei LL emerge come un ambiente in cui gli utenti partecipano attivamente alla co-creazione di innovazioni, contribuendo a soddisfare sia i propri bisogni sia quelli della comunità (Mulder, Velthausz, e Kriens 2008; Leminen, Nyström, e Westerluind 2015; Eriksson, Niitamo, e Kulkki 2005; Leminen, Westerlund, e Nyström 2014). In questo contesto, cittadini e società civile diventano attori fondamentali del processo innovativo, promuovendo soluzioni più aderenti alle reali necessità sociali.

2.3 Social innovation

Il terzo concetto esaminato è quello di innovazione sociale, ovvero:

> lo sviluppo e l'implementazione di nuove idee (prodotti, servizi e modelli) in grado di rispondere ai bisogni sociali e di creare nuove relazioni sociali o collaborazioni. Si tratta di nuove risposte a istanze sociali particolarmente urgenti in grado di influenzare i processi di interazione sociale. L'innovazione sociale ha l'obiettivo di accrescere il benessere sociale. Le innovazioni sociali sono innovazioni che sono 'sociali' sia nei fini che nei mezzi. (European Commission 2013, 6)

I LL operano in un'ottica di *Social Innovation*, poiché, pur differenziandosi internamente, condividono l'obiettivo comune di generare valore sociale e migliorare la qualità della vita degli individui e delle comunità (Leminen 2015).

In conclusione, i LL non si riconducono a un unico paradigma dominante, ma si configurano come strumenti flessibili in grado di colmare il divario tra le soluzioni innovative e le reali esigenze degli utenti finali. A tale scopo, integrano tecniche e approcci tratti dai tre concetti di innovazione, adattandoli ai bisogni specifici e agli obiettivi da raggiungere (Schuurman et al. 2012).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Living Lab: alla ricerca di una definizione

Nel presente paragrafo vengono esaminate e confrontate alcune delle principali definizioni di LL, con l'intento di identificare le caratteristiche più ricorrenti di questi ecosistemi dell'innovazione. Secondo la *European Network of LL*s (ENoLL 2025), i LL sono «[...] Ecosistemi di innovazione aperta a orientamento user-centred, fondati su un approccio sistematico di co-creazione con gli utenti e volti a integrare i processi di ricerca e innovazione all'interno di comunità e contesti reali» (ENoLL 2025). In base a questa prospettiva, i LL rappresentano ecosistemi di innovazione aperta, in cui gli stakeholder collaborano per sviluppare ed implementare soluzioni innovative all'interno di comunità e contesti reali (Kim et al. 2020), attraverso un approccio di co-creazione che pone gli utenti al centro (Hossain, Leminen, e Westerlund 2019). In altre parole, i LL non sono solo spazi per la sperimentazione, ma ambienti dinamici dove le soluzioni vengono progettate, sviluppate e testate con il coinvolgimento attivo degli utenti.

La definizione di ENoLL è in linea con molte altre presenti in letteratura. Ad esempio, Westerlund e Leminen (2011) descrivono i LL in modo simile, ossia «[…] luoghi fisiche o realtà virtuali in cui gli Stakeholder formano partenariati pubblico-privati-persone (4Ps) tra imprese, enti pubblici, università, istituti e Utenti, tutti collaborando per la creazione, prototipazione, validazione e sperimentazione di nuove tecnologie, servizi, prodotti e sistemi in contesti reali». Questa definizione introduce elementi chiave per una comprensione più approfondita del concetto di LL. Innanzitutto, supera la distinzione tra ambienti fisici e virtuali, includendo entrambi come possibili contesti di innovazione. In secondo luogo, pone l'accento sulla pluralità degli attori coinvolti, evidenziando il ruolo centrale della "public-private-people partnership" (4Ps). Questa partnership risulta essenziale poiché favorisce l'interazione tra imprese, enti pubblici, istituzioni accademiche e società civile, promuovendo lo sviluppo di soluzioni innovative attraverso un approccio basato sullo scambio di conoscenze e sulla co-creazione (Gasco 2017).

Nel complesso, i LL si fondano su due principi cardine: 1) il coinvolgimento attivo degli utenti come co-creatori e protagonisti dei processi di innovazione e 2) la sperimentazione di soluzioni innovative in contesti reali, siano essi fisici o virtuali (Vicini, Bellini, e Sanna 2012). Questa combinazione di fattori permette di sviluppare risposte più concrete e in linea con le reali esigenze delle persone.

A ciò si aggiunge un ulteriore aspetto, che riguarda la finalità principale dei LL. Oltre a svolgere un ruolo di connessione tra *stakeholder* appartenenti a settori diversi, agevolando la condivisione di idee e competenze, il loro obiettivo centrale consiste nella generazione di valore pubblico (Kanstrup, Bjerge, e Kristensen 2010). Questo implica lo sviluppo di soluzioni finalizzate ad affrontare sfide comuni e a generare un impatto economico, sociale

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

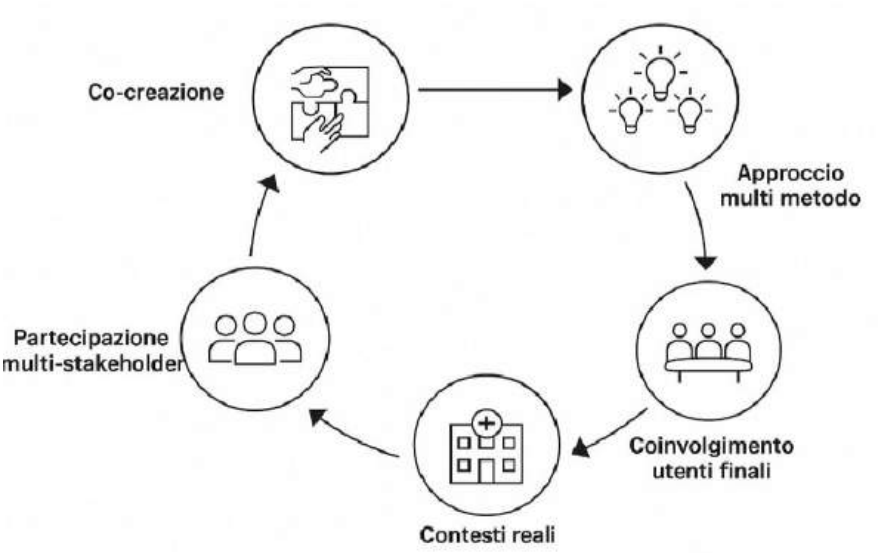
e/o ambientale (Scholl et al. 2017) concreto e positivo sulla società, migliorando il benessere e la qualità della vita delle persone. A conferma di ciò, *l'European Network of Living Labs* (EnoLL 2025) rileva che, nel 2018, oltre il 52% dei più di 440 LL ufficialmente riconosciuti risulta impegnato in progetti dedicati alla salute e al benessere individuale e collettivo (Kim et al. 2020).

In questo lavoro il LL è definito come uno strumento di gestione dell'innovazione che coinvolge in rete e in modo cooperativo le varie tipologie di stakeholder e, in particolare degli utenti, ed in grado di innestare un processo co-creativo e generativo di innovazione.

4. Principali caratteristiche dei Living Lab

I LL presentano una vasta gamma di caratteristiche e peculiarità che variano in funzione del contesto di riferimento, degli stakeholder e degli obiettivi perseguiti (Almirall, Lee, e Wareham 2012). Pur nella loro eterogeneità, è possibile individuare alcune caratteristiche comuni a tutti.

Fig. 1 – Caratteristiche principali dei Living Lab Fonte: Elaborato da Healthcare Living Lab Catalonia (2022, 16).



Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Secondo il LL *Methodology Handbook* e altri studi (Ballon e Schuurman 2015; Greve et al. 2020; Kim et al. 2020), cinque elementi chiave sintetizzano le finalità e le peculiarità di questi ecosistemi di innovazione: un approccio multimodale, il coinvolgimento attivo degli utenti, la partecipazione di molteplici stakeholder, l'innovazione in ambienti reali e la co-creazione di soluzioni innovative e socialmente rilevanti (figura 1). Nel seguente paragrafo, tali aspetti vengono analizzati in dettaglio.

4.1 Approccio multi-metodo

I LL si caratterizzano per un approccio multi-metodo all'innovazione. Essi combinano e personalizzano diverse tecniche e metodi di ricerca in funzione di obiettivi specifici e del contesto in cui operano (Almirall, Lee, e Wareham 2012). L'adozione di una vasta gamma di strumenti e metodi per la raccolta e l'analisi di dati qualitativi e quantitativi conferisce ai LL la necessaria flessibilità, rendendoli capaci di rispondere in modo adeguato alle esigenze delle persone e delle comunità, e di individuare le traiettorie di innovazione più efficaci.

L'*European Network of LL* rappresenta una fonte di riferimento per l'identificazione delle tecniche e degli strumenti che possono essere impiegati nei diversi LL (Mulder, Velthausz, e Kriens 2008), tra cui: le ricerche etnografiche, i questionari ed il focus group (Hossain, Leminen, e Westerlund 2019).

Questi strumenti di ricerca, pur variando considerevolmente in base al contesto applicativo, condividono un elemento comune: l'elevato coinvolgimento degli utenti nei processi di innovazione (Schuurman et al. 2012; Hossain, Leminen, e Westerlund 2019).

4.2 Ambienti reali

Una delle caratteristiche più distintive della metodologia dei LL risiede nell'attenzione agli ambienti reali come contesto di ricerca (Almirall, Lee, e Wareham 2012). A differenza dei laboratori tradizionali, i LL operano in contesti reali, quali: istituzioni educative, abitazioni, luoghi di lavoro e persino città, allo scopo di valutare come una determinata soluzione possa essere integrata in modo efficace nella vita quotidiana delle persone (Nyström et al. 2014; Leminen e Westerlund 2019).

I LL considerano gli ambienti reali come spazi interconnessi con le attività degli utenti e degli stakeholder (Leminen e Westerlund 2019), nei quali è possibile co-creare, testare e perfezionare soluzioni innovative all'interno di un contesto autentico (Schuurman et al. 2012). Pertanto, i LL non si limitano ad essere infrastrutture condivise per l'innovazione (Guzman et al.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

2013), bensì costituiscono vere e proprie arene nelle quali possono emergere nuove idee e dove è possibile acquisire la conoscenza tacita di tutti gli attori coinvolti (Almirall, Lee, e Wareham 2012). I LL sono stati elencati tra le cosiddette 'arene di co-creazione' (Ansell, Sørensen, e Torfing 2022), ovvero «spazi temporanei e relativamente auto-organizzati per la partecipazione, la comunicazione e l'azione congiunta» (Ansell e Torfing 2021, 223). Gli ambienti reali assumono, quindi, un'importanza primaria nei LL, poiché conferiscono significato al coinvolgimento degli utenti, che risulterebbe altrimenti inefficace se avulso dal contesto di vita quotidiana. (Westerlund e Leminen 2011).

4.3 Coinvolgimento degli utenti

Westerlund e Leminen (2011) propongono una distinzione iniziale tra due modalità di coinvolgimento degli utenti nei processi di innovazione: come "oggetti" o come "soggetti" della ricerca e sviluppo. Nel primo caso, l'utente fornisce dati e feedback relativi ai propri bisogni ed esperienze, ma non partecipa attivamente alle fasi di progettazione, pianificazione o valutazione (Arnstein 1969). Al contrario, quando assume il ruolo di soggetto, contribuisce in modo attivo e collaborativo al processo innovativo, lavorando a fianco degli altri stakeholder (Westerlund e Leminen 2011). Tale distinzione va intesa come parte di un quadro più ampio e complesso: il coinvolgimento degli utenti si sviluppa lungo un continuum di intensità, che può variare dalla semplice consultazione fino alla co-creazione. Numerosi studi, infatti, evidenziano l'esistenza di diverse scale o livelli di engagement, in cui gli utenti possono assumere ruoli progressivamente più attivi e trasformativi (Arnstein 1969; Kim et al. 2020).

Nell'ambito dei LL, il concetto di coinvolgimento degli utenti si riferisce ad una partecipazione attiva, in cui gli utenti non solo influenzano il processo di innovazione, ma lo orientano sulla base delle proprie idee e necessità (Kim et al. 2020). Per tale ragione, assumono il ruolo di innovatori, co-creatori, co-designer, co-produttori e imprenditori nella progettazione di innovazioni (Bassi, Fabbri 2023; Hossain, Leminen, e Westerlund 2019; Leminen, Westerlund, e Nyström 2012).

4.4 Co-creazione

Nei LL gli stakeholder collaborano attivamente per *co-creare* soluzioni innovative in contesti reali (ENoLL 2025). Come verrà approfondito successivamente, il concetto di co-creazione, analogamente a quello di LL, non dispone di una definizione univoca in letteratura. Tuttavia, in questa fase, la

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

co-creazione può essere intesa come una modalità di collaborazione tra utenti e stakeholder all'interno dei LL, che consente ad entrambe le parti di valorizzare le proprie esperienze, competenze e risorse nel processo di sviluppo di soluzioni innovative (Bassi, Fabbri 2022; Torfing e Ansell 2021).

L'approccio della co-creazione rende effettivo il principio del coinvolgimento degli utenti, i quali, anziché ricoprire un ruolo passivo, contribuiscono attivamente nello sviluppare le innovazioni che li riguardano (Almirall, Lee, e Wareham 2012). La collaborazione, idealmente paritaria, tra tutti gli stakeholder all'interno dei LL si rivela, infatti, essenziale per unire le forze e creare uno spazio aperto in cui le idee possano prosperare.

4.5 Stakeholder

Sebbene la letteratura sui LL evidenzi il ruolo centrale degli utenti nei processi di innovazione, è fondamentale includere una pluralità di *stakeholder* diversi (Almirall, Lee, e Wareham 2012). Tali attori, spesso provenienti da settori e ambiti differenti, contribuiscono alla creazione di partnership eterogenee e intersettoriali, favorendo un approccio collaborativo e multidisciplinare all'innovazione. Le partnership che si instaurano all'interno dei LL possono assumere diverse forme a seconda dei soggetti coinvolti. Hossain, Leminen, e Westerlund (2019) distinguono due principali tipi di collaborazione: le partnership pubblico-private (3Ps) (Feurstein et al. 2008; Almirall e Wareham 2011) e le partnership pubblico-private-persone (4Ps) (Veeckman et al. 2013).

Le partnership pubblico-private (3Ps), note anche come modello di innovazione a tripla elica (3Ps), si basano sulla cooperazione tra università, governo e industria per la creazione di nuovi prodotti e servizi destinati agli utenti (González-Martinez et al. 2021). Viceversa, le partnership pubblico-private-persone (4Ps), conosciute come modello a quadrupla elica (4Ps), ampliano questa collaborazione includendo anche la società civile (González-Martinez et al. 2021; Leminen e Westerlund 2011). Il modello a 4Ps nasce dalla consapevolezza che la tripla elica, pur favorendo l'innovazione, non è sufficiente a garantire la rilevanza sociale e l'impatto positivo delle soluzioni sviluppate, in quanto esclude il contributo diretto della società civile nella creazione di conoscenza e nello sviluppo sostenibile.

I LL adottano e promuovono esplicitamente il modello a quadrupla elica, incentivando un'interazione paritaria tra imprese, università, enti pubblici e società civile, con l'intento di rendere i processi di innovazione più inclusivi e maggiormente rispondenti ai bisogni reali della collettività (Hyysalo e Hakkarainen 2014). Il processo di co-creazione prevede il coinvolgimento di una vasta gamma di stakeholder, selezionati in funzione del contesto e delle specifiche esigenze progettuali (Laurisz et al. 2023). In questo ambito, il modello

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

della Quadrupla Elica rappresenta una delle cornici teoriche più frequentemente adottate per identificare gli attori coinvolti nei processi co-creativi.

La Quadrupla Elica è un modello di innovazione e collaborazione che si fonda sull'interazione sinergica tra diversi attori, con un focus sul cittadino/utente finale. Questo approccio si rivela particolarmente efficace nei contesti in cui le esigenze collettive rivestono un ruolo centrale nei processi di sviluppo e cambiamento. Le collaborazioni sviluppate nell'ambito della quadrupla elica possono costituire un meccanismo rilevante per promuovere processi di innovazione sociale, a condizione che i soggetti coinvolti condividano un obiettivo comune sufficientemente solido (Bellandi, Donati e Cataneo 2021). All'interno di tali partenariati, l'università si configura come un attore strategico, capace di facilitare il coordinamento tra i diversi attori, oltre che di contribuire alla costruzione di percorsi di apprendimento collettivo e a forme di governance più inclusive (Bellandi, Donati e Cataneo 2021).

Il modello della Quadrupla Elica è stato concettualizzato da Carayannis e Campbell (2005) nel volume *Knowledge Creation, Diffusion, and Use in Innovation Networks and Knowledge Clusters*. Gli autori teorizzano l'integrazione di una quarta elica al tradizionale modello della Tripla Elica (*Triple Helix Model*), elaborato negli anni '90 da Henry Etzkowitz e Loet Leydesdorff. Quest'ultimo descrive l'interazione tra tre principali attori dell'innovazione: università, industria e governo, a cui Carayannis e Campbell (2012) aggiungono una quarta dimensione, rappresentata dalla società civile e una quinta elica rappresentata dalla natura. Questa elica è fondamentale se questa vuole essere in linea con il processo di transizione e, come vedremo, entra nei processi generativi indirettamente attraverso associazioni o istituti di ricerca a far parte della riflessione e del processo di co-creazione specialmente.

4.6 Chi sono gli attori della Quadrupla elica?

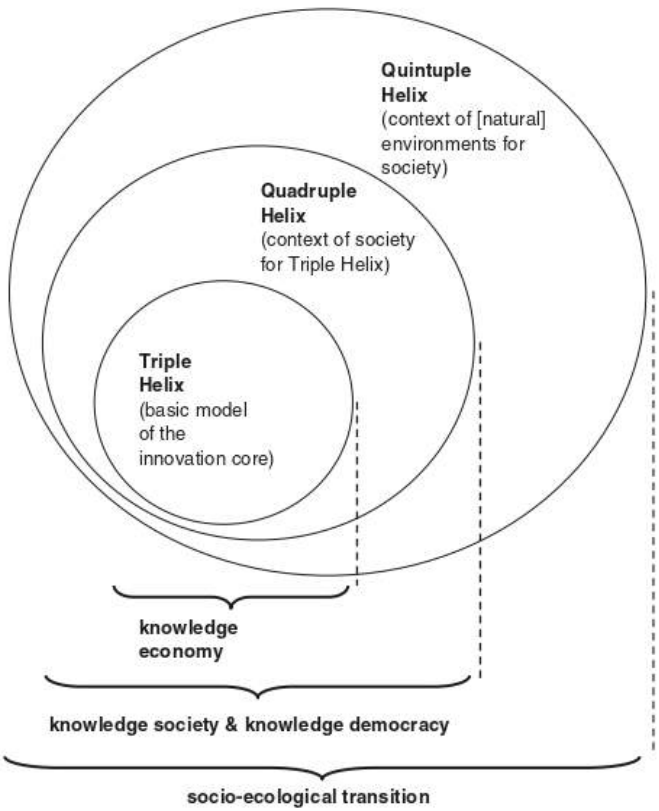
La Quadrupla Elica coinvolge i rappresentanti di tutti i principali settori della società: autorità pubbliche, enti privati, università e cittadini. Le autorità pubbliche comprendono le istituzioni statali, le agenzie governative e le organizzazioni di sviluppo regionale. L'industria include anche Enti privati come le imprese e i cluster industriali, enti del terzo settore, organizzazioni non governative. Il settore accademico è rappresentato da università ed enti di ricerca e sviluppo. Infine, la società civile comprende organizzazioni non governative (ONG), associazioni civiche, gruppi di interesse, movimenti sociali e cittadini attivi.

L'introduzione della quarta elica riflette la maggiore consapevolezza circa il ruolo della società civile nello sviluppo delle politiche pubbliche e nelle trasformazioni sociali (Miller, McAdam, e McAdam 2018; De Oliveira Monteiro e Carayannis 2017). Nella società contemporanea, oltre al mondo

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

accademico, industriale e governativo, anche la società civile possiede conoscenze rilevanti, che devono essere incluse nei processi innovativi, al fine di affrontare le sfide attuali e trovare soluzioni più aderenti ai reali bisogni sociali (Carayannis e Campbell 2012). Pertanto, a differenza del modello della tripla elica, che considera i cittadini come destinatari passivi dei servizi, il modello della quadrupla elica li coinvolge attivamente nello sviluppo delle innovazioni, avviando così un processo di empowerment che li incentiva a partecipare in modo crescente ai processi di cambiamento (Miller, McAdam, e McAdam 2018; De Oliveira Monteiro e Carayannis 2017; Interreg North Sea Region 2019). Nella co-creazione, gli stakeholder della quadrupla elica sono coinvolti in diverse fasi del processo di innovazione, in base agli obiettivi, al contesto, all'iniziatore del cambiamento o all'outcome desiderato (Interreg North Sea Region 2019). Pertanto, sebbene la co-creazione implichi sempre il coinvolgimento di uno o più stakeholder in ciascuna fase, non tutti gli attori partecipano a tutte le fasi.

Fig. 2 – Concettualizzazione del modello quintupla elica. Fonte: Carayannis, Barth e Campbell (2012, 4).



Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

4.7 Perché è necessaria la quintupla elica e come coinvolgerla nel processo?

L'inclusione della quintupla elica è fondamentale per garantire che il processo di innovazione sia realmente in linea con le sfide della transizione ecologica, sociale e digitale. Il modello a quintupla elica si compone delle seguenti eliche, alle quali appartengono i relativi stakeholder: accademia; attività economiche; istituzioni governative; società civile e ambiente (Carayannis and Campbell 2010; Carayannis et al. 2012, p. 62). L'elemento di maggiore novità del modello, rispetto ai precedenti, consiste nell'inclusione dell'ambiente naturale come sottosistema centrale nei processi di produzione della conoscenza e di elaborazione di soluzioni innovative (Capineri, Salerno, Sanna 2025). L'introduzione della quintupla elica sottolinea, infatti, il valore della conoscenza situata (place-based) quale fattore essenziale per l'attivazione di processi generativi e innovativi, facendo leva tanto sul capitale umano – inteso come patrimonio di conoscenze e competenze della popolazione locale – quanto sul capitale naturale, ossia l'insieme delle risorse ambientali proprie di un determinato territorio (Biggeri, Bormolini, Guarini, 2025) e sviluppando, ovunque possibile, *nature-based solution* (Seddon 2020). Questo approccio integra ecologia, conoscenza e innovazione, generando sinergie tra economia, ambiente, società e democrazia (Provenzano et al. 2016, 2020a, 2020b, ivi, p. 22; Biggeri, Bormolini, Guarini, 2025).

Il coinvolgimento dell'ambiente, quale quinta elica del modello, avviene attraverso l'agency individuale e collettiva dei differenti attori. Come sottolineato dalla letteratura, i sistemi territoriali non possono essere concepiti unicamente come entità spazialmente delimitate, bensì come aggregati di soggetti che interagiscono reciprocamente e con un determinato ambiente (Dematteis 2001; Dematteis e Governa 2005). Secondo tale impostazione, individui e ambiente sono inseriti in un processo circolare, nel quale l'ambiente è portatore di un insieme di potenzialità che, per tradursi in risorse effettive nei processi di innovazione, necessitano di essere riconosciute e attivate dagli attori sociali che abitano il territorio. In questa prospettiva, i LL si configurano come uno strumento attraverso cui dare espressione concreta all'interrelazione tra comunità e territorio, dando voce all'ambiente attraverso la mediazione della società civile organizzata (associazioni, enti del terzo settore, cooperative, etc.). Tali attori sociali portano con sé istanze, conoscenze e sensibilità che alimentano la riflessione condivisa e favoriscono la costruzione di soluzioni innovative, sostenibili e contestualizzate, finalizzate a rispondere ai bisogni socio-sanitari delle persone e a promuovere il benessere dei territori. Gli esempi più innovativi e interessanti vengono dall'economia civile e più in generale dall'economia sociale e cooperativa.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

5. Classificare i Living Lab

Tab. 1 – Classificazione dei LL. Fonte: adattato da Leminen, Westerlund, and Nyström (2012, 8-9), con nostra elaborazione

Tipo di LL	*Attore centrale*	*Attività*	*Scopo*	*Ciclo di vita*
Utilizer-driven living lab	Aziende e/o organizzazioni private	Sperimentare soluzioni innovative per raccogliere dati su utenti o comunità di utenti	Testare, valutare e perfezionare i propri prodotti e servizi	Obiettivi di breve periodo, ciclo di vita relativamente breve
Enabler-driven living lab	Settore pubblico (città, regioni), enti internazionali (Nazioni Unite, Unione Europea) o terzo settore (Organizzazioni Non Governative) (Ibidem).	Innovazioni sociali sostenibili e durature	Promuovere il benessere degli individui e dei territori, co-creare conoscenza e innovazione, iniziative destinate a favorire il miglioramento ed il progresso sociale	Obiettivi di lungo periodo, ciclo di vita prolungato
Provider-driven living lab	Università, istituzioni accademiche e/o centri di ricerca	Creazione di conoscenza finalizzata alla risoluzione di problemi specifici	Miglioramento della vita quotidiana degli utenti e della collettività, promozione del benessere delle persone e generazione di informazioni di valore per tutti i membri della rete	Variabilità temporale legata agli obiettivi specifici che intendono raggiungere.
User-driven living lab	Comunità di utenti	Sviluppare ed implementare soluzioni innovative per garantendo al contempo coerenza con i valori e le esigenze condivise dagli stessi utenti	Affrontare problematiche specifiche della vita quotidiana della comunità di utenti.	Longevi perché formati attorno a questioni rilevanti o a specifiche comunità di interesse che ne sostengono la continuità nel tempo

Come evidenziato nel capitolo i LL presentano varie caratteristiche comuni che consentono di compararli. Tuttavia, la loro configurazione interna varia significativamente in funzione del contesto in cui si sviluppano, dei

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

risultati che intendono raggiungere e degli attori coinvolti. Ancora poco si conosce sulla molteplicità di forme che tali configurazioni possono assumere e sulle differenze che le contraddistinguono (Leminen, Westerlund, e Nyström 2012, 7). Classificarle può aiutare a comprendere meglio il funzionamento dei LL. In questa sede, ci concentriamo su una delle classificazioni proposte, quella di Leminen, Westerlund, e Nyström (2012), secondo cui i LL possono essere differenziati in base all'attore che guida le attività nella rete. A partire da questa premessa, vengono proposti quattro tipi di LL: *utilizer-driven*, *enabler-driven*, *provider-driven* e *user-driven*. Ogni tipo si articola attorno ad un attore diverso che agisce come principale promotore delle attività di innovazione. Prima di proseguire, è fondamentale sottolineare che i LL non prevedono una rigida gerarchia tra gli stakeholder; pertanto, l'attore principale non esercita un potere gerarchico sugli altri, ma opera in un contesto di collaborazione paritaria e reticolare

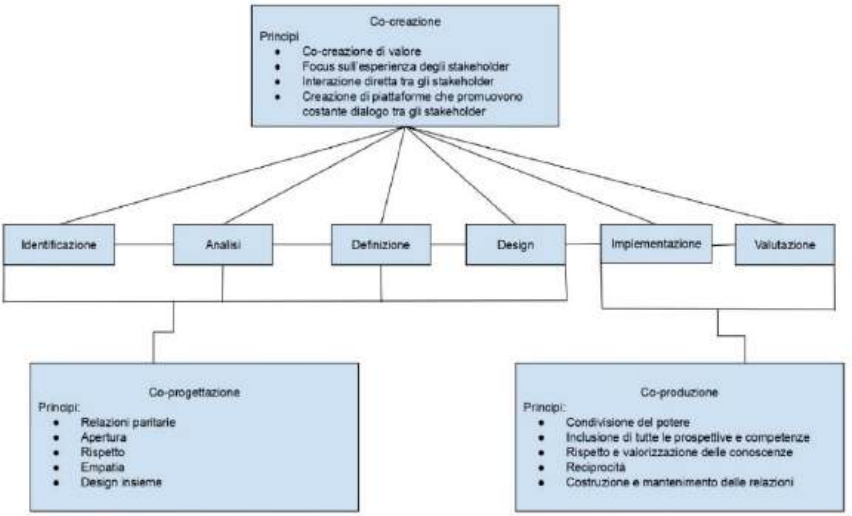
Come si vedrà successivamente, sebbene questa prima distinzione risulti utile per comprendere i contenuti, essa non può considerarsi esaustiva, in quanto non coglie elementi significativi emersi dalla ricerca. A tal fine successivamente verrà introdotto un ulteriore criterio di classificazione: il tipo di innovazione sociale che ciascun LL è in grado di generare. Tale prospettiva costituisce il contributo originale di questa ricerca alla letteratura esistente sulla classificazione dei LL.

6. Co-creazione, co-progettazione e co-produzione

Nella letteratura sulla ricerca sanitaria e sul miglioramento degli interventi pubblici, esistono numerosi approcci collaborativi e partecipativi accomunati dall'obiettivo di aumentare la partecipazione e il coinvolgimento degli stakeholder – settore pubblico e privato, mondo accademico, cittadini e utenti finali – nei processi di ideazione, implementazione ed erogazione dei servizi (Vargas et al. 2022; Galler, Gonera, e Varela 2020; Slattery, Saeri, e Bragge 2020; Locock e Boaz 2019). Le evidenze disponibili indicano che tali approcci consentono di sviluppare soluzioni maggiormente personalizzate e rispondenti ai bisogni reali delle comunità (Galler, Gonera, e Varela 2020; Slattery, Saeri, e Bragge 2020). Questi metodi si configurano, pertanto, come strumenti potenzialmente rilevanti per affrontare le sfide dei sistemi di welfare, ricercare la loro efficacia, promuovere un uso più efficiente delle risorse disponibili ed incrementare la soddisfazione dei cittadini (Voorberg, Bekkers, e Tummers 2014; Loeffler e Bovaird 2017). Tali metodologie vengono spesso sintetizzate nella letteratura con il termine approcci "co" (Cowdell et al. 2020).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Fig. 3 – Fasi del processo di co-creazione, traduzione in italiano degli autori. Fonte: Tradotta da Vargas et al. (2022, 4).



Tuttavia, permane una certa ambiguità terminologica (Messiha et al. 2023): alcuni autori utilizzano i concetti di co-creazione, co-progettazione e co-produzione in modo intercambiabile, mentre altri si riferiscano a pratiche distinte. Ciascuno di questi termini, infatti, è emerso in contesti disciplinari differenti e presenta determinate peculiarità sia nel significato sia nell'ambito di applicazione (Vargas et al. 2022). Nella letteratura, si trovano alcuni elementi che permettono di distinguere la co-creazione, la co-produzione e la co-progettazione, tra cui: il focus dell'approccio, il ruolo degli stakeholder e i possibili *outcome* (Vargas et al. 2022). Seguendo l'impostazione di Vargas et al. (2022), considerando che la co-progettazione è finalizzata all'identificazione di soluzioni per affrontare problemi complessi, e la co-produzione è orientata all'implementazione e alla valutazione delle stesse, possono essere entrambe collocate all'interno del processo di co-creazione (Jones 2019) come mostrato in figura 2.3.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

6.1 Co-creazione

Nelle sue origini, il concetto di co-creazione affonda le radici nei campi di ricerca dell'antropologia, sociologia, dell'economia e del marketing, in particolare in quella corrente che promuove la trasformazione del ruolo del consumatore-utente da soggetto passivo a "co-creatore attivo" (Freire, 1996, Yunus 2001, Messiha et al. 2025). Nel contesto attuale, la co-creazione trova applicazione in molteplici ambiti di ricerca, tra cui lo sviluppo e l'implementazione di interventi nel settore della salute pubblica (Leask et al. 2019). In letteratura, non è presente una definizione universalmente accettata di co-creazione. Tuttavia, vi è un ampio consenso nel riconoscere alcune caratteristiche che la contraddistinguono, tra cui: il coinvolgimento degli stakeholder in tutte le fasi del processo, la collaborazione, lo scambio di risorse e la produzione di risultati più aderenti ai bisogni collettivi, oltre che più durevoli e sostenibili (Jones et al. 2021; Messiha et al. 2023; Messiha et al. 2025; Vargas et al. 2022).

Alla luce di tali elementi, la co-creazione può essere definita come un approccio/processo basato sulla collaborazione attiva tra una pluralità di attori interessati (Vargas et al. 2022), finalizzato alla risoluzione creativa di problematiche condivise (McCaffrey et al. 2025; Messiha et al. 2023). Tale processo si sviluppa lungo tutte le fasi dell'iniziativa, dall'esplorazione e identificazione di bisogni o criticità, fino alla progettazione, implementazione e valutazione di soluzioni o interventi condivisi (Vargas et al. 2022; Messiha et al. 2023).

Nella pratica, la co-creazione offre il vantaggio di affrontare problemi che al giorno di oggi sono sempre più complessi che non possono essere risolti da un singolo attore e che necessitano del contributo di tutte le parti interessate, le quali impiegano le risorse a loro disposizione per generare soluzioni che apportano benefici all'intera comunità (Teixeira et al. 2024). Pertanto, pur rientrando nei metodi di ricerca partecipativa, la co-creazione si distingue per il suo approccio inclusivo, che coinvolge attivamente tutti gli stakeholder nella definizione di soluzioni personalizzate e sostenibili (McCaffrey et al. 2025). Secondo la classificazione elaborata da Vargas et al. (2022), il processo di co-creazione si sviluppa in sei fasi principali (si veda Figura 2.3):

1. identificazione del problema e degli stakeholder rilevanti per l'oggetto di intervento;
2. analisi del contesto, degli interessi e delle risorse degli stakeholder;
3. definizione delle possibili soluzioni da implementare;
4. progettazione operativa delle soluzioni, con obiettivi chiari e puntuali;
5. realizzazione e implementazione delle soluzioni;
6. valutazione degli *outcome* nel lungo periodo.

Di conseguenza, la co-creazione può essere interpretata come un ciclo continuo di ricerca e innovazione, sostenuto da principi fondamentali, quali:

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

l'interazione diretta e paritaria tra tutti gli attori coinvolti, la valorizzazione delle esperienze e delle conoscenze di ciascuno stakeholder e la creazione condivisa di valore (Greenhalgh et al. 2016).

6.2 Co-progettazione

Nella sua accezione più comune[2], la co-progettazione è considerata un'istanza specifica del processo di co-creazione, che si riferisce alla collaborazione tra gli stakeholder nella progettazione di soluzioni a partire dall'analisi di un problema previamente identificato (Messiha et al. 2023). Questo approccio promuove la partecipazione attiva di una pluralità di attori sin dalle fasi iniziali, con un focus specifico sull'ideazione e la progettazione di iniziative finalizzate alla risoluzione di una questione o al miglioramento di una determinata situazione (Masterson et al. 2022). Numerosi studi (Carins e Bogomolova 2021) evidenziano, infatti, che il coinvolgimento delle parti interessate fin dalle prime fasi dei processi partecipativi facilita lo sviluppo di soluzioni maggiormente rispondenti ai bisogni concreti e contribuisce a una più efficace implementazione delle stesse, incrementando così le probabilità di ottenere risultati positivi (Vargas et al. 2022).

Secondo la classificazione proposta da Vargas et al. (2022), il processo di co-progettazione si articola in quattro distinte fasi: identificazione, analisi, definizione e design.

La prima fase – *identificazione* – consiste nell'individuazione di tutti gli attori potenzialmente interessati a partecipare al processo co-creativo, in relazione alla specifica questione oggetto di intervento. L'obiettivo principale di questa fase è quello di rilevare le opportunità esistenti per la risoluzione dei problemi e di comprendere il contributo che ciascun attore può offrire nell'elaborazione di possibili soluzioni (Ramaswamy e Gouillart 2010; Castro-Martinez, Pedro, e Jackson 2015). La seconda fase – *analisi* – si concentra sull'approfondimento dei bisogni e delle aspettative di ciascuno stakeholder, con l'intento di integrare tali esigenze all'interno del processo co-creativo, minimizzando eventuali conflitti tra interessi differenti (Castro-Martinez, Pedro, e Jackson 2015). Sulla base delle necessità e delle idee emerse durante l'analisi, ha inizio la terza fase - *definizione*. In questa fase, i partecipanti interagiscono e collaborano per stabilire le priorità dei problemi da affrontare, determinare i successivi passaggi operativi e pianificare le azioni da intraprendere (Vargas et al. 2022). Infine, la quarta fase – *design* – costituisce il momento conclusivo del processo di coprogettazione. In questa

[2] Si ricorda che usiamo il termine co-progettazione per fare riferimento alla pratica che nella letteratura anglosassone è definita *co-design.* Mentre ci riferiamo allo strumento amministrativo definito *co-progettazione* nella normativa del terzo settore come *co-planning o co-pianificazione.*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

fase, si procede alla progettazione concreta delle iniziative e delle soluzioni, mediante l'identificazione chiara e puntuale degli obiettivi da raggiungere, delle attività da svolgere e delle risorse necessarie per l'attuazione delle strategie concordate (Vargas et al. 2022).

Nel complesso, la co-progettazione rappresenta una fase particolarmente dinamica del processo co-creativo, incentrata sull'interazione, che funge da strumento principale per generare significati condivisi e nuove prospettive (Gustavsson 2014). Tale fase coinvolge tutti gli stakeholder ritenuti essenziali per l'individuazione di soluzioni e azioni volte alla risoluzione di un problema. A questi attori viene richiesto di mobilitare risorse fondamentali, come conoscenze specifiche e competenze tecniche, che giocano un ruolo cruciale nelle fasi iniziali del processo di co-creazione, poiché rappresentano la base necessaria per l'identificazione di strategie efficaci e concrete (Sánchez de la Guía, Cazorla, e de-Miguel-Molina 2017). Nel processo di co-progettazione, la costruzione di un partenariato paritario tra gli stakeholder all'interno della rete, l'apertura alle idee e alle esperienze altrui e la capacità di progettare in modo collaborativo, costituiscono i principi fondamentali per garantire il successo delle soluzioni sviluppate.

6.3 Co-produzione

Secondo Vargas et al. (2022), la co-produzione rappresenta l'ultima fase del processo di co-creazione. Nella sua accezione tradizionale, la co-produzione sfida il modello convenzionale di erogazione dei servizi pubblici, che considera i cittadini come soggetti passivi beneficiari di prestazioni, evidenziando, invece, che gli utenti finali partecipano attivamente alla produzione di tali servizi durante la fase di erogazione (Clark e Brudney 2021).

La co-produzione prevede il coinvolgimento di alcuni stakeholder nella realizzazione di una soluzione precedentemente concordata per un problema già identificato (Ansell e Torfing 2021; Etgar 2008), ponendo particolare attenzione all'allocazione ottimale delle risorse disponibili (Messiha et al. 2023). Pertanto, essa ha come obiettivo principale quello di coinvolgere le parti interessate durante la fase di implementazione dell'iniziativa (ad esempio, l'erogazione di un servizio), al fine di renderla maggiormente aderente ai loro bisogni specifici (Palumbo 2016).

La co-produzione si compone di due fasi: realizzazione e valutazione (Vargas et al. 2022). La fase di realizzazione prevede l'effettiva attuazione delle strategie stabilite dagli attori durante la fase di co-progettazione (Castro-Martinez, Pedro, e Jackson 2015). Durante questa fase, gli stakeholder testano le soluzioni individuate e raccolgono informazioni (Vargas et al. 2022). Successivamente, possono decidere se avviare o meno la fase di valutazione, che ha lo scopo di giudicare i risultati ottenuti e, se necessario,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

rivedere l'implementazione delle soluzioni, ad esempio, attraverso l'individuazione di nuove idee, nuovi attori o nuove conoscenze. Le esperienze degli stakeholder costituiscono le risorse più rilevanti durante la fase di co-produzione, poiché permettono agli attori di co-creare conoscenza e valutare l'efficacia dei risultati raggiunti, informando così la fase di co-progettazione in un ciclo continuo (Vargo e Lush 2008).

7. Approcci e tecniche di co-progettazione e co-creazione

Due approcci ampiamente consolidati nella letteratura sulla co-creazione e sulla co-progettazione in ambito sanitario sono *l'Experience-Based Co-Design* (EBCD) e la *Community-Based Participatory Research* (CBPR) (Giarelli, Lombi, e Cervia 2020; Greenhalgh et al. 2016).

L'EBCD è un tipo di co-progettazione che implica il coinvolgimento degli utenti dei servizi, dei loro caregiver e del personale sanitario al fine di sviluppare interventi di miglioramento dell'assistenza basati sulle loro esperienze. Questo approccio è stato sviluppato da Bate e Robert a partire dal 2005 come una metodologia di ricerca-azione partecipativa che attinge esplicitamente alla teoria del design ed è stato sperimentato per la prima volta nel contesto dei servizi oncologici in un ospedale del Regno Unito (Bate e Robert 2007). Il ciclo dell'EBCD è suddiviso in sei fasi:

- definizione del progetto;
- raccolta delle esperienze del personale tramite osservazione e interviste approfondite;
- raccolta delle esperienze di pazienti e caregiver tramite osservazione e interviste basate su narrazioni filmate;
- incontro tra personale, pazienti e caregiver in un primo evento di progettazione condivisa per confrontare le esperienze e identificare le priorità per il cambiamento;
- lavoro di progettazione condivisa supportato da piccoli gruppi focalizzati su tali priorità;
- infine, un evento di celebrazione e revisione (Bate e Robert 2007; Donetto et al. 2015).

Il CBPR può essere considerato un approccio alla co-creazione e ha avuto origine nella letteratura degli studi sullo sviluppo e definisce i suoi obiettivi in termini di benessere umano, equità e giustizia sociale (Greenhalgh et al. 2016). L'approccio CBPR prevede che la collaborazione avvenga in tutte le fasi della ricerca: dalla definizione del problema alla raccolta e analisi dei dati, fino all'implementazione e alla valutazione degli interventi. I soggetti coinvolti sono i membri della comunità in generale, quindi non solo utenti e professionisti sanitari, ma anche rappresentanti delle istituzioni, ricercatori e enti privati.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Gli approcci "*co*" richiedono l'adozione di una combinazione di tecniche di ricerca diverse, come interviste, questionari, focus group e workshop collaborativi come si vedrà nella sezione successiva che presenterà alcuni casi studio.

7.1. Casi studio dei modelli di co-progettazione e co-creazione

In una revisione della letteratura del 2015, Donetto e colleghi hanno evidenziato la vasta e internazionale diffusione di progetti basati sull'approccio EBCD nel contesto sanitario, identificando cinquantanove progetti conclusi e ventisette progetti in fase di pianificazione nei seguenti paesi: Regno Unito, Canada, Paesi Bassi, Svezia, Australia e Nuova Zelanda (Donetto et al. 2015). Tra questi segnaliamo, per esempio, il progetto descritto da Tsianakas et al. (2012) che ha coinvolto i pazienti e il personale sanitario di un centro oncologico in Inghilterra nell'identificazione delle aree di miglioramento dei servizi di cura (tab. 1).

Due recenti revisioni della letteratura hanno evidenziato l'applicazione dell'EBCD nell'ambito di vari servizi sanitari per acuti (Green et al. 2020) e dei servizi per la salute mentale (Hawke et al. 2024). Tra questi segnaliamo gli studi di Larkin et al (2015) e Wright née Blackwell et al. (2017), i quali hanno, rispettivamente, riguardato la co-progettazione di linee guida per il miglioramento dei servizi ospedalieri di salute mentale e di cure palliative.

L'approccio CBPR è stato ampiamente adottato per la creazione di programmi di vaccinazione (per una revisione della letteratura si veda Zhang et al. 2024). Tra gli interventi che hanno adottato l'approccio CBPS segnaliamo quelli promossi da Lee et al. (2014, 2016) volto alla promozione dell'adesione al Pap test e alla vaccinazione HPV tra le giovani donne coreano-americane in Minnesota; il progetto di ricerca partecipativa *Place4Carers. Coinvolgere i Caregiver Familiari nella Promozione dell'Invecchiamento Attivo e Positivo del Cittadino Anziano* (Graffigna et al. 2021), promosso nell'area rurale Valcamonica nella provincia di Brescia; e la ricerca di Avery, Forss, e Rämgård (2022) che hanno coinvolto la comunità nella pianificazione, implementazione e valutazione di sei laboratori co-creativi per la promozione della salute, che hanno portato alla co-creazione di varie attività e prodotti (tab. 3).

Oltre agli studi che fanno esplicitamente riferimento ai modelli EBCD (*Experience-Based Co-Design*) o CBPR (*Community-Based Participatory Research*), è opportuno segnalare l'esistenza di ricerche più recenti che, pur non richiamando direttamente tali approcci teorici, adottano in modo più generale i concetti di co-creazione e co-progettazione.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Questi studi si concentrano in particolare sul coinvolgimento attivo di utenti, professionisti sanitari e altri stakeholder nella definizione e realizzazione di canali e prodotti informativi o interventistici, spesso mediati dai *social media*.

Tab. 2 – Casi studio basati su EBCD. Fonte: nostra elaborazione

Riferimento bibliografico (Paese)	*Obiettivo*	*Attori*	*Tecniche*	*Risultato*
Tsianakas et al. 2012 (Regno Unito)	Identificare e implementare miglioramenti nelle esperienze di cura dei pazienti affetti da tumore al seno e ai polmoni	Pazienti, personale sanitario	Interviste, osservazione etnografica, gruppi di co-progettazione	Identificazione delle aree di miglioramento nei servizi relativi a diversi tipi di tumore
Larkin, Boden, e Newton. 2015 (Regno Unito)	Identificare le aree di miglioramento dei servizi di ospedalizzazione per la gestione della psicosi nelle sue fasi iniziali	Utenti, caregiver familiari e personale sanitario	Interviste, workshops, evento di co-progettazione	Identificazione di sei aree di miglioramento e implementazione dei piani di azione
Wright née Blackwell et al. 2017 (Regno Unito)	Identificare i bisogni di cure palliative nel pronto soccorso da parte dei pazienti anziani, delle loro famiglie e del personale sanitario	Utenti, caregiver familiari e personale sanitario	Osservazione non partecipante, interviste semi-strutturate, focus group, evento di co-progettazione	Identificazione delle priorità di miglioramento dei processi di cure palliative del Pronto Soccorso; creazione di un DVD di formazione sull'esperienza paziente-famiglia- personale per l'applicazione dei principi di co-progettazione relativi al percorso di cure palliative nel Pronto Soccorso

In differenti contesti territoriali e con diversi *target* di popolazione, la co-creazione è stata impiegata per sviluppare interventi finalizzati alla promozione di un'alimentazione sana, rivolti in particolare a bambini e adolescenti. Tra questi si annoverano un progetto promosso dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Reggio Emilia in Emilia-Romagna (Giorgi Rossi et al., 2020; Bassi, Ganugi e Prandini 2021), nonché iniziative analoghe realizzate in Australia (Linda et al., 2021) e in Nuova Zelanda (Malloy et al., 2024). In tutti e tre i casi, l'esito del processo partecipativo ha portato alla co-creazione di applicazioni mobili o sistemi di messaggistica, strumenti frequentemente

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

adottati nei progetti di promozione della salute basati su metodologie partecipative (Giorgi Rossi et al. 2020).

Tab. 3 – Casi studio basati su CBPR. Fonte: nostra elaborazione

Riferimento bibliografico (Paese)	*Obiettivo*	*Attori*	*Tecniche*	*Risultato*
Lee et al. 2014;2016 (Stati Uniti, Minnesota)	Promozione del Pap test e della vaccinazione HPV tra le donne coreane-americane	Giovani donne coreano-americane, informatori chiave della comunità coreano-americana, professionisti sanitari	Focus group, interviste a testimoni privilegiati	Intervento Screening: invio di messaggi di testo personalizzati e interattivi per 7 giorni
Graffigna et al. 2021 (Italia)	Coinvolgere i caregiver familiari nella progettazione di nuovi servizi di assistenza a sostegno dell'invecchiamento attivo	Caregiver familiari, accademia, settore pubblico	Indagine quantitativa, revisione della letteratura, workshop di co-progettazione	Implementazione del progetto pilota *SOS Caregivers*
Avery, Forss, and Rämgård 2022 (Svezia)	Coinvolgere la comunità nella pianificazione, implementazione e valutazione di laboratori co-creativi per la promozione della salute	Accademia, settore pubblico, settore privato, settore non profit, comunità	Future workshops, focus group, gruppi di dialogo e narrazione	Co-progettazione di sei laboratori co-creativi: salute orale e alimentazione; attività fisica all'aperto; salute mentale e disabilità; salute delle donne; salute sociale per i giovani adulti; sicurezza. Ogni laboratorio ha portato alla co-creazione di alcune attività/prodotti.

Un ulteriore esempio in tal senso è fornito dal lavoro di Arevian et al. (2020), i quali hanno sviluppato un'applicazione di messaggistica attraverso un processo di co-creazione con gli utenti di un programma ambulatoriale per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo presso l'Università della California, Los Angeles. Tali esempi evidenziano una crescente attenzione verso l'impiego di strumenti digitali di comunicazione nella realizzazione di progetti di prevenzione e promozione della salute, i quali, pur senza aderire rigidamente a modelli teorici strutturati, ne mantengono i principi fondamentali di partecipazione e coinvolgimento degli attori sociali.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Infine, merita particolare attenzione il caso della Regione Emilia-Romagna, che a partire dal 2012 ha avviato un processo di programmazione partecipata in ambito sociale, sociosanitario e sanitario, sperimentando il metodo denominato Community Lab (Regione Emilia-Romagna, 2023). Il *Community lab* è stato definito come:

> una metodologia trasformativa di prassi e politiche che, attraverso l'allestimento di spazi dialogici con la comunità, i servizi e i corpi intermedi, produce riflessività, conoscenza e consapevolezza a partire dall'attenzione forte alle dimensioni quotidiane del lavoro dove è richiesta la mobilizzazione e l'attivazione di processi collettivi (Regione Emilia-Romagna 2022).

L'obiettivo di questa metodologia è quello di promuovere la partecipazione e l'empowerment della popolazione, delle organizzazioni della società civile e degli operatori sociali, sociosanitari e sanitari per l'attivazione di nuovi servizi e l'innovazione sociale. Il metodo ha permesso di accompagnare le forme di programmazione partecipata che sono promosse nella definizione dei Piani di zona con tavoli di partecipazione più innovativi dalla forma laboratoriale che coinvolgono «gruppi solitamente distanti dalla partecipazione» (Nicoli et al. 2015, 37).

Oltre ai modelli EBCD e CBPR, è opportuno segnalare la metodologia *Evaluation of Human Development* (EHD), sviluppata nell'ambito del paradigma dello Sviluppo Umano Sostenibile e fondata sull'approccio delle *capability* di Amartya Sen (Biggeri, Ferrannini e Arciprete 2017). L'EHD si configura come un approccio partecipativo e centrato sulle persone, volto a misurare le opportunità che gli individui hanno ragione di valorizzare in base alle proprie aspirazioni, ai propri valori e al contesto sociale e locale di appartenenza. Lo strumento principale dell'EHD è rappresentato dai *Structured Focus Group Discussions* (SFGDs), un metodo partecipativo che permette di valutare in modo ampio e sistematico le capacità individuali e collettive all'interno delle comunità locali.

8. Vantaggi e sfide della co-creazione

Numerosi studi hanno esplorato i benefici e le sfide della co-creazione nella sanità, evidenziando il suo potenziale nel migliorare la qualità dei servizi, la soddisfazione degli utenti e gli esiti di salute (Kim 2019; Brown et al. 2020; Osborne 2018; Eriksson 2019; Farr 2018). Tuttavia, l'implementazione di questo tipo di processi non è priva di ostacoli, che vanno dall'aumento del carico di lavoro per i professionisti alla difficoltà di coinvolgere efficacemente gli utenti, soprattutto quelli appartenenti a gruppi più vulnerabili.

Per comprendere globalmente l'efficacia dei processi partecipativi e co-creativi è quindi utile basarsi su una prospettiva di confronto trasversale che

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

metta a paragone i temi e i metodi impiegati a livello internazionale. I riferimenti più recenti in letteratura sono rappresentati dalla *scoping review* di Agnello et al. (2025) e dalla *systematic literature review* di Fusco, Marsilio, e Guglielmetti (2023), che hanno analizzato numerosi studi sul tema. Di seguito, vengono presentati i vantaggi e le sfide della co-creazione, offrendo una panoramica sui suoi effetti a diversi livelli: utenti, professionisti sanitari, fornitori di servizi e comunità.

8.1 Vantaggi della co-creazione

Per gli utenti della sanità, uno dei principali benefici della co-creazione è l'aumento della soddisfazione e delle *capability*. Partecipare attivamente ai processi sanitari non solo migliora la percezione della qualità del servizio, ma rafforza anche il senso di coinvolgimento e appartenenza. Inoltre, diversi studi evidenziano effetti positivi sugli esiti di salute, sulla qualità della vita e sul benessere generale.

Un altro vantaggio significativo è l'acquisizione di nuove conoscenze (*health literacy*) e competenze (comportamento, agency, …), che favoriscono l'autogestione della salute e una comunicazione più efficace con i professionisti sanitari e aumentano le *capability* legate alla salute delle persone coinvolte nel processo che, acquisendo maggiori capacità aumentano, anche le loro opportunità. Questo processo di partecipazione attiva rafforza anche il senso di *empowerment*, redistribuendo il potere decisionale tra utenti e operatori e trasformando i pazienti da soggetti passivi ad agenti del cambiamento grazie al potenziamento della loro *Agency*.

Alcune ricerche evidenziano inoltre benefici psicologici, come l'aumento dell'autostima e il rafforzamento della percezione di essere utili alla società. Infine, la co-creazione contribuisce a migliorare la relazione tra pazienti e professionisti, facilitando il dialogo e la costruzione di un rapporto di fiducia.

Per i fornitori di servizi sanitari, la co-creazione può portare a una maggiore efficacia ed efficienza e a una riduzione dei costi, ad esempio diminuendo le ospedalizzazioni evitabili e migliorando la fruibilità dei servizi.

L'inclusione attiva degli utenti nei processi decisionali permette inoltre di sviluppare soluzioni più personalizzate e flessibili, migliorando la qualità complessiva dei servizi. Un ulteriore beneficio è rappresentato dall'aumento della soddisfazione degli utenti, che si traduce in maggiore lealtà e passaparola positivo.

Per i professionisti sanitari, la co-creazione offre vantaggi sia personali che professionali. Può contribuire a migliorare il benessere lavorativo, riducendo il rischio di burnout e aumentando la soddisfazione professionale. Inoltre, il confronto con i pazienti e con altri professionisti favorisce lo sviluppo di nuove competenze e arricchisce l'esperienza lavorativa. Un altro

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

beneficio chiave è l'aumento della motivazione e dell'empatia nei confronti dei pazienti.

A livello comunitario, la co-creazione può contribuire a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, migliorando le opportunità per i gruppi più fragili. Inoltre, favorisce la coesione sociale, creando legami più solidi tra i membri della comunità e promuovendo spazi di apprendimento, fiducia e collaborazione.

Infine, la co-creazione stimola il pensiero innovativo e la ricerca di soluzioni creative, grazie all'integrazione di prospettive, conoscenze, culture e competenze diverse. Questo approccio è inoltre molto flessibile e si adatta a differenti contesti e partecipanti, contribuendo a un cambiamento trasformativo nei servizi sanitari.

8.2 Sfide della co-creazione

Nonostante i suoi numerosi vantaggi, la co-creazione nella sanità presenta anche diverse sfide, anch'esse riferibili alle diverse tipologie di attore coinvolte.

Per gli utenti, uno degli ostacoli principali è l'aumento dell'ansia e dello stress. Alcuni pazienti possono sentirsi sopraffatti dalla complessità del processo decisionale o inadeguati a causa di una scarsa conoscenza del tema. Inoltre, le disuguaglianze nell'accesso ai servizi possono limitare la partecipazione di alcuni gruppi, specialmente di coloro con bassa alfabetizzazione sanitaria o digitale. Infine, le aspettative non soddisfatte possono generare frustrazione e demotivazione.

Per i fornitori di servizi sanitari, la co-creazione comporta costi aggiuntivi legati alla formazione del personale, allo sviluppo di nuove tecnologie e all'adozione di modelli organizzativi più flessibili (Bassi 2021).

Per i professionisti sanitari, una delle principali sfide è il cambiamento del ruolo professionale. Alcuni operatori possono percepire la co-creazione come una minaccia alla propria autorità, temendo critiche o una perdita di controllo nelle decisioni cliniche. Inoltre, il coinvolgimento attivo dei pazienti può aumentare il carico di lavoro, richiedendo più tempo e risorse, con un conseguente incremento dello stress professionale.

A livello comunitario, la presenza di molteplici attori con interessi differenti può generare tensioni sociali, conflitti e difficoltà di coordinamento. Un'altra sfida cruciale riguarda il coinvolgimento attivo delle persone: la motivazione è un elemento chiave, soprattutto in processi che richiedono tempo e il cui impatto non è immediatamente visibile. Infine, la co-creazione può essere ostacolata dalla mancanza di risorse e di fiducia nei leader del processo, elementi essenziali per il successo di iniziative partecipative.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Bibliografia di riferimento

Agnello, Danielle Marie, Vinayak Anand-Kumar, Qingfan An, Janneke de Boer, Lea Rahel Delfmann, Giuliana Raffaella Longworth, Quentin Loisel, Lauren McCaffrey, Artur Steiner, and Sebastien Chastin. 2025. "Co-creation Methods for Public Health Research—Characteristics, Benefits, and Challenges: A Health CASCADE Scoping Review." *BMC Medical Research Methodology* 25, no. 1: 60. https://doi.org/10.1186/s12874-025-02514-4.

Alford, John. 2014. "The Multiple Facets of Co-production: Building on the Work of Elinor Ostrom." *Public Management Review* 16, no. 3: 299-316. .

Almirall, Esteve, Melissa Lee, and Jonathan Wareham. 2012. "Mapping Living Labs in the Landscape of Innovation Methodologies." *Technology Innovation Management Review* 2, no. 9: 12-18. http://doi.org/10.22215/timreview/603.

Almirall, Esteve, and Jonathan Wareham. 2011. "Living Labs: Arbiters of Mid- and Ground-Level Innovation." *Technology Analysis & Strategic Management* 23, no. 1: 87-102. https://doi.org/10.1080/09537325.2011.537110.

Ansell, *Christopher, and Jacob Torfing. 2021. Public Governance as Co-creation: A Strategy for Revitalizing the Public Sector and Rejuvenating Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108765381.

Ansell, Christopher, and Jacob Torfing. 2021. "Co-creation: The New Kid on the Block in Public Governance." *Policy & Politics* 49, no. 2: 211-30. https://doi.org/10.1332/030557321X16115951196045.

Ansell, Christopher, Eva Sørensen, and Jacob Torfing. 2022. "Building Cocreation Platforms." In *Co-creation for Sustainability*, 57-72. Bingley: Emerald Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/978-1-80043-798-220220005.

Arevian, Armen C., Jennifer O'Horal, James Rosser, Joseph D. Mango, David J. Miklowitz, and Kenn Wells. 2020. "Patient and Provider Cocreation of Mobile Texting Apps to Support Behavioral Health: Usability Study." *JMIR Health and Health* 8, no. 7: e12655. https://doi.org/10.2196/12655.

Avery, Helen, Katarina Sjögren Forss, and Margareta Rämgård. 2022. "Empowering Communities with Health Promotion Labs: Result from a CBPR Programme in Malmö, Sweden." *Health Promotion International* 37, no. 1. https://doi.org/10.1093/heapro/daab069.

Baldwin, Carliss Y., and Eric von Hippel. 2011. "Modeling a Paradigm Shift: From Producer Innovation to User and Open Collaborative Innovation." *Organization Science* 22, no. 6: 1399-1417. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1502864.

Ballon, Pieter, and Dimitri Schuurman. 2015. "Living Labs: Concepts, Tools and Cases." *info* 17, no. 4. https://doi.org/10.1108/info-04-2015-0024.

Baran, Grzegorz. 2020. "Social Innovation Living Labs as Platforms to Co-Design Social Innovations." *Journal of Intercultural Management* 12, no. 1: 36-57. https://doi.org/10.2478/JOIM-2019-0031.

Bassi, Andrea. 2022. The unintended consequences of co-creation in public services—the role of professionals and of civil society organizations, *Public Money & Management*, 42, pp. 302-303.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Bassi, Andrea, Giulia Ganugi, e Riccardo Prandini. 2021. "Co-Design and Co-Production of Public Service. The Prevention of Childhood Obesity in Reggio Emilia, Italy." *Polish Political Science Review* 9.2: 71-88. DOI: 10.2478/ppsr-2021-0013

Bassi, Andrea e Fabbri, Alessandro. 2022. Co-production paradigm: Threat or Opportunity for Social Economy?, in: "New perspectives in the co-production of public policies, public services and common goods", Liège, CIRIEC, pp. 99-123

Bassi, Andrea. 2023, A Pact with the Third Sector. Between Co-Production and Civic Participation. The Italian Case, *Polish Political Science*, 52, pp. 69-83

Bassi, Andrea, Inga Narbutaité Aflaki, Heli Aramo-Immonen, e Sue Baines. 2024. "Co-creation as a driver of social innovation and public service reform?". Bristol: *Bristol University Press,* Policy Press. https://dx.doi.org/10.51952/9781447367185.ch003

Bate, Paul, and Glenn Robert. 2008. *Bringing User Experience to Healthcare Improvement: The Concepts, Methods and Practices of Experience-Based Design.* Boca Raton, FL: CRC Press. https://doi.org/10.7748/nm.15.3.9.s12.

Bate, Paul, and Glenn Robert. 2007. "Toward More User-Centric OD: Lessons from the Field of Experience-Based Design and a Case Study." *The Journal of Applied Behavioral Science* 43, no. 1: 41-66. https://doi.org/10.1177/0021886306297014.

Bauman, Adrian. 2022. "A Personal Reflection on Co-creation in Public Health: A Dream Partly Realised." *Public Health Research & Practice* 32, no. 2. https://doi.org/10.17061/phrp3222210.

Biggeri, Mario, Ferrannini Andrea, e Arciprete Caterina, (2017) "Il metodo partecipativo del focus group strutturato: Caratteristiche e applicazione", in Santi M. and Di Masi, D., InDeEP *University: Un progetto di ricerca partecipata per una Università inclusiva*, Padova University Press

Brown, June, Ana Luderowski, Josephine Namusisi-Riley, Imogen Moore-Shelley, Matthew Bolton, and Derek Bolton. 2020. "Can a Community-Led Intervention Offering Social Support and Health Education Improve Maternal Health? A Repeated Measures Evaluation of the PACT Project Run in a Socially Deprived London Borough." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 8: 2795. https://doi.org/10.3390/ijerph17082795.

Burgess, Rochelle A., and Natasha Choudary. 2021. "Time Is on Our Side: Operationalising 'Phase Zero' in Coproduction of Mental Health Services for Marginalised and Underserved Populations in London." *International Journal of Public Administration* 44, no. 9: 753-66. https://doi.org/10.1080/01900692.2021.1913748.

Cacari-Stone, Lisa, Nina Wallerstein, Analilia P. Garcia, and Meredith Minkler. 2014. "The Promise of Community-Based Participatory Research for Health Equity: A Conceptual Model for Bridging Evidence with Policy." *American Journal of Public Health* 104, no. 9: 1615-23. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301961.

Cai, Yuzhuo, and Annina Lattu. 2022. "Triple Helix or Quadruple Helix: Which Model of Innovation to Choose for Empirical Studies?" *Minerva* 60, no. 2: 257-80. https://doi.org/10.1007/s11024-021-09453-6.

Carayannis, Elias G., and David F. J. Campbell. 2005. *Knowledge Creation, Diffusion, and Use in Innovation Networks and Knowledge Clusters: A Comparative Systems Approach across the United States, Europe and Asia*. London: Bloomsbury Publishing.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Carayannis, Elias G., and David F. J. Campbell. 2009. "'Mode 3' and 'Quadruple Helix': Toward a 21st Century Fractal Innovation Ecosystem." *International Journal of Technology Management* 46, no. 3-4: 201-234. https://doi.org/10.1504/IJTM.2009.023374.

Carayannis, Elias G., and David F. J. Campbell. 2012. *Mode 3 Knowledge Production in Quadruple Helix Innovation Systems*. Vol. 7. New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2062-0.

Carins, Julia, e Svetlana Bogomolova. 2021. "Co-designing a Community-wide Approach to Encouraging Healthier Food Choices." *Appetite* 162: 105167. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105167

Castro-Martinez, Marcelo Pedro, and Paul R. Jackson. 2015. "Collaborative Value Co-creation in Community Sports Trusts at Football Clubs." *Corporate Governance* 15, no. 2: 229-42. https://doi.org/10.1108/CG-05-2014-0066.

Chambers, Robert. 1983. Rural development: putting the last first, Prentice Hall, Harlow.

Chesbrough, Henry William. 2003. *Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology*. Boston, MA: Harvard Business Press. https://hbsp.harvard.edu/product/8377-HBK-ENG.

Clark, Benjamin Y., and Jeffrey L. Brudney. 2021. "Too Much of a Good Thing? Frequent Flyers and the Implications for the Coproduction of Public Service Delivery." In *Research Handbook on E-government,* 101-13. Cheltenham: Edward Elgar Publishing. https://doi.org/10.4337/9781786437259.00013.

Compagnucci, Lorenzo, Francesca Spigarelli, José Coelho, and Carlos Duarte. 2021. "Living Labs and User Engagement for Innovation and Sustainability." *Journal of Cleaner Production* 289: 125721. https://doi.org/10.1016/J.JCLEPRO.2020.125721.

Cowdell, Fiona, Judith Dyson, Michael Sykes, A. Dam, and Rose Pendleton. 2020. "How and How Well Have Older People Been Engaged." *Health & Social Care in the Community* 00: 1-23. https://doi.org/10.1111/hsc.13199.

De Oliveira Monteiro, Sara Paulina, and Elias G. Carayannis, eds. 2017. *The Quadruple Innovation Helix Nexus: A Smart Growth Model, Quantitative Empirical Validation and Operationalization for OECD Countries*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-55577-9.

Dent, Elsa, Elizabeth Hoon, Alison Kitson, Jonathan Karnon, Jonathan Newbury, Gillian Harvey, Tiffany K. Gill, Lauren Gillis, and Justin Beilby. 2016. "Translating a Health Service Intervention into a Rural Setting: Lessons Learned." *BMC Health Services Research* 16, no. 1: 62. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1302-0.

Donetto, Sara, Paola Pierri, Vicki Tsianakas, and Glenn Robert. 2015. "Experience-Based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector." *The Design Journal* 18, no. 2: 227-48. https://doi.org/10.2752/175630615X14212498964312.

Eriksson, Erik M. 2019. "Representative Co-production: Broadening the Scope of the Public Service Logic." *Public Management Review* 21, no. 2: 291-314. https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1487575.

Eriksson, Mats, Veli-Pekka Niitamo, and Seija Kulkki. 2005. "State-of-the-Art in Utilizing Living Labs Approach to User-Centric ICT Innovation – A European Approach." Luleå: Center for Distance-Spanning Technology, Luleå University of Technology Sweden. https://www.researchgate.net/publication/228352439_State-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

of-the-art_in_Utilizing_Living_Labs_Approach_to_User-centric_ICT_Innovation_-_A_European_Approach.
Etgar, Michael. 2008. "A Descriptive Model of the Consumer Co-production Process." *Journal of the Academy of Marketing Science* 36, no. 1: 97-108. https://doi.org/10.1007/s11747-007-0061-1.
European Commission. 2013. Guide to Social Innovation, DG Regional and Urban Policy - DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Bruxelles. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/social_innovation/social_innovation_2013.pdf. Accessed 10.01.2025
Farr, Michelle. 2018. "Power Dynamics and Collaborative Mechanisms in Co-production and Co-design Processes." *Critical Social Policy* 38, no. 4: 623-644. https://doi.org/10.1177/0261018317747444.
Feurstein, Karin, Alexander Hesmer, Karl Hribernik, Klaus-Dieter Thoben, and Jens Schumacher. 2008. "Living Labs: A New Development Strategy." *In European Living Labs – A New Approach for Human Centric Regional Innovation*, 1-14. https://www.researchgate.net/publication/272566656_Living_Labs_A_New_Development_Strategy.
Freire, Paulo. 1996 Pedagogy of the oppressed, Penguin Books, London
Følstad, Asbjørn. 2008. "Living Labs for Innovation and Development of Information and Communication Technology: A Literature Review." *eJOV: The Electronic Journal for Virtual Organization & Networks* 10. https://www.researchgate.net/publication/259255452_Living_Labs_for_Innovation_and_Development_of_Information_and_Communication_Technology_A_Literature_Review.
Galler, Martina, Antje Gonera, and Paula Varela. 2020. "Children as Food Designers: The Potential of Co-creation to Make the Healthy Choice the Preferred One." *International Journal of Food Design* 5, no. 1-2: 125-31. https://doi.org/10.1386/ijfd_00015_3.
Gascó, Mila. 2017. "Living Labs: Implementing Open Innovation in the Public Sector." Government Information Quarterly 34, no. 1: 90-98. https://doi.org/10.1016/j.giq.2016.09.003.
Giarelli, Guido, Linda Lombi, and Silvia Cervia. 2020. "Associazionismo di cittadinanza e coproduzione della cura." In *Sociologia della Salute e della Medicina*, 199-221. Bologna: il Mulino. https://publicatt.unicatt.it/handle/10807/165326.
Giorgi Rossi et al. 2020. "Childhood Obesity Prevention Working Group Describing the Process and Tools Adopted to Cocreate a Smartphone App for Obesity Prevention in Childhood: Mixed Method Study." *JMIR Mhealth Uhealth* 8(6). doi: 10.2196/16165
González-Martinez, Paulina, Domingo García-Pérez-De-Lema, Mauricio Castillo-Vergara, and Peter Bent Hansen. 2021. "Systematic Review of the Literature on the Concept of Civil Society in the Quadruple Helix Framework." *Journal of Technology Management and Innovation* 16, no. 4: 85-95. https://doi.org/10.4067/S0718-27242021000400085.
Graffigna, Guendalina, Eleonora Gheduzzi, Niccolò Morelli, Serena Barello, Massimo Corbo, Valeria Ginex, Roberta Ferrari, Andrea Lascioli, Carolina Feriti, and Cristina Masella. 2021. "Place4Carers: A Multi-method Participatory Study to Co-design, Piloting, and Transferring a Novel Psycho-social Service for Engaging Family Caregivers in Remote Rural Settings." *BMC Health Services Research* 21, no. 1: 591. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06563-5.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Greve, Katharina, Seppo Leminen, Riccardo De Vita, and Mika Westerlund. 2020. "Unveiling the Diversity of Scholarly Debate on Living Labs: A Bibliometric Approach." *International Journal of Innovation Management* 24, no. 8: 2040003. https://doi.org/10.1142/S1363919620400034.

Greve, Katharina, Riccardo De Vita, Seppo Leminen, and Mika Westerlund. 2021. "Living Labs: From Niche to Mainstream Innovation Management." *Sustainability* 13, no. 2: 791. https://doi.org/10.3390/su13020791.

Grindell, Cheryl, Elizabeth Coates, Liz Croot, and Alicia O'Cathain. 2022. "The Use of Co-production, Co-design and Co-creation to Mobilise Knowledge in the Management of Health Conditions: A Systematic Review." *BMC Health Services Research* 22, no. 1: 877. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08079-y.

Guzmán, Javier García, Alvaro Fernández del Carpio, Ricardo Colomo-Palacios, and Manuel Velasco de Diego. 2013. "Living Labs for User-Driven Innovation: A Process Reference Model." *Research Technology Management* 56, no. 3: 29-39. http://www.jstor.org/stable/43238550.

Hawke, Lisa D., Natasha Yasmin Sheikhan, Hamer Bastidas-Bilbao, and Terri Rodak. 2024. "Experience-based Co-design of Mental Health Services and Interventions: A Scoping Review." *SSM-Mental Health* 5: 100309. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100309.

Healthcare Living Lab Catalonia. 2022. *The Living Lab Approach: A Guide to Open Innovation.* https://www.healthcarelivinglab.cat/wp-content/uploads/2022/06/Strategic-Report-HCLLC_2022_ENG.pdf.

Hossain, Mokter, Seppo Leminen, and Mika Westerlund. 2019. "A Systematic Review of Living Lab Literature." *Journal of Cleaner Production* 213: 976-88. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.12.257.

Hyysalo, Sampsa, and Louna Hakkarainen. 2014. "What Difference Does a Living Lab Make? Comparing Two Health Technology Innovation Projects." *CoDesign* 10, no. 3-4: 191-208. https://doi.org/10.1080/15710882.2014.983936.

Kanstrup, Anne Marie, Kim Bjerge, and Jens E. Kristensen. 2010. "A Living Laboratory Exploring Mobile Support for Everyday Life with Diabetes." *Wireless Personal Communications* 53, no. 3: 395-408. https://doi.org/10.1007/s11277-010-9953-3.

Kim, Jiyoung. 2019. "Customers' Value Co-creation with Healthcare Service Network Partners: The Moderating Effect of Consumer Vulnerability." *Journal of Service Theory and Practice* 29, no. 3: 309-28. https://doi.org/10.1108/JSTP-08-2018-0178.

Kim, Junghee, You Lim Kim, Hyoeun Jang, Mikyeong Cho, Mikyung Lee, Jonggun Kim, and Hyeonkyeong Lee. 2020. "Living Labs for Health: An Integrative Literature Review." *European Journal of Public Health* 30, no. 1: 55-63. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz105.

Knowles, Sarah, Rebecca Hays, Hugo Senra, Peter Bower, Louise Locock, Jo Protheroe, Caroline Sanders, and Gavin Daker-White. 2018. "Empowering People to Help Speak Up about Safety in Primary Care: Using Codesign to Involve Patients and Professionals in Developing New Interventions for Patients with Multimorbidity." *Health Expectations* 21, no. 2: 539-48. https://doi.org/10.1111/hex.12648.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Larkin, Michael, Zoë V. R. Boden, and Elizabeth Newton. 2015. "On the Brink of Genuinely Collaborative Care: Experience-Based Co-design in Mental Health." *Qualitative Health Research* 25, no. 11: 1463-1476. https://doi.org/10.1177/1049732315576494.

Laurisz, Norbert, Marek Ćwiklicki, Michał Żabiński, Rossella Canestrino, and Pierpaolo Magliocca. 2023. "The Stakeholders' Involvement in Healthcare 4.0 Services Provision: The Perspective of Co-creation." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20, no. 3: 2416. https://doi.org/10.3390/ijerph20032416.

Leal Filho, Walter, Pinar Gokcin Ozuyar, Maria Alzira Pimenta Dinis, Anabela Marisa Azul, María Garcia Alvarez, Samara da Silva Neiva, Amanda Lange Salvia, Bruno Borsari, Andreea Danila, and Claudio Ruy Vasconcelos. 2023. "Living Labs in the Context of the UN Sustainable Development Goals: State of the Art." *Sustainability Science* 18: 1163-79. https://doi.org/10.1007/s11625-022-01240-w.

Leminen, Seppo. 2015. "Coordination and Participation in Living Lab Networks." *Technology Innovation Management Review* 5: 5-15. http://doi.org/10.22215/timreview/740.

Leminen, Seppo, and Mika Westerlund. 2016. "A Framework for Understanding the Different Research Avenues of Living Labs." *International Journal of Technology Marketing* 11, no. 4: 399-420. https://dx.doi.org/10.1504/IJTMKT.2016.079731.

Leminen, Seppo, and Mika Westerlund. 2019. "Living Labs: From Scattered Initiatives to a Global Movement." *Creativity and Innovation Management* 28, no. 2: 250-264. https://doi.org/10.1111/caim.12310.

Leminen, Seppo, Anna-Greta Nyström, and Mika Westerlund. 2015. "A Typology of Creative Consumers in Living Labs." *Journal of Engineering and Technology Management* 37: 6–20. https://doi.org/10.1016/j.jengtecman.2015.08.008.

Leminen, Seppo, Mika Westerlund, and Anna-Greta Nyström. 2012. "Living Labs as Open-Innovation Networks." *Technology Innovation Management Review* 2, no. 9: 6-11. http://doi.org/10.22215/timreview/602.

Leminen, Seppo, Mika Westerlund, and Anna-Greta Nyström. 2014. "On Becoming Creative Consumers: User Roles in Living Labs Networks." *International Journal of Technology Marketing* 9, no. 1: 33-52. https://dx.doi.org/10.1504/IJTMKT.2014.058082.

Lewando Hundt, Gillian, Maria Clasina Stuttaford, Claudette Bryanston, and Christine Harrison. 2019. "'Research Usually Sits on Shelves, Through the Play It Was Shared.' Co-producing Knowledge through Post-show Discussions of Research-based Theatre." *Frontiers in Sociology* 4: 48. https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00048.

Linda, Brennan, Annika Molenaar, Anouk Sherman, Shinyi Chin, Mike Reid, Helen Truby, and Tracy McCaffrey. 2021. "It Takes a Village: Co-creation and Co-design for Social Media Health Promotion." In *Broadening Cultural Horizons in Social Marketing: Comparing Case Studies from Asia-Pacific*, 67-93. Singapore: Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-8517-3_4.

Locock, Louise, and Annette Boaz. 2019. "Drawing Straight Lines along Blurred Boundaries: Qualitative Research, Patient and Public Involvement in Medical Research, Co-production and Co-design." *Evidence & Policy* 15, no. 3: 409-21. https://doi.org/10.1332/174426419X15552999451313.

Loeffler, Elke, and Tony Bovaird. 2017. "From Participation to Co-production: Widening and Deepening the Contributions of Citizens to Public Services and Outcomes." *In The Palgrave Handbook of Public Administration and Management in*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Europe, 403-23. London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/978-1-137-55269-3_21.

Masterson, Daniel, Kristina Areskoug Josefsson, Glenn Robert, Elisabeth Nylander, and Sofia Kjellström. 2022. "Mapping Definitions of Co-Production and Co-Design in Health and Social Care: A Systematic Scoping Review Providing Lessons for the Future." *Health Expectations* 25, no. 3: 902-13. https://doi.org/10.1111/hex.13470.

McCaffrey, Lauren, Bryan McCann, Maria Giné-Garriga, Qingfan An, Greet Cardon, Sebastien François Martin Chastin, Rabab Chrifou, Sonia Lippke, Quentin Loisel, Giuliana Raffaella Longworth, Katrina Messiha, Mira Vogelsang, Emily Whyte, and Philippa Margaret Dall. 2025. "Co-Creation Experiences among Adults in Diverse Contexts: A Health CASCADE Scoping Review." *Public Health* 238: 29-36. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.11.002.

McMullin, Caitlin, and Catherine Needham. 2018. "Co-Production in Healthcare." In Co-production and Co-creation, 151-60. *Routledge*. https://doi.org/10.4324/9781315204956-22.

Messiha, Katrina, Teatske M. Altenburg, Maria Giné-Garriga, Sebastien Chastin, and Mai J. M. Chinapaw. 2025. "Enriching the Existing Knowledge about Co-Creation: Identifying Dimensions of Co-Creation Using Explicit Theory in Various Research Fields." *Minerva*: 1-24. https://doi.org/10.1007/s11024-024-09559-7.

Messiha, Katrina, Mai J. M. Chinapaw, Hans C. F. F. Ket, Qingfan An, Vinayak Anand-Kumar, Giuliana R. Longworth, Sebastien Chastin, and Teatske M. Altenburg. 2023. "Systematic Review of Contemporary Theories Used for Co-Creation, Co-Design and Co-Production in Public Health." *Journal of Public Health* 45, no. 3: 723-37. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad046.

Miller, Kristel, Rodney McAdam, and Maura McAdam. 2018. "A Systematic Literature Review of University Technology Transfer from a Quadruple Helix Perspective: Toward a Research Agenda." *R&D Management* 48, no. 1: 7-24. https://doi.org/10.1111/radm.12228.

Miller, Kristel, Rodney McAdam, and Maura McAdam. 2018. "A Systematic Literature Review of University Technology Transfer from a Quadruple Helix Perspective: Toward a Research Agenda." *R&D Management* 48, no. 1: 7-24. https://doi.org/10.1111/radm.12228.

Milton, Alyssa Clare, Ashlea Hambleton, Mitchell Dowling, Anna Elizabeth Roberts, Tracey Davenport, and Ian Hickie. 2021. "Technology-Enabled Reform in a Nontraditional Mental Health Service for Eating Disorders: Participatory Design Study." *Journal of Medical Internet Research* 23, no. 2: e19532. https://doi.org/10.2196/19532.

Mulder, Ingrid, Daan Velthausz, and Martijn Kriens. 2008. "The Living Labs Harmonization Cube: Communicating Living Lab's Essentials." *The Electronic Journal for Virtual Organizations and Networks* 10: 1-14. https://www.researchgate.net/publication/228375282_The_Living_Labs_Harmonization_Cube_Communicating_Living_Lab's_Essentials.

Nystrom, Anna-Greta, Seppo Leminen, Mika Westerlund, and Mika Kortelainen. 2014. "Actor Roles and Role Patterns Influencing Innovation in Living Labs." *Industrial Marketing Management* 43, no. 3: 483-95. https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.12.016.

Nyström, Anna-Greta, Seppo Leminen, Mika Westerlund, and Mika Kortelainen. 2014. "Actor Roles and Role Patterns Influencing Innovation in Living Labs." *Industrial*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Marketing Management 43, no. 3: 483-95. https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2013.12.016.

Oliver, Mike. 1997. *Emancipatory Research: Realistic Goal or Impossible Dream*. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), Doing Disability Research (pp. 15–31). Leeds, UK: The Disability Press.

Osborne, Stephen P. 2018. "From Public Service-Dominant Logic to Public Service Logic: Are Public Service Organizations Capable of Co-Production and Value Co-Creation?" *Public Management Review* 20, no. 2: 225-31. https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1350461.

Palumbo, Rocco. 2016. "Contextualizing Co-Production of Health Care: A Systematic Literature Review." *International Journal of Public Sector Management* 29, no. 1: 72–90. https://doi.org/10.1108/IJPSM-07-2015-0125.

Pearce, Tania, Myfanwy Maple, Anthony Shakeshaft, Sarah Wayland, and Kathy McKay. 2020. "What Is the Co-Creation of New Knowledge? A Content Analysis and Proposed Definition for Health Interventions." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 7: 2229. https://doi.org/10.3390/ijerph17072229.

Ramaswamy, Venkat, and Francis Gouillart. 2010. "Building the Co-Creative Enterprise." *Harvard Business Review* 88, no. 10: 100-109. https://hbr.org/2010/10/building-the-co-creative-enterprise.

Ramaswamy, Venkat, and Kerimcan Ozcan. 2014. *The Co-Creation Paradigm*. Stanford, CA: Stanford University Press. https://doi.org/10.1108/SD-10-2014-0141.

Scholl, Christian, Mette Agger Eriksen, Nik Baerten, Eric Clark, Thomas Drage, Maja Essebo, Thomas Hoeflehner, Joop de Kraker, Nicole Rijkens-Klomp, Anna Seravalli, Anna Wachtmeister, and Petra Wlasak. 2017. Guidelines for Urban Labs. URB@Exp project, JPI Urban Europe. https://jpi-urbaneurope.eu/wp-content/uploads/2016/09/URB@EXP-Guidelines.pdf.

Schuurman, Dimitri. 2015. "Bridging the Gap between Open and User Innovation?: Exploring the Value of Living Labs as a Means to Structure User Contribution and Manage Distributed Innovation." PhD diss., Ghent University. http://hdl.handle.net/1854/LU-5931264.

Schuurman, Dimitri, Bram Lievens, Lieven De Marez, and Pieter Ballon. 2012. "Towards Optimal User Involvement in Innovation Processes: A Panel-Centered Living Lab-Approach." In 2012 *Proceedings of PICMET '12: Technology Management for Emerging Technologies*, 2046-54. https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/6304220.

Schuurman, Dimitri, Lieven de Marez, and Pieter Ballon. 2016. "The Impact of Living Lab Methodology on Open Innovation Contributions and Outcomes." *Technology Innovation Management Review* 1, no. 6: 7-16. https://doi.org/10.22215/timreview/956.

Seddon, Nathalie Chausson Alexandre, Berry Pam, Girardin Cécile A. J., Smith Alison and Turner Beth. 2020. Understanding the value and limits of nature-based solutions to climate change and other global challenges. *Philosophical Transactions of the Royal Society*. https://doi.org/10.1098/rstb.2019.0120

Simonini, Pier Paolo. 2022. "Integrale e integrante: per una transizione ecologica equa". *Sviluppo sostenibile e green economy: tra luci e ombre.* 17 Settembre 2022, Torino. https://www.bioeticanews.it/integrale-e-integrante-per-una-transizione-ecologica-equa/

Slattery, Peter, Alexander K. Saeri, and Peter Bragge. 2020. "Research Co-Design in Health: A Rapid Overview of Reviews." *Health Research Policy and Systems* 18, no. 1: 17. https://doi.org/10.1186/s12961-020-0528-9.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Sánchez de la Guía, Lucìa, Marina Puyuelo Cazorla, and Blanca de-Miguel-Molina. 2017. "Terms and Meanings of 'Participation' in Product Design." *The Design Journal* 20, Sup1: S4539-S4553. https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1352951.

Teixeira, Alessandra Cananéa, Thais de Figueiredo Oliveira, Fabius Abrahão Torreão Esteves, and Mirian Miranda Cohen. 2024. "Co-Creation in Health: A Scoping Review." *Journal of Public Policy and Administration* 8, no. 1: 24-32. https://doi.org/10.11648/j.jppa.20240801.14.

Terkelsen, Anne Seneca, Christian Tolstrup Wester, Gabriel Gulis, Jørgen Jespersen, and Pernille Tanggaard Andersen. 2022. "Co-Creation and Co-Production of Health Promoting Activities Addressing Older People—A Scoping Review." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 20: 13043. https://doi.org/10.3390/ijerph192013043.

Thompson, Alison P., Shannon E. MacDonald, Eytan Wine, and Shannon D. Scott. 2020. "An Evaluation of Parents' Experiences of Patient Engagement in Research to Develop a Digital Knowledge Translation Tool: Protocol for a Multi-Method Study." *JMIR Research Protocols* 9, no. 8: e19108. https://doi.org/10.2196/19108.

Tsianakas, Vicki, Glenn Robert, Jill Maben, Alison Richardson, Catherine Dale, and Theresa Wiseman. 2012. "Implementing Patient-Centred Cancer Care: Using Experience-Based Co-Design to Improve Patient Experience in Breast and Lung Cancer Services." *Supportive Care in Cancer* 20, no. 11: 2639-47. https://doi.org/10.1007/s00520-012-1470-3.

Vargas, Carmen, Jill Whelan, Julie Brimblecombe, and Steven Allender. 2022. "Co-Creation, Co-Design and Co-Production for Public Health: A Perspective on Definitions and Distinctions." *Public Health Research & Practice* 32, no. 2. https://doi.org/10.17061/phrp3222211.

Vargo, Stephen L., and Robert F. Lusch. 2008. "A Service Logic for Service Science." In *Service Science, Management and Engineering Education for the 21st Century*, 83–88. Boston, MA: Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-76578-5_14.

Veeckman, Carina, Dimitri Schuurman, Seppo Leminen, and Mika Westerlund. 2013. "Linking Living Lab Characteristics and Their Outcomes: Towards a Conceptual Framework. *Technology Innovation Management Review* 3, no. 12: 6-15. http://doi.org/10.22215/timreview/748.

Vicini, Sauro, Sara Bellini, and Alberto Sanna. 2012. "The City of the Future Living Lab." *International Journal of Automation and Smart Technology* 2, no. 3: 201-08. https://doi.org/10.5875/ausmt.v2i3.134.

Voorberg, William H., Viktor J. J. M. Bekkers, and Lars G. Tummers. 2014. "A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the Social Innovation Journey." *Public Management Review* 17, no. 9: 1333-57. https://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505.

Westerlund, Mika, Seppo Leminen, and Christ Habib. 2018. "Key Constructs and a Definition of Living Labs as Innovation Platforms." *Technology Innovation Management Review* 8, no. 12. https://timreview.ca/sites/default/files/article_PDF/Westerlund_et_al_TIMReview_December2018.pdf.

Westerlund, Mika, Seppo Leminen, and Mervi Rajahonka. 2018. "A Topic Modelling Analysis of Living Labs Research." *Technology Innovation Management Review* 8, no. 7: 40-51. http://doi.org/10.22215/timreview/1170.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Westerlund, Mika, and Seppo Leminen. 2011. "Managing the Challenges of Becoming an Open Innovation Company: Experiences from Living Labs." *Technology Innovation Management Review* 1, no. 1: 19-25. http://doi.org/10.22215/timreview/489.

Wright née Blackwell, Rebecca, Karen Lowton, Glenn Robert, Corita Grudzen, and Patricia Grocott. 2017. "Using Experience-Based Co-Design with Older Patients, Their Families and Staff to Improve Palliative Care Experiences in the Emergency Department: A Reflective Critique on the Process and Outcomes." *International Journal of Nursing Studies* 68: 83-94. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.002.

Yeganeh, Ladan, Kate Johnston-Ataata, Amanda J. Vincent, Jacinthe Flore, Renata Kokanović, Helena Teede, and Jacqueline A. Boyle. 2021. "Co-Designing an Early Menopause Digital Resource." *Seminars in Reproductive Medicine*. http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0041-1726273.

Yunus, Muhammad. 2001.*Microcredit and IT for the Poor*. New Persp. Q. 18: 25.

Zhang, Yan, Lin Yang, Kin Cheung, Qingpeng Zhang, Yan Li, Chun Hao, Harry H. X. Wang, Qianling Zhou, and Angela Yee Man Leung. 2024. "Community-Based Participatory Research (CBPR) Approaches in Vaccination Promotion: A Scoping Review." *International Journal for Equity in Health* 23, no. 1: 227. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02278-1.

Sitografia

ENoLL. n.d. "Homepage — ENoLL." Accessed April 7, 2025. https://enoll.org/.

European Commission. 2013. Guide to Social Innovation. DG Regional and Urban Policy - DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Bruxelles. http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/social_innovation/social_innovation_2013.pdf. Accessed 10.01.2025.

Healthcare Living Lab Catalonia. 2022. The Living Lab Approach: A Guide to Open Innovation. https://www.healthcarelivinglab.cat/wp-content/uploads/2022/06/Strategic-Report-HCLLC_2022_ENG.pdf.

Interreg North Sea Region. 2019. A Quadruple Helix Guide for Innovations. In For Care: Informal Care and Voluntary Assistance: Innovation in Service Delivery in the North Sea Region. European Regional Development Fund. https://northsearegion.eu/media/11651/a-quadruple-helix-guide-for-innovations.pdf

Nicoli, Maria Augusta, Gino Mazzoli, Vincenza Pellegrino, Vittoria Sturlese, Fabrizia Paltrinieri, e Vanessa Vivoli. 2015. La programmazione partecipata per un welfare di comunità. Linee guida per la sperimentazione delle pratiche partecipative nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale. Edizione straordinaria per l'evento "Aggiungi un posto al tavolo", Bologna, 18 dicembre 2015. Regione Emilia-Romagna. Accessed August 23, 2024. https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/linee-guida-community-lab-2015.

Regione Emilia-Romagna. 2022. "Community Lab." Innovazione sociale – Regione Emilia-Romagna. Accessed August 23, 2024. https://assr.regione.emilia-romagna.it/innovazione-sociale/cl.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Regione Emilia-Romagna. 2023. “Programmazione locale partecipata: Il metodo Community Lab nei Piani di zona. Forme innovative di partecipazione della cittadinanza alla programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria locale.” Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali; Settore Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna. Accessed August 23, 2024. https://assr.regione.emilia-romagna.it/innovazione-sociale/cl/cl_progr_locale

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Linee guida per gli Health Community Lab: la co-creazione come processo di capacitazione

di *Mario Biggeri, Elisa Betti, Vanna Boffo, Guglielmo Bonaccorsi, Elisa Caruso, Valeria Lingua, Paola Gallo, Nicoletta Setola, Dario Menicagli* e *Francesca Zagli*[1]

1. Introduzione

Nel primo capitolo abbiamo introdotto la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come stato complessivo di benessere fisico, mentale, emotivo, sociale e spirituale e indicato i tre ruoli che le persone possono avere nei sistemi sanitari: di scelta, di voce/deliberazione e di co-produzione (Nolte, Merkur, e Anell 2020). Successivamente, abbiamo presentato i *Living Lab* (LL) come metodologia di partecipazione strutturata che, attraverso la co-creazione, promuove l'innovazione sociale e collaborativa e la governance interattiva.

Questo capitolo ha un duplice obiettivo: da un lato fornire le coordinate teoriche della nostra riflessione, dall'altro illustrare le linee guida operative dei laboratori di co-creazione promossi nel contesto della ricerca e denominati *Health Community Lab* (HCL). Queste linee guida sono state elaborate durante il progetto e validate attraverso specifiche sperimentazioni, descritte nei capitoli successivi.

Introdurremo infatti, un dialogo tra i tre *framework* concettuali che guidano la nostra idea di co-creazione: l'approccio delle *capability,* la letteratura relativa allo sviluppo umano locale e il *framework* dei determinanti sociali di salute. Il primo ci permette di definire la partecipazione alla sfera decisionale come mezzo e fine per il benessere della persona e della comunità; il secondo di evidenziare le dimensioni territoriali del benessere e il terzo di riconoscere come lo stato di salute dipende da una pluralità di fattori economici, ambientali, istituzionali e relazionali.

In questa prospettiva, intendiamo mettere in luce come la co-creazione, in quanto processo di capacitazione, possa rafforzare l'*agency* individuale e

[1] Si ringraziano le seguenti persone per i loro suggerimenti: Leonardo Boncinelli (Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa, UNFI), Irene Biemmi, Annamaria Di Fabio, Andrea Svicher (Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia, UNIFI), Giuseppe Lotti, Elisa Matteucci, Benedetta Masiani, Dipartimento di Architettura, UNIFI) e Gavino Maciocco (Dipartimento di Scienze per la Salute, UNIFI).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

collettiva e radicarsi nei territori, offrendo così le basi teoriche e operative per comprendere gli HCL.

1.1 Come sono stati sviluppati gli Health Community Lab

Gli HCL sono stati sviluppati a partire da un'analisi esplorativa dei bisogni del territorio, condotta attraverso interviste e momenti di confronto con diversi stakeholder del sistema socio-sanitario toscano (operatori sanitari, rappresentanti del terzo settore, professionisti). Questa fase di ascolto ha permesso di mappare le principali criticità percepite nei territori, sintetizzabili in tre macro-aree:

- mappatura e conoscenza del territorio: è emersa una frammentazione nella conoscenza dei servizi e delle risorse territoriali, un mismatch tra domanda e offerta di servizi socio-sanitari, e una scarsa consapevolezza del ruolo del terzo settore nelle prestazioni sociosanitarie;
- comunicazione e coinvolgimento: sono state segnalate difficoltà nel raggiungere alcuni gruppi della popolazione (giovani, persone vulnerabili), nel promuovere una comunicazione bottom-up e nel facilitare l'individuazione precoce di situazioni di fragilità;
- presa in carico individuale e di comunità: si è evidenziata la necessità di un approccio integrato che includa le dimensioni sociali e relazionali della salute, promuova l'equità di accesso, la territorialità e la sostenibilità dei servizi.

Gli HCL rappresentano una risposta ai bisogni ed alle criticità emerse poiché, in quanto spazi di co-creazione, essi promuovono il coinvolgimento attivo di istituzioni, cittadini, operatori, professionisti della salute e organizzazioni del terzo settore, con l'obiettivo di generare opportunità di innovazione sociale e organizzativa. Gli HCL possono migliorare la conoscenza e la mappatura delle risorse territoriali, favorendo la connessione tra i diversi attori che operano nel sistema socio-sanitario ed i cittadini. Attraverso attività di ascolto, consultazione e co-creazione, i laboratori contribuiscono a superare la frammentazione delle informazioni e la scarsa conoscenza delle risorse disponibili, promuovendo una maggiore accessibilità ai servizi, una visione condivisa del territorio e una più efficace integrazione tra domanda e offerta. Questo approccio consente di valorizzare le risorse locali e di rendere visibili gli attori del terzo settore che concorrono alla costruzione del benessere collettivo. Inoltre, gli HCL rafforzano la comunicazione e la partecipazione attiva, creando canali di dialogo permanenti tra comunità, istituzioni e servizi. L'integrazione con metodologie partecipative – basate su ascolto non pregiudiziale, inclusività e collaborazione – permette di coinvolgere anche gruppi tradizionalmente difficili da raggiungere, come giovani, persone in condizioni di fragilità o cittadini meno informati. In questo modo

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

si favorisce la costruzione di una comunicazione bottom-up, che parte dalle esperienze delle persone e restituisce voce ai bisogni reali delle comunità e dei territori. Infine, gli HCL favoriscono un approccio integrato alla presa in carico individuale e di comunità, superando la logica settoriale e promuovendo un modello di salute fondato su equità, prossimità e benessere relazionale. Gli HCL diventano così luoghi di innovazione e di apprendimento collettivo, capaci di generare soluzioni condivise e sostenibili per una salute intesa come bene comune.

2. La co-creazione come processo di capacitazione

L'approccio delle *capability* costituisce un quadro concettuale per l'analisi del benessere e dello sviluppo di una comunità o di un paese. Elaborato a partire dagli anni Ottanta da Amartya Sen (1980, 2000). In netta discontinuità con le concezioni che riducono lo sviluppo alla sola crescita economica e il benessere all'accumulazione di ricchezza, esso sposta l'attenzione dai mezzi ai fini dello sviluppo e pone al centro le libertà sostanziali (*positive freedoms*) e le reali opportunità di cui le persone dispongono per perseguire i propri obiettivi e condurre una vita che hanno ragione di valorizzare. Questo approccio mettendo al centro la persona e il suo *empowerment* è *agency oriented* e per questi motivi si sposa bene con un approccio bio-psico-sociale, che riconosce l'interconnessione tra stato fisico, benessere psicologico e contesto sociale della persona e la sua capacità di partecipare attivamente alla vita sociale e di perseguire il proprio progetto di vita individuale e comunitario (Ruger 2004; Mitra 2006; Biggeri et al. 2011; Trani et al. 2011; WHO 2016; Biggeri, Mitra, e van der Veen 2025). Ne deriva una visione multidimensionale del benessere e dello sviluppo, che non dipende unicamente dalle risorse materiali disponibili, ma anche dalle condizioni sociali, politiche e istituzionali che concorrono a determinare i risultati delle persone e che consentono agli individui e alle collettività di esercitare la propria *agency*, ovvero di essere soggetti attivi dei processi di trasformazione che li riguardano. Da questa prospettiva, infatti, lo sviluppo è definito come «processo di espansione delle libertà reali [*capability*] di cui godono gli esseri umani» e «l'espansione della libertà è considerata sia scopo primario sia principale mezzo dello sviluppo» (Sen 2000, 41). Sen ha proposto una definizione di *capability* che tiene insieme due prospettive: quella abilitante, legata alle possibilità effettive delle persone (come essere ben nutriti, istruiti e avere accesso all'assistenza sanitaria), e quella processuale, che include la partecipazione politica e la facoltà di agire.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

> La libertà politica e i diritti civili hanno un'importanza diretta, tutta intrinseca, e non necessitano di una giustificazione indiretta che invochi i loro effetti sull'economia. Anche quando godono di un'adeguata sicurezza economica […], coloro che non hanno libertà politica o diritti civili sono privati dell'importante libertà di scegliere la vita che vogliono e della possibilità di partecipare a decisioni cruciali su questioni di pubblico interesse. Si tratta di privazioni che limitano il vivere sociale e politico e che devono essere considerate oppressive anche quando non generano altre sofferenze. (Sen 2000, 22-23)

> Anche una persona ricchissima, alla quale si impedisca di parlare liberamente o di partecipare alle discussioni e decisioni pubbliche, è privata di una cosa che ha motivo di apprezzare, e il processo di sviluppo, quando viene giudicato considerando se promuova o meno la libertà umana, deve comprendere il superamento di questa privazione. (Sen 2000, 41)

Frediani (2015, 10) ha definito la '*capabilities* partecipative' come «le scelte, le capacità e le opportunità delle persone di impegnarsi in un processo di partecipazione orientato ad approfondire le pratiche democratiche e a rafforzare la consapevolezza critica, sia individuale sia collettiva». Da un lato, la partecipazione è un mezzo per raggiungere altri risultati, come la definizione di politiche, programmi o servizi sanitari incentrati sui bisogni e sulle aspettative della comunità e, quindi, la rimozione degli ostacoli di accesso all'assistenza sanitaria. Dall'altro lato, alla partecipazione è da riconoscere la qualifica di fine a sé, che promuove il benessere e l'*empowerment* delle persone e delle comunità e la democratizzazione (Clark et al. 2019).

> Attraverso la consapevolezza di sé, la persona acquisisce una maggiore conoscenza di sé stessa, dei propri limiti, ma anche delle proprie capacità di cui impara col tempo ad aver fiducia per affrontare situazioni di difficoltà. Ciò porta la persona ad essere *empowered* e ad includere nel proprio sistema di valori quelli tipici dell'assertività: dignità personale, libertà, autonomia, rispetto di sé e degli altri. (Barbuto et al. 2007, 61-62)

Il concetto di *agency* o "facoltà di agire" è centrale, insieme a quello di *capability*, in questo approccio. Sen utilizza il termine 'agente' per indicare «colui che agisce e produce cambiamento, e i cui risultati possono essere valutati in base ai propri valori e obiettivi» (Sen 2000, 19), sottolineando come la possibilità di scegliere rappresenti una *capability* dal valore intrinseco e strumentale al perseguimento di altre libertà e che deve essere fortemente difesa. Da questa prospettiva, si afferma che gli individui attribuiscono valore anche a risultati non direttamente legati al proprio benessere e che tali risultati, sebbene apparentemente estranei ad essa, hanno un impatto significativo sulla qualità della vita.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

La libertà di *agency* si manifesta nella possibilità per le persone di esprimere la propria voce, vederla riconosciuta e partecipare ai processi decisionali che riguardano sé stesse o la comunità.

La riflessione teorica che è stata sviluppata intorno all'approccio delle *capability* ha ampliato i concetti di *capability* e *agency* dalla dimensione individuale a quella sociale, collettiva e territoriale, al fine di evidenziare, da un lato, che le capacitazioni dipendono da fattori territoriali e, dall'altro, che la partecipazione e l'esercizio dell'*agency* sono sperimentate localmente (Biggeri e Ferrannini 2014; Biggeri, Ferrannini e Arciprete 2018, Biggeri, Bormolini e Guarini 2025).

Infatti, le *capability* non si sviluppano mai nel vuoto, ma emergono, si rafforzano o, al contrario, vengono limitate o indebolite nei territori, negli spazi sociali e istituzionali in cui le persone vivono e interagiscono. Il contesto politico, il funzionamento del mercato, l'ambiente istituzionale, culturale e sociale, così come le norme e i valori che li plasmano, definiscono lo spazio entro il quale gli individui possono esercitare la propria libertà, accedere a opportunità, attivare la propria *agency* e conseguire differenti livelli di benessere (Biggeri e Ferrannini 2014).

Questa prospettiva multidimensionale del benessere individuale e collettivo, con le sue specifiche declinazioni territoriali, risulta coerente con la cornice concettuale dei determinanti sociali della salute. La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute promossa dall'OMS tra il 2005 e il 2008 ha infatti sistematizzato i principali modelli interpretativi elaborati dalla comunità scientifica per analizzare i meccanismi che producono disuguaglianze sociali di salute (WHO 2008).

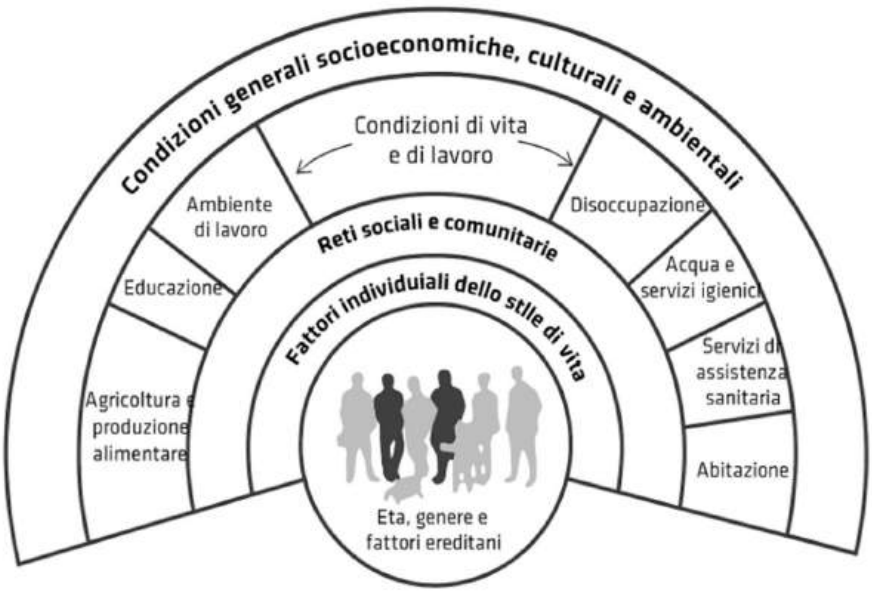
Tra i modelli proposti, quello di Dahlgren e Whitehead (1991; 2021) rappresenta i determinanti sociali della salute attraverso una struttura a cerchi concentrici che mette in luce una gerarchia di influenza tra i diversi determinanti. Al centro dello schema figurano i determinanti individuali non modificabili, quali età, sesso e patrimonio genetico. A seguire compaiono i determinanti modificabili, che incidono in maniera significativa sullo stato di salute delle persone e delle comunità e sull'emergere delle disuguaglianze di salute: gli stili di vita, le reti sociali e comunitarie, le condizioni di vita e di lavoro e, infine, i fattori politici, sociali, economici e culturali che definiscono il contesto più ampio (Maciocco e Santomauro 2014).

I determinanti della salute richiamano concettualmente il concetto di 'fattori di conversione' discussi nella letteratura sull'approccio delle *capability,* il quale evidenzia che fattori personali, sociali e contestuali influiscono sulle opportunità effettive delle persone di condurre la vita che hanno ragione di desiderare e di perseguire il proprio benessere (Robeyns 2005; Biggeri e Ferrannini 2014). In tale prospettiva, Biggeri e Ferrannini (2014) hanno ulteriormente rafforzato la dimensione territoriale dell'approccio delle *capability,* mostrando come benessere e sviluppo non possano essere considerati esiti

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

puramente individuali, ma debbano essere interpretati come il risultato di processi territoriali e relazionali.

Fig. 1 – Le determinanti della salute. Fonte: adattato da Dahlgren and Whitehead (1991, 11)



Nel *framework* proposto da Biggeri e Ferrannini (2014), lo sviluppo umano locale è definito, in prospettiva territoriale, come un processo integrato e sostenibile di ampliamento delle opportunità effettive delle persone e delle comunità. L'*agency* collettiva viene intesa come «la capacità di incidere sui processi in atto nel proprio territorio o come regole generali nell'arena nazionale e internazionale, attraverso la partecipazione Trasformativa delle persone» (Biggeri e Ferrannini 2014, p. 30, traduzione nostra).

La rilevanza del contesto territoriale, evidenziata sia dal modello di Biggeri e Ferrannini (2014) sia dal quadro dei determinanti sociali di salute, attribuisce alla co-creazione un ruolo cruciale come processo di capacitazione. Poiché le condizioni territoriali influenzano in modo decisivo le opportunità degli individui e la possibilità di raggiungere differenti livelli di benessere, la co-creazione rappresenta lo strumento per riconoscere e valorizzare le specificità locali, ascoltare attivamente i bisogni delle comunità e costruire politiche e interventi in grado di rimuovere gli ostacoli territoriali al pieno sviluppo della persona. In questa prospettiva, l'*agency* collettiva non coincide con la semplice somma delle *agency* individuali, ma emerge come una forma di *empowerment* condiviso.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Questa prospettiva trova continuità nella più recente riflessione di Biggeri, Bormolini e Guarini nel recente libro "Economia per lo sviluppo umano integrale" (2025). Gli autori, a partire dalla triplice dimensione umana corpo, psiche e spirito, dalla definizione di *Homo Integralis* e dall'approccio delle *capability,* rileggono il paradigma dello sviluppo umano delle Nazioni Unite (UNDP, 1990) attraverso il modello SPES (Biggeri et al. 2023). Fondato sui pilastri di produttività, equità, sostenibilità, *empowerment* e sicurezza umana, e sul dialogo tra gli attori della quintupla elica (Biggeri, Bormolini e Guarini 2025), il modello SPES pone l'*agency* individuale e collettiva che si esprimono nei luoghi e nei loro funzionamenti al centro dei processi di sviluppo, innovazione e trasformazione (Biggeri, Bormolini e Guarini 2025; Biggeri et al. 2023).

In questa prospettiva, la co-creazione – intesa come forma strutturata di collaborazione tra i diversi attori della cosiddetta quadrupla elica (istituzioni pubbliche, settore privato, società civile organizzata e comunità accademica) – si configura come un mezzo privilegiato per promuovere equità e inclusione. Al contempo, l'adozione di un approccio capacitante richiede di attribuire alla co-creazione anche il valore di fine in sé: un processo di democratizzazione e di capacitazione, che non solo contribuisce a rimuovere disuguaglianze, ma accresce il benessere delle persone e delle comunità e ne rafforza l'*agency.*

In altri termini, riconosciamo che gran parte delle conoscenze su cosa fare e come farlo risiede nei luoghi e viene prodotta durante il processo politico stesso (Carrosio e Barca 2020) e promuoviamo l'attivazione dei laboratori di co-creazione al fine di favorire il protagonismo della comunità locale, promuovere la partecipazione e attivare l'*agency* individuale e collettiva.

3. Linee Guida: cos'è un Health Community Lab

Le linee guida che presentiamo sono il risultato di un processo articolato. Sono state redatte nel primo anno del progetto e successivamente sperimentate in diversi casi studio, illustrati nei capitoli 4-11. Alla luce delle esperienze realizzate, esse sono state riviste e arricchite, per poi assumere la forma definitiva[2].

Gli HCL rappresentano una forma specifica di LL e come tali possono essere considerati sia una metodologia di progettazione innovativa, sia uno spazio collaborativo per i processi di innovazione (tecnologica e sociale).

[2] In questa sede se ne offre una versione più concisa e teorica, utile a comprendere i fondamenti e i principi di riferimento degli Health Community Lab, mentre la versione estesa e più operativa delle linee guida sarà resa disponibile online.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

In particolare, gli HCL sono focalizzati sulla salute e sul benessere di una determinata comunità, territorio o regione e hanno come obiettivi principali di:

- analizzare e individuare le sfide complesse all'interno dell'ecosistema sanitario locale;
- creare reti di collaborazione, co-creare e implementare iniziative e soluzioni per contribuire alla salute e al benessere della comunità;
- sostenere la diffusione dell'innovazione tecnologica e dell'innovazione sociale nelle comunità locali.

Gli HCL si configurano come metodologia di progettazione e come spazio collaborativo, basandosi su processi partecipativi che coinvolgono gli attori della quadrupla elica (società civile, istituzioni pubbliche, enti privati e accademia). In realtà, il modello di riferimento è quello della quintupla elica, che include anche la dimensione ambientale: un elemento che cerchiamo di far entrare nel processo attraverso gli attori sensibili a questi temi o mantenendo comunque una tensione costante verso la sostenibilità. In questo quadro, l'HCL diventa un luogo in cui esplorare, co-creare e valutare soluzioni in contesti reali, generando innovazione sociale e tecnologica basata su conoscenze condivise ed evidenze scientifiche.

La metodologia HCL si distingue da esperienze simili, per promuovere la co-creazione, intesa come una forma di partecipazione strutturata attraverso la collaborazione dell'Università con i cittadini e altri *stakeholder* pubblici e privati, a partire dalla fase di identificazione dei bisogni fino alla valutazione del processo, per promuovere processi co-creativi generativi e abilitanti. In questo la metodologia si distingue dagli strumenti di amministrazione condivisa che abbiamo presentato nel Capitolo 1, quali la co-programmazione e la co-progettazione, sia per quanto riguarda gli attori coinvolti, che includono l'Università e il settore privato (Bellandi, Donati e Cattaneo 2021), che per l'approccio adottato.

Gli HCL favoriscono un dialogo aperto e costruttivo tra enti pubblici, privati e cittadini, contribuendo così a una collaborazione e potenzialmente ad una distribuzione più equilibrata del potere decisionale. In particolar modo, essi agiscono come mediatori tra i diversi soggetti coinvolti, consentendo ai partecipanti di co-determinare e modellare i processi di innovazione oltre che di gestire attivamente il cambiamento sociale. Questo approccio promuove l'uguaglianza di voce e partecipazione, permettendo a tutti i partecipanti di avere un ruolo significativo attivo nella definizione e nello sviluppo di soluzioni per la salute e il benessere della comunità.

3.1 I principi degli Health Community Lab

I principi che orientano gli HCL conferiscono coerenza e direzionalità all'intero percorso metodologico. Essi non vanno intesi come semplici valori

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

ispiratori, ma come criteri fondativi che qualificano e distinguono la nostra proposta rispetto ad altre pratiche di partecipazione e innovazione sociale.

Il riferimento teorico principale è rappresentato dalla prospettiva dello sviluppo umano sostenibile, che riconosce la centralità della persona e della comunità nei processi di trasformazione e si fonda su cinque pilastri – *productivity, equity, environmental sustainability, participation & empowerment, human security* – enfatizzando al contempo il ruolo dell'*human collective agency*, che si esprime attraverso le interazioni tra i diversi attori sociali e guida le transizioni verso la sostenibilità. In questa prospettiva, i principi forniscono un orientamento e offrono un criterio operativo, traducendosi in pratiche e modalità di lavoro capaci di garantire inclusività, equità e sostenibilità nei percorsi co-creativi.

Principi valoriali e di orientamento

- Centralità della persona (o *human-centred approach*): porre la persona al centro del processo di progettazione, tenendo conto delle sue esigenze (bisogni legati a corpo, psiche e spirito), dei suoi desideri e dei suoi limiti.[3]
- Equità: garantire a tutte le persone l'accesso giusto e non discriminatorio alle opportunità e ai servizi, riconoscendo le differenze e le condizioni di partenza. Significa rimuovere gli ostacoli che generano disuguaglianze e assicurare che ciascun individuo e comunità possa realmente partecipare e beneficiare dei processi co-creativi.
- Inclusività: garantire l'accesso equo e inclusivo per tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione sessuale, sociale, razziale, politica e religiosa e considerando le diverse esigenze culturali, sociali ed economiche. Valorizzare la diversità in quanto fonte di diverse prospettive[4].
- Multidimensionalità: affrontare i problemi in modo integrato, considerando la complessità e le connessioni tra le diverse sfere della vita delle persone e delle comunità.
- Generatività: generare un beneficio per la comunità, cioè realizzare azioni concrete (per esempio, la produzione di un bene e/o di un servizio) nell'interesse generale di tutta la comunità di riferimento.
- Sostenibilità: assumersi la responsabilità degli effetti degli HCL, con riferimento alla dimensione ecologica ed intergenerazionale, intesa come tutela della riproducibilità delle risorse e garanzia del benessere delle generazioni future; alla dimensione economica, orientata

[3] Questo approccio è in linea con il *people-centered care framework* promosso dall'OMS nel 2016, che promuove supporta una partnership collaborativa tra operatori sanitari e persone o comunità coinvolte, al fine di co-creare salute e benessere adottando un approccio olistico.

[4] Nel design del processo di ogni HCL si terrà conto delle differenze culturali, sociali, di genere per adattare adeguatamente i protocolli e favorire la partecipazione.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

all'efficienza; e alla dimensione sociale, definita come principio di equità inteso quale pari opportunità in relazione a pari bisogni.

Principi relazionali e processuali

- Partecipazione e collaboratività: la cittadinanza è soggetto attivo nei temi riguardanti il benessere individuale e della comunità, collabora nella definizione e nelle modalità di organizzazione dei servizi sanitari e contribuisce così a un superamento dell'approccio top-down e a una distribuzione equilibrata del potere decisionale.
- Responsabilità reciproca (*mutual accountability*): promuovere la responsabilità reciproca dei partecipanti per gli impegni presi rispetto agli obiettivi progettuali e alla collaborazione all'interno delle fasi operative.
- Apprendimento individuale e comunitario: favorire lo sviluppo di conoscenze, competenze e consapevolezze sia a livello personale che collettivo. Ciò significa promuovere processi di apprendimento reciproco, in cui i partecipanti condividono esperienze e informazioni, rafforzando la capacità di agire insieme e di costruire soluzioni innovative radicate nei bisogni reali delle comunità.
- Ascolto non pregiudiziale: favorire un ascolto aperto e generativo che permetta il superamento di pregiudizi e permetta una collaborazione creativa tra i partecipanti (Linarello, 2023).

Principi metodologici

- Valutazione continua: utilizzare procedure di valutazione per garantire la qualità, l'efficacia e il miglioramento delle attività svolte all'interno degli HCL adottando un approccio basato sull'apprendimento continuo.
- Trasferibilità: massimizzare l'impatto del prodotto, promuovendo la diffusione e la replicabilità dei risultati in un'ottica di apprendimento e di sviluppo sostenibile.
- Efficacia: garantire che le azioni intraprese negli HCL raggiungano gli obiettivi prefissati in termini di miglioramento del benessere individuale e comunitario ottimizzando le risorse esistenti.
- Scalabilità: estendere i benefici delle soluzioni co-create a un numero crescente di persone, contesti o livelli istituzionali. La scalabilità non implica l'applicazione meccanica di un modello unico, ma la capacità di adattare e replicare le innovazioni in modo coerente con le specificità locali, favorendo processi di apprendimento e diffusione sostenibile.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3.2 Gli Health Community Lab come strumento di democratizzazione

Il dialogo all'interno degli HCL non è semplicemente uno scambio di opinioni, ma un processo deliberativo che sostiene la costruzione collettiva di soluzioni e la crescita dell'*agency* individuale e comunitaria. In questo senso, gli HCL promuovono uno stile di discussione volto alla ricerca condivisa e al rispetto reciproco sostenendo lo sviluppo di pensiero critico, creativo e di cura, indispensabile per la capacità di prendere decisioni informate. Attraverso pratiche dialogiche strutturate, i partecipanti valutano alternative, riconoscono la pluralità dei punti di vista e costruiscono soluzioni attraverso un confronto aperto e motivato (Biggeri & Santi, 2012).

Ci sono alcune regole generali che migliorano la qualità del confronto (Biggeri e Santi 2012), favoriscono processi decisionali inclusivi e che promuovono la responsabilità dei partecipanti:

- incoraggiare i partecipanti a esprimere le proprie opinioni nel gruppo;
- dare valore ai pensieri espressi da tutti i partecipanti;
- accettare sfide argomentative e costruire sulle idee altrui;
- discutere alternative possibili;
- procedere in modo auto-correttivo;
- negoziare mediazioni;
- partecipare responsabilmente al processo decisionale.

Queste regole possono aiutare a creare condizioni di confronto sicure e non giudicanti; favorire la partecipazione anche di persone abitualmente meno coinvolte; migliorare la qualità delle argomentazioni e delle soluzioni co-create; sostenere l'acquisizione di competenze dialogiche utili alla vita comunitaria; rafforzare agency, corresponsabilità e capacità deliberative.

L'uso consapevole di questo modello di dialogo contribuisce a trasformare gli HCL in veri spazi democratici di apprendimento collettivo, dove la costruzione della conoscenza e delle soluzioni emerge dall'interazione rispettosa e riflessiva tra i partecipanti. In questo senso l'HCL può essere considerato un *Empowered Learning System* (Clark et al. 2019), ovvero sistemi di apprendimento che intrecciano capacità individuali e collettive, promuovono agency e partecipazione significativa e permettono a comunità e istituzioni di co-costruire conoscenze, valori e possibilità di cambiamento. Gli HCL, quindi, non sono semplicemente spazi di progettazione condivisa, ma veri e propri ambienti generativi in cui il dialogo diventa leva per l'emancipazione, la crescita reciproca e la costruzione di futuri più equi e sostenibili.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3.3 Chi sono gli attori del processo?

Per realizzare un HCL è necessario coinvolgere in modo strutturato i principali attori del territorio. Solo attraverso la collaborazione tra università e centri di ricerca, istituzioni pubbliche e sanitarie, imprese, organizzazioni del terzo settore e cittadinanza organizzata è possibile costruire percorsi di partecipazione capaci di mettere a sistema i bisogni dei cittadini con le sfide e i vincoli dei decisori pubblici.

La natura non partecipa direttamente al processo, ma la sua voce entra attraverso attori che portano nell'HCL le istanze legate alla sostenibilità, alla tutela delle risorse e alla transizione ecologica.

La composizione specifica di ciascun HCL dipenderà dal tema affrontato, dal servizio o dal prodotto oggetto del percorso di co-creazione. Questa flessibilità è un punto di forza: l'inclusione di prospettive differenti consente di generare soluzioni più pertinenti, condivise e sostenibili, rafforzando l'impatto dell'innovazione sul territorio.

3.4 Che temi rientrano negli scopi di un Health Community Lab?

I temi che rientrano negli ambiti di interesse degli HCL sono caratterizzati dalla complessità e dall'urgenza di affrontare le sfide sanitarie contemporanee. Questi temi spaziano dalla promozione della salute pubblica e globale e della prevenzione delle malattie, all'innovazione sociale, all'equità nella salute e all'integrazione delle tecnologie sanitarie. Di seguito una lista non esaustiva dei temi che possono – direttamente o indirettamente – essere o far parte degli obiettivi e degli scopi dei lab:

- promozione della salute e/o di specifici aspetti della salute (es. salute mentale, salute sessuale e riproduttiva);
- promozione della salute di specifiche parti di popolazione (adulti e anziani, donne in gravidanza, gruppi marginalizzati, hard-to-reach people);
- integrazione delle tecnologie sanitarie (es. sistemi di cartella clinica elettronica condivisa, piattaforme di telemedicina, utilizzo dell'intelligenza artificiale per il supporto diagnostico, dispositivi di monitoraggio remoto dei pazienti);
- promozione della salute ambientale e animale, e non solo umana (es. iniziative *One Health*, campagne contro l'inquinamento atmosferico, programmi di benessere animale);
- riduzione delle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi (es. servizi di prossimità nelle aree interne, telemedicina per persone con mobilità ridotta, mediazione culturale per migranti);

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- educazione sanitaria e alfabetizzazione in salute (es. programmi di educazione nelle scuole, campagne informative su corretti stili di vita, percorsi di formazione digitale per l'uso di servizi sanitari online);
- gestione delle malattie croniche (es. percorsi integrati per diabete e BPCO, supporto ai caregiver, piattaforme digitali di monitoraggio)
- gestione del dolore e delle cure palliative (es. hospice di comunità, équipe multidisciplinari per la presa in carico, gruppi di auto-aiuto per le famiglie);
- salute sul luogo di lavoro (es. programmi di prevenzione dello stress, ergonomia degli spazi, promozione di stili di vita sani nelle aziende);
- innovazione nelle politiche sanitarie (es. strumenti di co-programmazione territoriale, piani di salute di comunità, consultazioni pubbliche sui servizi);
- innovazione nelle strategie organizzative delle strutture e dei servizi sanitari (es. modelli di case della salute, team multiprofessionali, sistemi di triage digitale)
- miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria organizzativa dei servizi sanitari (es. sportelli informativi accessibili, formazione del personale alla comunicazione chiara).

3.5 Il processo operativo dell'Health Community Lab

Sebbene i temi dei laboratori possano essere eterogenei, le fasi in cui essi si sviluppano sono simili. Ciascun momento permette di ottenere i risultati su cui basare il passo successivo, rendendo il processo lineare ma potenzialmente ciclico.

Fase preliminare

Nella fase preliminare occorre condurre un'analisi approfondita dello scenario in cui si andrà ad agire con l'HCL con l'obiettivo di ottenere una comprensione dettagliata del contesto, delle sfide che dovranno essere affrontate e degli attori che dovranno essere coinvolti. La fase preliminare prevede:

- analisi dei fattori sociali e culturali che influenzano o generano tale bisogno, compresi costumi, stili di vita, valori e atteggiamenti della comunità coinvolta.
- Analisi del contesto di policy locale per definire le politiche e le difficoltà esistenti relative alla tematica interessata dall'HCL. Riflessione su come l'HCL potrebbe ispirare politiche future.
- Identificazione degli stakeholder da coinvolgere: l'identificazione e l'analisi degli stakeholder – in qualità di attori rilevanti nella comunità di interesse – è una fase cruciale del processo secondo il modello

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

della quadrupla elica. In questa fase si dovranno analizzare le reti di relazioni, gli interessi e l'influenza che essi esercitano nella comunità e sulla tematica specifica affrontata dall'HCL. Infatti, è importante valutare l'importanza di una loro potenziale partecipazione e il tipo di influenza che potrebbero avere sul processo progettuale. Di seguito riportiamo una possibile griglia di analisi degli stakeholder per sistematizzare questa valutazione e facilitare l'identificazione delle parti interessate.

Fig. 2 – Esempio di griglia a matrice per l'analisi degli stakeholder Fonte: nostra elaborazione sulla base di E-genius, n.d.

	Competenze	Disponibilità	Valore	
Stakeholder	**Contributo**	**Disponibilità di coinvolgimento**	**Influenza**	**Necessità di coinvolgimento**
Stakeholder A				
Stakeholder B				
Etc.				

- Consultazione degli stakeholder e ridefinizione del problema: dopo aver completato un'attenta *desk-analysis*, sarà necessario coinvolgere gli stakeholder principali, identificati nella fase precedente, per raccogliere la loro visione sulla tematica specifica dell'HCL. Sarà importante facilitare la conoscenza tra gli attori e il loro coinvolgimento in un dialogo per costruire assieme una prima visione di cambiamento e iniziare a definire assieme gli obiettivi di principali che si pone l'HCL e se siano effettivamente interessate alla tematica.
- Identificazione delle risorse disponibili, tra cui tecnologie, servizi, infrastrutture e competenze che possono essere sfruttate per affrontare le sfide identificate.

Fase di implementazione

Lo scopo della fase di implementazione è favorire la collaborazione tra i partecipanti per definire i requisiti che un nuovo servizio o una nuova tecnologia devono soddisfare. Durante questa fase vengono effettuate le attività in cui si instaura l'effettiva sinergia tra gli attori della comunità per produrre una soluzione comune.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 1 – Esempi di prototipi e progetti pilota oggetto degli Health Community Lab. Fonte: nostra elaborazione

Riferimento bibliografico (Paese)	*Obiettivo*	*Attori*	*Tecniche*	*Risultato*
Lee et al. 2014;2016 (Stati Uniti, Minnesota)	Promozione del Pap test e della vaccinazione HPV tra le donne coreane-americane	Giovani donne coreano-americane, informatori chiave della comunità coreano-americana, professionisti sanitari	Focus group, interviste a testimoni privilegiati	Intervento Screening: invio di messaggi di testo personalizzati e interattivi per 7 giorni
Graffigna et al. 2021 (Italia)	Coinvolgere i caregiver familiari nella progettazione di nuovi servizi di assistenza a sostegno dell'invecchiamento attivo	Caregiver familiari, accademia, settore pubblico	Indagine quantitativa, revisione della letteratura, workshop di co-progettazione	Implementazione del progetto pilota *SOS Caregivers*
Avery, Forss, and Rämgård 2022 (Svezia)	Coinvolgere la comunità nella pianificazione, implementazione e valutazione di laboratori co-creativi per la promozione della salute	Accademia, settore pubblico, settore privato, settore non profit, comunità	Future workshops, focus group, gruppi di dialogo e narrazione	Co-progettazione di sei laboratori co-creativi: salute orale e alimentazione; attività fisica all'aperto; salute mentale e disabilità; salute delle donne; salute sociale per i giovani adulti; sicurezza. Ogni laboratorio ha portato alla co-creazione di alcune attività/prodotti.

I partecipanti agli HCL verranno reclutati tra gli stakeholder chiave identificati nella fase precedente. La dimensione del gruppo può variare in base al tema di interesse e alla popolazione di destinazione dell'intervento. Questi gruppi saranno costituiti da individui diversi per ruolo dello stakeholder che rappresentano ma anche per altre caratteristiche socio-demografiche (sesso, età, condizione professionale). Sarà importante prestare particolare attenzione alle dinamiche che potrebbero limitare la partecipazione di alcuni gruppi della popolazione e selezionare attentamente uno o più canali di comunicazione per raggiungere più persone. Nel caso in cui ciò non sia sufficiente, nel processo di reclutamento verranno adottate strategie mirate per coinvolgere i gruppi sottorappresentati.

Partendo dalle proprie esperienze, dalle risorse disponibili e dalle preferenze espresse, i gruppi elaborano un prototipo o un progetto pilota che sia coerente con la sfida o la problematica individuata nella fase preliminare.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Nella tabella che segue sono riportati alcuni esempi di prototipi o progetti che possono essere sviluppati all'interno di un HCL.

La fase di implementazione rappresenta quindi il cuore del modello HCL, le attività che si svolgono vengono portate avanti attraverso incontri o laboratori (definiti anche workshop) in cui si instaurano i veri processi co-creativi.

Al fine di creare questo ambiente collaborativo, possono essere utilizzati diversi metodi partecipativi *evidence-based*, sviluppati anche a livello europeo[5], per favorire uno scambio effettivo di punti di vista e integrare le proposte e idee di ciascun partecipante. La scelta del metodo da utilizzare nell'HCL dipenderà dalle caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti e dagli obiettivi che si vorranno di volta in volta raggiungere. Sarà necessario valutare infatti fattori come l'età, il livello di istruzione e le preferenze comunicative dei partecipanti, oltre che il grado di preparazione sull'argomento. È importante adattare i metodi al contesto specifico per massimizzare il coinvolgimento e l'efficacia dell'HCL.

Per massimizzare la partecipazione alla discussione, potrebbe essere necessario adottare delle strategie specifiche. Alcuni partecipanti potrebbero infatti manifestare riluttanza nel prendere parte alla discussione a causa di fattori personali, età, percezione della propria preparazione o questioni culturali. Le strategie utilizzate in questi contesti seguono queste indicazioni:

- creare un ambiente inclusivo, non gerarchico e di fiducia: è importante creare un ambiente accogliente e rispettoso, in cui tutti i partecipanti si sentano a proprio agio nel condividere le proprie opinioni e punti di vista. L'uso di regole di ingaggio chiare e la promozione di un clima di fiducia favoriscono l'inclusione di tutti. Questo clima può essere promosso anche da *ice-breaker* e giochi.
- Utilizzare approcci culturalmente sensibili: considerare le specificità culturali dei partecipanti può favorire la loro partecipazione attiva. Adottare approcci che tengano conto delle norme culturali, delle sensibilità e delle pratiche di comunicazione può aiutare a superare le barriere e facilitare la partecipazione.

Ai partecipanti sarà fornita un'adeguata informazione (ed eventuale formazione) riguardo alla metodologia HCL, ai principi di funzionamento, alle regole di partecipazione e ai concetti chiave relativi alla tematica in specifica dell'HCL in cui sono invitati. Saranno inoltre restituite le informazioni raccolte e analizzate durante la fase di analisi del contesto precedente. L'obiettivo consiste nel creare una base di conoscenza comune che favorisca il processo di co-creazione. Si vuole infatti assicurare che il processo sia caratterizzato da una partecipazione attiva ed inclusiva in cui gli utenti si sentano coinvolti e si possano prevenire squilibri eccessivi di conoscenza.

[5] Vedi: https://siscodeproject.eu/guidebook/organizer/

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

La scelta del luogo e delle tempistiche dell'attività dell'HCL rappresenta una decisione non secondaria in questa fase e dipenderà anche dalle specifiche attività adottate nell'HCL. Allo stesso modo, sarà necessario valutare attentamente il numero di incontri da programmare. Per quanto riguarda il luogo, sarà importante selezionare uno spazio fisico che sia accessibile e adatto alle esigenze dei partecipanti. Sarà fondamentale considerare fattori come l'accessibilità per persone con disabilità, la disponibilità di attrezzature necessarie per le attività dell'HCL e la comodità generale dell'ambiente. Per quanto riguarda le tempistiche, sarà necessario tenere conto delle disponibilità e delle preferenze dei partecipanti. Si potranno prendere in considerazione diversi fattori, come gli impegni lavorativi e personali dei partecipanti, le esigenze di orario e il periodo di tempo necessario per condurre le attività pianificate nell'HCL. È consigliabile cercare un equilibrio tra le esigenze dei partecipanti e la durata complessiva dell'HCL, al fine di garantire un impegno sostenibile e un'efficace partecipazione. La decisione sul numero di incontri dovrà essere valutata considerando la complessità delle attività previste nell'HCL e la necessità di garantire un'adeguata discussione e partecipazione dei membri del gruppo. Sarà importante trovare un numero di incontri che consenta di raggiungere gli obiettivi stabiliti, mantenendo allo stesso tempo una partecipazione attiva e coinvolgente per i partecipanti.

La fase di implementazione termina quindi attraverso modalità variabili, ma si conclude univocamente con la creazione di un elemento innovativo, definito genericamente come prototipo e che rappresenta un miglioramento o una soluzione condivisa tra gli stakeholder.

Fase di valutazione

La soluzione co-creata diviene quindi un oggetto valutabile per dimostrare l'efficacia nel migliorare o risolvere la sfida emersa durante la prima fase dell'HCL.

La valutazione degli HCL determina se le attività e le soluzioni adottate sono coerenti con i principi ispiratori dell'HCL e ha lo scopo operativo di misurare contemporaneamente la qualità del processo partecipativo e la concreta trasferibilità delle soluzioni generate. Per questo motivo la valutazione è pensata come attività sia in itinere sia ex-post, integrando sia le osservazioni dei ricercatori che i questionari agli stakeholder.

La valutazione si svolge quindi secondo tre possibili modalità:

- la valutazione del processo partecipativo, in particolare delle attività svolte durante la fase di implementazione, per verificare il grado di collaborazione tra i partecipanti e l'effettiva riuscita delle attività di co-creazione;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- la valutazione complessiva di esito di ciascun HCL, che adotta una serie specifica di criteri per vagliare l'effettiva riuscita globale di ciascun HCL;
- la valutazione esterna, che mette alla prova direttamente la soluzione/prototipo con metodologie sperimentali o attraverso canali esterni all'HCL stesso.

Questa configurazione metodologica è pensata per trasformare le evidenze raccolte in azioni concrete: non si tratta solo di misurare, ma di tracciare percorsi di implementazione — verificando chi si impegna a sostenere la soluzione, con quali risorse, e se e come la medesima soluzione può essere adattata ad altri contesti. I singoli strumenti (HCL checklist e questionari) vanno considerati come moduli riutilizzabili e adattabili al contesto locale.

4. Diffusione, scalabilità e trasferibilità

L'HCL ha il compito di promuovere la trasferibilità delle innovazioni co-create, ovvero la loro capacità di essere adattate e applicate in altri contesti o per nuovi beneficiari, così da ampliare l'impatto delle soluzioni e favorire apprendimento, empowerment e sviluppo sostenibile. In questo senso il prototipo sviluppato nella fase di implementazione costituisce una innovazione che dovrà essere presa in carico dagli stakeholder per realizzare compiutamente il cambiamento nel contesto della comunità e del sistema sanitario.

La trasferibilità poggia su due processi complementari:

- diffusione: riguarda la comunicazione e la promozione delle innovazioni verso ambienti e attori che possano adottarle e replicarle. Ciò implica creare consapevolezza, organizzare momenti di sensibilizzazione e formazione, attivare partenariati strategici.
- Scalabilità: l'insieme degli sforzi per estendere i benefici di un'innovazione consolidata a un numero maggiore di persone e contesti. Può avvenire attraverso:
    - ampiezza (*breadth*): estendere il target di popolazione beneficiaria;
    - copertura (*coverage*): adattare l'innovazione a contesti diversi;
    - profondità (*depth*): applicare l'innovazione a sfide correlate.

La scalabilità non mira a diffondere soluzioni universali, ma a favorire l'adozione e l'adattamento in base alle caratteristiche territoriali. In questo senso, la trasferibilità significa replicare un'innovazione efficace in contesti diversi, valorizzando le specificità locali e garantendo la padronanza delle comunità coinvolte.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

5. Considerazione etiche

Oltre ai principi elencati nei paragrafi precedenti, devono essere annoverati quelli di natura etica seguiti durante tutte le fasi di un HCL, che conciliano il rispetto dei diritti soggettivi durante le fasi dell'HCL e nelle soluzioni co-create. Gli HCL rispettano pertanto questi principi:

- principio di dignità, cioè il nucleo inderogabile dei diritti umani;
- principio di adesione volontaria e informata; questo principio riguarda anche i minori, ed in particolare gli adolescenti, che devono essere coinvolti e informati;
- principio di precauzione, per cui le attività dell'HCL deve ridurre ad un minimo accettabile i rischi per le persone, gli animali, l'ambiente;
- principio di proporzionalità, per il quale le azioni da intraprendere e le risorse impiegate devono essere adeguate agli obiettivi da raggiungere;
- principio di solidarietà, che mira a salvaguardare e incoraggiare il benessere di tutti, soprattutto i più deboli.

Inoltre, nel corso del processo di ricerca verranno identificate tutte quelle situazioni eticamente rilevanti, ovvero quelle che possono sollevare questioni etiche, al fine di affrontarle adeguatamente. La valutazione della sussistenza di questioni eticamente rilevanti coinvolge tutte le fasi di vita del progetto. Sarà prestata particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- questioni interculturali: durante la creazione degli HCL si cercherà di ridurre le disuguaglianze di accesso e partecipazione garantendo rappresentanza delle diverse comunità interessate alla salute e al benessere, evitando discriminazioni di qualsiasi tipo legate al genere, all'etnia, all'orientamento sessuale, alle disabilità o allo status socioeconomico;
- linguaggio inclusivo: nell'HCL si promuoverà un linguaggio che favorisca l'inclusione, la diversità e la promozione della salute per tutti, evitando discriminazioni o pregiudizi;
- salute di genere e altri approcci legati alle disuguaglianze in salute: approcci che mettano in conto come fattori personali (età, sesso, genere, etnia o disabilità), ambiente fisico e sociale (es. qualità abitativa, luogo di lavoro, area urbana o rurale), fattori socio-economici (reddito, educazione, occupazione), e l'interazione tra questi fattori (intersezionalità) influiscano sullo stato di salute, e di malattia di ogni individuo;
- attenzione ai gruppi più vulnerabili e ad argomenti sensibili: in caso di coinvolgimento di persone vulnerabili o dell'implementazione di progetti su argomenti sensibili si porrà attenzione al confort dei partecipanti, alla loro sicurezza, alla loro autonomia e autodeterminazione;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- tempi elettorali: i processi partecipativi e gli HCL manterranno un profilo indipendente dalla sfera politica, in particolare durante i tempi elettorali locali, regionali, nazionali, europei.

Nel corso della ricerca sono adottate procedure per garantire il rispetto dei principi etici. Ogni partecipante riceve una scheda informativa chiara e completa, in cui sono spiegate le ragioni del coinvolgimento, le attività richieste, i benefici e gli eventuali rischi, oltre alla possibilità di non partecipare o di ritirarsi in qualsiasi momento senza conseguenze. A ciò si affianca la firma del consenso informato, richiesta in tutte le fasi di raccolta dati. Tale consenso è redatto in linguaggio semplice e, quando possibile, nella lingua madre dei partecipanti, ed è conservato in modo sicuro per tutta la durata del progetto. Per quanto riguarda i dati, si privilegia l'anonimato o l'uso di pseudonimi e sono applicati protocolli per la conservazione e la trasmissione delle informazioni, in linea con le normative vigenti e con il GDPR. Nel caso di argomenti sensibili, sono previste ulteriori garanzie per trattare le informazioni in maniera riservata e sicura. Particolare cura è posta nel coinvolgimento di minori, persone sotto custodia o soggetti vulnerabili: in questi casi le procedure sono adattate con misure di protezione aggiuntive, per salvaguardare dignità, autonomia e sicurezza.

6. L'Health Community Hub per l'integrazione degli Health Community Lab nella Regione Toscana

L'Health Community Hub (HC Hub) è lo strumento pensato per trasformare gli HCL da esperienze locali e circoscritte a modelli territoriali integrati nel sistema sanitario regionale (SSR). Non si tratta di un semplice contenitore o di un luogo fisico, ma di una piattaforma di coordinamento, supporto e diffusione, a geometria variabile e capace di dare continuità alle innovazioni nate nei laboratori e di integrarle nelle politiche e nei servizi dell'ecosistema sanitario regionale.

L'Hub svolge innanzitutto una funzione di coordinamento territoriale. In una regione articolata in tre Aree Vaste, come previsto dalla normativa sanitaria regionale (l.r. 40/2005), l'HC Hub assicura che l'attivazione degli HCL avvenga secondo protocolli e strumenti condivisi, così da mantenere una coerenza metodologica e permettere la comparabilità dei risultati nell'ottica del miglioramento dei processi. Questo ruolo di cabina di regia si accompagna a un supporto operativo concreto: l'Hub mette a disposizione dei laboratori locali competenze tecniche, strumenti per la gestione dei dati e della privacy, consulenza metodologica ed etica, oltre a facilitare la comunicazione e la condivisione di risorse.

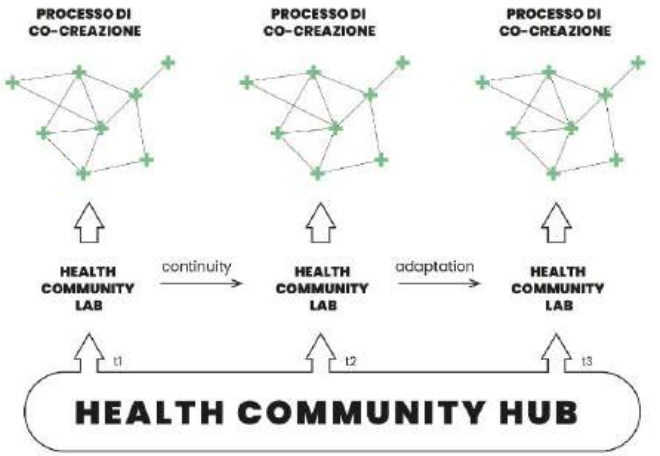
Un altro compito essenziale dell'Hub è quello di favorire la diffusione e la scalabilità delle innovazioni emerse durante i singoli HCL. Attraverso

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

eventi, piattaforme digitali e pubblicazioni, l'HC Hub documenta e rende visibili i risultati dei laboratori, creando opportunità di adozione e adattamento in altri territori o servizi.

L'HC Hub si configura anche come un archivio dinamico di buone pratiche. Raccogliendo i dati e le valutazioni dei diversi HCL, costruisce un patrimonio comune di conoscenze e favorisce un apprendimento continuo tra i territori. In questo senso, non solo valorizza le singole esperienze, ma consente al sistema sanitario di capitalizzare i risultati e di orientare meglio le proprie politiche (fig. 3).

Fig. 3 – L'Health community HUB. Fonte: nostra elaborazione



Il legame con la Regione Toscana rappresenta quindi un elemento decisivo per l'effettiva realizzazione di questa prospettiva integrata. L'Hub, infatti, si pone come punto di raccordo tra le sperimentazioni locali e la programmazione sanitaria regionale, assicurando che le priorità dei laboratori siano coerenti con le strategie regionali e che le soluzioni co-create possano essere riconosciute, sostenute e, quando rilevanti, incluse nei piani e nelle linee guida regionali. Questo dialogo istituzionale è ciò che trasforma l'innovazione partecipata da iniziativa di nicchia a leva di cambiamento sistemico.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Bibliografia di riferimento

Barbuto, Rita, Vincenza Ferrarese, Giampiero Griffo, Emilia Napolitano, e Gianna Spinuso. 2007. *Consulenza alla pari. Da vittime della storia a protagonisti della vita.* Lamezia Terme: Comunità Edizioni.

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

Biggeri, Mario, Guidalberto Bormolini e Giulio Guarini. 2025. *Economia per lo sviluppo umano integrale*. Marcianum Press. Venezia

Biggeri, Mario, Sophie Mitra, and Sabina van der Veen. 2025. "Towards Person-Centred Care: Using the Capability Approach Together with the International Classification of Functioning, Disability and Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 26.2: 276-284. https://doi.org/10.1080/19452829.2025.2477525

Biggeri, Mario, Andrea Ferrannini, e Caterina Arciprete. 2017. "Local Communities and Capability Evolution: The Core of Human Development Processes." *Journal of Human Development and Capabilities*, *19:2* 126-146. https://doi.org/10.1080/19452829.2017.1411896

Biggeri, Mario, e Andrea Ferrannini. 2014. *Sustainable Human Development: A New Territorial and People-Centred Perspective.* Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137380296

Biggeri, Mario, e Marina Santi. 2012. "Missing Dimensions of Children's Well-being and Well-becoming in Education Systems: Capabilities and Philosophy for Children". *Journal of Human Development and Capabilities*, 13:3, 373-395.

Biggeri, Mario, e Nicolo Bellanca. 2011. *Dalla relazione di cura alla relazione di prossimità: l'approccio delle capability alle persone con disabilità.* Liguori.

Biggeri, Mario, Andrea Ferrannini, Luca Lodi, Jacopo Cammeo, e Adam Francescutto. 2023. *The "winds of change": the SPES framework on Sustainable Human Development. SPES Working paper no. 2.1, SPES project – Sustainability Performances, Evidence and Scenarios.* Florence: University of Florence. Available at: https://www.sustainabilityperformances.eu/publications-deliverables/

Carrosio, Giovanni, e Fabrizio Barca. 2020. "Un modello di policy place-based: la Strategia nazionale per le aree interne." *AttivAree. Un disegno di rinascita delle aree interne.* Il Mulino. 63-72.

Clark, David. A., Mario Biggeri, e Alexadre A. Frediani. "Participation, empowerment and capabilities: Key lessons and future challenges." *The capability approach, empowerment and participation: Concepts, methods and applications* (2019): 385-402. London: Palgrave Macmillan UK.

Clark, Michael A., Marco Springmann, Jason Hill e David Tilman "Multiple health and environmental impacts of foods." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 116.46 (2019): 23357-23362. https://doi.org/10.1073/pnas.1906908116

Dahlgren Göran, e Margaret Whitehead. 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

Dahlgren, Göran, and Margaret Whitehead. 2021. "The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows." *Public health* 199: 20-24. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

E-genius. n.d. “Dare forma alle città per una migliore qualità della vita - Promuovere la collaborazione attraverso i Living Labs” accessed 26.01.2024https://www.e-genius.at/fileadmin/user_upload/smart_cities/smart_cities_e-learning-training_IT.pdf,

Frediani, Alexandre A. 2015. “Participatory capabilities in development practice.” *The capability approach in development planning and urban design* 121-133. Accessed 01.07.2025

Linarello, Vincenzo. 2023. *Manuale dell’Etica Efficace*. Edizione Goel. Gioiosa Ionica.

Maciocco, Gavino, e Francesca Santomauro. 2014. *La salute globale : determinanti sociali e disuguaglianze.* Roma: Carocci Faber.

Mitra, Sophie. 2006. “The capability approach and disability.” Journal of disability policy studies 16.4: 236-247. https://doi.org/10.1177/10442073060160040501

Robeyns, Ingrid. 2005. “The capability approach: a theoretical survey.” *Journal of human development* 6.1: 93-117. DOI: 10.1080/146498805200034266

Ruger, Jennifer Prah. 2004. Health and social justice. *The Lancet* 364.9439 1075-1080.https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17064-5

Sen, Amartya. 1980. “Equality of What?” In: *Tanner Lectures on Human Values, Volume 1*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sen, Amartya 2000. *Lo sviluppo è libertà. Perché non c’è crescita senza democrazia.* Milano: Arnoldo Mondadori.

Trani, Jean-Francois, Parul Bakhshi, Nicolò Bellanca , Mario Biggeri, Francesca Marchetta “Disabilities through the Capability Approach lens: Implications for public policies.” *Alter* 5.3 (2011): 143-157. https://doi.org/10.1016/j.alter.2011.04.001

United Nations Development Programme (UNDP). 1990. *Concepts and Measurement of Human Development*. New York: Oxford University Press.

WHO Commission on Social Determinants of Health, and World Health Organization (WHO). 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health Final Report.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. *Framework on Integrated, People-Centred Health Services: Report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly, A69/39.* 15 April 2016. Accessed 06.01.2025 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

4. HPVoice: co-creare una campagna digitale per la promozione alla vaccinazione contro il Papilloma Virus

di *Dario Menicagli, Elisa Betti, Virginia Casigliani, Lapo Cecconi, Stefano Gandolfi, Marianna Gorgerino, Ester Macrì, Simone Bini* e *Folco Panizza*[1]

1. Introduzione

1.1 La prevenzione e la vaccinazione contro HPV in Italia e Toscana

L'infezione da Papillomavirus umano (HPV) è tra le più comuni a livello mondiale e costituisce il principale fattore di rischio per il tumore della cervice uterina, oltre a essere correlata ad altre forme neoplastiche, come i tumori dell'ano, del pene e dell'orofaringe, nonché a patologie benigne quali i condilomi genitali (WHO, 2020). In Italia la prevenzione dell'HPV è stata inserita tra le priorità di salute pubblica, e si fonda su due strumenti principali: la vaccinazione preventiva e i programmi di *screening* per la diagnosi precoce (Ministero della Salute 2023).

La vaccinazione contro l'HPV è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale nel 2007, inizialmente rivolta esclusivamente alle ragazze dodicenni, con l'obiettivo di immunizzare la popolazione prima dell'inizio dei rapporti sessuali. Successivamente l'offerta è stata estesa anche ai ragazzi, seguendo le raccomandazioni nazionali e internazionali (ECDC 2021). Attualmente in Italia viene utilizzato principalmente il vaccino 9-valente, capace di coprire circa il novanta per cento dei genotipi oncogeni più rilevanti (Istituto Superiore di Sanità [ISS], 2022).

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025 prevede l'offerta gratuita e attiva per i ragazzi e le ragazze di 11-12 anni, con possibilità di recupero in età successiva (Ministero della Salute 2023). Alcune regioni, tra cui la Toscana, hanno adottato strategie particolarmente avanzate: infatti, la

[1] Si ringrazia il professor Nello Sidoti del Liceo scientifico Filippo Buonarroti di Pisa per l'aiuto e il coordinamento delle attività svolte in classe. Si ringraziano inoltre gli e le insegnanti, i dirigenti scolastici del Liceo artistico Giosuè Carducci di Volterra e dell'Istituto Cavour Pacinotti di Firenze.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

vaccinazione anti-HPV è offerta gratuitamente in Toscana, non solo ai dodicenni, ma anche alle ragazze fino ai 18 anni, ai ragazzi fino ai 18 anni e alle donne fino ai 45 anni in particolari condizioni di rischio. Inoltre, è prevista l'offerta gratuita per uomini che hanno rapporti con uomini e per soggetti immunodepressi, a dimostrazione di un approccio estensivo e inclusivo (Regione Toscana 2022).

Accanto alla vaccinazione, i programmi di *screening* hanno un ruolo fondamentale nella prevenzione secondaria. Il Pap test è stato storicamente lo strumento di riferimento, raccomandato ogni tre anni nelle donne di età compresa tra 25 e 30 anni. Tuttavia, dal 2013 in Italia è stato introdotto progressivamente il test HPV-DNA, che ha una sensibilità maggiore e che viene utilizzato come prima scelta nelle donne dai 30 ai 64 anni, con cadenza quinquennale se negativo (ISS 2022).

La Toscana ha raggiunto negli ultimi anni livelli di adesione superiori alla media nazionale, grazie a un'organizzazione efficiente e a una comunicazione mirata. Inoltre, la forte integrazione tra le campagne vaccinali e i programmi di *screening* ha consentito di sviluppare un modello regionale di prevenzione che viene spesso considerato un riferimento a livello nazionale (Regione Toscana, 2022). Infatti, i programmi di *screening* regionali sono organizzati e inviati attivamente alla popolazione target. Le donne ricevono un invito nominativo dalle aziende sanitarie locali e possono effettuare gratuitamente sia il Pap-test sia il test HPV-DNA a seconda della fascia di età. In caso di positività, vengono attivati percorsi diagnostici integrati con colposcopia e trattamento delle lesioni.

Nonostante la vaccinazione riduca in maniera significativa il rischio di contrarre infezioni persistenti e di sviluppare lesioni precancerose, essa non elimina la necessità dello *screening*, dal momento che non copre il cento per cento dei genotipi oncogeni. Pertanto, i due interventi devono essere considerati complementari (WHO 2020).

Nonostante i progressi, permangono alcune criticità. Le coperture vaccinali e la partecipazione ai programmi di *screening* mostrano forti disparità territoriali, con livelli più alti nelle regioni del Nord e del Centro, come la Toscana, e più bassi al Sud (ISS 2022). Inoltre, l'esitazione vaccinale e le campagne di disinformazione hanno rallentato la diffusione del vaccino in alcune aree. La pandemia di COVID-19 ha comportato ulteriori ritardi, sia nelle vaccinazioni sia nello screening, che ora richiedono un recupero significativo (Ministero della Salute 2023).

Guardando al futuro, l'Italia, così come la Toscana, intende allinearsi con gli obiettivi fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che mirano all'eliminazione del tumore della cervice uterina come problema di salute pubblica entro il 2030 (WHO 2020). Le strategie regionali si stanno orientando, quindi, verso il rafforzamento delle campagne informative, l'estensione

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

dell'offerta vaccinale a nuove fasce d'età, l'adozione di nuove modalità di *screening* tra cui l'auto-prelievo e la riduzione delle disuguaglianze territoriali.

1.2 Soluzioni digitali per la prevenzione e la promozione della vaccinazione in Italia

Negli ultimi anni, la trasformazione digitale ha modificato in profondità le modalità di accesso ai servizi sanitari e di interazione tra cittadini, operatori e istituzioni. In ambito vaccinale, la dimensione digitale rappresenta oggi un tassello cruciale per migliorare la copertura, la tempestività e l'aderenza ai richiami. La prevenzione, in particolare rispetto a vaccinazioni fondamentali come quella contro l'HPV, non si basa solo sulla disponibilità di vaccini sicuri ed efficaci, ma anche sulla capacità del sistema di ridurre barriere logistiche, contrastare la disinformazione e sostenere decisioni informate.

L'approccio italiano alla prevenzione vaccinale, delineato nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025, riconosce l'importanza delle soluzioni digitali come strumenti per un'offerta attiva e universale. L'integrazione con l'Anagrafe Nazionale Vaccini (ANV), il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0) e le numerose applicazioni regionali costituisce la base per costruire un ecosistema digitale che metta al centro sia i cittadini sia i professionisti sanitari (Ministero della Salute, 2023).

Le evidenze scientifiche mostrano come la messaggistica digitale, in particolare SMS e notifiche *push*, costituisca uno degli strumenti più efficaci per aumentare l'adesione vaccinale. Revisioni sistematiche recenti dimostrano che i promemoria, soprattutto se personalizzati e arricchiti da brevi contenuti informativi o link per la prenotazione, contribuiscono a migliorare la tempestività e la copertura vaccinale in diverse fasce di popolazione (Currie 2024). Studi specifici sull'HPV confermano che i promemoria interattivi, come SMS bidirezionali o chiamate automatizzate, favoriscono l'avvio e il completamento del ciclo vaccinale (Kitaka 2025).

Oltre alla messaggistica, negli ultimi anni sono state sviluppate app e web-app rivolte a famiglie e adolescenti, che integrano calendari vaccinali, check-list personalizzate, strumenti motivazionali come badge di completamento e canali rapidi di prenotazione. Interventi di promozione digitale con sito web come "TeenVac" e "Vaccipack" hanno mostrato, in studi randomizzati, un incremento significativo nel completamento delle serie vaccinali per HPV, evidenziando l'importanza di combinare funzioni informative con strumenti di engagement (Woodall 2025).

Le soluzioni istituzionali regionali rappresentano un altro tassello fondamentale. Applicazioni come Salute Lazio, SALUTILE Lombardia, Salute Piemonte e l'app Vaccinazioni Veneto permettono non solo la prenotazione autonoma, ma anche la consultazione degli attestati e la ricezione di notifiche

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

sui richiami (Regione Lombardia, 2023). L'esperienza dell'app nazionale IO, utilizzata per la gestione della Certificazione Verde durante la pandemia, ha ulteriormente normalizzato l'uso di applicazioni mobili come canale ufficiale di comunicazione tra pubblica amministrazione e cittadini.

Un ulteriore fronte di intervento riguarda i professionisti. I sistemi di cartella clinica elettronica possono includere *alert* e strumenti di supporto decisionale che ricordano al medico quando un paziente è idoneo a una vaccinazione. Le meta-analisi mostrano che questi strumenti, se integrati nel flusso di lavoro clinico, aumentano la probabilità di offerta attiva e di completamento delle serie vaccinali (Chandeying et al., 2024). Questo approccio è particolarmente rilevante per il vaccino HPV, poiché la raccomandazione diretta del pediatra o del medico di medicina generale rimane uno dei fattori più determinanti per l'adesione (Rand et al., 2024).

Il contesto italiano è caratterizzato da due infrastrutture digitali strategiche. La prima è l'Anagrafe Nazionale Vaccini, istituita con il Decreto del 17 settembre 2018, che raccoglie dati individuali sulle vaccinazioni al fine di monitorare la copertura, supportare le decisioni di sanità pubblica e abilitare campagne di richiamo su scala nazionale. Il disciplinare tecnico dell'ANV delinea i flussi informativi e i requisiti per l'interoperabilità con i sistemi regionali (Ministero della Salute, 2023).

La seconda infrastruttura è il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0), potenziato grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Il FSE è concepito come punto unico di accesso ai servizi digitali del Servizio Sanitario Nazionale, consentendo ai cittadini di consultare la propria storia vaccinale, scaricare certificati e ricevere promemoria personalizzati. La piena integrazione tra FSE e ANV rappresenta una condizione necessaria per garantire equità di accesso e uniformità dei servizi in tutte le regioni (Agenzia per l'Italia Digitale, 2023).

Nonostante i progressi, l'adozione delle soluzioni digitali in Italia incontra ancora alcune criticità. Persistono disuguaglianze digitali, legate all'alfabetizzazione tecnologica, alla disponibilità di connessione e a barriere linguistiche. La frammentazione tra regioni, con app e portali disomogenei, rischia di creare differenze di accesso e di usabilità. Inoltre, il rischio di sovraccarico di alert per i professionisti richiede un disegno accurato dei sistemi di supporto decisionale, che devono essere chiari, contestuali e non intrusivi.

La tutela dei dati personali rappresenta un altro elemento centrale. I dati vaccinali rientrano tra le categorie particolari previste dal GDPR e devono essere trattati con principi di minimizzazione, trasparenza e sicurezza *by design*. È fondamentale che le applicazioni rendano esplicite le finalità, i tempi di conservazione e i diritti degli interessati, affinché i cittadini possano mantenere fiducia nel sistema (European Parliament, 2016).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Guardando al futuro, l'Italia può sfruttare gli strumenti digitali per raggiungere gli obiettivi fissati dall'OMS sull'eliminazione del tumore della cervice uterina come problema di salute pubblica entro il 2030. Per farlo, sarà necessario integrare app familiari, reminder personalizzati, sistemi di supporto decisionale per i medici e campagne *data-driven* basate sull'uso dell'ANV. L'esperienza maturata durante la pandemia e le nuove infrastrutture introdotte dal PNRR offrono l'opportunità di creare un ecosistema nazionale più coeso e accessibile.

1.3 Obiettivi dell'Health Community Lab

Il progetto vede coinvolte le Università degli Studi di Firenze, l'Università di Pisa e la Scuola IMT Alti Studi Lucca per l'implementazione di una modalità innovativa per la promozione della vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano nella popolazione adolescenziale toscana.

Nello specifico HPVoice prevede di:

- sviluppare il prototipo di una campagna comunicativa basandosi sull'utilizzo dei canali digitali con il coinvolgimento di cittadini e cittadine nella scelta dei contenuti e degli strumenti attraverso un approccio co-creativo;
- creare contenuti comunicativi capaci di contrastare i principali bias cognitivi e di migliorare l'alfabetizzazione sanitaria in tema di vaccinazioni, con l'obiettivo di promuovere una cittadinanza attiva e consapevole nelle decisioni riguardanti la propria salute.

1.4 Popolazione target

La popolazione coinvolta nelle attività di progetto è composta dai ragazzi e dalle ragazze nella fascia di età dai 13 ai 19 anni. Tale fascia di età comprende coloro che possono accedere alla vaccinazione gratuitamente a livello regionale e che iniziano ad essere esposti ai comportamenti a rischio.

1.5 Stakeholder coinvolti

L'HCL ha visto la partecipazione dei seguenti attori:

- enti pubblici: Rete Scuole Promuovono la Salute Toscana: l'organizzazione regionale si occupa di sostenere e coordinare i progetti relativi alla promozione del benessere e dei temi di salute per le scuole secondarie toscane. L'organizzazione ha permesso di contattare gli

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Istituti Scolastici che hanno partecipato alle fasi preliminari e di co-creazione, oltre a sostenere l'applicazione del prototipo co-creato;

- cittadini: scuole secondarie di II Grado: in particolare il Liceo Artistico Carducci di Volterra (PI) e l'Istituto Cavour Pacinotti di Firenze, i cui insegnanti e studenti/sse hanno partecipato ai laboratori di co-creazione.
- ricerca: ricercatori e specializzandi della Scuola IMT Alti Studi Lucca, dell'Università di Pisa e della Scuola Superiore Sant'Anna che hanno collaborato nelle attività di raccolta dati preliminari e in quelle di formazione per le classi secondarie.
- privati: ReteSviluppo, cooperativa all'interno dell'Università di Firenze che si occupa di creare contenuti e canali comunicativi di promozione per temi sociali. Gli esperti dell'agenzia hanno facilitano i laboratori di co-creazione portando avanti la modalità della Social Challenge.

Tab. 1 – Ruolo degli Stakeholder nelle fasi dell'Health Community Lab. Fonte: nostra elaborazione

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

2. Metodologia: articolazione del processo co-creativo

Il percorso del progetto è stato sviluppato per facilitare la collaborazione tra insegnanti, ricercatori e ricercatrici, studenti e studentesse. Nella fase preliminare è stato analizzato il livello di conoscenza della fascia d'età interessata per individuare le aree critiche su cui basare la successiva fase di co-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

creazione, oltre a raccogliere informazioni sull'utilizzo dei social network e sugli elementi di interesse e fruizione digitale da parte degli adolescenti.

Le informazioni sul livello di *literacy* sull'HPV sono state poi adottate dal gruppo di ricerca in una serie di "pillole" da utilizzare durante la co-creazione per realizzare contenuti che fossero validi scientificamente e che, al tempo stesso, rispecchiassero la creatività degli studenti e delle studentesse. Dopo la fase di design dei contenuti, i ricercatori hanno apportato delle ulteriori modifiche sul materiale per renderlo utilizzabile ai fini del prototipo sperimentale.

Fase 1: esplorazione preliminare

La fase di esplorazione preliminare dell'HCL si è svolta in collaborazione con gli studenti e le studentesse della IV A e B del Liceo Artistico di Volterra. A seguito dell'analisi della letteratura relativa alla vaccinazione HPV in Toscana e dei comportamenti di prevenzione degli adolescenti svolta dal gruppo di ricerca, sono stati organizzati due incontri di consultazione con le classi rappresentative a cui è rivolto l'HCL, al fine di indagare le reali conoscenze sui temi della salute sessuale e della vaccinazione, per poi decidere con i ragazzi quali canali digitali sarebbe stato più utile attivare per ideare, progettare e realizzare una campagna comunicativa rivolta ai propri coetanei.

Questa fase si è articolata in tre momenti distinti:

- compilazione di un questionario in cui i partecipanti rispondevano ad un set di 29 domande su concetti legati al Papilloma Virus e alla relativa vaccinazione;
- momento formativo: dove il gruppo di ricerca e il corpo insegnanti ha effettuato una breve psico-educazione sui temi presenti nel questionario, con particolare rilevanza verso le domande e i bisogni di conoscenza degli studenti e delle studentesse;
- consultazione studenti/sse; in cui è stato analizzato il modo in cui i partecipanti erano soliti interfacciarsi con i principali social network e i mezzi digitali per la ricerca di temi scientifici e di salute.

In quest'ultimo momento, gli studenti e le studentesse hanno, inoltre, elaborato dei possibili contenuti per la promozione della vaccinazione utilizzando dei template cartacei che riproducevano le piattaforme dei social network principali (TikTok, Instagram, Facebook e un generico sito web). Questa fase di espressione libera ha permesso di indagare con loro la tipologia e i canali ritenuti più efficaci per la comunicazione delle informazioni relative alla salute e alla prevenzione dei rischi legati all'HPV. In seguito, i risultati dei questionari, i suggerimenti dei partecipanti sono stati messi a sistema e sintetizzati dai ricercatori con l'obiettivo di creare delle "pillole" di nozioni scientifiche per i partecipanti successivi.

I contenuti inclusi erano divisi nei seguenti temi:

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- cos'è l'HPV? Con informazioni su dati epidemiologici, connessione con lo sviluppo tumorale, sintomi ed effetti clinici;
- a cosa serve la vaccinazione? con le informazioni sugli iter vaccinali e i benefici di questa procedura e degli altri dispositivi di prevenzione;
- quali differenze di genere? Per spiegare i differenti effetti del virus in uomini e donne e dell'adesione vaccinale.

Fase 2 Implementazione: Social Challenge

La seconda fase, propriamente co-creativa è stata sviluppata con le Classi V A, B ed E dell'Istituto Cavour Pacinotti. In questa fase è stato portato avanti un workshop che ha visto la collaborazione contemporanea di esperti di comunicazione e scientifici con gli studenti/sse. Il focus di questa attività era la formazione dei partecipanti, in quanto *peer*, finalizzata al momento co-creativo espresso tramite il metodo della Social challenge (Macrì 2018).

Il workshop si è articolato in tre momenti:

- compilazione del questionario sugli aspetti comportamentali nei confronti del tema della vaccinazione, legati in particolare ai fattori maggiormente influenti verso le conoscenze o le scelte vaccinali dei partecipanti;
- formazione sulla comunicazione sociale e sulle distorsioni cognitive legate alla vaccinazione, motivo per cui ReteSociale e i ricercatori universitari hanno illustrato le nozioni su cui si fonda l'efficacia formale e cognitiva delle campagne di prevenzione;
- Social Challenge sui contenuti digitali dove gli studenti e le studentesse hanno potuto realizzare contenuti social reali sulla base del formato proposto dagli esperti.

Partendo dalle aree di conoscenza più carenti individuate nel precedente incontro, il workshop si è focalizzato sui fattori che maggiormente influenzano i comportamenti legati al tema della vaccinazione, per procedere poi al momento co-creativo vero è proprio. I ricercatori e le ricercatrici hanno fornito ai partecipanti le "pillole" scientifiche per guidarli nella creazione di contenuti attendibili.

Inoltre, gli studenti e le studentesse sono stati introdotti ai concetti legati alle distorsioni cognitive, per evidenziare l'importanza di tali meccanismi nei comportamenti preventivi. In particolare, spiegando gli effetti dell'evitamento delle informazioni sul rischio e la malattia (*Information avoidance*) e sulla procrastinazione di scelte che richiedono uno sforzo effettivo nel presente (*present bias*).

A partire da queste informazioni, la Social Challenge si è sviluppata dividendo le classi in gruppi da 5 o 6 partecipanti, assegnando a ciascuno un tema legato alle pillole scientifiche con l'obiettivo di sviluppare un post adatto al social network di riferimento. I gruppi potevano creare contenuti

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

attraverso l'utilizzo del *software* CANVA, per poi presentare il risultato ai ricercatori e agli esperti di comunicazione.

La metodologia di co-creazione basata sulla Social Challenge ha permesso di unire il lato espressivo e interattivo con l'impegno dei partecipanti in una forma di gamificazione (*gamification*), prevedendo un vincitore finale in base alla qualità del lavoro svolto. Il momento del giudizio da parte degli esperti è stato funzionale ai partecipanti al fine di ricevere un *feedback* sul proprio lavoro e mantenere un livello di impegno e interesse adeguato alla progettazione di soluzioni nei tempi ristretti del workshop.

Successivamente, i contenuti creati dagli studenti e dalle studentesse sono stati rielaborati dai ricercatori per mettere in rilievo la capacità di *de-biasing* delle informazioni e, in particolare, per equilibrare l'effetto di framing nei loro lavori. In particolare, il framing corrisponde ad una specifica distorsione legata alla percezione delle informazioni – anche mediche – che si polarizza sul "danno" dovuto ad una condizione (*loss*) o sull'effetto positivo conseguente ad una scelta (*gain*) (Casigliani 2022).

Fase 3. Esiti della fase co-creativa e valutazione

La valutazione è stata portata avanti in itinere durante le fasi dell'HCL e successivamente al termine dell'HCL. Durante le fasi la valutazione è avvenuta attraverso l'utilizzo di questionario digitali con QR code in cui le risposte fornite dagli studenti/sse hanno permesso di orientare le successive attività partecipative (creazione di pillole, Social Challenge, sviluppo del prototipo). Il prototipo è stato implementato in un progetto sperimentale separato per verificarne l'efficacia su un campione di classi secondarie superiori, attraverso uno studio *Randomized-Controlled Trial.*

3. Esiti della fase di analisi preliminari

Durante la fase preliminare del progetto sono state esplorate le conoscenze relative delle due classi per individuare le aree di maggiore criticità su cui basare la costruzione dei successivi contenuti di sensibilizzazione. Nella tab. 1 riportiamo tutti gli elementi che hanno ricevuto una risposta sbagliata da almeno un 20% dei partecipanti, mostrando come, in alcuni casi, l'errore sia riscontrabile addirittura in metà del campione. In particolare, risulta scarsa la consapevolezza relativa alla facilità con cui il virus può essere contratto oltre al legame con gli effetti cancerogeni di questa infezione: due aspetti fondamentali per la realizzazione di attività e progettualità rivolte all'alfabetizzazione medico-sanitaria giovanile.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 2 – Elenco degli item del questionario di conoscenza utilizzanti nelle fasi di Analisi preliminari con una percentuale di risposte corrette uguale o inferiore all'80%. Fonte: nostra elaborazione.

Domanda	*Risposta esatta*	*% correttezza*
Esistono molti tipi di HPV	Vero	65%
L'HPV è molto raro	Falso	70%
Gli uomini non possono contrarre l'HPV	Falso	70%
I vaccini HPV offrono protezione contro la maggior parte dei tumori del collo dell'utero	Vero	70%
L'HPV può causare il cancro del collo dell'utero	Vero	75%
I vaccini HPV sono più efficaci se somministrati a persone che non hanno mai avuto rapporti sessuali	Vero	60%
Il test HPV può essere eseguito contemporaneamente a un Pap test	Vero	80%
Avere rapporti sessuali in età precoce aumenta il rischio di contrarre l'HPV	Vero	80%
Quando si esegue un test HPV, i risultati si ottengono il giorno stesso	Falso	55%
I vaccini contro l'HPV richiedono sempre 2 dosi	Falso	55%
Le ragazze vaccinate non hanno bisogno del Pap test da adulte	Falso	55%

Inoltre, una specifica vulnerabilità delle conoscenze riguarda anche le tempistiche e la necessità dei test per individuare il Virus e che collegano tali

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

esami con la vaccinazione. Sebbene queste informazioni siano di natura più specialistica, permetterebbero ai giovani di comprendere la scarsa familiarità con i percorsi di prevenzione. In ogni caso, le carenze più rilevanti riguardano la credenza che gli uomini non possano contrarre l'HPV, il tasso di rischio connesso con i rapporti sessuali non protetti e la generale percezione che il Papilloma Virus sia poco diffuso tra la popolazione generale.

L'incontro preliminare ha anche permesso di individuare la tipologia migliore di canale social su cui veicolare la proposta di campagna comunicativa. Durante la fase di scelta della piattaforma e di modalità comunicativa, tutti e 4 quattro i gruppi di lavoro hanno scelto Instagram, optando per due forme diverse di contenuto: in due casi sono stati privilegiati post singoli e visivamente efficaci, in altri due "caroselli".

4. Esiti della fase di implementazione

Nella seconda fase di incontri sono stati raccolti dati anche sui fattori considerati impattanti per la decisione vaccinale da parte degli studenti e delle studentesse.

I punteggi degli item giudicati con più influenza riguardano il ruolo che i professionisti sanitari e le istituzioni possono svolgere per facilitare la sensibilizzazione sulla vaccinazione. L'imbarazzo nell'affrontare l'argomento rimane un vincolo sia con il/la professionista, sia con l'adulto/a, seppur correlato alla paura di poter contrarre questa infezione.

Questo momento di valutazione iniziale ha permesso ai partecipanti di riflettere sugli elementi sociali e personali che influenzano le decisioni di salute, unendo queste informazioni con le nozioni fornite dai ricercatori tramite le "pillole" scientifiche per orientare l'attività propriamente co-creativa.

Durante l'attività di Social Challenge, i gruppi di co-creazione hanno sviluppato il design e il testo di contenuti pubblicabili su Instagram, seguendo il suggerimento fornito negli incontri precedenti. Nelle scelte dei partecipanti sono stati privilegiati post o "caroselli", escludendo il formato video, che avrebbero richiesto tempistiche e risorse non adatte al progetto. I caroselli creati dai partecipanti erano composti da tre post collegati da uno storytelling comune, mentre i post hanno stratificato i messaggi su più livelli.

Le tematiche emerse nei 6 prodotti (post e caroselli) possono essere raggruppate nel seguente modo:

- utilizzo di meme o frasi ad effetto per richiamare l'attenzione del fruitore, con intento non solo umoristico ma anche informativo;
- definizione di un focus emotigeno, per contrastare la paura verso possibili problemi di salute ("Paura del buio"), o per motivare la protezione verso le persone a cui teniamo ("Senza il vaccino metti a rischio chi ti sta a cuore");

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- creazione di quiz relativi ai dati epidemiologici, per stimolare la curiosità ("cose che dovresti sapere sull'HPV");
- utilizzo in chiave ironica di stereotipi di genere per catturare l'attenzione del pubblico maschile con metafore legate allo sport o alle scommesse sportive ("un match contro il Papilloma Virus").

Questi prodotti mostrano come l'alleggerimento delle tematiche fosse l'aspetto fondamentale per aumentare l'efficacia del messaggio. L'ironia, la sfida verso le proprie conoscenze, e/o un gancio emotivo sono stati considerati gli elementi più importanti per sfruttare le specificità dei canali *social*.

Tab. 3 – Elenco degli item del questionario utilizzato nella fase di implementazione per esplorare gli impatti dei fattori psicosociali sui comportamenti di vaccinazione. Sono riportati gli item con un punteggio superiore alla media del campione di partecipanti. Fonte: nostra elaborazione

Posizione	*Domanda*	*Media*
1	Il ruolo dei genitori nella decisione vaccinale	3.54
2	La preoccupazione di poter contrarre l'HPV	3.23
3	Conoscere l'esistenza ed il ruolo di strutture come i consultori per parlare dei temi relativi all'HPV	3.21
4	La possibilità di parlare con un professionista sanitario sui temi dell'HPV	3.15
5	La paura del pregiudizio o imbarazzo nel rivolgersi ai servizi sanitari	3.13

L'esito della Social Challenge, con il giudizio di esperti di comunicazione e ricercato, ha decretato vincitore il carosello dal titolo "Un match contro il Papilloma Virus", il cui contenuto rappresentava i sintomi e i rischi del virus come una squadra contrapposta a quella del vaccino, sfruttando la similitudine con la quota di scommessa sportiva per indicare il vantaggio esplicito di una vittoria con la vaccinazione. Inoltre, per completare la sequenza, veniva utilizzato un meme (Non può entrare) riferito ad un personaggio famoso sui social nelle settimane in cui si è svolta la sfida con me classi.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

5. Il prototipo social

A partire dai sei prodotti co-creati il gruppo di ricercatori e ricercatrici ha rielaborato il design grafico e i contenuti testuali per realizzare nove elementi pubblicabili su un account Instagram creato ad hoc per future sperimentazioni.

La necessità di ampliare il ventaglio di elementi presenti sulla pagina *social* deriva dai suggerimenti degli esperti di comunicazione e degli studenti/se per riempire interamente lo spazio presente nella schermata iniziale della piattaforma Instagram. Questo effetto di completezza è utile per promuovere la percezione di una maggiore professionalità e cura dell'account.

I contenuti creati durante la co-creazione sono stati quindi suddivisi nel caso in cui un carosello presentava informazioni scorporabili, mentre il prodotto vincitore della Social Challenge è stato mantenuto nella sua versione originale per preservarne la spontaneità. Un ulteriore intervento è stato apportato dai ricercatori per bilanciare l'effetto delle strategie di de-biasing proposte dagli studenti. L'utilizzo di messaggi per contrastare l'*information avoidance* era presente nelle esortazioni a fronteggiare la paura verso una maggiore educazione personale sui rischi virali, mentre la spinta ad affrettarsi per la vaccinazione («sbrigati hai fino ai 18 anni se sei un uomo!») cercava di limitare il present bias, appoggiandosi anche alle differenze di genere nelle policy regionali. L'intervento dei ricercatori universitari (Scuola IMT, Università di Pisa e Scuola Superiore Sant'Anna ha curato, invece, il rapporto di vantaggio/svantaggio nei contenuti, in modo da favorire un frame di guadagno (*gain*), piuttosto che di danneggiamento dovuto alla malattia.

6. Riflessioni conclusive e suggerimenti di policy

Il progetto ha visto la sinergia a diversi livelli di stakeholder, professionisti e istituzioni con il coinvolgimento delle ragazze e ragazzi e della loro creatività nel suo nucleo fondamentale. La possibilità di realizzare i contenuti con un gruppo di *peer* della popolazione di riferimento ha permesso di raccogliere dati e opinioni sulle leve motivazionali più importanti e di concentrarsi su messaggi che colmassero le lacune conoscitive misurate.

L'apporto degli studenti e delle studentesse era, inoltre, necessario e funzionale alla creazione di contenuti specifici per i canali social. Dalla scelta della piattaforma, fino alle modalità con cui il messaggio veniva definito, oltre all'utilizzo del linguaggio e di riferimenti alla *pop culture* adatti, i post sono stati realizzati grazie ai suggerimenti dei collaboratori delle Scuole Superiori.

La consapevolezza delle modalità di fruizione dei social network da parte degli adolescenti ha consentito, inoltre, di comprendere quali siano le giuste leve attenzionali dei coetanei, limitando le spiegazioni e rafforzando la forma accattivante e familiare dei contenuti.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

In conclusione, l'esito dell'HCL ha portato alla definizione di elementi utilizzabili sia per una successiva fase sperimentale, con un prototipo aderente ai post e caroselli co-creati con i ricercatori, sia per la realizzazione di un quadro di riferimento essenziale per tutte le istituzioni che desiderino seguire le indicazioni fornite dagli adolescenti per gli adolescenti stessi.

Attraverso le attività del progetto è stato possibile avvalersi di un contributo essenziale per future ipotesi di campagne di comunicazione e prevenzione, favorendo al contempo una formazione reciproca tra tutti i partecipanti.

Il coinvolgimento attivo dei *peer* ha, quindi, permesso di superare le logiche paternaliste o allarmiste legate alle consuete campagne promozionali, centrando invece i messaggi sulle capacità di scelta dei giovani destinatari, senza dimenticare il tono informale con cui possono essere veicolati.

Bibliografia di riferimento

Istituto Superiore Sanità. "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025" (2022) World Health Organization." https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer (2020)

Ministero della Salute, https://monitopen.fse.salute.gov.it/documentservices (2023)

Currie, Geoff E., McLeod, Charlie, Waddington, Claire and Snelling, Tom. "SMS-based interventions for improving child and adolescent vaccine coverage and timeliness: a systematic review". BMC Public Health, 24(1), (2024): 1753. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18900-4

Kitaka, Sabrina Bakeera., Rujumba, Joseph, Zalwango, Sarah K., Pfeffer, Betsy., Kizza, Lubega, Nattimba, Juliane. P., ... & Stockwell, Melissa S. "SEARCH Study: Text Messages and Automated Phone Reminders for HPV Vaccination in Uganda: Randomized Controlled Trial. JMIR mHealth and uHealth", no. 13, (2025): e6352 doi:10.2196/63527

Woodall, W. Gill, Buller, David., Zimet, Gregory, Kong, Alberta S., Reither, Jeannyfer, Chilton, Lance, ... and Ginossar, Tamar (2025). "TeenVac. org: A Mobile Web App to Improve Human Papillomavirus Vaccine Uptake for Adolescent Boys". Journal of Adolescent Health (2025) https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.06.015

Rand, Cynthia M., Alisa J. Stephens-Shields, Mary K. Kelly, Russell Localio, Chloe Hannan, Robert W. Grundmeier, Laura P. Shone et al. "Clinician prompts for human papillomavirus vaccination: a cluster randomized trial." Academic Pediatrics 24, no. 4 (2024): 579-586.https://doi.org/10.1016/j.acap.2023.10.011

Regione Lombardia https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it/web/fserl-pubblica/app-salutile-prenotazioni (2023)

Macrì, Ester, School Influencer: Instagram Role Playing on social and teenagers. Zenodo. (2018) https://doi.org/10.5281/zenodo.1212398.

Casigliani, Virginia, Menicagli, Dario, Fornili, Marco, Lippi, Vittorio, Chinelli, Alice, Stacchini, Lorenzo, ... and Tavoschi, Lara (2022). "Vaccine hesitancy and cognitive biases: Evidence for tailored communication with parents." Vaccine: X, no. 11 (2022): 100191. https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2022.100191

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

5. Co-creare prevenzione nello sport: un Health Community Lab per prevenire i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione in adolescenza[1]

di *Elisa Betti, Andrea Guida, Emma Papini, Mario Biggeri, Manila Bonciani, Gianna Ciampi, Marco Del Riccio, Annalisa Grillo, Martina Guido, Johanna Alexandra Iamarino, Chiara Lorini, Alessia Marraccini, Eva Paoli, Sara Pezzica, Ettore Rosari, Francesco Toccafondi, Patrizio Zanobini* e *Guglielmo Bonaccorsi*

1. Introduzione

Promuovere la salute in ambito sportivo, riconoscendo e prevenendo precocemente i segnali di disagio legati ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), richiede approcci innovativi e partecipativi. In questa cornice si colloca l'Health Community Lab (HCL) attivato nel Quartiere 2 di Firenze, un laboratorio territoriale che ha coinvolto attori sportivi, sanitari, educativi e familiari con l'obiettivo di co-creare strumenti di prevenzione e promozione della salute. L'iniziativa fa parte del "Programma di interventi integrati di prevenzione e azione precoce al contrasto dei DNA", promosso dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico), dall'Azienda USL Toscana Centro e dalla Società della Salute di Firenze, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale e territoriale di Firenze, il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Firenze e la pediatria di famiglia.

Il programma è rivolto prioritariamente a ragazzi e ragazze di 11-13 anni e opera nel Quartiere 2 come area pilota; è strutturato come studio interventistico con rilevazioni pre e post e *follow-up*, adotta un approccio multilivello di prevenzione. Combina la prevenzione universale – che vede il coinvolgimento attivo degli adulti di riferimento (docenti, genitori, allenatori) con interventi di prevenzione selettiva, indicata rivolti a studenti a maggior rischio, identificati tramite screening scolastico e presi in carico dalla pediatria di famiglia.

Mentre il programma generale ha una portata comunitaria e multi-contesto (scuole, famiglie, servizi sanitari e sport), l'HCL si è concentrato sullo sport giovanile come spazio privilegiato di prevenzione e promozione del benessere psicofisico.

[1] Si ringrazia Giulia Di Pisa per il suo contributo (Dipartimento di Scienze della Salute, UNIFI).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.1. Il programma "Nutriamoci di Benessere"

L'obiettivo principale del programma è stato creare un modello comunitario di prevenzione dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, in grado di costruire una rete integrata che coinvolge scuole, famiglie, servizi sanitari (pediatri, psichiatri, psicologi e altri professionisti della salute) e realtà sportive per un'azione coordinata a sostegno del benessere degli adolescenti.

Il programma è stato caratterizzato da:

- un approccio multicomponente, che integra prevenzione universale, selettiva e indicata in continuità con i percorsi assistenziali esistenti;
- un focus educativo e relazionale, volto a rafforzare life skills, resilienza, autostima e capacità di gestione delle emozioni nei ragazzi e nelle ragazze;
- il coinvolgimento attivo degli adulti di riferimento (insegnanti, genitori, allenatori) attraverso percorsi formativi e momenti di sensibilizzazione sul riconoscimento precoce dei segnali di disagio;
- una prospettiva comunitaria, che mira a trasformare i contesti quotidiani di crescita — scuola, famiglia, sport — in ambienti protettivi e promotori di salute.

Tra le azioni incluse nel programma figuravano percorsi formativi accreditati per docenti volti anche a stimolare l'attivazione di laboratori scolastici per la promozione delle competenze di vita, formazione docenti accreditata, incontri informativi per le famiglie, rilevazioni longitudinali sulle risorse positive degli adolescenti quali autostima, resilienza ed efficacia emotiva e screening per DNA con strumenti validati come quale la scala EAT-26 (Dotti and Lazzari 1998) con la proposta di percorsi psico-socio educativi per i ragazzi a rischio. La componente sportiva è stata integrata in questo quadro, valorizzando il ruolo educativo degli allenatori e l'importanza dello sport come fattore protettivo, ma anche come ambito in cui possono emergere problematiche legate all'immagine corporea e alla performance.

L'HCL ha contribuito a sviluppare strumenti formativi co-creati con allenatori, dirigenti e famiglie, capaci di tradurre le finalità generali del programma nelle pratiche quotidiane delle società sportive.

1.2 Cosa sono i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) sono patologie caratterizzate da un persistente disturbo dell'alimentazione o da comportamenti ad essa correlati, che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo con conseguenze rilevanti sulla salute fisica e sul funzionamento psi-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

cosociale della persona (APA 2013). Si accomunano per l'eccessiva preoccupazione riguardo al peso, alla forma del corpo e al controllo dell'alimentazione, e comprendono anoressia nervosa, bulimia nervosa, *Binge Eating Disorder* (BED) e altre forme atipiche o miste.

Negli ultimi anni si è registrato un incremento dei DNA in età adolescenziale. Nella fascia 11-13 anni, oggetto di questo intervento, i dati ministeriali segnalano un aumento degli accessi al Pronto Soccorso per DNA dal 2,5% del 2019 al 5,7% del 2021, con un parallelo incremento dei ricoveri (dal 10,09% al 16,38%) e dei trasferimenti verso altri istituti di cura (dall'11,39% al 20%). Le dimissioni ospedaliere confermano la stessa tendenza: nel 2021 infatti, sempre nella fascia 11-13 anni, sono state dimesse 1002 femmine e 97 maschi, con una crescita dei casi di anoressia nervosa (dal 48,3% del 2019 al 58,7%) (ARS Toscana 2022; Ministero della Salute 2024).

La letteratura segnala come l'intero spettro dei disturbi descritti dal DSM-5 sia più frequente tra gli atleti agonisti rispetto alla popolazione non sportiva. Una revisione del 2013 evidenzia una minore diffusione tra gli atleti maschi rispetto alle femmine (Bratland-Sanda and Sundgot-Borgen 2013). La stessa *review* raccoglie, inoltre, una serie di fattori di rischio generali e specifici legati allo sport. Pur in assenza di studi prospettici che consentano di identificarli con certezza, la letteratura suggerisce che le cause dei DNA siano da considerarsi multifattoriali. Altri studi hanno rilevato differenze legate al tipo di sport praticato: i DNA risultano più comuni tra le ragazze che svolgono discipline estetiche o di resistenza, mentre tra i maschi sono maggiormente presenti negli sport con classi di peso, come lotta e boxe (Schaal et al. 2011). Tuttavia, negli adolescenti in età agonistica tali differenze tra discipline risultano meno marcate, probabilmente per la più breve esposizione a possibili fattori di rischio come giudizi esterni e pressioni sulla performance. È importante sottolineare che molti studi si basano su strumenti di autovalutazione, soggetti quindi a sottostima del problema (Sundgot-Borgen et al. 2011). Inoltre, la grande eterogeneità di strumenti e definizioni rende complessa una rappresentazione accurata del fenomeno (Bratland-Sanda and Sundgot-Borgen 2013; Bar 2015).

Trovarsi in un ambiente sportivo può esporre a fattori di rischio o di vulnerabilità specifici. Gli adolescenti atleti, per il maggiore fabbisogno energetico legato allo sviluppo e all'attività fisica intensa, risultano più esposti agli effetti negativi dei DNA. Le pressioni legate alla performance, l'enfasi su peso e aspetto, le aspettative familiari e la mancanza di spazi sicuri di confronto sull'immagine corporea contribuiscono a creare contesti favorevoli all'insorgenza di comportamenti disfunzionali (REF) (Borowiec 2023; Kontele 2021).

Allo stesso tempo, lo sport può costituire una leva importante di prevenzione. Allenatori ed educatori, possono promuovere ambienti inclusivi, orientati al benessere e capaci di intercettare precocemente segnali di disagio,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

valorizzando la dimensione ludica e relazionale della pratica sportiva. La letteratura internazionale sottolinea infatti il ruolo cruciale degli allenatori nella prevenzione dei DNA (Kontele and Vassilakou 2021; Heffner et al. 2006; Cereda 2015; Benetton & Visentin 2021). L'ambiente che essi costruiscono può rappresentare un fattore protettivo o di rischio: stili di allenamento centrati esclusivamente sulla performance e sul peso corporeo aumentano l'ansia legata all'immagine e all'identità personale, mentre approcci educativi basati sull'ascolto e sulla fiducia contribuiscono a ridurre tali rischi. A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato una guida per l'implementazione dell'"Allenatore sportivo che promuove salute" (*Health Promoting Sports Coach*), tramite una serie di azioni concrete da intraprendere prima, durante e dopo l'allenamento per favorire il benessere degli atleti che vada oltre gli aspetti tecnici sportivi (WHO, 2024).

1.3 Obiettivo dell'Health Community Lab

L'obiettivo principale dell'HCL è stato quello di attivare un processo partecipativo con attori del mondo sportivo e familiare per co-creare un modulo formativo rivolto ad allenatori, educatori e dirigenti delle società sportive del Quartiere 2 di Firenze. Il modulo, basato su evidenze scientifiche e bisogni emersi localmente, mira a rafforzare il ruolo educativo e preventivo dell'allenatore nella promozione del benessere psicofisico in ambito sportivo.

In particolare, l'HCL si è proposto di:

- co-creare incontri formativi per sensibilizzare sul legame tra sport, benessere e DNA, e sull'importanza di promuovere l'unicità della persona come antidoto a pratiche e aspettative dannose;
- favorire un dialogo aperto e non giudicante tra allenatori, educatori, e famiglie per identificare e accompagnare precocemente eventuali situazioni di rischio.

I destinatari primari dell'intervento sono stati allenatori, educatori, istruttori e dirigenti di associazioni e società sportive attive nel Quartiere 2 di Firenze, operanti prevalentemente con atleti preadolescenti residenti nello stesso territorio. I destinatari secondari, indiretti, sono ragazze e ragazzi tra gli 11 e i 13 anni coinvolti in attività sportive.

1.4 Stakeholder coinvolti

L'HCL ha visto il coinvolgimento di molteplici attori:

- enti pubblici: AOU Meyer IRCCS, Azienda USL Toscana Centro, Società della Salute di Firenze; Ufficio Scolastico Regionale e territoriale di Firenze;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- professionisti della salute: Pediatri di Libera Scelta (PLS), altri clinici esperti, psicologi;
- ricerca: Dipartimento di Scienze della Salute (DSS) e Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DISEI) dell'Università degli Studi di Firenze;
- terzo settore e privato sociale: ASD Sancat, Rari Nantes Florentia, Atletica Firenze Marathon, Accademia Schermistica Fiorentina;
- società civile: genitori di atleti e atlete.

Tab. 1 – Stakeholder coinvolti nelle diverse fasi del progetto Nutriamoci di Benessere. Fonte: nostra elaborazione

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

2. Metodologia: articolazione del processo co-creativo

Il processo si è articolato in tre fasi interconnesse, condotte in costante confronto con gli enti pubblici promotori del progetto (AOU Meyer IRCCS, Società della Salute di Firenze, Azienda USL Toscana Centro), con l'obiettivo di garantire coerenza e aderenza alle finalità del programma di prevenzione dei DNA.

Fase 1: esplorazione preliminare

In una prima fase, per delineare i contenuti e gli obiettivi dei successivi workshop sono stati condotti:

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- una revisione narrativa della letteratura sui DNA in ambito sportivo e sui corsi esistenti per allenatori;
- interviste semi-strutturate con esperti in ambito medico e psico-educativo per raccogliere evidenze, bisogni e priorità formative.

Inoltre, il team di ricerca ha identificato, in accordo con gli enti promotori, gli stakeholder da coinvolgere nel percorso partecipativo.

Fase 2: co-creazione con la comunità sportiva e familiare

La Società della Salute di Firenze ha individuato e invitato le associazioni sportive del Quartiere 2 a partecipare al progetto, coinvolgendole in workshop finalizzati a raccogliere la loro prospettiva sui temi indagati. All'invito hanno aderito quattro associazioni sportive, con l'impegno di coinvolgere, ai fini dello svolgimento dei workshop, almeno due genitori, due allenatori e due dirigenti l'una.

Tab. 2 – Partecipanti alla fase di implementazione. Fonte: nostra elaborazione

Workshop	*N. partecipanti*	*Sesso*	*Età media*	*Range di età*	*Età*	*Ruolo*
1	10	5F/5M	42 anni	23-67	4<35 4 35-65 1 > 65	Allenatori e allenatrici
2	8	1F/7M	55 anni	38-73	0 <35 7 35-65 1 > 65	Dirigenti
3	11	11F/0M	50	55-43	0 <35 11 35-65 0 > 65	Genitori

Nello specifico, sono stati organizzati tre workshop della durata di due ore ciascuno. Per garantire un confronto approfondito e favorire la libera espressione dei partecipanti, i workshop sono stati organizzati in gruppi omogenei per ruolo (allenatori, dirigenti e genitori). Questa scelta metodologica ha permesso di esplorare in modo mirato le specifiche prospettive di ciascuna categoria, evitando dinamiche di inibizione dovute alla presenza di figure

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

con ruoli differenti. I gruppi hanno incluso partecipanti provenienti da quattro diverse società sportive del Quartiere 2, garantendo così una varietà di esperienze e punti di vista.

I partecipanti sono stati invitati a riflettere, sulle competenze educative e strategie efficaci per promuovere il benessere e sulle pressioni e fattori di rischio che possono ostacolarne la piena realizzazione nel contesto sportivo. Successivamente, i dati raccolti sono stati analizzati qualitativamente e restituiti agli enti promotori, per contribuire alla definizione condivisa del prototipo formativo.

Fase 3: validazione e finalizzazione del prototipo formativo

Sulla base dei risultati dei workshop, condivisi e discussi con gli enti promotori, è stata elaborata la versione finale del corso di formazione per allenatori e dirigenti sportivi. La valutazione dei workshop è avvenuta tramite questionario pre-post. Il corso è stato infine implementato dagli enti promotori, che hanno curato anche il reclutamento dei partecipanti alla formazione.

3. Esiti della fase co-creativa e valutazione partecipativa

I tre workshop co-creativi hanno rappresentato un momento di confronto intenso e partecipato tra allenatori, genitori e dirigenti sportivi, consentendo di esplorare in profondità il vissuto, le criticità e le risorse percepite rispetto al legame tra pratica sportiva giovanile e DNA. Attraverso l'analisi qualitativa dei materiali raccolti è stato possibile far emergere un quadro complesso e sfaccettato, articolato in tre principali nuclei tematici.

Il primo riguarda le pressioni e i rischi percepiti nell'ambiente sportivo. Dai racconti dei partecipanti è emerso con chiarezza come la forte centratura sulla prestazione e sul risultato possa tradursi in una pressione significativa, che non investe soltanto i giovani atleti ma anche le figure adulte di riferimento. In questo contesto, genitori e allenatori hanno segnalato la frequente sovra-esposizione a modelli corporei idealizzati, amplificata dall'influenza dei social media e dalle dinamiche di confronto tra pari. Hanno inoltre evidenziato come comunicazioni svalutanti o giudicanti – siano esse provenienti da adulti o coetanei – possano avere un impatto negativo sull'autostima dei ragazzi, soprattutto in una fase delicata come la preadolescenza. Le elevate aspettative delle famiglie, spesso non in linea con i reali bisogni dei figli, e la mancanza di spazi sicuri in cui i giovani possano esprimere senza timore i propri vissuti legati all'immagine corporea, completano il quadro dei principali fattori di rischio individuati.

Accanto a queste criticità, i workshop hanno permesso di riconoscere anche fattori protettivi e risorse attivabili. Tutti i gruppi hanno sottolineato

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

l'importanza della relazione educativa nello sport, intesa non solo come trasmissione di competenze tecniche, ma soprattutto come costruzione di un clima di fiducia e ascolto reciproco. In quest'ottica, la figura dell'allenatore emerge come cruciale: il suo atteggiamento può favorire il benessere psicofisico degli atleti, orientando l'attenzione più al percorso di crescita che al risultato immediato. È stata ribadita, inoltre, la necessità di recuperare la dimensione ludica e relazionale dello sport, valorizzandone la funzione inclusiva e la capacità di favorire lo sviluppo armonico dei ragazzi, al di là delle prestazioni.

Il terzo nucleo tematico riguarda i bisogni formativi condivisi. I partecipanti hanno manifestato un forte interesse a disporre di strumenti concreti per affrontare situazioni potenzialmente critiche, soprattutto nella fase di riconoscimento precoce di segnali di disagio alimentare o emotivo. È stata espressa la necessità di sviluppare competenze comunicative e relazionali che permettano di instaurare un dialogo più efficace con atleti e famiglie e di ricevere indicazioni pratiche su quali parole utilizzare o evitare e a chi rivolgersi in caso di preoccupazioni. Al termine del percorso, i partecipanti hanno compilato un questionario di valutazione (n=25), i cui risultati hanno confermato il valore dell'esperienza svolta. È stato registrato un aumento significativo dell'agency percepita ed è cresciuta anche la consapevolezza collettiva rispetto ai fattori di rischio e protettivi legati ai DNA in ambito sportivo. 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.

3.1 Il prototipo generato

L'attività co-creativa ha portato alla definizione condivisa dei principali contenuti formativi da includere nel corso per allenatori e dirigenti sportivi. In particolare, essi sono:

- consolidare la consapevolezza delle risorse positive da valorizzare nei ragazzi per la promozione del benessere nel contesto sportivo;
- consolidare la capacità di osservare e riconoscere le dinamiche relazionali e comunicative con e tra i ragazzi, in modo da favorirne di positive ed efficaci;
- sensibilizzare sulla relazione tra competizione e benessere e sugli effetti negativi che certe pratiche/atteggiamenti presenti in ambito sportivo hanno sulla salute;
- rafforzare le conoscenze sui DNA e sui fattori di rischio legati alla dimensione sportiva;
- incrementare la capacità di identificare i segnali di allarme da tenere in considerazione per un riconoscimento precoce dei DNA;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- presentare i servizi e le alleanze/reti da rafforzare sul territorio per promuovere la prevenzione e la presa in carico dei DNA.

4. Riflessioni conclusive

L'esperienza dell'HCL ha evidenziato l'efficacia dell'approccio partecipativo nel generare consapevolezza condivisa e ownership diffusa rispetto a un tema complesso come quello dei DNA in adolescenza. Coinvolgere allenatori, famiglie e dirigenti in una cornice strutturata e facilitata ha permesso non solo di raccogliere dati qualitativi rilevanti, ma anche di attivare un dialogo tra diversi attori sociali.

Questo processo ha evidenziato alcuni punti di forza:

- gli incontri hanno favorito relazioni di fiducia, senso di coinvolgimento e attivazione delle risorse locali, oltre che un confronto di diverse esperienze e soluzioni adottate che è risultato stimolante per i partecipanti;
- coerenza tra evidenze scientifiche e narrazioni dal basso, che ha rafforzato la validità e l'utilità del percorso co-creato.

Tuttavia, accanto a questi aspetti di forza, sono emerse alcune criticità rilevanti: nonostante la partecipazione e il forte coinvolgimento dimostrato durante i workshop di co-creazione – che hanno evidenziato un reale interesse per il tema e un bisogno percepito di confronto – l'adesione al corso di formazione successivamente proposto è stata molto limitata. Va sottolineato che il percorso formativo era stato co-creato anche con i destinatari, tenendo conto delle loro indicazioni su contenuti, modalità e orari. Tuttavia, al momento della realizzazione, la risposta è risultata inferiore alle aspettative.

A causa delle limitate adesioni alla prima edizione del corso di formazione, è stato effettuato un incontro con il quartiere 2, a cui hanno partecipato 2 società sportive e 2 scuole per definire le strategie condivise di coinvolgimento e di promozione del programma. Da questo confronto è nata la partecipazione del gruppo di lavoro e ricerca alla Festa dello Sport del Quartiere 2, organizzata annualmente con lo scopo di far presentare varie società e discipline sportive; nel caso di "Nutriamoci di Benessere", l'evento è stato funzionale a sensibilizzare e riprendere contatto con le società, allenatori e genitori.

La scarsa adesione riscontrata può essere attribuita a diversi fattori:

- la difficoltà per allenatori e dirigenti di ritagliare tempo per momenti formativi, nonostante l'interesse iniziale;
- il coinvolgimento di società sportive non sulla base della disciplina praticata e insegnata, ma tenendo conto del contesto di riferimento (il quartiere 2, area pilota del programma), che può aver diminuito la sensazione di rilevanza e specificità per la propria attività sportiva;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- la percezione di un marcato disallineamento tra l'esperienza informale e coinvolgente dei workshop e la struttura del corso proposto.

Questo elemento evidenzia quanto sia cruciale, nei contesti sportivi, non solo coinvolgere gli stakeholder nella progettazione, ma anche sperimentare modelli formativi più flessibili, integrati e aderenti alla quotidianità delle società sportive. La co-creazione si conferma, infatti, una leva potente per favorire momenti di riflessione e motivazione, ma affinché queste si traducano in partecipazione stabile e duratura, occorre lavorare ulteriormente sui tempi, i linguaggi, le modalità e la continuità dell'intervento.

Tra i principali limiti emersi vi è la mancata inclusione di categorie vulnerabili, che potrebbe riflettere un bias di selezione legato sia al numero circoscritto di società sportive effettivamente aderenti rispetto a quelle contattate, sia al fatto che il reclutamento abbia riguardato un solo quartiere. È quindi possibile che tali categorie non fossero presenti all'interno delle società coinvolte. Inoltre, la composizione dei gruppi nei workshop ha mostrato una forte differenziazione di genere come mostrato nella Tabella 5.2. Questa composizione riflette una rilevante disparità nella partecipazione tra i gruppi, con una netta prevalenza femminile nel ruolo genitoriale e maschile in quello dirigenziale, probabilmente frutto di una differenza riscontrabile nel contesto quotidiano. Tali dinamiche di genere meritano attenzione in ottica di futuri interventi, sia per garantire maggiore equità, sia per esplorare le diverse prospettive che emergono da ruoli e vissuti differenti; una più lunga fase di reclutamento delle Società sportive nella seconda fase dell'HCL insieme ad una diversa modalità di invito avrebbero verosimilmente permesso una riduzione di tali disparità grazie al coinvolgimento di un maggior numero di discipline.

5. Prospettive future

Il corso di formazione, realizzato in forma pilota, ha rappresentato un tassello significativo per la promozione di un ambiente sportivo sano e inclusivo. Progettato e co-creato insieme ad allenatori, dirigenti sportivi, genitori e professionisti sanitari, il percorso era pensato specificamente per rafforzare le competenze degli allenatori: aiutarli a riconoscere precocemente segnali di disagio, promuovere relazioni educative e una comunicazione positiva con atlete e atleti, riflettere sul rapporto tra competizione e benessere, approfondire le conoscenze sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione e sui fattori di rischio legati al contesto sportivo, orientare famiglie e società sportive verso le reti e i servizi territoriali dedicati.

La prima implementazione del corso si è svolta nell'ottobre 2025 nel Quartiere 2 di Firenze, articolata in due incontri formativi che hanno alternato momenti di restituzione dei risultati del percorso di ricerca e co-creazione, discussione di casi, lavoro esperienziale a partire dalla Carta Etica

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

dello Sport della Regione Toscana e spazi di confronto tra pari. L'avvio del percorso è stato preceduto e accompagnato da un'attività di animazione di comunità realizzata in occasione del Festival dello Sport del Q2, che ha rappresentato un momento strategico per sensibilizzare e coinvolgere famiglie, allenatori e associazioni del territorio. Sulla base di questa prima sperimentazione, che ha restituito elementi di interesse sia in termini di contenuti sia di metodo, i promotori hanno espresso l'auspicio di estendere progressivamente il corso ad altri quartieri della città, integrando i feedback emersi e strutturando cicli formativi periodici, così da favorire la diffusione di un modello territoriale scalabile e adattabile alle diverse realtà sportive e comunitarie e il rafforzamento della rete tra sistema sportivo, scuola e servizi sanitari e sociali.

Alla luce delle conclusioni emerse dal percorso co-creativo, emergono alcune indicazioni di policy/di azioni da implementare.

- Istituzionalizzare percorsi formativi annuali per allenatori e staff tecnico, da realizzarsi all'avvio di ogni stagione sportiva, per garantire continuità e aggiornamento costante.
- Integrare indicazioni operative nei regolamenti delle società sportive, con particolare attenzione alla comunicazione non giudicante, alla gestione dell'immagine corporea e al riconoscimento precoce dei segnali di disagio.
- Integrare dei parametri nella valutazione degli allenatori, non solo legati alla performance sportiva ma anche al benessere percepito dagli atleti e dalle atlete.
- Promuovere campagne di sensibilizzazione territoriali, in collaborazione con scuole, servizi sanitari e società sportive, per favorire la diffusione di messaggi coerenti e coordinati.
- Valorizzare il ruolo delle reti comunitarie (famiglie, scuole, associazioni) come attori di prevenzione diffusa, rafforzando la connessione tra sport, salute e benessere sociale.

Seguendo il modello "Health Promoting Sports Coach" dell'OMS (WHO, 2024), tali percorsi potrebbero prevedere checklist operative e strumenti pratici per gli allenatori, coinvolgendo attivamente anche i giovani atleti e le loro famiglie in momenti informativi inseriti nella quotidianità sportiva.

La sfida futura sarà quindi quella di coniugare modelli scientifici riconosciuti con approcci partecipativi flessibili, capaci di adattarsi ai diversi contesti sportivi locali. L'HCL si configura così come un modello replicabile, in grado di trasformare gli spazi educativi e sportivi in luoghi di promozione della salute e di prevenzione culturale, dove la partecipazione attiva diventa non solo uno strumento progettuale, ma un vero e proprio motore di cambiamento sociale.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Bibliografia di riferimento

Dotti, Andrea, and Claudio Lazzari. "Validation and Reliability of the Italian EAT-26." Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 3, no. 4 (1998): 188–94. https://doi.org/10.1007/BF03340009

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.

I comportamenti, le abitudini e gli stili di vita della popolazione adolescente toscana prima e durante la pandemia da Covid-19. 2022. Accessed September 25, 2024. https://www.ars.toscana.it/images/pubblicazioni/Rapporti/2022/Libro_Edit_2022xweb_24_11xweb_def.pdf.

Ministero della Salute. Focus sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nei giovani fino a 25 anni nel triennio 2019 - 2021. 2024. Accessed September 25, 2024. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3423.

Benetton, Mirca, e Simone Visentin. 2021. Attività fisica e sportiva inclusiva: Riflessioni pedagogiche e strategie didattiche per esperienze motorie universali. Processi formativi e scienze dell'educazione. Nuova serie. Monografie. Guerini Scientifica. https://hdl.handle.net/11577/3388022

Bratland-Sanda, Solfrid, e Jorunn Sundgot-Borgen. 2013. "Eating Disorders in Athletes: Overview of Prevalence, Risk Factors and Recommendations for Prevention and Treatment". European Journal of Sport Science 13 (5): 499-508. https://doi.org/10.1080/17461391.2012.740504.

Bar, Rachel J., Stephanie E. Cassin, e Michelle M. Dionne. 2016. "Eating Disorder Prevention Initiatives for Athletes: A Review". European Journal of Sport Science 16 (3): 325-35. https://doi.org/10.1080/17461391.2015.1013995.

Cereda, Ferdinando. 2015. "Qualificazione, formazione e professione dell'istruttore sportivo nei contesti nazionale ed europeo". Lifelong Lifewide Learning 11 (26): 1-9. https://doi.org/10.19241/lll.v10i26.173.

Heffner, Jaimee L., Benjamin M. Ogles, Ellsa Gold, Kimberlyann Marsden, e Michael Johnson. 2003. "Nutrition and Eating in Female College Athletes: A Survey of Coache". Eating Disorders 11 (3): 209-20. https://doi.org/10.1080/10640260390218666.

Kontele, Ioanna, e Tonia Vassilakou. 2021. "Nutritional Risks among Adolescent Athletes with Disordered Eating". Children 8 (8): 715. https://doi.org/10.3390/children8080715.

Schaal, Karine, Muriel Tafflet, Hala Nassif, et al. 2011. "Psychological Balance in High Level Athletes: Gender-Based Differences and Sport-Specific Patterns". PLoS ONE 6 (5): e19007. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019007.

Sundgot-Borgen, Jorunn, e Ina Garthe. 2011. "Elite Athletes in Aesthetic and Olympic Weight-Class Sports and the Challenge of Body Weight and Body Compositions". Journal of Sports Sciences 29 (sup1): S101-14. https://doi.org/10.1080/02640414.2011.565783.

World Health Organization (WHO). Be an Empowering and Supportive Coach: Health Promoting Sports Coach Implementation Guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. 59 pp. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10391-50163-75563

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

6. Co-creare indirizzi strategici nella sanità territoriale: un Health Community Lab per l'accoglienza nella Casa della Comunità

di *Sabrina Borgianni, Elisa Betti, Alessia Marraccini* e *Nicoletta Setola*[1]

1. Introduzione e obiettivo dell'Health Community Lab

1.1 La riforma territoriale della sanità e la Casa della Comunità

L'Health Community Lab presentato in questo capitolo è una iniziativa che si colloca nell'ambito degli studi sulla sanità territoriale. L'HCL è stato creato per sostenere l'implementazione dei nuovi modelli di sanità territoriale attraverso un processo di co-creazione, con l'obiettivo di elaborare indirizzi strategici per affrontare in modo approfondito il tema dell'accoglienza. L'importanza di tale tema è riconosciuta sotto molteplici aspetti, tra cui quelli socio-sanitari, organizzativi, architettonici.

A seguito della pandemia COVID-19 il Sistema Sanitario Italiano si trova infatti impegnato in un processo di profonda riforma della sanità territoriale, con una crescente consapevolezza del ruolo centrale delle cure primarie negli assetti istituzionali, rappresentando il primo punto di contatto tra la cittadinanza e il sistema di assistenza sanitaria e sociale. L'esigenza sempre più forte di ripensare il modello di erogazione dei servizi, l'alfabetizzazione sanitaria di base del territorio, il coinvolgimento dei cittadini in un'ottica di prossimità e promozione della salute ha portato ad un nuovo dimensionamento dei distretti e organizzazione dei servizi esistenti e alla creazione di nuovi, così come alla realizzazione dei luoghi fisici ad essi collegati.

All'interno di questa visione riformatrice, un ruolo centrale è attribuito alle Case della Comunità. Esse rappresentano il tentativo più concreto e innovativo di rafforzare la presenza e l'efficacia della sanità sul territorio. Le Case della Comunità si configurano, quindi, non soltanto come nuovi spazi fisici, ma come veri e propri centri nodali per l'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari integrati, concepiti per avvicinare l'assistenza al cittadino, promuovere la prevenzione, la presa in carico multidisciplinare e una maggiore partecipazione della comunità nella gestione della propria salute.

[1] Si ringrazia per il suo contributo Elena Bellini (Dipartimento di Architettura, UNIFI).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Il Decreto Ministeriale (DM) del Ministero della Salute n.77/2022, come strumento programmatico della Missione 6 Salute all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), contiene il regolamento sui modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale relativamente alla riorganizzazione della medicina territoriale italiana; ed introduce dunque anche il modello della Casa della Comunità come evoluzione della Casa della Salute, istituita con la Legge Finanziaria n. 296 del 2006.

Il DM n. 77/2022 definisce la Casa della Comunità come il luogo fisico al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria su scala territoriale, rappresentando quindi il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento[2]. Ma non solo: la Casa della Comunità, come lo stesso nome anticipa, è il luogo dove la comunità interpreta e costruisce il quadro dei propri bisogni sanitari e socio-sanitari, e definisce il proprio progetto di salute suggerendo così le priorità di azione ed i servizi necessari. Nella Casa della Comunità le figure professionali lavorano in modalità integrata e multidisciplinare e dialogano con la comunità cercando di indirizzare le risorse pubbliche in funzione dei bisogni emergenti nel territorio in cui sono collocate[3].

Dunque, in base a quanto previsto dal DM 77/2022, la Casa della Comunità svolge un importante ruolo di coesione sociale, in particolar modo in contesti urbani caratterizzati da complessità o disagio sociale, sia come luogo fisico sia come riferimento informativo digitale. Attorno ad essa, infatti, potranno afferire associazioni culturali, associazioni locali del terzo settore, gruppi di cittadini, associazioni sportive, ed altre realtà del mondo civico che svolgono attività di coinvolgimento della cittadinanza locale in attività, iniziative, eventi, promuovendo così anche la creazione e il consolidamento della comunità non solo di pazienti, *caregivers* e operatori, ma dell'intera cittadinanza.

I servizi previsti all'interno delle Case della Comunità afferiscono all'ambito sanitario e socio-sanitario e le attività principali riguardano l'accesso unitario e integrato attraverso le funzioni svolte dal PUA (Punto Unico di Accesso), ovvero di assistenza e di supporto amministrativo-organizzativo ai cittadini; la prevenzione e la promozione della salute; la presa in carico della cronicità e della fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa; la valutazione dei bisogni delle persone e l'accompagnamento alla risposta più appropriata; la risposta alla domanda di salute e la garanzia della continuità

[2] Si veda Pesaresi F. (2022), Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale - la norma, gli approfondimenti, le valutazioni, welfare ebook n. 7/2022 edizione 2022.

[3] Decreto Ministero della Salute (2022), Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, 23 Maggio 2022, n.77 Italia, Allegato 1 (DM 77/2022).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

territoriale attraverso il coordinamento dei servizi sanitari territoriali; l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione di servizi sanitari, ospedalieri, territoriali e tra servizi sanitari e sociali; la partecipazione della comunità locale, delle associazioni dei cittadini, dei pazienti dei caregiver[4].

La Casa della Comunità non si configura solo come un nuovo modello di assistenza territoriale da mettere in atto attraverso un cambiamento culturale e organizzativo, ma anche come un luogo fisico da costruire per assecondare tale modello. Attualmente in Italia è prevista dal PNRR l'apertura di 1038 nuove Case della Comunità entro la fine del 2026. La Regione Toscana è impegnata in progetti per 70 Case della Comunità (CdC) tra nuove costruzioni, ampliamenti e riqualificazioni. Nella ASL Toscana Centro si prevede la realizzazione di 30 Case della Comunità Hub: 24 CdC con fondi PNRR, 19 delle quali ex novo e 5 riqualificando Case della Salute già attive, 3 CdC Hub con cofinanziamento e 3 CdC Hub con fondi diversi dal PNRR (Francesconi e Marini, 2023).

1.2 Il ruolo dell'accoglienza nella Casa della Comunità

All'interno della *mission* socio-sanitaria della Casa della Comunità così come precedentemente descritta, l'accoglienza assume un ruolo molto importante, se non cruciale. Essa, infatti, non è più solamente il luogo fisico dove è collocato un punto informazioni con un operatore che risponde ai pazienti e li indirizza, ma diventa un luogo sia fisico che virtuale in cui si accoglie la popolazione del territorio, indirizzandola verso i servizi sanitari e socio-sanitari desiderati. Oltre a questo, gli spazi dedicati all'accoglienza sono fondamentali anche per promuovere una maggiore integrazione della comunità, intesa come realtà sociale, culturale ed economica abitante il quartiere che ha una propria identità ed un legame di appartenenza al territorio di riferimento. Nel complesso, l'accoglienza all'interno della Casa della Comunità, oltre a garantire le funzioni sanitarie e socio-sanitarie, svolge anche importanti funzioni sociali e culturali, illustrate di seguito.

Per quanto riguarda le funzioni sociali, la Casa della Comunità si fa carico delle situazioni di disagio locali, prendendosi cura di pazienti e utenti con particolari necessità (incluse persone con disabilità, disagiate a causa di barriere linguistiche, in età avanzata) fornendo informazioni, assistenza all'orientamento all'interno della struttura e dei servizi territoriali, accompagnamento fisico ove necessario e supporto nell'utilizzo dei servizi (pagamenti, prenotazioni, etc.). Essa supporta il cittadino nell'individuazione dei servizi da raggiungere sia all'interno della struttura che fuori nel territorio,

[4] D.M. 77/2022.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

oltre che nell'ascolto e identificazione dei bisogni, soprattutto se essi sono inespressi. Il ruolo sociale dell'accoglienza potrebbe essere espletato anche attraverso le attività e le iniziative a cura delle associazioni e degli enti del terzo settore che possono avere spazi dedicati all'interno della Casa della Comunità. Essi potrebbero non solo supportare la struttura nell'esecuzione delle funzioni ordinarie di informazione e accoglienza ma anche attivare iniziative ed eventi aperti a cittadini e cittadine, quali ad esempio la promozione di buone pratiche della salute, l'educazione alla prevenzione, la formazione di base, o creare occasioni di integrazione socio-culturale, come ad esempio eventi di scambio interculturale legati alle tradizioni e culture dei vari paesi o eventi sportivi e ludici. In questo modo oltre a rispondere a specifiche necessità sociali e sanitarie, l'accoglienza della Casa della Comunità contribuirebbe a creare e consolidare il senso di comunità e di appartenenza al quartiere e al territorio.

Per quanto riguarda, invece, le funzioni culturali, i luoghi fisici e virtuali dell'accoglienza nelle Case della Comunità possono includere l'attivazione di corsi di formazione di vario genere in base ai desiderata della comunità, la presenza di bacheche di libero scambio di libri, l'organizzazione di eventi teatrali, di mostre d'arte, o presentazione di libri.

Per queste ragioni l'accoglienza è uno degli aspetti più importanti della Casa della Comunità. Essa agisce non solo nello spazio di ingresso dell'edificio, ma, proprio per la sua natura ed il ruolo che assume, può anche realizzarsi diffusamente all'interno dell'intera struttura, in tutti gli spazi che non abbiano un ruolo sanitario specifico, come ad esempio le *hall* interne, le corti, i giardini, le terrazze accessibili, gli spazi aperti di sosta lungo i connettivi e i connettivi stessi.

1.3 Obiettivo dell'Health Community Lab

L'obiettivo principale dell'HCL è stato quello di attivare un processo di co-creazione con professionisti sanitari e socio-sanitari per l'elaborazione di strumenti di indirizzo per l'accoglienza della Casa della Comunità che potessero essere utilizzati dall'Azienda USL Toscana Centro per supportare scelte organizzative e strutturali.

In particolare, l'HCL si è proposto di:

- co-creare degli Indirizzi strategici per l'Accoglienza della Casa della Comunità con lo scopo di elaborare un documento congiunto (UNIFI-AUSL), frutto della ricerca e di una visione sistemica sul tema, che costituisce una base per futuri approfondimenti di settore (ad esempio, indirizzi operativi strutturali/architettonici e organizzativi);
- favorire un confronto aperto trasversale e interdisciplinare tra i professionisti socio-sanitari e il terzo settore per stimolare un dibattito

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

culturale e scientifico proficuo all'obiettivo posto oltre che per favorire la creazione di comunità ed il rafforzamento della rete;
- sviluppare un metodo scientifico basato sull'integrazione tra i risultati della ricerca preliminare, della co-creazione e dello sviluppo di indirizzi strategici mirato all'elaborazione di linee guida per la realizzazione degli spazi dell'accoglienza della Casa della Comunità.

1.4 Popolazione target

I destinatari primari dell'HCL sono i professionisti sanitari e socio-sanitari dei Distretti della Azienda USL Toscana Centro, i dirigenti sanitari della USL Toscana Centro, il settore Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale della Regione Toscana, gli Enti del Terzo Settore (ETS) locali.

I destinatari secondari, indiretti, sono i cittadini, i pazienti, in particolar modo quelli fragili, portatori di disabilità fisiche, linguistiche o cognitive, i pazienti anziani, gli stranieri svantaggiati da barriere linguistiche, i soggetti con disagio socio-economico, i soggetti che hanno subito abusi e violenze ed altri soggetti classificabili come fragili.

1.5 Stakeholder coinvolti

L'HCL ha visto il coinvolgimento di operatori socio-sanitari e dirigenti afferenti alla Azienda USL Toscana Centro ed ETS:
- enti pubblici: Azienda USL Toscana Centro, Società della Salute di Firenze; Dipartimenti della Azienda USL Toscana Centro coinvolti: Dip. rete sanitaria territoriale, Dip. delle professioni tecnico sanitarie, Dip. servizio sociale, Dip. assistenza infermieristica e ostetrica, Dip. attività riabilitazione funzionale, Dip. servizi amministrativi ospedale territorio, Dip. materno infantile, Dip. medicina generale, Dip. medicina multidimensionale;
- professionisti sanitari: infermieri, fisioterapisti, Dirigenti amministrativi, assistenti sociali, Ostetriche, medici dirigenti, psicologi delle cure primarie (o di base), medici geriatri, professionisti area tecnica;
- ricerca: Dipartimento di Architettura (DIDA), Dipartimento di Scienze della Salute (DSS), Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DISEI) dell'Università degli Studi di Firenze;
- terzo settore e attori privati: associazioni appartenenti al Comitato di partecipazione Aziendale; Progettisti specializzati in edilizia ospedaliera e sanitaria.

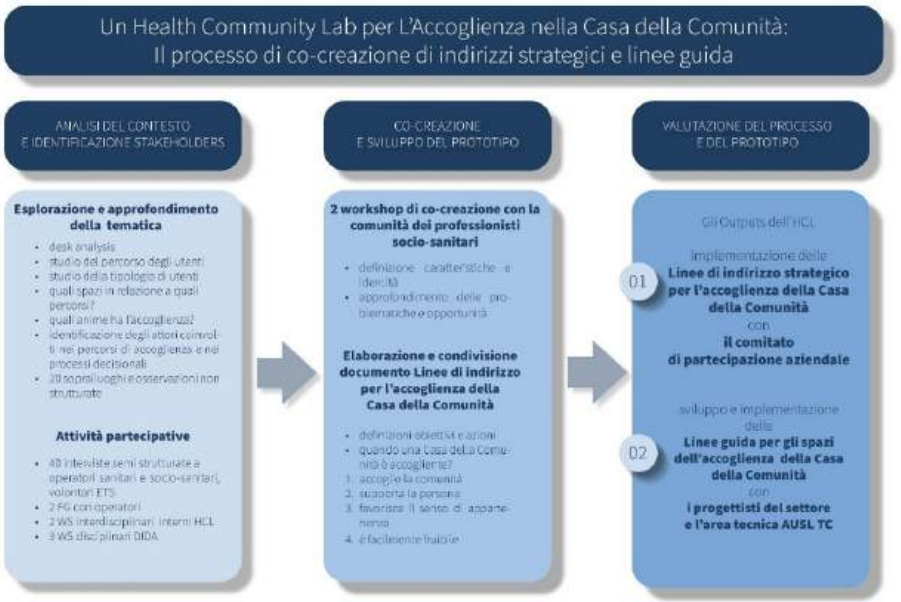
Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 1 – Ruolo degli Stakeholder nell'Health Community Lab. Fonte: nostra elaborazione

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

2. Metodologia: articolazione del processo co-creativo

Fig. 1 – Diagramma della ricerca che rappresenta la sequenza delle fasi e delle attività svolte. Fonte: nostra elaborazione.



Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

I workshop di co-creazione sono stati valutati tramite due questionari online, completati dai partecipanti all'inizio e alla fine degli incontri. Il questionario ha avuto l'obiettivo di rilevare i cambiamenti nella percezione di agency dei partecipanti e di valutare il loro grado di soddisfazione rispetto all'esperienza vissuta.

Il processo si è svolto in tre fasi strettamente connesse tra loro: nella fase preliminare, è stata svolta l'analisi del contesto, l'identificazione degli *stakeholders* e l'approfondimento della tematica; nella fase di implementazione, sono stati organizzati 2 workshop di co-creazione con la comunità dei professionisti socio-sanitari.

2.1 Analisi del contesto, identificazione degli stakeholder, analisi della tematica

Nella prima fase, propedeutica e di preparazione alla vera e propria fase di co-creazione, sono state svolte analisi del contesto di riferimento rappresentato dalle Case della Comunità, l'identificazione degli stakeholder, individuati anche sulla base delle precedenti ricerche sul tema, e l'approfondimento sul tema dell'accoglienza all'interno della Casa della Comunità. In questa fase sono stati integrati i dati e le informazioni raccolte da diverse attività di ricerca: l'analisi, in ottica comparativa, dei casi più avanzati emersi dallo studio dello stato dell'arte della letteratura; la revisione e sistematizzazione dei risultati emersi dalla ricerca Quartieri Sani Hub[5] l'attività di partecipazione e di indagine diretta attraverso interviste non strutturate a operatori socio-sanitari, enti del terzo settore e cittadini; sopralluoghi sul campo con particolare attenzione alla osservazione degli spazi e del loro utilizzo. L'integrazione e la revisione degli esiti di queste attività di ricerca, svolte sia all'interno del gruppo disciplinare DIDA, sia attraverso workshop interdisciplinari a cui hanno partecipato tutti i dipartimenti coinvolti nello Spoke 10, hanno portato alla realizzazione di una sintesi delle tematiche rilevanti relative alle esigenze territoriali e alle problematiche degli spazi di accoglienza, propedeutiche allo sviluppo della fase successiva.

[5] La ricerca biennale Quartieri Sani Hub, finanziata dalla Fondazione CR di Firenze al Dipartimento di Architettura (Unifi) conclusasi nel dicembre 2023, ha visto la partecipazione di ricercatori afferenti alle discipline del paesaggio, urbanistica, tecnologia dell'architettura e design ed il contributo in qualità di partner strategici e stakeholders della Società della Salute di Firenze, l'Azienda USL Toscana Centro ed il Comune di Firenze. La ricerca, partendo dallo studio della letteratura e delle best practices internazionali, e attraverso le attività partecipative, ha messo a punto un modello concettuale interdisciplinare e transcalare che rappresenta le caratteristiche del quartiere sano, e una serie di strumenti operativi per la progettazione del quartiere sano (un documento di indirizzi strategici, e schede di progetto) ed ha sperimentato tali strumenti su due progetti pilota.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

2.2 Co-creazione con la comunità dei professionisti socio-sanitari

Nella seconda fase del progetto, gli attori sociali individuati sono stati coinvolti in attività di co-creazione attraverso due workshop, durante i quali sono stati approfonditi temi rilevanti, esigenze e problematiche relative all'accoglienza emerse dalle attività della prima fase, dal punto di vista organizzativo ma anche strutturale-architettonico, sociale ed economico.

I due workshop si sono svolti il 16 Aprile ed il 5 Maggio c.a. presso la sede di San Salvi della Azienda USL Toscana Centro; hanno avuto una durata di circa 4 ore ciascuno e hanno visto ciascuno la partecipazione di dieci attori sociali, che si sono riuniti attorno ad un tavolo di discussione e di lavoro. I workshop sono stati condotti utilizzando la tecnica del Focus Group (FG) semi-strutturato. Il primo FG si è aperto con un'attività di *icebreaking*, in cui piccoli gruppi organizzati dai ricercatori hanno discusso attorno ad alcune immagini rappresentative di casi studio relativi all'accoglienza nelle Case della Comunità. A ciascun gruppo è stato richiesto di riflettere sugli elementi di successo e sulle criticità dei casi studio. L'attività si è conclusa con un momento di restituzione plenaria, durante il quale sono stati condivisi i principali spunti emersi dal lavoro di gruppo.

Successivamente, è stato condotto un FG semi-strutturato costruito attorno a 4 temi principali: 1) Accoglienza "diffusa" nella Casa della Comunità, che non si limita agli spazi di ingresso e ai servizi informativi, ma coinvolge l'intera struttura e le competenze relazionali del personale; 2) Organizzazione degli spazi e delle funzioni dell'accoglienza, con particolare attenzione alle relazioni, spaziali ed organizzative, che si instaurano tra i diversi servizi; 3) Senso di appartenenza verso la Casa della Comunità, sia tra gli operatori sia da parte della comunità; 4) Inter-professionalità e valore aggiunto generato dalla collaborazione tra figure professionali distinte nella Casa della Comunità. Questa parte del workshop è stata registrata e trascritta verbatim.

Prima del secondo workshop, è stato condiviso con i partecipanti il documento programmatico contenente gli indirizzi strategici per l'accoglienza nelle Case della Comunità elaborato dal team di ricerca sulla base degli esiti del primo FG.

Anche il secondo FG si è aperto con un'attività di *icebreaking:* dopo un tempo dedicato alla lettura e all'annotazione individuale (circa 15 minuti) del documento, si è svolta una discussione plenaria volta ad approfondire i contenuti e la struttura del documento stesso, nonché a rilevare eventuali elementi ritenuti mancanti o da integrare. La discussione è poi proseguita con un altro FG semi-strutturato articolato su 4 temi principali: 1) Organizzazione multilivello del sistema di accoglienza nella Casa della Comunità 2) Introduzione nella Casa della Comunità di nuove figure professionali (ad es. *community worker*) per rafforzare il collegamento tra Casa della Comunità e

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

territorio; 3) Ruolo dello psicologo di base nel contesto della Casa della Comunità 4) Impiego di strumenti digitali a supporto dell'accoglienza e delle attività di portierato.

2.3 La valutazione

La valutazione dei due workshop è avvenuta attraverso un questionario pre-post, che ha dato esiti positivi: i partecipanti hanno infatti manifestato complessivamente un giudizio positivo sull'esperienza fatta e hanno confermato l'utilità e l'interesse per gli argomenti proposti alla loro attenzione.

Tenendo conto di un punteggio medio per la risposta di 3.60 su scala Likert a 5 punti, è possibile comprendere i punteggi più alti di soddisfazione attribuiti alla possibilità di aver intrattenuto uno scambio piacevole e di aver esposto le proprie opinioni o di aver percepito una connessione con gli altri. Rispetto alla piacevolezza generale dell'evento però, i partecipanti non hanno la certezza di aver fatto buona impressione sugli altri, così come è stata percepita scarsa la sensazione di aver ricevuto nuove idee o messo alla prova sé stessi nelle attività co-creative.

Tenendo conto di un punteggio medio per la risposta di 3.50 su scala Likert a 4 punti, tutti gli elementi hanno mostrato una certa rilevanza, in particolare le tematiche emerse come maggiormente impattanti sull'accoglienza sono, come ci aspettavamo essendo ad oggi una questione problematica non risolta, la facilità di accesso alla struttura e la presenza di un punto informazione riconoscibile all'ingresso; con un punteggio leggermente inferiore e strettamente legati ai precedenti vi sono la percezione di presa in carico e l'ascolto all'ingresso, la facilità di comprendere a chi rivolgersi per avere aiuto o orientamento e la disponibilità del personale o dei volontari che aiutano nei primi passi dentro la struttura. Infine, vi sono tre elementi di grande importanza che in questa sede, comparati agli altri, sono risultati di minore impatto: l'organizzazione (pulizia, ordine e cura) degli spazi, il senso di comunità e appartenenza alla struttura e la fiducia riposta nel fatto che i propri bisogni vengano presi sul serio fin dal primo momento di ingresso. Quest'ultimo dato ci fa capire l'importanza di valorizzare ed implementare il ruolo della creazione di comunità e della presa in carico, affinché vengano riconosciuti e consolidati, nella cultura degli operatori e dei professionisti, come elementi cruciali ai fini dell'Accoglienza nelle Case della Comunità.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 2 – Livello di Soddisfazione: la tabella raccoglie le opinioni espresse dai partecipanti dei workshop in merito al livello di soddisfazione dell'esperienza fatta. La scala valuta le caratteristiche di soddisfazione emotiva, cognitiva e sociale nella partecipazione al focus group. La scala è a 5 punti, indicando se il partecipante è d'accordo con le affermazioni riportate (Per nulla d'accordo, abbastanza in disaccordo, né d'accordo né in disaccordo, abbastanza d'accordo, Assolutamente d'accordo). Fonte: nostra elaborazione.

	N	*Media*	*SD*
[È stato divertente]	5	3.80	1.095
[È stata una bella esperienza]	5	4.60	0.548
[Mi è piaciuto]	5	4.40	0.548
[Ho potuto migliorare le mie capacità]	5	3.40	1.140
[Ho acquisito nuove conoscenze]	5	3.60	0.894
[Ho potuto mettere alla prova le mie capacità]	5	3.20	0.837
[Mi ha dato aggiornarmi su nuove idee e innovazioni]	5	3.40	0.548
[Mi ha fatto venire nuove idee]	5	3.20	1.304
[Le interazioni sono state piacevoli]	5	4.60	0.548
[Mi sono sentito connesso con le persone]	5	4.60	0.548
[Ho reso gli altri consapevoli delle mie conoscenze e idee]	5	3.80	0.837
[Ho fatto buona impressione sugli altri]	5	3.00	0.000
[Ho incontrato altre persone con cui condivido interessi simili]	5	3.60	1.517

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 3 – Fattori di impatto sull'Accoglienza: la tabella raccoglie le opinioni espresse dai partecipanti dei workshop in merito ai fattori di impatto che i temi trattati hanno sull'accoglienza. La scala valuta i diversi fattori che possono influire sull'accoglienza nella Casa di Comunità. La scala Likert a 4 punti (Per nulla importante, poco importante, abbastanza importante, molto importante). Il punteggio tendente al 4 rappresenta quindi una percezione di maggiore importanza verso quello specifico elemento, fonte: nostra elaborazione-

	N	*Media*	*SD*
[La capacità di usare strumenti digitali come i totem o il Fascicolo Sanitario Elettronico]	13	3.23	0.599
[La facilità con cui si comprende a chi rivolgersi per avere aiuto o orientamento]	13	3.77	0.599
[La presenza visibile e riconoscibile di un punto accoglienza all'ingresso]	13	3.92	0.277
[La disponibilità di personale o volontari che aiutano nei primi passi dentro la struttura]	13	3.54	0.660
[La facilità di accesso fisico alla struttura (es. barriere architettoniche, trasporti, orari)]	13	3.92	0.277
[L'organizzazione degli spazi (se gli ambienti sono accoglienti, ordinati, facili da orientare)]	13	3.46	0.519
[Sentirsi ascoltato/a e preso/a in carico al momento dell'ingresso]	13	3.85	0.555
[Sentire che la struttura appartiene anche alla comunità di cui fa parte il cittadino]	13	3.46	0.877
[Avere fiducia che i propri bisogni saranno presi sul serio fin dal primo contatto]	13	3.46	0.877

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Risultati fase co-creativa e implementazione

3.1 Una visione di insieme su linee di indirizzo per l'accoglienza della Casa della Comunità

I workshop co-creativi hanno rappresentato un momento di confronto intenso e molto proficuo. Durante il primo workshop, sono emersi quattro temi salienti di grande importanza che hanno portato a modificare l'organizzazione del secondo appuntamento. Inizialmente, erano programmate due sessioni ciascuna con operatori diversi, ma alla luce delle tematiche rilevanti emerse, si è deciso di tenere il secondo workshop con gli stessi partecipanti per un approfondimento accurato. Gli attori coinvolti hanno partecipato attivamente, confrontando le loro reciproche esperienze e apportando un contributo critico alla discussione attraverso l'interazione diretta e lo scambio, integrando le loro competenze ed esperienze sul campo con il supporto dei ricercatori.

Il lavoro svolto nella fase di co-creazione ha dato vita ad un documento congiunto elaborato da AUSL e UNIFI chiamato *Linee di indirizzo per l'accoglienza della Casa della Comunità*, che è stato successivamente sottoposto al Comitato di partecipazione aziendale composto da numerose associazioni e ETS in data 13 ottobre c.a. Gli attori hanno riscontrato la rilevanza delle tematiche individuate come cruciali per garantire l'accoglienza delle Case della Comunità, hanno integrato e dato il loro contributo personale sul documento di sintesi che, al termine di questa fase di scambio e implementazione, sarà approvato con delibera aziendale.

L'intero processo è stato di grande importanza per la costruzione e la stesura finale delle linee di indirizzo, conferendo loro il valore aggiunto di documento condiviso, co-creato e approvato, che ha l'obiettivo di fornire degli indirizzi di lavoro e riflessione ai Dipartimenti aziendali, alle zone distretto, agli operatori delle Case della Comunità in merito a come intendere e dare senso e significato alla funzione Accoglienza nelle Case della Comunità, e a come sia possibile costruirla.

La collaborazione tra gli stakeholder coinvolti durante il processo ha permesso di individuare quattro macro-caratteristiche che descrivono una Casa della Comunità accogliente. Di seguito una sintesi dei contenuti del documento.

Una Casa della Comunità è accogliente quando:

1) Accoglie la Comunità - La Casa della Comunità è concepita come luogo di accoglienza e di riferimento della comunità, un fulcro di scambio e vita di quartiere.

Per diventare tale, deve stimolare un senso di appartenenza, coinvolgere e attrarre sul piano sociale, culturale e artistico, e deve essere riconoscibile, rappresentando chiaramente l'identità e l'anima del quartiere. Accogliere significa prendere in cura il bisogno, comprenderlo e soddisfarlo, sapendolo

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

indirizzare verso il servizio appropriato. Affinché la Casa della Comunità sia riconosciuta non solo per le prestazioni socio-sanitarie, ma anche come luogo privilegiato di promozione della salute e del benessere, di relazione, di scambio e vita di quartiere, è necessario che il coinvolgimento della comunità sia programmato e pianificato in modo puntuale e concreto, sia durante la realizzazione o riqualificazione della Casa della Comunità, sia durante il ciclo di vita della struttura. Favorire il coinvolgimento della comunità nelle attività di progettazione, realizzazione e gestione degli spazi contribuisce a far sì che la Casa della Comunità diventi un punto di riferimento non solo sanitario ma anche sociale, culturale e artistico, diventando un luogo privilegiato di cambiamento della cultura, dove operano equipe di professionisti multidisciplinari per soddisfare bisogni complessi.

La riconoscibilità – interna ed esterna – della Casa della Comunità costituisce un aspetto fondamentale dell'accoglienza della comunità sia rispetto all'edificio che al servizio che offre, poiché promuove il senso di identità e appartenenza per cittadini e professionisti, il senso di sicurezza, di familiarità e presa in cura. Per quanto riguarda la riconoscibilità esterna, l'edificio deve essere immediatamente riconoscibile come Casa della Comunità, sia dal punto di vista dello spazio, che della comunicazione e dell'organizzazione. A tal fine, è importante curare la *brand identity* che promuove il senso di appartenenza, oltre a fornire indicazioni e informazioni di orientamento per aiutare a ridurre lo stress e l'ansia dovuti al disorientamento.

Oltre all'organizzazione spaziale, l'accoglienza nella Casa della Comunità si realizza anche dal punto di vista relazionale. Le qualità che la connotano includono gentilezza, disponibilità, capacità di rispondere o dare indicazioni di orientamento ai bisogni espressi e inespressi, e la presenza di spazi non respingenti e senza barriere. A questo scopo, è importante la presenza di una figura di orientamento e lettura del bisogno: personale formato e informato, con *soft skills*, capace di fornire informazioni generali, indirizzare, accogliere, ascoltare e decodificare bisogni specifici. Anche lo spazio stesso contribuisce all'accoglienza attraverso le sue caratteristiche dimensionali, microclimatiche, estetiche e materiche.

Ogni Casa della Comunità è unica, quindi il tipo di accoglienza deve essere personalizzato ai bisogni e alle caratteristiche del territorio di riferimento attraverso percorsi partecipativi e collaborativi per fornire le risposte più adatte al contesto. Infine, per essere accogliente, la Casa della Comunità deve essere in rete con il territorio, fungendo da anello di coordinamento con le realtà locali, gli enti del terzo settore e le associazioni. In tutto questo, le Società della Salute hanno un ruolo importante nella promozione di collaborazioni e co-progettazioni per attivare queste sinergie con i territori.

2) Supporta la persona - La Casa della Comunità, per accogliere, deve essere in grado di ascoltare, intercettare e supportare i bisogni socio-sanitari della persona, orientandola verso i servizi desiderati. Deve riuscire a gestire

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

i conflitti e a prendere in cura i pazienti e i cittadini, sia attraverso la presenza di personale qualificato, sia attraverso spazi curati e adeguati a supportare queste funzioni e attività. È quindi importante individuare e formare adeguatamente le figure professionali più idonee per questo ruolo, dal personale di portineria alle segreterie dei MMG (Medici di Medicina Generale) al personale del PUA (Punto Unico di Accesso). Anche lo spazio dell'ascolto e dell'attesa può contribuire a supportare la persona, riducendo il suo livello di ansia e stress, facendola sentire accolta in un ambiente familiare, curato e distensivo. Un aspetto significativo emerso dalla fase di co-creazione è l'individuazione di due livelli di accoglienza.

Un primo livello, definibile come una sorta di portineria, corrisponde al primo step di accesso. Qui si effettua una prima decodifica del bisogno, si forniscono informazioni di base, si orienta e si accompagna verso il servizio desiderato. Questa funzione deve essere immediatamente visibile dall'ingresso, senza filtri e accessibile a tutti.

Un secondo livello, corrispondente al PUA, al quale accedono pazienti esperti e utenti non esperti indirizzati dal primo livello di accoglienza che ha intercettato un bisogno complesso. Questo secondo livello ha il compito di orientare e prendere in cura utenze particolari con bisogni complessi, che possono trovare risposte in percorsi interni alla Casa della Comunità o esterni, nella rete dei servizi territoriali. Il PUA ha un ruolo complesso di gestione anche di casi delicati, prendendo in cura la richiesta dell'utente con bisogni specifici e potendo assumere un ruolo di coordinamento tra tutti i professionisti all'interno della rete dei servizi territoriali. Data la complessità, la sua localizzazione all'interno della Casa della Comunità dovrà essere più interna, facilmente accessibile ma non immediatamente visibile, in modo da tutelare la privacy dell'utente e indurre uno stato d'animo di tranquillità e senza stress. La Casa della Comunità ha anche il ruolo di supportare il benessere totale della persona e promuovere la salute attraverso spazi che favoriscano accessibilità, sicurezza, interazione sociale, educazione alla salute e promozione di stili di vita sani. Questo si realizza sia tramite il design dello spazio (*active design*), che favorisce un'interazione attiva degli utenti con l'ambiente (es. scale attrattive per scoraggiare l'uso dell'ascensore), sia attraverso la presenza di dotazioni che promuovono uno stile di vita sano (es. spazi per allattamento, per fruizione di cibo sano) o bacheche informative (analogiche o digitali) che promuovono educazione alla salute, prevenzione e dispositivi di auto-valutazione.

3) Favorisce il senso di appartenenza - La Casa della Comunità, al fine di stimolare la nascita e il consolidamento del senso di comunità e generare coesione sociale, ha il compito di favorire il senso di appartenenza al luogo. Coinvolgere la comunità in attività e iniziative culturali, artistiche, ludiche, occasioni di relazione e socialità, volontariato e formazione, favorisce il senso di appartenenza alla Casa della Comunità come punto di riferimento

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

della cittadinanza, oltre che promuovere benessere e salute. A tal fine, è fondamentale stimolare un senso di appartenenza alla Casa della Comunità da parte degli operatori che vi lavorano e creare una vera e propria comunità degli operatori e professionisti per far sì che questa, attraverso l'operato stesso dei professionisti e le attività partecipative, possa coinvolgere l'intera cittadinanza. Questo è necessario per concretizzare il modello di Casa della Comunità in ogni sua parte, veicolare la sua vera natura e il nuovo modo di lavorare tra professioni diverse, fino a sentirsi parte di una comunità e a riscoprire l'opportunità professionale di lavorare al suo interno. Ciò può avvenire attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori tramite incontri programmati di *equipe* multiprofessionali per discutere i casi clinici, la presenza di spazi di lavoro che favoriscano l'incontro e la partecipazione tra collaboratori, iniziative di focus group guidati e attività di *team building*. Pertanto, la presenza di spazi formali e informali che supportino tali attività è determinante. La figura dello psicologo di base può essere di aiuto in questo processo di cambiamento culturale, agendo a livello organizzativo e sulle competenze individuali e del gruppo multidisciplinare.

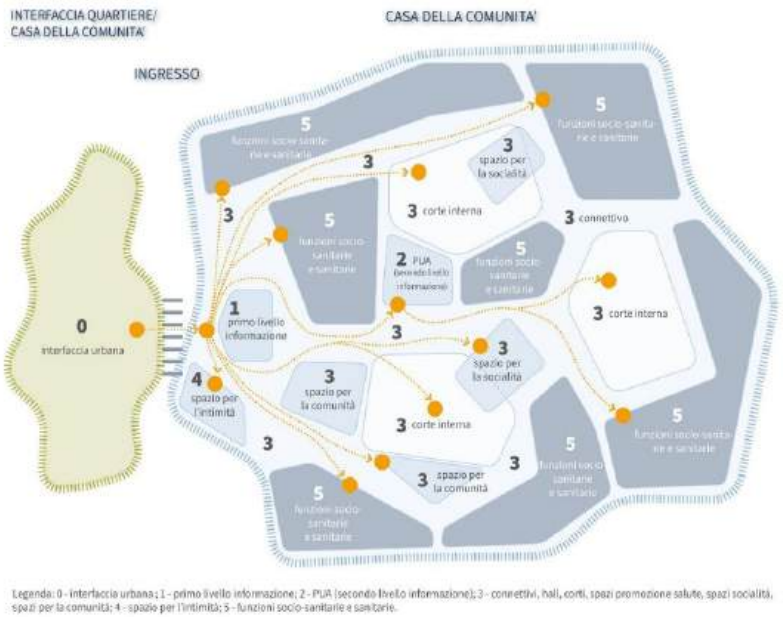
Una volta sviluppata la comunità degli operatori, è possibile ingaggiare i cittadini favorendo in loro la nascita di un senso di appartenenza, in questo caso "esterno", nei confronti della Casa della Comunità. Questo obiettivo si raggiunge attraverso attività e iniziative di partecipazione e coinvolgimento attivo, come la partecipazione e l'autogestione di iniziative nell'ambito di programmi aziendali o zonali da parte dei cittadini "esperti". La figura del paziente "esperto", colui il quale per ragioni di esperienze personali o professionali si è reso edotto su determinati ambiti, può diventare un valore aggiunto per stimolare l'appartenenza della cittadinanza alla comunità e favorire il supporto tra i *caregiver.* Il coinvolgimento del terzo settore nelle attività di co-progettazione dal basso dei servizi e delle attività è importante per favorire un processo di apertura delle Casa della Comunità verso la comunità. La comunità entra nella Casa della Comunità anche attraverso gli operatori stessi che escono per le prestazioni e per fare attività legate alla promozione della salute presso le strutture del territorio. Tra gli elementi che favoriscono il luogo come luogo di appartenenza vi sono anche gli spazi informativi dedicati alle attività della comunità, come le bacheche fisiche e virtuali che possono trovare collocazione nello spazio esterno di accoglienza.

4) È facilmente fruibile, stimolante e confortevole - L'accoglienza, in ogni luogo e, in particolare, in una struttura socio-sanitaria, non può esistere se lo spazio non è facilmente fruibile, confortevole e stimolante; in altre parole, se non fa stare bene. Riuscire a muoversi e ad orientarsi in autonomia senza difficoltà all'interno dell'edificio riduce lo stato di ansia e stress delle persone. L'accoglienza, dunque, è una dimensione che riguarda tutti gli spazi pubblici della Casa della Comunità, a partire dall'ingresso esterno, la porta di entrata, l'atrio di accesso, le scale e gli ascensori, i corridoi, gli spazi di

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

attesa diffusa e i cortili interni. Le caratteristiche dello spazio insieme alla presenza di persone adeguatamente formate, con una preparazione ad ampio spettro con competenze di base e *soft skills*, diventano determinanti per supportare persone fragili o con difficoltà. Tutta la comunità interna degli operatori e dei professionisti deve poter concorrere alla finalità dell'accoglienza, indipendentemente dal motivo dell'accesso in Casa della Comunità da parte del cittadino. Gli spazi dovranno quindi avere caratteristiche ben precise e ormai note e consolidate nella letteratura ed applicate in casi eccellenti, purtroppo ancora poco diffuse sul territorio.

Fig. 2 – Mappa concettuale dell'Accoglienza nella Casa della Comunità. Fonte: nostra elaborazione



3.2 Una visione di insieme su Linee guida per gli spazi dell'accoglienza della Casa della Comunità

Dall'integrazione ed il confronto tra i risultati emersi nella fase preliminare e quelli emersi dalla fase di co-creazione, il gruppo di ricerca del DIDA ha elaborato un ulteriore strumento operativo composto da strategie e linee

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

guida disciplinari che definiscono gli indirizzi progettuali per l'architettura degli spazi di accoglienza della Casa della Comunità. La fase finale di implementazione e sistematizzazione di tutti i risultati raccolti ha rappresentato un momento cruciale di sintesi di ricerca che ha portato all'individuazione di 4 strategie progettuali e 9 linee guida.

Questi strumenti operativi saranno sottoposti a verifica e implementazione[6] attraverso il coinvolgimento dei progettisti dell'area tecnica Azienda USL Toscana Centro e di progettisti di rilievo in campo sanitario.

Si riporta di seguito una sintesi critica dei due strumenti mettendo in luce gli aspetti più innovativi e significativi per il miglioramento dell'accoglienza nelle Case della Comunità. Le prime traducono in ambito prettamente spaziale le istanze delle Linee di indirizzo e si articolano in 4 schede testuali per ciascuna delle quali è indicata la descrizione, gli obiettivi, le indicazioni progettuali suggerite, ed i riferimenti alle linee guida. In particolare, esse sono:

- creare spazi che accolgono la comunità;
- creare spazi per il supporto alla persona;
- creare spazi che favoriscano il senso di appartenenza;
- creare luoghi e percorsi facilmente fruibili stimolanti confortevoli.

Le quattro schede esplicitano dunque la declinazione applicativa nello spazio delle linee di indirizzo per l'accoglienza, andando a costituire uno strumento operativo rivolto ai soggetti preposti alla pianificazione e realizzazione di nuove Case della Comunità.

Le linee guida costituiscono, invece, l'insieme di indicazioni concrete relative ai singoli temi progettuali, funzionali al perseguimento degli obiettivi descritti nelle strategie, e rappresentano uno strumento tecnico specifico indirizzato agli uffici tecnici delle AUSL e ai progettisti del settore. Questo documento si articola in 9 schede di progetto, ciascuna delle quali descrive un tema progettuale individuato come rilevante ai fini dell'accoglienza. Uno degli aspetti più interessanti emersi e che ha avuto un impatto innovativo sul piano delle indicazioni progettuali, risiede nel fatto che, proprio per sua natura l'accoglienza si sostanzia non solo nel primo punto di accesso ma in tutto l'edificio. Si parla infatti di accoglienza diffusa e che, di conseguenza, si può verificare in spazi diversi dislocati in diverse aree della Casa della Comunità. Per questo motivo, le linee guida di progetto si articolano in tre sezioni:

- Linee Guida generali, che riguardano l'accoglienza dell'intero edificio:
    - riconoscibilità;
    - fruibilità;
    - comfort ambientale;

[6] L'oggetto di implementazione e di verifica delle linee guida ha riguardato, in questo caso, lo strumento e non i contenuti dello stesso

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- Linee Guida degli spazi di accoglienza specifici, che riguardano determinati ambienti in cui sono collocate specifiche funzioni:
    - area dell'informazione di I livello;
    - area dell'informazione di II livello;
    - area dell'intimità;
- Linee Guida degli spazi dell'accoglienza diffusa, che possono essere dislocati in diverse aree dell'edificio:
    - area della promozione della salute;
    - area della comunità;
    - area della socialità informale.

Ogni scheda presenta i requisiti spaziali generali e le indicazioni progettuali specifiche per la realizzazione degli spazi dell'accoglienza, sia attraverso un apparato testuale, sia attraverso disegni e immagini esemplificative ed evocative.

Nel primo gruppo, la caratteristica innovativa rispetto all'attuale stato dell'arte è sicuramente la riconoscibilità, necessaria al fine di supportare la persona e favorire la creazione di un senso di appartenenza e lo sviluppo di una comunità. Essa si manifesta sia dall'esterno attraverso i connotati dell'involucro dell'edificio e gli elementi di arredo urbano collocati nello spazio di interfaccia tra il quartiere e la Casa della Comunità[7], sia all'interno attraverso, principalmente, la presenza di una accoglienza diffusa, che quindi non si limita al bancone informativo dell'ingresso ma si espande in tutto l'edificio andando ad abbracciare varie aree ed assumendo un ruolo di supporto ad una moltitudine di funzioni sociali e socio-sanitarie (creazione di comunità, supporto al bisogno del cittadino, promozione della salute, sviluppo di un senso di appartenenza, coesione sociale ecc.). Le linee guida sottolineano questi elementi di innovazione portando esempi applicativi concreti esistenti e suggestioni evocative che supportano il progettista nello sviluppo di nuove idee da poter applicare concretamente in nuove realizzazioni o trasformazioni dell'esistente.

Nel secondo gruppo, gli elementi innovativi scaturiti dai risultati della fase co-creativa sono due. Il primo, risiede nell'individuazione di due aree dedicate all'informazione, una dedicata ad un primo livello filtro, accessibile e ben visibile dall'ingresso, una sorta di portineria, nella quale l'operatore ascolta decodifica e indirizza il bisogno dell'utente che qui riceve informazioni di orientamento e indicazioni per raggiungere il servizio desiderato;

[7] Il concetto di interfaccia urbano tra il quartiere e la Casa della Comunità è ampiamente trattato nella pubblicazione Progettare un Quartiere Sano (2024). Esso è costituito dallo spazio fisico esistente tra la città e l'edificio della Casa della Comunità luogo di transizione e di passaggio dalla funzione pubblica alla funzione socio-sanitaria dove il cittadino viene accolto e inizia a ricevere alcune informazioni, dove può trovare risposta a determinati bisogni e dove può trovare accesso a servizi che sono di confine tra la funzione pubblica e sanitaria.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

una seconda area dedicata al secondo livello di informazione, identificabile nel PUA, dove vi accedono utenti esperti o utenti indirizzati dal primo livello e dove vengono gestiti casi complessi e delicati. Per questo, il secondo livello necessita di una collocazione in un'area più interna della Casa della Comunità, e di caratteristiche spaziali che favoriscano rilassamento, riduzione dello stress e che garantiscano intimità e privacy. Il secondo elemento di innovazione, naturalmente emerso come necessario per poter fronteggiare e governare efficacemente la complessità delle situazioni che vengono a crearsi quotidianamente all'interno delle Case della Comunità, è la presenza di spazi specifici per poter gestire situazioni di conflittualità, spazi per l'intimità, collocati in determinati ambienti e con determinati connotati.

Infine, il terzo gruppo descrive e fornisce indicazioni progettuali per le aree che soddisfano il bisogno di garantire un'accoglienza diffusa in tutto l'edificio della Casa della Comunità, uno degli aspetti più innovativi emersi da tutto il percorso di ricerca. Queste sono attività e funzioni meno specifiche, con un basso livello di complessità e che, di conseguenza, possono essere dislocate in diversi punti dell'edificio: i connettivi orizzontali e verticali, la *hall* interna, l'atrio, l'interfaccia urbana esterna, le terrazze, le corti e gli spazi esterni, gli spazi di transizione tra i connettivi e le aree prettamente sanitarie, le aree di pre-attesa, le aree di pagamento del *ticket*. In questo gruppo di schede vengono fornite indicazioni e suggestioni progettuali per attualizzare il concetto di accoglienza diffusa declinate nelle tre diverse attività. La promozione della salute può essere attivata anche negli ambienti più stanziali, dove le persone si trattengono per qualche tempo ed hanno l'opportunità di sfruttare il tempo per scoprire cose nuove, ampliare la loro conoscenza in ambito salute sia attraverso la lettura, l'ascolto, la vista di messaggi e comunicazioni che promuovono stili di vita sani e accorgimenti, suggerimenti per il benessere. La presenza di spazi dedicati alle associazioni e ad altre attività svolte nel territorio, come visto sopra, risulta di grande importanza per favorire il senso di appartenenza e la creazione di una comunità: questi possono essere dislocati sia in spazi di passaggio, come ad esempio le bacheche informative, sia in ambienti dedicati con un utilizzo polifunzionale a turnazione tra diversi soggetti che lo condividono (ad esempio, le corti interne). L'area della socialità informale è importante all'interno della Casa della Comunità in quanto favorisce, stimola la creazione di un senso di comunità, di un senso di appartenenza tra i pazienti e cittadini e gli operatori. Inoltre, contribuisce a favorire la comunità degli operatori, innescando anche un processo virtuoso e spontaneo di collaborazione multiprofessionale, utile sia per migliorare la qualità del servizio offerto ed il supporto alla comunità della cittadinanza e dei pazienti, sia per migliorare l'organizzazione del lavoro, l'ottimizzazione delle risorse e migliorare la qualità della vita degli operatori durante lo svolgimento delle proprie mansioni.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Nel complesso lo strumento di indirizzo progettuale delle strategie e linee guida, quale *deliverable* finale dell'HCL, risulta particolarmente innovativo grazie al trasferimento effettuato in ambito architettonico dei nuovi temi di carattere organizzativo sociale e sanitario, individuati negli indirizzi strategici co-creati con le professioni socio-sanitarie. L'utilità e l'innovatività di questo strumento saranno confermate dal confronto con i progettisti dell'area tecnica della AUSL Toscana Centro e i progettisti privati operanti in ambito sanitario. Questo processo partecipativo di valutazione apporterà un ulteriore contributo nella definizione di alcuni dettagli relativi alle schede progetto delle linee guida, implementando così il risultato finale dell'HCL.

4. Riflessioni conclusive

Il progetto descritto in questo capitolo evidenzia come la co-creazione possa diventare strumento strategico per l'implementazione e la personalizzazione delle Case della Comunità nel contesto della Riforma Sanitaria Territoriale Italiana.

Nel panorama della riforma, che mira a potenziare le cure primarie e a consolidare la presenza del sistema sanitario a livello locale attraverso l'istituzione delle Case della Comunità, l'efficacia del modello assistenziale dipende in modo cruciale dalla sua capacità di rispondere in maniera sartoriale alle specificità dei bisogni comunitari. L'esperienza dell'HCL offre una interessante dimostrazione dell'impatto strategico dell'approccio partecipativo, in particolare della co-creazione, nella definizione di elementi cardine quali l'accoglienza, che incarna la natura intrinseca del nuovo modello socio-sanitario territoriale.

Il processo di co-creazione, così come implementato, ha rivelato diversi punti di forza metodologici e operativi.

I workshop di co-creazione si sono dimostrati particolarmente incisivi nel promuovere un proficuo confronto tra diverse esperienze e soluzioni già adottate, generando un ambiente intellettualmente stimolante e nel far emergere quali tematiche sono riconosciute come cruciali per l'impatto che hanno sull'accoglienza e quali sono percepite come meno rilevanti. La tangibilità di un documento finale, che ha fedelmente sistematizzato i temi emersi dalle discussioni, si attesta come risultato di un lavoro collaborativo efficace. Un valore aggiunto fondamentale di tale metodologia è stata la capacità di far emergere, dalle discussioni condotte, nuovi temi e problematiche che superano quelli tradizionalmente identificati dalla letteratura o dalle indagini preliminari. Questo ha consentito di sviluppare una visione sistemica e più completa dell'accoglienza, approfondendone il significato e le implicazioni operative all'interno delle dinamiche aziendali.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Una delle principali scoperte derivanti dal processo di co-creazione è stata la constatazione che per costruire una comunità efficace, è indispensabile partire dalla comunità stessa. Questo principio implica che, per ogni nuova Casa della Comunità, sia cruciale avviare una rilevazione dettagliata dei bisogni specifici del territorio attraverso un'analisi approfondita, per poi procedere alla costruzione su misura dell'organizzazione e degli spazi. Tale approccio suggerisce la necessità di sviluppare un processo di co-creazione specifico per ciascuna realtà territoriale, al fine di evidenziarne le peculiarità e le esigenze.

Un esito tangibile e di notevole importanza del processo seguito nell'HCL è stata la creazione di un documento di indirizzo condiviso da tutti gli stakeholder coinvolti. Questo documento si configura come una base operativa direttamente utilizzabile dall'Azienda sanitaria, dai singoli operatori e dagli ETS per lo sviluppo di strategie gestionali e organizzative specifiche per le Case della Comunità, nonché per facilitare i processi di formazione degli operatori. L'approvazione di tale documento tramite delibera aziendale sottolinea l'importanza del contributo fondamentale offerto dal supporto universitario nella impostazione e facilitazione dell'intero processo di co-creazione per le aziende sanitarie.

L'implementazione di un documento che fornisce linee guida per il progetto architettonico costituisce la prima manifestazione concreta della necessità di disporre di un documento sistemico e interdisciplinare, da cui possono poi derivare contributi specifici per ogni disciplina.

Una riflessione più generale può essere fatta sul tema della cultura dell'accoglienza così come emersa in tutto il processo partecipativo. La creazione di una cultura dell'accoglienza nelle Case della Comunità ha un importante impatto sul piano della qualità e percezione del servizio al cittadino ma anche della qualità del lavoro di professionisti e operatori e dell'efficienza dell'organizzazione. Chi accoglie vive meglio il lavoro, contribuendo, di conseguenza, ad un riassetto organizzativo dove viene facilitata la collaborazione tra lavoratori e utenti, aumenta il benessere e l'agency delle persone della comunità, si favorisce il dialogo e la relazione tra attori migliorando la coesione sociale. In questo senso, l'accoglienza amplia le opportunità effettive delle persone di accedere a cure appropriate, di orientarsi all'interno dei servizi, di sentirsi riconosciute e parte integrante di una comunità.

4.1 Futuri sviluppi

Guardando agli sviluppi futuri, valorizzando il lavoro svolto e quanto elaborato, è auspicabile attivare due processi che potrebbero avere un impatto concreto ed immediato: pubblicare gli outputs (Linee di indirizzo e Linee Guida) e diffonderli all'interno delle altre Aziende Sanitarie e in Regione;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

attivare processi di sperimentazione dei risultati dell'HCL Accoglienza su casi pilota della Regione Toscana/AUSL TC. Inoltre, il modello processuale qui delineato si presta a essere replicato per l'analisi e la definizione di altri temi significativi e caratterizzanti le Case della Comunità. Esempi in tal senso includono gli spazi dedicati all'attesa, l'utilizzo degli spazi verdi aperti destinati alla comunità e la definizione delle modalità operative delle équipe di lavoro multiprofessionali e dei relativi spazi.

Sul piano dello sviluppo di modelli operativi di supporto e gestione per le AUSL e la Regione Toscana, un'ulteriore evoluzione del progetto potrebbe essere la realizzazione di un toolkit comprensivo e usabile, che integri diversi strumenti, quali strumenti descrittivi del processo, strumenti per la partecipazione, per la progettazione e per le politiche. Questo toolkit sarebbe un ausilio prezioso per i *decision-makers* impegnati nella realizzazione di nuove strutture o nella trasformazione di quelle esistenti nell'ambito delle Case della Comunità.

Sul piano della ricerca, nell'ottica di una prosecuzione del *Tuscany Health Ecosystem*, sarebbe opportuno creare un HCL specifico sulle Case della Comunità, che funga da supporto alla Regione in attività di engagement, programmazione, progettazione, monitoraggio.

In conclusione, l'esperienza analizzata evidenzia come la co-creazione non sia solo una metodologia di partecipazione, ma uno strumento strategico essenziale per l'implementazione efficace delle Case della Comunità, garantendo che queste strutture siano non solo fisicamente presenti, ma funzionalmente e culturalmente integrate nei contesti locali, rispecchiandone i bisogni e promuovendo una reale "accoglienza" nel senso più ampio del termine.

Bibliografia di riferimento

Ansell, C., & Torfing, J. "Co-creation: The new kid on the block in public governance." Policy & Politics, 49(2) (2021): 211-230.

Brambilla, A., and Maciocco G. Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale Carocci Editore Tascabili Faber, 2022 ISBN ISBN 9788874669271

Brambilla, A., and Maciocco G. Le case della Salute. Recenti Prog Med 2014;105(4):147-150, 2022 doi 10.1701/1459.16123

Francesconi P. and Marini C., Case della salute e medici di medicina generale in Toscana al primo gennaio 2023 (integrazione del report pubblicato a marzo 2023) e piano di realizzazione delle case della comunità Hub., 2023

https://www.ars.toscana.it/approfondimenti-ns/5000-case-della-salute-medici-di-medicina-generale-in-toscana-gennaio-2023-integrazione-del-report-marzo-2023-piano-di-realizzazione-delle-case-della-comunita-hub.html

Peretti, G., and Torricelli Maria C., eds. Case della Comunità e Ospedali di Comunità. Ricerche 5, CNETO, 2023

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Setola, N. and Borgianni, S. “Promoting health and well-being – Tools for designing community health centres and healthy neighbourhoods”. AGATHÓN | International Journal of Architecture, Art and Design, 17 (2025): 226-241.
https://doi.org/10.69143/2464-9309/17152025
Setola, N. and Rinaldi, A., eds. Progettare un Quartiere Sano – Strategie di Progetto per un Quartiere Sano, Di-daPress, 2024
ISBN 9788833382371 Available at: didapress.it/pubblicazione/progettare-un-quartiere-sano-strategie-di-progetto-per-un-quartiere-sano [Accessed 15 April 2025].
Setola, N. and Rinaldi, A., “Progettare quartieri sani. Strumenti e reti per connettere università, comunità e istituzioni”. Technè, no. 30. FUP Press.
in press
UAL - Urban and Architectural Laboratory Dipartimento di Ingegneria e Architettura Università di parma, eds. Dalla Casa della Comunità al Centro di Salute Comunitaria Il progetto architettonico e urbano. FAM Quaderni 04, Festival Architettura Edizioni, 2025
Vargas, C., Whelan, J., Brimblecombe, J., and Allender, S. Co-creation, co-design, co-production for public health. Public Health Research & Practice, 32(2), 322221, 2022 https://doi.org/10.17061/phrp3222211

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 Lingua*[1]

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 poli[2].

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).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 locali[3].

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).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 tosco-romagnolo 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.

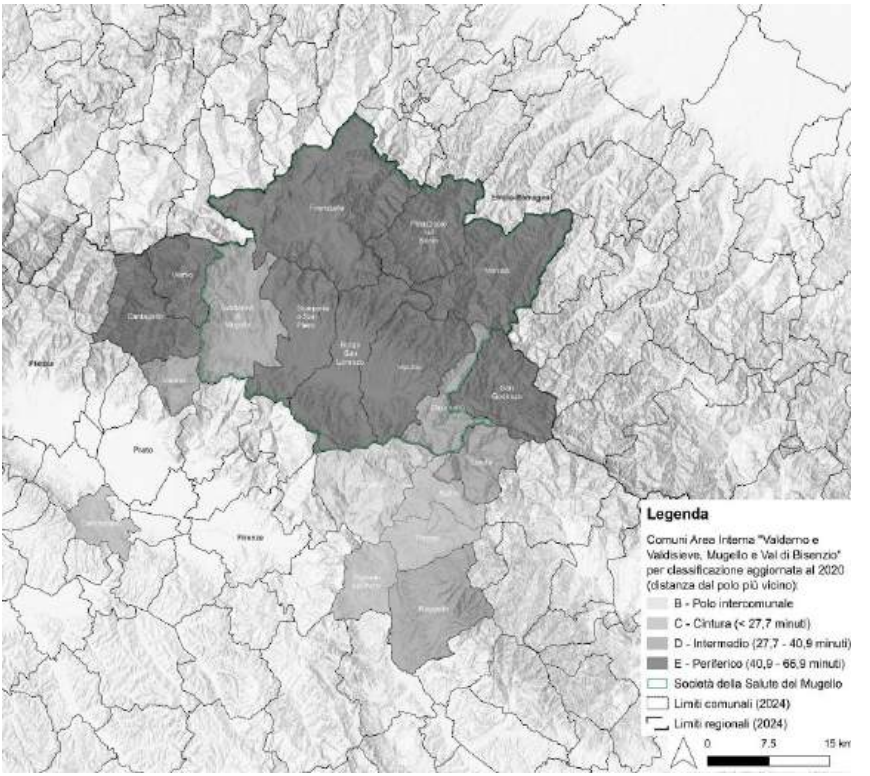
Per quanto riguarda la classificazione delle aree interne, i comuni della zona sono, ad eccezione di Barberino di Mugello e Dicomano che sono classificati come comuni 'Intermedi', classificati come comuni 'Periferici' (fig. 1)

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 territoriali[4].

[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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

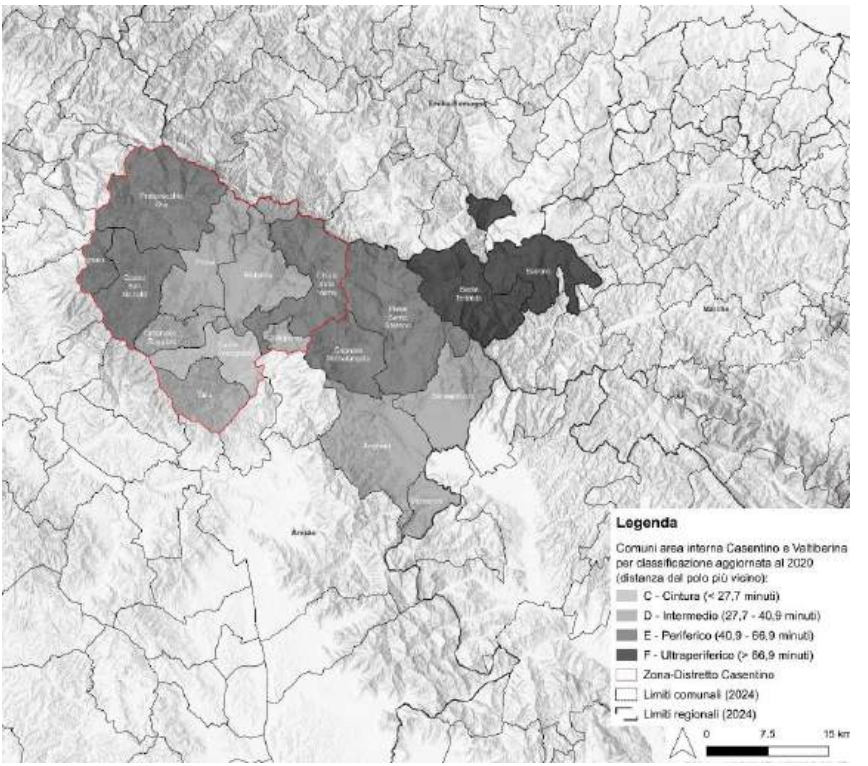
Il comune più popoloso è Bibbiena, che nel 2025 conta 11.951 residenti, seguito da Poppi e Pratovecchio Stia, con rispettivamente 5.752 e 5.396 abitanti (Istat 2025). Gli altri comuni rientrano nella categoria dei piccoli comuni (popolazione inferiore ai 3.000 residenti), dei quali Talla (957 abitanti), 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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

(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;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- 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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 (DISEI) 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 (DISEI) 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 Bibbienese;
- società civile: Auser; Salviamo l'ospedale e i servizi del territorio ODV.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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*
	Ideazione	x		x	
Fase preliminare	*Analisi di contesto e pianificazione*	x	x	x	
Frase di implementazione	*Progettazione*	x	x	x	x
	Erogazione/ Diffusione	x	x	x	
Fase di valutazione	*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*
	Ideazione			x	
Fase preliminare	*Analisi di contesto e pianificazione*	x		x	
Frase di implementazione	*Progettazione*	x	x	x	x
	Erogazione/ Diffusione	x		x	
Fase di valutazione	*Valutazione*	x		x	
	Mantenimento	x	x		x

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Metodologia

Seguendo l'approccio del HCL, il progetto si è articolato in tre fasi. Nella prima fase (f*ase 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 indagine 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:

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 vision specifiche per ciascuno dei due casi pilota, elaborate come sintesi integrata dei dati raccolti, delle progettualità

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

emerse e, in particolare, delle istanze espresse durante i laboratori di co-creazione. Le vision 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,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

la sicurezza, la fruibilità degli spazi pubblici, contribuendo così alla definizione di città più resilienti e orientate alla salute[5].

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 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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

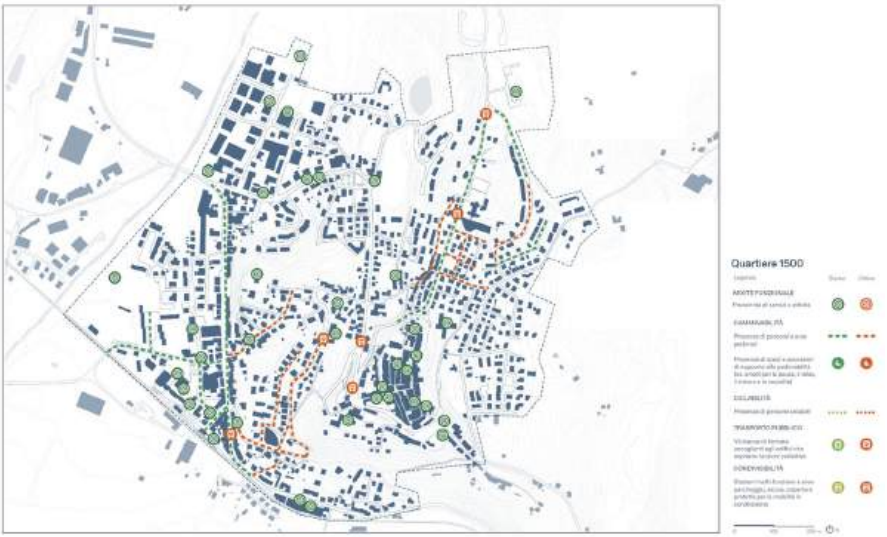
A seguito dell'analisi dei dati e degli strumenti urbanistici, sono state elaborate mappe finalizzate a rappresentare le dinamiche di prossimità, con un particolare focus sulla dimensione della salute. Tali dinamiche comprendono l'insieme delle relazioni spaziali, funzionali e sociali che si instaurano 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).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

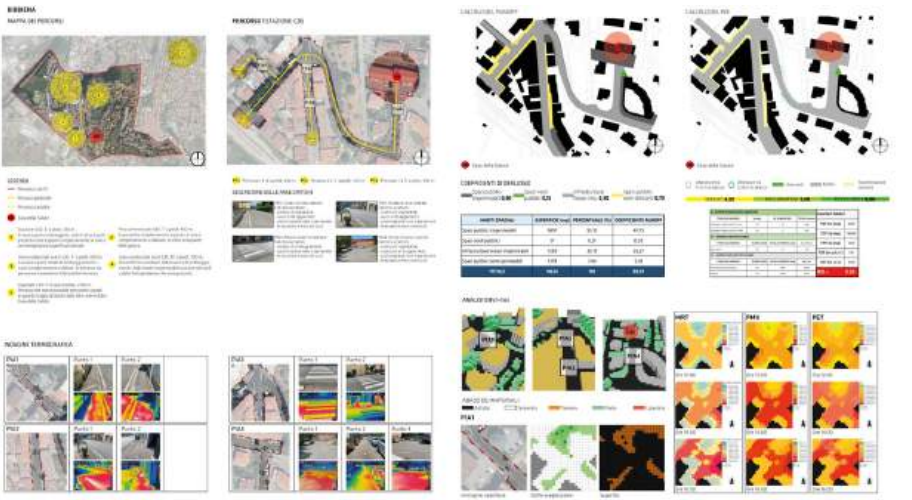
L'analisi microclimatica e del *comfort outdoor* a Bibbiena e Borgo San Lorenzo è stata condotta lungo i principali percorsi pedonali di collegamento tra le aree residenziali e le strutture sanitarie, con l'obiettivo di identificare

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

A Bibbiena, i percorsi selezionati comprendono quattro itinerari principali che arrivano fino alla Casa della Salute dall'area della stazione, dall'area commerciale, dall'area residenziale ovest e dall'area residenziale nord. Questi tracciati rappresentano le connessioni più frequentate dai cittadini. All'interno di ciascun percorso sono stati individuati alcuni tratti critici, definiti sulla base di elementi come l'assenza di ombreggiamento, la presenza di superfici asfaltate o cementizie ad alta capacità di accumulo termico, suoli impermeabili, scarsa biodiversità e disconnessioni tra i flussi pedonali e veicolari. Per ognuna di queste aree critiche sono state realizzate schede di approfondimento che includono planimetrie dettagliate, fotografie, immagini termografiche e dati strumentali, in modo da costruire una visione completa delle condizioni microclimatiche stagionali (fig. 4).

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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).

Per entrambe le località, i rilievi sono stati effettuati in tre periodi chiave dell'anno – autunno, tardo-inverno/inizio primavera ed estate – e durante le ore centrali della giornata, quando l'irraggiamento solare e l'effetto isola di calore urbana raggiungono il loro picco. Questa scelta ha permesso di cogliere in maniera precisa le variazioni stagionali del microclima e di identificare le condizioni di disagio termico più rilevanti.

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 regesti 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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

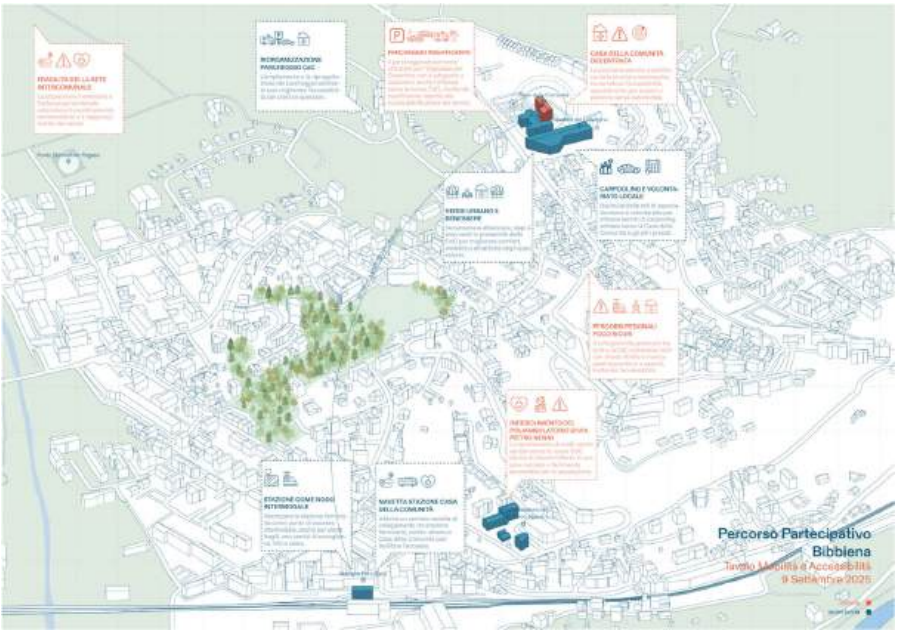
Dal punto di vista urbanistico, le principali criticità riguardano l'accessibilità e l'equità territoriale. La nuova CdC, collocata accanto all'ospedale in una zona collinare e piuttosto distante dalla stazione ferroviaria, risulta difficilmente raggiungibile, sia a piedi che con i mezzi pubblici, con 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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 casentinese, 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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 microclimatica 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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 outdoo*r;
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;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Macchi, Alessia, Daniele Busciantella-Ricci, Elisa Caruso, e Nicoletta Setola. 2024. "Healthy Neighbourhoods Hub (HNH) 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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

di *Mario Biggeri, Dario Menicagli, Emma Papini, Roberta Chiaramonti, Giulio Del Popolo, Serena Verciani* e *Guglielmo Bonaccorsi*

1. Introduzione

1.1 Letteratura: background teorico

Le lesioni midollari e le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) rappresentano condizioni cliniche ad alto impatto non solo sul piano strettamente sanitario, ma anche su quello psicologico, sociale ed economico. La Consensus Conference del 2005 ha definito la GCA come un danno cerebrale di origine traumatica o di altra natura che comporta coma più o meno prolungato, menomazioni sensomotorie, cognitive e/o comportamentali e, nella maggior parte dei casi, disabilità permanente (Biggeri et al. 2013). Per quanto riguarda, invece, la lesione midollare, è definita dalla WHO (*World Health Organization*) come un danno al midollo spinale, al cono midollare o alla *cauda equina*, di origine traumatica (cadute, incidenti, infortuni, violenze) o non traumatica (infezioni, tumori, patologie degenerative, condizioni congenite come la spina bifida). Può determinare perdita parziale o totale delle funzioni motorie e sensoriali e deficit nelle regolazioni autonome del corpo, con conseguenze che variano dal deficit degli arti fino a disturbi della respirazione, della regolazione cardiocircolatoria, del controllo vescico-intestinale e della funzione sessuale (WHO 2013).

Il peso di tali eventi va ben oltre la sfera clinica, trasformando la quotidianità della persona e del suo nucleo familiare, impattando su autonomia, progettualità, relazioni e possibilità di partecipazione sociale. In entrambe le condizioni, il percorso clinico prevede interventi medici intensivi e riabilitativi in fase acuta e post-acuta, che si svolgono in regime ospedaliero. Ad essi seguono percorsi di presa in carico a lungo termine, finalizzati non solo all'assistenza sanitaria, ma anche al sostegno della persona nel recupero dei propri ruoli in tutti gli ambiti della propria quotidianità, familiare, sociale,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

educativa e professionale. Le conseguenze di questi eventi si estendono anche alla famiglia e ai caregiver. Nello specifico, numerose ricerche hanno dimostrato come l'assunzione del ruolo di assistente primario da parte di un familiare possa determinare una riduzione delle capability e dei funzionamenti dei caregiver stessi: perdita o riduzione del lavoro e del reddito, peggioramento della salute fisica e mentale, isolamento sociale, indebolimento delle reti di sostegno e difficoltà nella progettualità futura (Bonfanti e Biggeri 2012).

Alla luce di queste complessità, occorre adottare cornici teoriche e operative in grado di superare una visione meramente clinica, in continuità con l'orientamento internazionale verso la *person-centered care*, che pone al centro la prospettiva del paziente nelle cure. Nello specifico, questo approccio, come promosso dalla WHO, vede la persona, la famiglia e i caregiver come protagonisti attivi del percorso di cura, evidenziando l'importanza dell'informazione e dell'empowerment e riconoscendo al paziente diritti e responsabilità, per co-progettare interventi personalizzati che possano rispondere ai bisogni e alle preferenze individuali (Santana et al. 2017).

In questa direzione si collocano alcuni framework teorici che hanno contribuito all'evoluzione dei sistemi di cura, promuovendo una visione delle disabilità focalizzata sulla persona. *L'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, sviluppata dalla WHO, adotta un approccio olistico e multidimensionale per descrivere le condizioni di salute. L'ICF fornisce un linguaggio universale che integra gli aspetti biologici, psicologici e sociali, consentendo di descrivere non solo menomazioni e limitazioni funzionali, ma anche barriere e facilitatori che influenzano la partecipazione. In questo modo, migliora la capacità dei servizi di rispondere ai bisogni della persona (van der Veen et al. 2022).

Parallelamente, il *Capability Approach* elaborato dall'economista e filosofo indiano Amartya Sen come quadro teorico sul benessere e lo sviluppo umano (Sen 1999), è stato introdotto in ambito sanitario. In questa prospettiva, il benessere è interpretato come l'insieme delle libertà reali di cui le persone dispongono per condurre una vita che hanno motivo di ritenere di valore. Applicato alle disabilità, questo approccio sposta l'attenzione dalle sole caratteristiche cliniche o funzionali all'uguaglianza nelle opportunità di scelta, intese come possibilità concrete di realizzare i propri progetti di vita (Bonfanti e Biggeri 2012). Pertanto, la disabilità può essere interpretata come un *capability set* limitato rispetto ai propri obiettivi e valori di riferimento ma, al tempo stesso, come uno spazio di adattamento creativo e di sviluppo di nuove potenzialità (Biggeri e Bellanca 2010). Affinché ciò possa accadere, è fondamentale tenere in considerazione anche i cosiddetti fattori di conversione: a parità di risorse, gli individui raggiungono livelli diversi di benessere in base alle proprie caratteristiche personali e al contesto familiare, sociale, culturale e politico-istituzionale. Ciò rende fondamentale l'importanza delle

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

reti di sostegno e delle risorse territoriali nel percorso di cura (Biggeri et al. 2013).

Nel quadro teorico di riferimento, l'approccio delle capability sposta l'attenzione dai mezzi agli esiti di valore per la persona: recupero funzionale ed opportunità reali di partecipazione, decidere e progettare la propria vita. In questa prospettiva, la agency, intesa come capacità di agire in coerenza con i propri scopi, diviene una dimensione essenziale dei percorsi di presa in carico. Poiché le capability dipendono da fattori di conversione personali, sociali e istituzionali, i processi di co-creazione si configurano come dispositivi di capacitazione, in grado di radicare gli interventi nei contesti e di riequilibrare il potere decisionale tra i diversi attori. Questo impianto fornisce la cornice concettuale entro cui leggere le scelte metodologiche e organizzative presentate nelle sezioni successive.

Da queste basi teoriche è nato il modello riabilitativo del Progetto di Vita, che concepisce il benessere come olistico e multidimensionale. Esso viene rappresentato metaforicamente come un "mosaico" di dimensioni del benessere che ciascuna persona può comporre in modo unico secondo valori e preferenze individuali (Biggeri et al. 2013), e ha trovato applicazione concreta in esperienze territoriali come il protocollo di Presa in Carico Globale e Pro-Attiva (PCGPA), avviato dalla ASL 10 di Firenze (oggi Azienda Usl Toscana Centro) per le persone con GCA in fase post-ospedaliera. La specificità del modello risiede nella capacità di creare un continuum tra assistenza clinica e le risorse territoriali, costruendo percorsi di presa in carico realmente globali e personalizzati. La sua efficacia si basa sulla collaborazione tra servizi sanitari, enti locali e associazioni, che sostengono la persona e la famiglia nelle diverse dimensioni del benessere. In questo modo, il modello mostra come sia possibile tradurre approcci teorici innovativi in percorsi di cura realmente centrati sulla persona. In continuità con questo orientamento, nel contesto toscano la Scuola Superiore Sant'Anna (Pisa) ha contribuito soprattutto sul versante tecnologico e organizzativo della riabilitazione, tramite lo sviluppo di esoscheletri e ortesi indossabili in collaborazione con l'Unità Spinale del CTO dell'azienda ospedaliera universitaria Careggi (progetto CLIMB), volti a facilitare il recupero del cammino nelle persone con lesione midollare; ricerca clinica sulla neuromodulazione spinale (stimolazione elettrica epidurale ad alta frequenza) con evidenze di riduzione della spasticità e miglioramento del controllo motorio (Romeni 2025); e progettazione di modelli di tele-riabilitazione territoriale (TABLET TOSCANA) per garantire continuità di interventi e monitoraggio a domicilio.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.2 Obiettivo dell'Health Community Lab

L'obiettivo principale dell'HCL è stato identificare i principi chiave per la presa in carico dei pazienti complessi, valorizzando un approccio di cura globale fondato sul modello biopsicosociale e sulla centralità della persona. In particolare, l'HCL si è proposto di redigere un documento di consenso che integri le posizioni ed i bisogni diretti dei cittadini con condizione patologica, quelli delle associazioni dei pazienti e dei clinici e professionisti sanitari impegnati nelle unità operative specialistiche di neurologia.

1.3 Popolazione target

I destinatari primari del progetto sono stati gli esperti dell'Unità Spinale Careggi, dell'Unità GCA Ospedale San Giovanni di Dio, dell'Associazione Cerebrolesioni Acquisite (Ass. CA) e dell'associazione Habilia. I destinatari secondari, indiretti, sono i pazienti complessi, i loro caregiver e gli operatori sanitari della regione Toscana.

1.4 Stakeholder coinvolti

Tab. 1 – Stakeholder coinvolti nelle fasi del progetto Cura Globale

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

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- Enti pubblici: Unità Spinale Careggi, Unità GCA Ospedale San Giovanni di Dio, servizi territoriali afferenti all'AUSL Toscana Centro, pubblica amministrazione (direzione sanità);
- ricerca: Dipartimento di Scienze della Salute (DSS) e Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DISEI) dell'Università degli Studi di Firenze, Action Research for Co-Development (ARCO);
- terzo settore e privato sociale: Ass. C.A, Habilia, Associazione Toscana Paraplegici Onlus;
- società civile: persone con disabilità.

2. Metodologia: articolazione del processo co-creativo

Seguendo l'approccio dell'HCL, il progetto si è articolato in tre fasi.

Fase 1: esplorazione preliminare e definizione del focus

L'analisi preliminare ha previsto la conduzione e l'analisi di otto interviste qualitative rivolte a rappresentanti di associazioni, a professionisti sanitari e referenti clinico-organizzativi di reparti neurologici e delle Unità Spinali AOU Careggi e di San Giovanni di Dio (FI).

Le interviste sono state trascritte ed analizzate qualitativamente con lo scopo di evidenziare gli elementi essenziali ed il funzionamento dei processi di cura e presa in carico delle persone. Gli item individuati sono stati sottoposti ad un gruppo di esperti, che ne ha valutato sistematicamente rilevanza, chiarezza e fattibilità (con calcolo di indici di validità di contenuto a livello di item), fornendo indicazioni per la rifinitura linguistica e operativa.

Sulla base di tale processo è stato costruito il questionario che ha costituito il primo round del metodo Delphi, impiegato per convergere verso un consenso informato sui requisiti essenziali della presa in carico globale nelle lesioni neuronali e midollari.

Fase 2: implementazione del processo Delphi

L'applicazione del metodo Delphi ha accompagnato, in modo strutturato e iterativo, la selezione e la messa a punto degli elementi ritenuti essenziali nella presa in carico globale. Il disegno, ha visto la consultazione di un panel di esperti selezionati per competenza, con l'obiettivo di raccogliere e sintetizzare le opinioni su un problema complesso e farle convergere verso un consenso condiviso; gli esperti sono stati invitati a rispondere in forma anonima a questionari strutturati e le risposte sono poi state analizzate e restituite al panel come feedback aggregato, consentendo a ciascuno di rivedere le proprie valutazioni alla luce dei giudizi altrui e riducendo le pressioni di gruppo.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Fase 3: validazione e finalizzazione del documento di consenso

Il documento di consenso ha costituito la base del secondo round Delphi, sottoposto agli stessi esperti che hanno preso parte al primo round di valutazione degli item, con l'obiettivo di valutare la spiegazione, la correttezza e la coerenza delle informazioni.

Il processo ha consentito di tradurre l'esito della prima valutazione in un set di enunciati coerenti e verificati, mantenendo continuità tra i due passaggi e preservando il focus sulla pertinenza personale e clinico-organizzativa degli item selezionati.

3. Esiti della fase co-creativa e valutazione

Esiti della fase 1:

Dall'analisi tematica delle trascrizioni delle interviste condotte sono emerse sei macro-aree concettuali:

- Complessità del percorso. Nel descrivere cosa significhi davvero "presa in carico globale", gli operatori insistono su una responsabilità che non si esaurisce nella singola prestazione, ma accompagna la persona attraverso bisogni diversi e spesso concomitanti, riducendo oneri organizzativi e incertezze.

> *Una presa in carico globale proattiva che sanitaria in senso stretto, io guardo di cosa hai bisogno te, della radiografia del piede, della risonanza magnetica alla testa, dell'urologo per la prostata, hai bisogno del gastroenterologo, ti serve fare degli esami, qualsiasi cosa ti serve, io la gestisco direttamente, faccio le richieste e prenoto gli esami, grazie anche agli infermieri (medico)*

La lesione, soprattutto quando è improvvisa, non interrompe soltanto la continuità clinica, ma spezza la routine della quotidianità: da un momento all'altro vengono meno automatismi e sicurezze, e l'intero sistema di vita chiede di essere riorganizzato.

> *La lesione midollare è qualcosa che non prepara la persona. Nel senso che è un evento traumatico molto improvviso, che da un momento e allo stesso momento si perde quello che noi: lasciatemi passare questo termine, che noi diamo per scontato o quello che si dava per scontato prima dell'evento (medico)*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- Équipe multidisciplinare. Lavorare in équipe, in questo contesto, non significa sommare competenze, ma creare condizioni perché la riabilitazione sia anche esperienza di motivazione, piacere e autostima, oltre che di esercizio tecnico.

Cioè, il paziente quando esce di qui deve dire 'maremma, io però ho lavorato 1 ora, 1 ora e mezza, e mi sono anche divertito', stanco, perché c'è una stanchezza sana, ha 'staccato il cervello' dall'aspetto sanitario (medico)

- Criticità. Accanto ai progressi, restano nodi organizzativi che riguardano il "dopo": l'obiettivo dichiarato non è solo curare in ospedale, ma accompagnare fino al domicilio, presidiare la transizione e prevenire interruzioni del percorso:

Dovremmo prendere la persona e portarla fino alle dimissioni a domicilio, cioè non dovremmo lavorare per poi mandarlo in un altro ospedale, questa è la nostra funzione (medico)

La stessa consapevolezza emerge quando si riconosce che la disabilità investe linguaggi, relazioni e intimità: la cura implica ricostruire un equilibrio complessivo e non soltanto ripristinare le funzioni.

La lesione midollare è qualcosa che non prepara la persona… si perde quello che noi… che noi diamo per scontato… Mi riferisco non solo al camminare, ma al modo di parlare, al modo di fare l'amore… Quindi va ricreato un nuovo equilibrio (medico)

- Aspetti psicosociali e reinserimento. Tra i dispositivi che più accelerano adattamento e autonomia c'è lo scambio tra pari: chi ha già attraversato il percorso trasferisce in poco tempo saperi pratici che altrimenti richiederebbero anni di tentativi.

In questo centro ci viaggiano centinaia di pazienti circa che vanno e vengono e quindi c'è uno scambio di consulenza alla pari dove le nuove persone si ritrovano con persone di esperienza che li subito informano e istruiscono su tutto una serie di pratiche, della vita quotidiana, del lavoro, della sessualità e della cura del corpo, della qualunque. E quindi uno si ritrova, diciamo quello che io magari ho imparato in vent'anni te lo spiego in due ore (associazione)

Allo stesso modo, alcune testimonianze offrono un racconto sincero e al tempo stesso carico di vitalità: il cammino non deve eliminare gli ostacoli, ma ambire a restituire dignità e prospettive di vita.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Affrontare queste cose non è semplice, è stato un bellissimo viaggio che se morivo non avrei potuto fare; quindi, sono felice di esserci comunque ed essere riuscito ad avere impostato una vita dignitosa, dignitosa e coi suoi alti e bassi, ma come ce l'ha lei, come ce l'hai te, come ce l'hanno tutti (membro di una delle associazioni)

- Opportunità. Se c'è un tratto che accomuna i percorsi efficaci è la loro capacità di adattarsi alla singolarità: tempi, priorità, risorse e desideri non sono identici per tutti e la presa in carico globale dovrebbe saperli accogliere.

È un percorso, ognuno ha il suo e ognuno lo supera, lo supera a modo suo (membro di una delle associazioni)

All'interno delle quali sono state organizzate le tematiche rilevanti.

Tra i temi principali evidenziati, figurano: la presa in carico lungo l'intero percorso di cura (fase acuta, riabilitativa e post-riabilitativa) con continuità dei follow-up*;* la multidisciplinarietà con competenze trans-specialistiche del team e la presenza di una figura di riferimento all'interno del gruppo; il coordinamento strutturato con il territorio e il medico di medicina generale; l'educazione terapeutica a pazienti e famiglie, affiancata da momenti di supporto psicologico; la personalizzazione del progetto riabilitativo; l'integrazione di attività motorie e sportive e la collaborazione con associazioni; l'attenzione alla sfera affettivo-relazionale e alla sessualità; l'equità di accesso ai servizi nelle diverse aree geografiche e l'impiego di telemedicina e assistenza domiciliare; il supporto tra pari; la riabilitazione orientata al rientro lavorativo; l'addestramento agli ausili per la vita quotidiana; il riferimento alla classificazione ICF; l'utilizzo di tecnologie e robotica avanzata e di laboratori di simulazione cognitiva e motivazionale.

Esiti della fase 2:

A valle dell'analisi tematica delle interviste e della conseguente selezione preliminare, è stato costruito un primo questionario costituito da 73 item, organizzati in quattro categorie: equipe, iter di cura, servizi e personalizzazione delle cure.

Il questionario è stato somministrato a 24 esperti appartenenti a ciascuna categoria di stakeholder, ai quali è stato chiesto di esprimere, per ciascun item, un giudizio su cinque punti Likert ("non importante", "poco importante", "neutro", "abbastanza importante", "importante", "molto importante"), in base all'importanza di ciascuna affermazione per promuovere l'approccio di cura globale nel contesto di loro competenza.

Le risposte sono state analizzate applicando un criterio di inclusione basato sul raggiungimento di almeno il 75% di accordo nelle modalità di giudizio

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

positive; gli item che hanno superato tale soglia sono stati quindi ordinati e adattati a costituire un documento di consenso articolato in 17 elementi.

Esiti della fase 3:

Al termine del periodo dedicato alla somministrazione del secondo round Delphi, durato due mesi, sono pervenute 14 risposte, tutte da professionisti, cittadini o associazioni che avevano partecipato anche al primo round.

A partire dai 17 item proposti nell'ultimo round, 16 sono stati confermati rilevanti per il tema e di fondamentale importanza nel concetto della presa in cura globale, l'item che non ha raggiunto il cut off del 75% è stato riadattato secondo i commenti e suggerimenti forniti durante la compilazione del form ed è stato quindi incluso.

Il documento di consenso è stato integrato con i commenti e suggerimenti e concluso grazie alla validazione dei partecipanti.

Gli *item* che hanno ricevuto un punteggio più alto sono rappresentati di seguito secondo le quattro macro-categorie utilizzate nello studio.

- *La costituzione di un'équipe multidisciplinare garantisce una presa in carico completa della persona con lesione cerebrale acquisita o spinale, affrontando simultaneamente aspetti clinici, riabilitativi, psicologici e sociali. La presenza coordinata di diverse figure professionali assicura stabilità e sicurezza durante il percorso di cura e recupero. In tale contesto, ciascun membro porta competenze specifiche contribuendo e lavorando verso obiettivi comuni e condivisi, con ruoli ben definiti.*
- *La presenza di un professionista dedicato alla salute psicologica è sempre fondamentale nel percorso della persona con lesione cerebrale o spinale. Tale figura riveste un ruolo primario sia in fase acuta e post acuta, che in tutto il percorso riabilitativo. L'ambito di intervento di questo professionista riguarda anche gli aspetti relazionali del/dei caregiver e la gestione della motivazione e dei bisogni da parte della persona con lesione.*
- *La qualità dell'assistenza dipende in larga misura dall'efficacia della comunicazione interna tra professionisti e dalla rapidità con cui le informazioni cliniche circolano. Una comunicazione ben organizzata consente al paziente di percepire coerenza e fiducia nell'équipe, mentre per gli operatori riduce lo stress e previene errori.*
- *È cruciale inserire nel percorso riabilitativo sessioni di apprendimento legate all'uso pratico degli ausili (tecnici, tecnologici o ambientali) destinati all'impiego quotidiano. In questo modo il paziente può provare e adattare ogni strumento alle proprie esigenze sotto la supervisione di professionisti, integrandolo nelle proprie routine.*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- *Il piano riabilitativo della persona con danno cerebrale o spinale deve essere personalizzato. La riabilitazione deve favorire un adattamento personale alle nuove sfide e difficoltà incontrate dalla persona, favorendo l'acquisizione di nuove capacità piuttosto che il semplice recupero di quelle precedenti al danno.*

3.1 Il prototipo generato

Il documento finale di consenso rappresenta la sintesi dei principi comuni alla presa in cura per i pazienti con GCA e spinali, redatto in 17 indicazioni che permettono di cogliere gli aspetti trasversali a queste due condizioni e forniscono una base per implementare ulteriori interventi e proposte che mettano al centro l'individuo. Questo elenco rappresenta una cornice entro cui si possono muovere tanto i professionisti sanitari quanto le associazioni per orientare le proprie collaborazioni, così come i soggetti con disabilità per indicare la direzione in cui sviluppare i percorsi socio-sanitari di cui possono essere beneficiari. Ogni elemento è delineato non per essere un punto di arrivo nella costruzione dei servizi e degli iter medici rivolti a un generico paziente passivo, ma per costituire una base su cui garantire lo sviluppo autonomo delle potenzialità del soggetto.

4. Riflessioni conclusive

Il percorso che abbiamo intrapreso ha dimostrato come un approccio partecipativo e graduale possa trasformare un insieme inizialmente variegato, le voci raccolte nelle interviste, le competenze pratiche dei servizi e le prospettive delle associazioni, in un insieme coerente di orientamenti condivisi per la gestione globale delle lesioni midollari e delle GCA. La doppia iterazione del metodo Delphi ha permesso di passare da una vasta gamma di proposte a 17 enunciati di consenso, di cui 16 sono stati pienamente confermati e uno riformulato in base ai commenti ricevuti, garantendo continuità tra le fasi e ancorando le decisioni non solo alla letteratura, ma anche alla realtà vissuta da persone, famiglie e professionisti.

Vantaggi:

Tra i punti di forza, emerge la costruzione degli item partendo dalle interviste: questa scelta ha radicato l'intero processo nei problemi concreti, nel linguaggio quotidiano dei servizi e nelle esperienze di chi affronta ogni giorno la complessità del percorso. L'iterazione con feedback aggregato e anonimo ha funzionato come un motore di affinamento: gli esperti hanno potuto rivedere le proprie posizioni senza pressioni di ruolo, riducendo il ri-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

schio di conformismo e migliorando la qualità dell'argomentazione. La varietà del panel – Unità Spinale, percorso GCA ospedaliero, associazioni – ha ampliato la visione della "cura globale" oltre i confini disciplinari, e l'adozione di un cut-off esplicito (≥75% di accordo) ha reso chiaro il passaggio dai 73 item iniziali ai 17 enunciati finali, segnando in modo netto la distinzione tra ciò che è considerato essenziale e ciò che rimane in secondo piano.

Limitazioni:

La diminuzione dei partecipanti tra il primo e il secondo round potrebbe introdurre un bias di non risposta, con il rischio che alcune sensibilità non siano adeguatamente rappresentate. Mantenere insieme due condizioni cliniche diverse, lesione midollare e GCA, ha permesso di far emergere principi comuni, ma ha anche talvolta offuscato le specificità (come nei profili assistenziali, nei tempi di follow-up o nelle traiettorie riabilitative). Inoltre, nei percorsi GCA, la prospettiva dei caregiver è emersa in alcuni momenti più di quella dei pazienti, offrendo un'importante visione organizzativa che però deve essere bilanciata con le esperienze dirette di chi ha vissuto la lesione. Infine, per loro natura, le dichiarazioni di consenso tendono a presentarsi come principi guida piuttosto che come procedure operative: questo implica la necessità di una fase successiva per tradurre in responsabilità, sequenze d'azione e indicatori misurabili, e di una riflessione attenta sulla trasferibilità in contesti diversi da quelli in cui la ricerca è stata condotta.

In conclusione, ciò che emerge con forza è che la "presa in carico globale" non è solo un'etichetta organizzativa, ma piuttosto un insieme coordinato di scelte, ruoli e pratiche relazionali che devono attraversare tutto il continuum di cura. La combinazione di ascolto qualitativo e metodo Delphi ha fornito un consenso solido su 17 enunciati: il passo decisivo sarà quello di tradurre questi ultimi in azioni concrete, accompagnate da misurazione e apprendimento sul campo. Solo in questo modo il quadro che abbiamo costruito potrà realmente sostenere percorsi centrati sulla persona, capaci di unire efficacia clinica, benessere e partecipazione.

5. Prospettive future

Il documento di consenso rappresenta uno strumento utile da diffondere e utilizzare come punto di partenza. Esso può:

- essere divulgato al di là del gruppo di autori e partecipanti: una versione "tecnica" rivolta alla comunità clinica e organizzativa (Unità Spinali, percorsi GCA, direzioni sanitarie), accompagnata da una sintesi esecutiva per decisori e amministratori, e da materiali accessibili per associazioni, pazienti e caregiver;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- avviare un dialogo informato che, partendo dagli enunciati condivisi, è in grado di influenzare l'agenda politica e orientare le scelte allocative, le priorità di programmazione e gli strumenti di governance in linea con una presa in carico globale.

In questa ottica, il consenso potrà essere tradotto in indicazioni di *policy* chiare e praticabili, come ad esempio:

- la formalizzazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA - piano di cura standardizzato e coordinato) che rendano espliciti i passaggi critici tra acuto, post-acuto e territorio;
- l'istituzione (o il rafforzamento) della figura di riferimento con responsabilità ben definite;
- l'inclusione sistematica di educazione terapeutica, formazione all'uso degli ausili, supporto psicologico;
- l'uso appropriato della telemedicina e follow-up proattivi.

Un altro aspetto da considerare è la generalizzabilità dei principi. Anche se sono nati dal confronto su lesioni midollari e GCA, essi descrivono un modello di presa in cura globale, che include multidisciplinarietà, continuità, personalizzazione e coinvolgimento di famiglia e territorio, che può essere adattato ad altre condizioni di disabilità, come quelle neurologiche, neuromuscolari o i risultati di patologie complesse. Per estendere questo modello, sarà necessario un lavoro di contestualizzazione: bisognerà identificare, infatti, gli elementi "core" che rimangono costanti e specificare, per ogni ambito, i moduli clinici e organizzativi che variano (team, momenti chiave, competenze specialistiche, strumenti e setting). In questo modo, il consenso potrà divenire una base da cui sviluppare standard operativi verticali, pur mantenendo una struttura comune che faciliti la scalabilità e il confronto tra aree diverse. Questo viene definito come approccio a matrice che attiva delle azioni quando queste rispondono al progetto di vita che è stato ripensato.

Per garantire nel tempo qualità e coerenza, sarà utile riconnettersi con la rete di stakeholder che ha contribuito al progetto, con possibilità di incontri periodici dedicati a: monitorare l'implementazione, analizzare criticità e buone pratiche, aggiornare i principi sulla base dell'esperienza e definire micro-priorità annuali.

Bibliografia di riferimento

Biggeri, Mario, e Nicolo Bellanca. 2011. L'approccio delle capability applicato alla disabilità: dalla teoria dello sviluppo umano alla pratica. 1-148. https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2011/07/Umanamente_Interno_Copertina_@.pdf

Biggeri, Mario, Fabrizio Ciani, Marco Bossi, e Sara Giunti. 2013. Le gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) e i percorsi riabilitativi per lo sviluppo umano: il caso del protocollo di presa in carico globale e pro-attiva (PCGPA). Firenze: Diparti-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

mento di Scienze per l'Economia e per l'Impresa (Università degli Studi di Firenze) e laboratorio ARCO (Action Research for CO-development). https://www.assca.it/wp-content/uploads/2017/09/Rapporto-di-ricerca-GCA-per-AssCA_-ARCO-Lab.pdf

Bonfanti, Sara, e Mario Biggeri. 2012. Il percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e dei loro familiari alla luce dell'approccio delle capability di Amartya Sen. Rapporto di ricerca, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, no. 69 (December 2012). https://www.assca.it/wp-content/uploads/2017/09/IL-PERCORSO-RIABILITATIVO-DELLE-PERSONE-CON-GRAVI-CEREBROLESIONI-ACQUISITE-E-DEI-LORO-FAMILIARI-ALLA-LUCE-DELLAPPROCCIO-DELLE-CAPABILITY-DI-AMARTYA-SEN.pdf

Santana, Maria J., Kimberly Manalili, Rachel J. Jolley, Sandra Zelinsky, Hude Quan, and Mingshan Lu. 2017. "How to Practice Person-Centred Care: A Conceptual Framework." Health Expectations 21 (2): 429-40. https://doi.org/10.1111/hex.12640

Sen, Amartya. 1999. Development as Freedom. Oxford; New York: Oxford University Press. https://kuangaliablog.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/07/amartya_kumar_sen_development_as_freedombookfi.pdf

Van der Veen, Sabina , Natalie Evans, Martijn Huisman, Patricia Welch Saleeby, and Guy Widdershoven. 2022. "Toward a Paradigm Shift in Healthcare: Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the Capability Approach (CA) Jointly in Theory and Practice." Disability and Rehabilitation 45 (14): 2382-89. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2089737

World Health Organization. 2013. Prospettive Internazionali sulla Lesione Midollare. Trad. it. di Cristina Parenti, a cura della SIMFER in collaborazione con FAIP. Roma: SIMFER, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94190/13/9789241564663_ita.pdf

Esoscheletro di nuova generazione per aiutare le persone con lesione midollare: il progetto CLIMB Toscana finanziato da Fondazione CR Firenze con Istituto TeCIP della Scuola Sant'Anna e Unità Spinale CTO di Careggi. https://www.santannapisa.it/it/news/esoscheletro-di-nuova-generazione-aiutare-le-persone-con-lesione-midollare-il-progetto-climb

Teleriabilitazione: inizia la prima esperienza nell'Azienda USL Toscana nord ovest, grazie a progetto di ricerca TABLET-TOSCANA, con il coordinamento di IRCCS Fondazione Stella Maris e la partecipazione della Scuola Sant'Anna. https://www.santannapisa.it/it/news/teleriabilitazione-inizia-la-prima-esperienza-nellazienda-usl-toscana-nord-ovest-grazie

Romeni, Simone, Elena Losanno, Daniele Emedoli, et al. 'High-Frequency Epidural Electrical Stimulation Reduces Spasticity and Facilitates Walking Recovery in Patients with Spinal Cord Injury'. Science Translational Medicine 17, no. 780 (2025): eadp9607. https://doi.org/10.1126/scitranslmed.adp9607

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

9. Co-creare nei servizi di Cure Palliative: Un Health Community Lab per innovare la presa in cura dei pazienti

di *Annagiulia Ghinassi, Alessia Marraccini, Elisa Betti, Guidalberto Bormolini, Sarasvati Giacalone* e *Mario Biggeri*

1. Introduzione

Garantire una presa in cura completa e integrale nell'ambito delle Cure Palliative (CP) rappresenta oggi una delle sfide più urgenti per i sistemi sanitari, in un contesto in cui la risposta ai bisogni del fine vita è spesso frammentata e disomogenea. In questo scenario, si colloca l'Health Community Lab (HCL), promuovendo un'iniziativa che mira a co-creare linee di orientamento condivise per il miglioramento dei servizi offerti dalla Casa del Grano (CdG): una struttura residenziali innovativa, circondata dalla natura, pensata per ospitare malati affetti da patologie considerate inguaribili e garantire supporto ai loro familiari. La CdG è un progetto di *co-housing* che offre un approccio innovativo di assistenza globale (sanitaria, psicologica, sociale e spirituale) in un ambiente che coniuga cura, natura e dimensione comunitaria, sfruttando l'insieme delle risorse ambientali proprie del territorio.

L'HCL, realizzato in collaborazione con la Fondazione *Tutto è Vita*, ha valorizzato questo progetto attivando un percorso partecipativo, basato sull'ascolto collaborativo e costruttivo, che ha coinvolto operatori sanitari, volontari e istituzioni. Attraverso incontri di co-creazione, è stato possibile raccogliere punti di forza e criticità della CdG, avviare un dialogo con i rappresentanti istituzionali e co-progettare proposte operative. Da questo processo sono emerse linee di orientamento utili a rafforzare i servizi esistenti della CdG ed a trasformare l'approccio proposto da un'iniziativa locale ad un modello territoriale scalabile, cioè trasferibile e replicabile anche in contesti territoriali differenti.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.1.1 Le Cure Palliative in Toscana

Negli ultimi anni, nella Regione Toscana le CP sono state incrementate e diffuse: sia per quanto riguarda l'assistenza in *hospice* che quella territoriale. Nel 2024, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), ha evidenziato come la Toscana sia tra le regioni più attrezzate e attente nella pianificazione delle CP, grazie a un piano regionale coerente con le principali indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le cui risorse hanno contribuito al potenziamento dei servizi.

In questo contesto, la Regione ha promosso l'istituzione e l'accreditamento della rete locale delle CP, garantendo un percorso di cure domiciliari integrato, uniforme e diffuso in modo capillare su tutto il territorio. Secondo il report Agenas, dal 2023 al 2024, il numero di pazienti assistiti a domicilio o in strutture dedicate è cresciuto di oltre il 7%, passando da 10.395 a 11.154 unità. Parallelamente, i posti letto in *hospice* per pazienti adulti sono aumentati da 185 nel 2023 a 206 nel 2024, con un incremento di 21 unità. È aumentato anche il numero di persone che hanno beneficiato dell'assistenza in CP: 8.400 pazienti assistiti nel 2024, con un aumento del 6,4% rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda l'assistenza in *hospice*, residenziale e semiresidenziale, sono stati complessivamente seguiti 4.167 pazienti, 371 in più rispetto al 2023 (+9,8%). L'impegno della Regione Toscana nel potenziamento delle CP è in costante crescita: nel corso del 2025 essa ha avviato ulteriori interventi volti ad aumentare i posti letto negli *hospice* distribuiti sul territorio e a consolidare le cure domiciliari. In linea con le disposizioni del decreto ministeriale n. 77/2022, le linee guida per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale prevedono l'attuazione di strategie finalizzate a garantire, entro il 2028, la copertura del 90% della popolazione interessata.

1.1.2 Il modello di presa in cura precoce nelle Cure Palliative

L'Organizzazione Mondiale delle Sanità (OMS 2015) indica le CP come un modello per prendersi cura dei bisogni associati a malattie mortali attraverso l'identificazione precoce, la valutazione e il trattamento dei problemi fisici, psico-sociali e spirituali dei pazienti e dei loro familiari, anche in simultanea ai trattamenti che possono prolungare la sopravvivenza.

In questo campo, di significativa importanza è il modello di presa in cura precoce – *Early Palliative Care* (EPC) – noto anche come *Simultaneous Care* (SC). Tale modello prevede l'erogazione di cure palliative al paziente e ai suoi familiari sin dalla comunicazione di una diagnosi potenzialmente

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

infausta, accompagnando la persona lungo tutto il percorso di vita, dall'età pediatrica fino alla senilità.

Numerosi studi dimostrano come questa modalità operativa contribuisca a migliorare la *Quality of Life* (QoL) del paziente, a ridurne il *distress* psico-esistenziale e prolungarne la sopravvivenza; è inoltre un efficace sostegno nelle scelte di cura determinando un minor ricorso a terapie aggressive e una riduzione dei costi assistenziali legati a una maggiore appropriatezza degli interventi.

Le evidenze della letteratura scientifica dimostrano che l'introduzione precoce delle CP non solo produce benefici statisticamente significativi in termini di sopravvivenza dei pazienti, ma determina anche effetti positivi per i familiari e i *caregiver*. L'individuazione tempestiva dei pazienti con bisogni di CP rappresenta, pertanto, un momento cruciale per l'avvio di un percorso clinico-assistenziale appropriato nella gestione della malattia cronica. In tale prospettiva, la valutazione della prognosi e le modalità con cui essa viene comunicata costituiscono uno degli aspetti più delicati della relazione tra équipe curante, paziente e familiari. L'integrazione precoce di un modello assistenziale che includa le CP offre un significativo potenziale di cura, in quanto consente: di favorire nel paziente e nella famiglia una maggiore consapevolezza rispetto alla malattia e alle prospettive di vita residue; di permettere all'équipe di programmare interventi assistenziali adeguati, proporzionati e tempestivi; di promuovere l'adozione di un linguaggio condiviso, utile anche ai fini della ricerca scientifica (AIOM-SICP, 2015).

Il modello delle CP precoci e simultanee prevede dunque un approccio organizzativo orientato alla presa in carico globale della persona malata, soprattutto nei casi in cui l'*outcome* non sia rappresentato prioritariamente dalla sopravvivenza. In tale contesto si colloca il percorso di assistenza della CdG, che sarà presentato nel paragrafo successivo.

1.2 La Fondazione Tutto è Vita

La fondazione *Tutto è Vita* è un ente del terzo settore che si occupa di offrire assistenza spirituale a tutti coloro che devono affrontare una malattia grave, hanno avuto un lutto o devono accompagnare una persona cara. Al centro dell'assistenza fornita da *Tutto è Vita* c'è l'intento di offrire una cura umana integrale del corpo, della psiche e dello spirito nel rispetto delle convinzioni e dei percorsi personali. Come sottolineato dall'OMS e da altre grandi organizzazioni del settore (European Association of Palliative Care 2020; Sulmasy e Bledsoe 2019; Miccinesi 2019), è fondamentale avere cura della dimensione spirituale di fronte all'avvicinarsi della morte: per questa ragione *Tutto è Vita* cerca di contribuire nell'offrire una formazione di alta qualità per i professionisti e i volontari che operano nel campo delle CP,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

dell'accompagnamento al "fine vita" e ogni altra forma di assistenza alle fasi terminali della vita. In particolare, l'attività della fondazione si svolge in tre ambiti distinti, ma tra loro collegati.

- Il primo ambito prevede l'offerta di percorsi personali per affrontare serenamente il tema della morte e quindi cambiare lo sguardo sulla vita;
- il secondo ambito è quello della formazione rivolta a professionisti che operano nel campo delle CP per quanto riguarda l'accompagnamento al "fine vita" e ogni altra forma di assistenza nelle fasi terminali. Questo comprende l'umanizzazione delle cure, il perfezionamento delle capacità di relazione e il rafforzamento motivazionale degli operatori; percorsi per gli accompagnatori, che offrano loro strumenti per affrontare in prima persona il tema della morte e del morire, l'accompagnamento spirituale, il dialogo e l'accoglienza interculturale ed interreligiosa;
- il terzo ambito è quello legato alla realizzazione sul territorio di forme di volontariato per sostenere le persone che stanno affrontando una malattia grave o terminale, oppure il lutto per la perdita di una persona cara.

1.2.1 La Casa del Grano: un progetto di presa in cura precoce per persone con malattia grave e per i loro familiari

Il progetto della CdG si vuole inserire nel modello e nella filosofia di cura proposti dalle EPC e delle SC, proponendo un *co-housing* impostato secondo il concetto di "cura integrale" (Istituto Superiore di Sanità, Gruppo Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia 2024; Bormolini, Ghinassi e Milanese 2024), disposto ad offrire tutte le possibilità nel creare comunità intorno alla persona malata e ai suoi *caregiver* e familiari fino al tempo delle CP. La struttura si trova immersa nel verde (Comune di Cantagallo, PO) e mette a disposizione fino a un massimo di 40 posti letto in camere singole, doppie e triple, predisposte per ospitare non solo persone con malattia con i loro *caregiver* familiari, ma anche bambini e adolescenti.

Il progetto presenta alcuni elementi innovativi. Tra questi, l'introduzione di una modalità di attuazione della presa in cura precoce, in coerenza con i modelli di EPC e di SC già richiamati. Inoltre, un altro elemento innovativo è quello di garantire modalità concrete per creare comunità intorno alla persona malata e promuoverne la qualità di vita, rompendo la solitudine, inserendo la persona in una comunità di vita e di condivisione delle difficoltà o delle risorse, al fine di rafforzare la resilienza e le strategie di *coping* rispetto all'esperienza di malattia.

Per quanto riguarda la struttura, la CdG mette a disposizione degli ospiti un OSS, presente 24 ore su 24, e un infermiere, attivo 8 ore al giorno, a servizio dell'intera comunità in caso di necessità assistenziali. Oltre al personale

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

di supporto di base, sono presenti in modo continuativo altre figure professionali, con l'obiettivo di garantire una presa in cura globale della persona: 2 fisioterapisti, 3 psicologi, 3 arteterapeuti, 1 assistente sociale, 5 assistenti spirituali e 9 istruttori di yoga. Tali professionisti assicurano complessivamente fino a 50 ore settimanali di attività presso la CdG. La struttura si configura pertanto come un luogo dedicato alla cura integrale della persona, integrata con le cure sanitarie domiciliari.

L'idea innovativa del progetto è quella di tornare allo spirito originario delle CP in cui il *pallium*, il mantello della cura, copra e abbracci tutte le dimensioni dell'essere umano: non solo fisiche ma anche emotive, esistenziali, sociali e spirituali. A questo proposito all'interno del progetto della CdG, il terzo settore potrà garantire assistenza per le esigenze fisiche delle persone (non mediche), sostegno esistenziale e spirituale. Tutto ciò sarà integrato con la prestazione medico sanitaria e la psicoterapia per le persone con patologia grave e terminalista, messe a disposizione dalle cure domiciliari del Sistema Sanitario Nazionale (SSN); così facendo avranno a disposizione un domicilio collettivo.

Infatti, qualora le persone che hanno partecipato ai percorsi della CdG dovessero aggravarsi e, quindi, necessitare dell'accoglienza in *hospice*, esse sarebbero trasferite in un ambiente a loro già familiare, circondate da persone che già conoscono. Questo potrà garantire una continuità della cura, così come auspicato dai documenti sulle *EPC* e *SC.*

1.2.2 Valutazione dei partecipanti al percorso della Casa del Grano

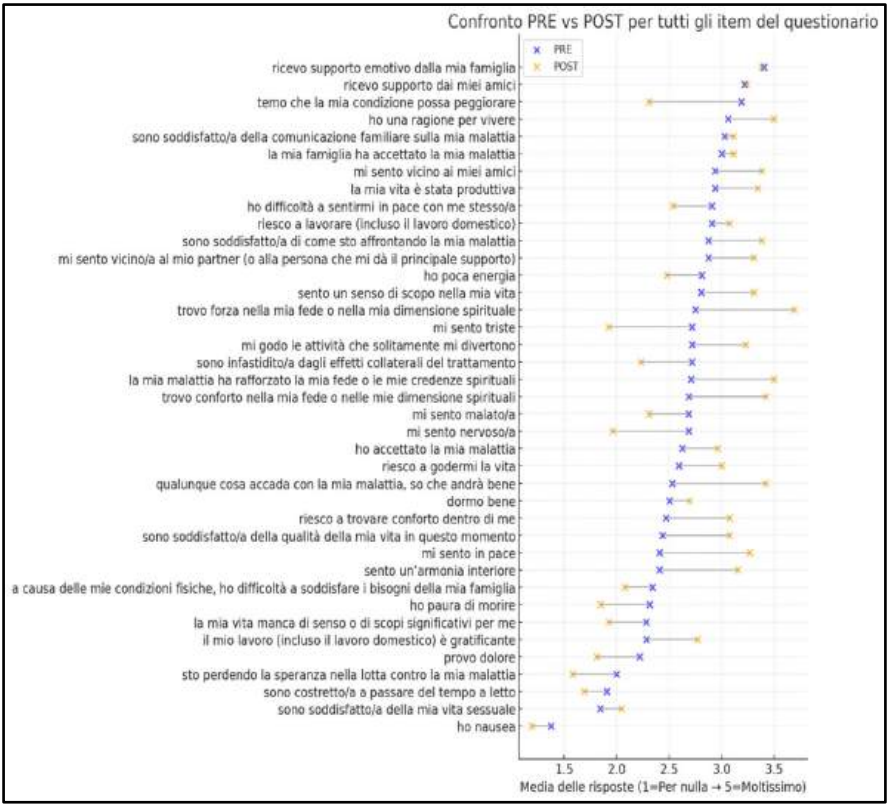
Durante l'HCL, è stata effettuata una raccolta dati sui primi partecipanti ai percorsi integrali offerti dalla CdG, attraverso un questionario somministrato all'inizio e alla fine dell'esperienza. Il questionario utilizzato per la valutazione è il *FACIT-Pal (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care*) (Lyons et al., 2009), uno strumento sviluppato per misurare, in una prospettiva multidimensionale, la qualità di vita dei pazienti inseriti in percorsi di cure palliative.

L'analisi dei questionari restituisce un quadro complessivamente positivo, con miglioramenti particolarmente evidenti nella dimensione spirituale. In seguito all'intervento, i pazienti riferiscono una maggiore resilienza, una più alta capacità di affrontare la propria condizione e un ritrovato senso di significato personale e della propria vita.

Nella sfera psicologica, tuttavia, permane una lieve difficoltà a raggiungere una piena condizione di pace interiore, evidenziando come la dimensione emotiva, pur in miglioramento, rimane vulnerabile e richiede un accompagnamento continuativo.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Fig. 1 – Risultati del questionario. Il grafico mostra il cambiamento dei punteggi per tutti gli item del questionario prima e dopo il percorso.



Il supporto emotivo percepito da parte dei caregiver e dei familiari si mantiene elevato sia prima che dopo l'esperienza. L'accettazione familiare della malattia mostra invece un lieve progresso, suggerendo che il percorso condiviso contribuisce a rafforzare ulteriormente le relazioni e la coesione familiare, già solide in partenza.

Nel complesso, la dimensione spirituale rappresenta l'ambito di cambiamento più significativo. L'incremento dei punteggi relativi alla percezione che la malattia abbia rafforzato la propria fede o le convinzioni personali indica un processo di maturazione interiore e di crescita esistenziale.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.3 International Classification of Functionings (ICF), approccio delle capability e CP

L'approccio delle capability permette di riflettere sull'adesione alle CP come alla possibilità di scegliere come vivere pienamente l'ultima parte della vita, rinunciando ad alcune funzionalità fisiche e favorendone altre relazionali e spirituali. Tali scelte, se analizzate esclusivamente secondo l'ICF, possono apparire incoerenti, dato che il suo scopo principale consiste nel promuovere un aumento delle funzionalità della persona, fornendo un linguaggio e un quadro standard per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. Tuttavia, quando l'ICF è integrato dall'approccio delle capability, il rispetto dell'*agency* individuale (e non dell'autonomia) assume la priorità e si traduce nel riconoscimento della libertà di scegliere come vivere e, se necessario, come approcciarsi alla fine della propria vita (Biggeri, Mitra, e van der Veen 2025). Come osserva Sen (1999), il conseguimento dell'*agency* di una persona concerne infatti «la realizzazione di obiettivi e valori che essa ha ragione di perseguire, siano essi o meno connessi al proprio benessere» (Sen 1992: 56). Tuttavia, occorre considerare che, in quanto esseri sociali, le nostre decisioni sono spesso orientate dall'impatto che possono avere sugli altri, così come le nostre capacità risultano, a loro volta, influenzate dalle scelte altrui. Il *capability approach*, infatti, prende in esame anche le ricadute delle scelte individuali sulle capacità di altri soggetti – come i *caregiver* familiari – e, più in generale, sull'*agency* collettiva (Biggeri e Ferrannini 2014). In questo modo, il *capability approach* evita di ridurre l'*agency* umana agli interessi individuali, pur affermando la libertà degli individui di stabilire come – e in che misura – gli interessi degli altri entrino nei propri fini.

Riportato all'ambito del fine vita, l'approccio delle capability abbraccia l'idea di fioritura, che può manifestarsi in modi differenti nella fase conclusiva dell'esistenza. Ad esempio, come osserva Donaldson (2024: 541), le cure palliative – sia negli hospice sia attraverso il sostegno al desiderio del paziente di morire a casa – comportano un cambiamento teleologico nella medicina: dall'obiettivo di prolungare la vita a tutti i costi a quello di garantire una "buona morte" attraverso l'accettazione della sua inevitabilità. Il fine vita non è, infatti, una semplice questione di scelta (ad esempio, eutanasia vs cure palliative vs cure non palliative), ma è un processo che coinvolge il corpo, la psiche e la spiritualità. Per questo motivo, il processo attraverso il quale si decide come vivere questo momento, e di quali cure usufruire è rilevante quanto la scelta in sé.

La CdG è uno strumento che facilita la presa in cura integrale della persona nel fine vita e dei suoi *caregiver* familiari, dando loro la possibilità di scegliere consapevolmente e di intraprendere un processo integrato e condiviso.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.4 Obiettivo dell'Health Community Lab

L'obiettivo principale dell'HCL è stato quello di attivare un processo co-creativo che coinvolgesse professionisti sanitari impegnati e/o interessati alle CP, volontari di *hospice* e rappresentanti istituzionali, per co-creare l'approccio di presa in cura precoce, integrale e simultanea della CdG, trasformandolo da un'iniziativa locale ad un modello territoriale scalabile, cioè trasferibile e replicabile in contesti differenti.

In particolare, l'HCL si è proposto di:

1. raccogliere e integrare nel progetto i punti di vista e le aspettative degli operatori del sistema sanitario e delle istituzioni riguardo alle CP, con particolare attenzione alla loro percezione dei servizi offerti dal progetto della CdG;
2. co-creare delle linee di orientamento per la presa in cura dei pazienti in CP al fine di rendere trasferibili e replicabili i servizi offerti dal progetto della CdG.

1.5 Popolazione target

I destinatari primari del progetto sono stati medici e specializzandi in CP, Medici di Medicina Generale (MMG), psicologi, infermieri, assistenti spirituali e volontari specializzati in CP. I destinatari secondari – indiretti – sono le persone con malattia grave, famiglie e *caregiver* che potrebbero usufruire dei servizi offerti da questi percorsi.

1.6 Stakeholder coinvolti

L'HCL ha visto il coinvolgimento di molteplici attori:

- enti pubblici: AUSL Toscana Centro, Zona Distretto di Prato, Comune di Cantagallo, Regione Toscana, Società della Salute di Prato;
- Professionisti della salute: psicologi, MMG, infermieri, assistenti spirituali;
- ricerca: Dipartimento di Scienze della Salute (DSS) e Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DISEI) dell'Università degli Studi di Firenze;
- terzo settore e privato sociale: Associazione *Tutto è Vita*, Federazione CP Toscana;
- società civile: volontari in CP, Società Italiana dei MMG, e delle Cure Primarie, Società Italiana CP, Ordine Professionale degli Infermieri.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 1 – Attori coinvolti nelle diverse fasi del progetto. Fonte: nostra elaborazione.

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

2. Metodologia: articolazione del processo co-creativo

Il processo si è articolato in tre fasi interconnesse, sviluppate in costante dialogo con la Fondazione *Tutto è Vita*, al fine di strutturare l'HCL in modo coerente con le necessità e le aspettative di chi opera nelle CP e partecipa al progetto della CdG.

Fase 1: esplorazione preliminare

Nella fase iniziale, il team di ricerca e la Fondazione *Tutto è Vita* hanno realizzato un'analisi dello stato dell'arte delle CP nella Regione Toscana, con un focus specifico sul progetto la CdG: la sua storia, i servizi offerti e l'approccio innovativo sviluppato al suo interno.

Sulla base di questa analisi, il gruppo di lavoro ha individuato le principali aree tematiche e i contenuti su cui orientare i successivi workshop co-creativi. Le informazioni raccolte hanno, inoltre, guidato l'identificazione degli stakeholder da coinvolgere nel processo partecipativo, con l'intento di dare rappresentanza ad una pluralità di prospettive in grado di riflettere la complessità dei bisogni, delle idee e delle opinioni di chi, a vario titolo, è stato – o è – coinvolto nelle CP.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Fase 2: co-creazione con gli attori del sistema delle CP

La Fondazione *Tutto è Vita* ha individuato e invitato operatori sanitari, aspiranti assistenti spirituali, volontari, specializzandi, e figure amministrative a partecipare al progetto. Nel complesso hanno aderito 39 persone.

Tab. 2 – Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti alla fase di implementazione. Fonte: nostra elaborazione

Workshop	*N. partecipanti*	*Sesso*	*Età media*	*Range di età*	*Età*	*Ruolo*
1	10	9F/1M	53	39-61	0 < 35 10 (35-65) 0 > 65	Operatori sanitari
2	11	10F/1M	62	46 - 77	0 < 35 6 (35-65) 5 > 65	Volontari in cure palliative
3	7	3F/4M	40	27 - 62	2 < 35 5 (35-65) 0 > 65	Medici specializzandi in cure palliative
4	11	5F/6M	58	43 - 72	0 < 35 6 (35 - 65) 3 > 65	Figure amministrative ed istituzionali

I workshop co-creativi si sono svolti attraverso quattro Focus Group (FG), ciascuno della durata di circa un'ora e mezza. Al fine di garantire un confronto approfondito e favorire la libera espressione dei partecipanti, i gruppi sono stati organizzati in maniera omogenea secondo la professione: operatori

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

sanitari e aspiranti assistenti spirituali, volontari, specializzandi e figure amministrative. Tale scelta metodologica ha permesso di esplorare le prospettive specifiche di ciascuna categoria, riducendo il rischio di inibizioni o squilibri legati alla presenza di ruoli gerarchicamente differenti. Nonostante l'omogeneità delle figure, i gruppi includevano partecipanti provenienti da differenti contesti professionali e *hospice*, garantendo così una grande varietà di esperienze e punti di vista.

I FG si sono sviluppati attorno a tre nuclei tematici principali, sui quali i partecipanti sono stati invitati a riflettere e confrontarsi, tra cui: le difficoltà più frequentemente riscontrate dai pazienti e dagli operatori in CP – di natura sociale, relazionale, psicologica, cognitiva, ecc. – e le possibili modalità attraverso cui la CdG potrebbe contribuire a superarle; i punti di forza del progetto della CdG e le sue potenziali aree di miglioramento; i suggerimenti operativi per lo sviluppo e l'innovazione dei servizi offerti nel progetto della CdG.

A partire dai primi tre FG sono state delineate le prime linee di orientamento per la presa in cura precoce e integrale dei pazienti in CP, elaborate sulla base degli spunti emersi dal confronto tra i partecipanti e concepite come fondamento per lo sviluppo di pratiche e modelli organizzativi. Tali linee sono state successivamente ridiscusse e validate nel quarto e ultimo FG, che ha coinvolto le figure amministrative e istituzionali. In questa fase, i partecipanti sono stati invitati a riflettere sui benefici e sulle criticità connesse all'adozione dell'approccio di presa in cura precoce adottato dalla CdG all'interno del sistema sanitario.

Fase 3: Validazione e finalizzazione del prototipo delle linee di orientamento

Sulla base dei risultati dei workshop, condivisi e discussi con la Fondazione *Tutto è Vita* e con gli altri enti promotori, sono state definite le linee di orientamento per la presa in cura dei pazienti in CP. La valutazione dei workshop è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario partecipativo pre-post (n=39).

2.1 Etica della ricerca

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Esiti della fase co-creativa e valutazione partecipativa

Nel corso dei quattro workshop co-creativi sono stati approfonditi e analizzati qualitativamente punti di forza, bisogni e criticità legati al modello presa in cura dei pazienti in CP nell'ambito del progetto della CdG.

Il primo tema emerso dall'analisi dei FG riguarda l'umanizzazione delle CP. Nei FG, i partecipanti hanno evidenziato i limiti dell'attuale modello di presa in cura, spesso caratterizzato da un'attivazione tardiva e da un'impostazione prevalentemente medico-ospedaliera. Per superare tali criticità, è stata sottolineata l'importanza di una presa in cura precoce, resa possibile da una diagnosi tempestiva di malattia potenzialmente inguaribile e da un'informazione chiara, trasparente e rispettosa dei bisogni del paziente. È stato, inoltre, ribadito il valore di un approccio integrato e profondamente umanizzato, in cui corpo, mente, relazioni e spiritualità ricevono pari attenzioni. Al centro di questo processo si colloca l'autodeterminazione della persona, intesa come possibilità di acquisire consapevolezza della propria condizione clinica e di compiere scelte informate su come vivere l'esperienza della malattia. L'umanizzazione delle CP permette, dunque, di non limitarsi ad interventi clinici, ma di avviare un percorso globale che pone il paziente e i suoi bisogni al centro, promuovendo dignità, partecipazione attiva e qualità della vita.

Partendo da queste premesse, i partecipanti ai FG hanno approfondito quali caratteristiche dovrebbe avere la presa in cura dei pazienti in CP e in che modo migliorare i servizi offerti dal progetto della CdG.

In primo luogo, hanno sottolineato la necessità di attribuire un ruolo centrale alla dimensione relazionale, promuovendo un dialogo aperto, autentico e continuativo tra pazienti, *caregiver* e operatori sanitari. Tale dialogo è stato ritenuto essenziale per la condivisione di aspettative, bisogni e vissuti, e per la costruzione di un percorso di cura realmente personalizzato e centrato sulla persona.

Tutti i gruppi hanno, inoltre, evidenziato l'importanza di una presa in cura che includa i familiari/*caregiver*, spesso esposti al rischio di vedere trascurati i propri bisogni di supporto emotivo, relazionale e pratico mentre l'attenzione resta focalizzata sul paziente. Accanto a loro, anche gli operatori sanitari – medici, infermieri e altri professionisti a stretto contatto con la sofferenza – necessitano di spazi di ascolto e sostegno. Queste figure vivono spesso in condizioni di sovraccarico, con conseguenze rilevanti sul benessere personale e professionale.

Un ulteriore elemento emerso riguarda il tema dell'accessibilità, intesa sia in termini logistici e organizzativi, sia in relazione alla dimensione spirituale che caratterizza, in particolare, l'esperienza proposta dal progetto della CdG. Le barriere fisiche, geografiche e strutturali, unite alla distanza dai pre-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

sidi sanitari e alle difficoltà di coordinamento con i servizi territoriali, limitano l'accesso alla struttura per molti pazienti e famiglie, rischiando di compromettere la continuità del percorso di cura. Parallelamente, la CdG non rappresenta un contesto adatto a tutti: l'esperienza proposta appare più indicata e, quindi, accessibile per persone già orientate verso percorsi di introspezione o ricerca spirituale, capaci di coglierne appieno il significato e il valore.

Infine, tutti i partecipanti hanno ribadito l'importanza dell'integrazione del modello di presa in cura precoce e integrale, proposto dalla CdG, nel sistema sanitario regionale (SSR), pur riconoscendo alcune criticità nella sua applicazione. In particolare, le figure amministrative che hanno preso parte all'ultimo FG hanno evidenziato che la struttura organizzativa "a silos" delle Aziende sanitarie, poco trasversale e gerarchicamente orientata, limita la continuità e l'integrazione dei percorsi assistenziali, rendendo complesso offrire al paziente un modello multidimensionale di presa in cura. Ne consegue che gli operatori possono trovarsi a lavorare in modo frammentato, con scarsa coordinazione tra le diverse professionalità coinvolte. Gran parte delle criticità segnalate riguarda, infatti, la comunicazione insufficiente tra professionisti e l'assenza di una rete strutturata in grado di accompagnare il paziente e la sua famiglia fin dalla diagnosi, ostacolando la piena implementazione del modello integrale.

Alle criticità di ordine strutturale e procedurale si aggiungono quelle di natura culturale. La presa in cura precoce e integrale prevede che tutte le dimensioni del benessere del paziente – fisica, psicologica, sociale e spirituale – vengano considerate all'interno di un percorso di cura completo. Tuttavia, il sistema sanitario non appare ancora pienamente attrezzato a gestire queste esigenze, concentrandosi prevalentemente sull'assistenza medico-sanitaria a discapito degli altri aspetti fondamentali della cura.

In ultimo, la percezione dell'*hospice* come luogo di morte, unita alla scarsa informazione e comunicazione dei servizi disponibili, limita l'accesso dei pazienti e la loro capacità di orientarsi nell'offerta territoriale (*health navigation*). La diffusione del modello richiede quindi cambiamenti strutturali, organizzativi e culturali significativi.

3.1 Esito del questionario partecipativo

Il questionario partecipativo somministrato ai 39 partecipanti dei FG ha dimostrato un elevato livello di agency, che è inoltre incrementato grazie all'interazione co-creativa. La stessa soddisfazione per i laboratori è stata valutata alta in tutte le aree, in particolare quella che riguarda l'interazione con gli altri partecipanti alla fase di implementazione.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Nell'ambito della valutazione degli elementi che hanno un impatto verso il benessere nelle cure palliative, i partecipanti hanno valutato tutti gli item proposti con punteggi alti e con un grado di accordo elevato tra loro. Gli aspetti del benessere fisico, legati ad esempio al controllo del dolore, sono stati giudicati parimenti importanti rispetto al versante psicologico ed esistenziale. Il processo di co-creazione ha quindi favorito un allineamento della sfera psico-fisica e spirituale per quanto riguarda l'importanza della presa in cura di coloro che si trovano ad affrontare una fase di transizione come quella dei possibili ospiti delle strutture di hospice. Inoltre, proprio nel contesto dello sviluppo di un nuovo servizio socio-sanitario, tutti i partecipanti hanno identificato nel rapporto e nella comunicazione con i sanitari un aspetto fondamentale per favore il benessere e il corretto funzionamento di una simile struttura.

3.2 Il prototipo generato: linee di orientamento per la presa in cura precoce, integrale e simultanea

Il percorso co-creativo ha consentito di delineare alcune linee di orientamento finalizzate a rendere operativo l'approccio di presa in carico precoce e integrale, proposto dalla CdG, in altri contesti e all'interno del sistema sanitario. Tra queste:

- promuovere percorsi di cura integrali[1], che non si limitino agli aspetti medico-clinici ma che tengano conto anche di dimensioni fondamentali legate all'identità, alle emozioni e al bisogno di accompagnamento esistenziale e spirituale. Tali percorsi possono includere servizi complementari come la *pet therapy*, il respiro consapevole, le pratiche contemplative e meditative, l'arte-terapia, l'orto-terapia e il contatto con la natura; ma anche la creazione di spazi dedicati al benessere psico-fisico, tra cui: stanze per massaggi, attività educative, laboratori musicale e strumenti di supporto alla creatività ed al rilassamento;
- promuovere un'informazione chiara, trasparente e rispettosa al paziente, così da favorire una scelta consapevole tra le diverse opzioni disponibili, prevenendo l'accesso tardivo all'hospice e rendendo possibile l'attivazione tempestiva di percorsi di cura e di crescita personale;

[1] Con integrali, si intende che contengono tutte le dimensioni dell'essere umano: fisica, psichica e spirituale.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- definire strategie volte a intercettare precocemente i bisogni dei pazienti già al momento della diagnosi ospedaliera, garantendo un supporto tempestivo e facilitando l'accesso a strutture dedicate, come la CdG, anche mediante il rafforzamento del ruolo dei MMG;
- favorire un dialogo aperto e continuativo ed un ascolto empatico tra pazienti, *caregiver* e operatori sanitari, prevedendo momenti dedicati non solo alla comunicazione medico-clinica, ma anche all'ascolto dei bisogni sociali, esistenziali e spirituali;
- creare spazi dedicati al confronto tra persone con diagnosi di malattia grave, facilitati da figure competenti, che incoraggino la condivisione delle esperienze e il sostegno reciproco;
- offrire supporto a *caregiver* e familiari attraverso percorsi dedicati, momenti di elaborazione dei vissuti emotivi, esistenziali e spirituali, tenendo conto anche della dimensione economica;
- promuovere una cultura della formazione continua, concepita come processo permanente e condiviso, integrato con iniziative culturali e di sensibilizzazione, coinvolgendo medici specialisti, il personale di supporto, le scuole e la comunità, al fine di favorire un dialogo culturale ampio e diffuso;
- aprire gli *hospice* alla comunità, favorendo un ambiente inclusivo, partecipativo e strettamente integrato con il territorio, che possa contribuire a ridefinire questa realtà come un contesto non esclusivamente legato ad un esito infausto, ma alla riscoperta della cura per se stessi;
- progettare strutture accessibili e inclusive, garantendo coordinamento con i principali presidi sanitari e con i servizi già esistenti, assicurando continuità ed integrazione assistenziale;
- elaborare un piano economico per garantire la sostenibilità economica e finanziaria basato su:
    - la costruzione di partnership strategiche;
    - l'attivazione di reti istituzionali;
    - lo sviluppo di strumenti di autofinanziamento, senza dipendere in modo esclusivo e continuativo dal contributo del Terzo Settore.

4. Riflessioni conclusive

L'HCL ha rappresentato un'occasione unica per mettere in dialogo attori diversi come operatori sanitari, *caregiver*, volontari e istituzioni, intorno al progetto della CdG e, più in generale, alla presa in cura integrale dei pazienti in CP. Attraverso il confronto strutturato, l'HCL ha permesso di raccogliere

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

esperienze, bisogni e proposte, generando un processo di riflessione collettiva che ha contribuito a dare forma a linee di orientamento condivise. Questo percorso ha evidenziato come la CdG non sia solo un progetto innovativo di *co-housing*, ma anche un laboratorio sociale e sanitario, capace di offrire spunti concreti per ripensare i modelli di cura palliativa in Toscana.

In particolare, l'HCL ha permesso di:

- mettere a confronto professionisti sanitari che solitamente hanno poche occasioni di dialogo su un tema cruciale come quello delle CP, generando un arricchimento reciproco. Da un lato, i partecipanti hanno potuto ampliare le proprie prospettive grazie al confronto diretto; dall'altro lato, il processo ha consentito di raccogliere punti di vista eterogenei, inclusi quelli di operatori che, pur lavorando in ambito medico, non si occupano specificamente di CP;
- validare, attraverso il contributo dei partecipanti, l'approccio sviluppato nel progetto della CdG come più adeguato rispetto al modello tradizionale per migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti, confermando, quindi, la coerenza tra le evidenze emerse dai workshop e il modello di presa in cura integrale proposto dalla CdG;
- valorizzare l'importanza del collegare in maniera strutturata la CdG al SSR, creando una rete di comunicazione tra medici di famiglia, medici specialisti, infermieri e palliativisti, in modo che il paziente possa essere seguito da professionisti esperti a partire dalla diagnosi fino al momento dell'ammissione nella CdG.

Nonostante i risultati positivi del percorso, sono emerse alcune difficoltà che hanno parzialmente limitato la portata dell'iniziativa.

Nello specifico:

- a causa delle tempistiche ristrette durante la fase preliminare e implementativa, non è stato possibile coinvolgere in maniera strutturata pazienti e familiari che usufruiscono del servizio. Tale limitazione costituisce un vincolo rilevante, poiché l'esperienza diretta dei pazienti e dei familiari avrebbe potuto arricchire e completare le riflessioni dei professionisti e dei volontari coinvolti. Inoltre, sempre a causa delle tempistiche ristrette, non è stato possibile coinvolgere rappresentanti di altre associazioni operanti nel settore delle CP, i quali avrebbero potuto contribuire con prospettive complementari, *best practice* e supporto alla costruzione di reti collaborative territoriali;
- la disponibilità dei partecipanti era circoscritta a circa un'ora per ciascun workshop, un tempo ridotto rispetto alla complessità dei temi affrontati. Ciò ha reso difficile approfondire in maniera adeguata tutti i nodi critici emersi;
- la composizione dei gruppi ha visto una netta prevalenza di professionisti già in carriera e/o volontari con età medio-alta (molti *over*

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

60). La presenza di specializzandi e giovani operatori è stata minoritaria, riducendo la possibilità di includere prospettive nuove o meno consolidate.

Le difficoltà incontrate lungo il percorso hanno rappresentato anche occasioni di apprendimento. Infatti, l'assenza della voce diretta di pazienti e familiari ha mostrato quanto sia fondamentale includere i beneficiari nei processi partecipativi. Inoltre, i tempi limitati delle varie attività hanno evidenziato la necessità di spazi più ampi e continuativi di confronto. Infine, la composizione dei gruppi ha sottolineato l'importanza di coinvolgere maggiormente le nuove generazioni. Nel complesso, l'HCL ha fatto emergere una nuova consapevolezza: per rafforzare il progetto della CdG come modello di cura, è essenziale garantire inclusione, pluralità di prospettive e continuità nel dialogo tra tutti gli attori sociali coinvolti.

5. Prospettive future

Per una visione di continuità nel tempo e di sostenibilità del progetto della CdG negli anni a venire, è necessario sottolineare alcuni aspetti di particolare interesse.

Garantire una continuità di presa in cura per i pazienti e le famiglie che usufruiranno dei percorsi della CdG è un aspetto cruciale per la QoL dei destinatari del progetto. A tale fine, la continuità potrà essere garantita grazie alla realizzazione di un *hospice* all'interno del Borgo *Tutto è Vita*, già in progetto ma non ancora realizzato. Si tratterà dello "Spiritual Hospice" ovvero un *hospice* con al centro la filosofia di cura integrale. In tal modo, i pazienti e i *caregiver* potranno essere inseriti in un percorso di continuità di presa in cura, dalla diagnosi al fine vita: infatti, se dopo aver partecipato ai percorsi della CdG la malattia evolvesse verso le fasi terminali, essi avranno la possibilità di usufruire dell'*hospice* all'interno dello stesso Borgo. Così facendo, sarà garantita una continuità sia di luogo di cura, che di operatori e volontari nel percorso di accompagnamento, realizzando quanto auspicato dai modelli di SC ed EPC. Inoltre, sempre nel contesto del Borgo *Tutto è Vita* e dei servizi offerti dalla Fondazione, ci sarà anche la possibilità di un servizio di accompagnamento gratuito nel lutto, offrendo quindi un'ulteriore continuità di presa in cura per i familiari dei pazienti dopo la morte dei propri cari. Questo costituirebbe un elemento di innovazione ulteriore in quanto abitualmente il SSN non riesce a offrire un servizio di sostegno per i familiari dopo il decesso dei pazienti.

Un altro punto di cruciale importanza per rendere il servizio efficace e sostenibile nel tempo, e garantire anche l'accesso a questo servizio alla popolazione sul territorio locale, riguarda l'inserimento dei servizi della CdG nella rete dei servizi offerti dal Sistema Sanitario, dalle istituzioni e dagli enti

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

di riferimento sul territorio. In tale contesto, risulta particolarmente significativo il protocollo d'intesa per la CdG, recentemente stipulato tra la Regione Toscana, l'Azienda USL Toscana Centro, la Società della Salute di Prato e la Fondazione *Tutto è Vita* (Regione Toscana, delibera n. 1136 del 04.08.2025) con i seguenti obiettivi: istituire un tavolo tecnico finalizzato a coordinare le azioni dei soggetti firmatari a sostegno della Fondazione *Tutto è Vita*; definire modalità permanenti di coordinamento tra i soggetti coinvolti; rafforzare il collegamento tra la CdG e il SSR; estendere il protocollo a nuovi partner interessati, al fine di ampliare la rete di collaborazione.

Un ulteriore tema di rilevanza riguarda la replicabilità del modello di presa in cura proposto dalla CdG sul territorio nazionale, con l'obiettivo di favorire la realizzazione di esperienze analoghe, come tipologia di modello assistenziale, naturalmente adattate al contesto locale, alle specifiche esigenze e alle risorse disponibili. A tal proposito, nel giugno 2025 è stata realizzata, *ad experimentum*, una prima edizione dei percorsi ispirati alla CdG Toscana in Liguria, presso l'Abbazia di Santa Maria di Castello di Genova. L'iniziativa è nata dall'idea di alcuni medici oncologi operanti sul territorio ligure, già partecipanti ai percorsi formativi organizzati dalla Fondazione *Tutto è Vita*. Questa prima esperienza di replicabilità è stata promossa dall'Associazione *Braccialetti Bianchi*, attiva principalmente presso l'Ospedale San Martino di Genova, con l'obiettivo di offrire sostegno empatico e spirituale a persone malate (anche in fase di fine vita), ai loro familiari e a chi sta affrontando un lutto (https://www.braccialettibianchi.com/).

In conclusione, è significativo osservare come, sebbene il progetto della CdG sia ancora in una fase di co-creazione, abbia già suscitato interesse in altre realtà nazionali, e come sia stata realizzata una prima esperienza di replicabilità in un'altra regione.

Bibliografia

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). 2024. *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022: II semestre 2024.* https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2569-report-nazionale-di-sintesi-dei-risultati-del-monitoraggio-dm-77-2022-%E2%80%93-ii-semestre-2024

Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), and Società Italiana di Cure Palliative (SICP). 2015. *Documento cure palliative precoci e simultanee.* https://www.sicp.it/documenti/sicp/2015/10/cure-palliative-precoci-e-simultanee-documento-aiom-sicp/

Biggeri, Mario, Sophie Mitra, and Sabina van der Veen. 2025. "Towards Person-Centred Care: Using the Capability Approach Together with the International Classification of Functioning, Disability and Health." Journal of Human Development and Capabilities 26.2: 276-284. https://doi.org/10.1080/19452829.2025.2477525

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Biggeri, Mario, e Andrea Ferrannini. 2014. Sustainable Human Development: A New Territorial and People-Centred Perspective. Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/9781137380296

Bormolini, Guidalberto, Annagiulia Ghinassi, and Simona Milanese. 2024. *La cura spirituale. Meditazione e cura integrale nella malattia e nella preparazione alla morte.* Edizioni Appunti di Viaggio. ISBN 9791280814081.

Donaldson, Thomas. 2024. "Human Flourishing, the Goals of Medicine and Integration of Palliative Care Considerations into Intensive Care Decision-Making." *Journal of Medical Ethics* 50, no. 8: 539-543. https://doi.org/10.1136/jme-2023-109299

European Association of Palliative Care. 2020. *White paper*. https://eapcnet.eu/publications/

Istituto Superiore di Sanità, Gruppo CARE (Comunicazione, Accoglienza, Rispetto, Empatia). 2024. *Manuale di valutazione della comunicazione nelle cure palliative.* Rapporti ISTISAN 24/24. Roma: Istituto Superiore di Sanità. ISSN: 1123-3117 (cartaceo), 2384-8936 (online).

Lyons, Kathleen Doyle, Marie Bakitas, Mark T Hegel, Brett Hanscom, Jay Hull, Tim A Ahles. 2009. "Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care (FACIT-Pal) scale." Journal of pain and symptom management vol. 37,1: 23-32. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.015.

Lois Snyder Sulmasy and Thomas A. Bledsoe. 2019. "American College of Physicians Ethics Manual: Seventh Edition," *Annals of Internal Medicine* 170, no. 2 (Supplement). https://doi.org/10.7326/m18-2160

Organizzazione Mondiale di Sanità. 2015. *WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services: Executive Summary* (No. WHO/HIS/SDS/2015.20). Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/155002

Miccinesi Guido. 2019. "Core curriculum per l'assistenza spirituale in cure palliative". *Società Italiana di Cure Palliative.* https://www.sicp.it/aggiornamento/linee-guida-bp-procedures/core-curriculum/2019/12/core-curriculum-per-lassistenza-spirituale-in-cure-palliative/

Sen, Amartya. 1992. *Inequality Reexamined*. New York: Russell Sage Foundation; Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press, ISBN 0198297580, 978019829758.

Sitografia

https://tuttovita.it/
https://www.braccialettibianchi.com/

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

10. Co-creazione e benessere urbano: l'esperienza dell'Health Community Lab nel Quartiere 1 di Firenze

di *Luca Lodi, Elisa Betti, Elisa Caruso, Serena Verciani, Sarasvati Giacalone, Alessia Marraccini, Dario Menicagli* e *Mario Biggeri*

1. Introduzione

Le città sono motori di crescita e innovazione, ma restano segnate da criticità: sovraffollamento (*commuting* e *overtourism*), sicurezza, costo della vita, emarginazione e cambiamenti climatici. Nell'ottica dell'approccio delle *capability* di Amartya Sen, le politiche urbane devono essere multidimensionali e mirate ad ampliare le libertà sostanziali di tutti. Quindi non solo efficienza economico-infrastrutturale, ma anche salute, partecipazione, equità e dignità (Anand 2018). Ciò implica leggere criticamente il nesso urbanizzazione-salute, le disuguaglianze territoriali, le tensioni tra libertà e i limiti di visioni tecnocratiche di "smart city", puntando a rimuovere le "non-libertà" tramite processi partecipativi e adeguate opportunità sociali.

La presenza di spazi verdi nelle aree urbane rappresenta un elemento chiave per migliorare la qualità della vita di cittadini e cittadine. Oltre al loro valore ambientale, le aree verdi urbane costituiscono una fondamentale opportunità sociale, in quanto contribuiscono al benessere fisico e mentale, stimolando la socialità nei quartieri e promuovendo inclusione e coesione sociale. Quando progettate e gestite in modo partecipativo, le aree verdi diventano luoghi di *empowerment*, che rafforzano l'*agency* dei cittadini e rispondono in modo più efficace ai bisogni locali.

Riconciliare città e natura significa integrare sistematicamente il verde nel nostro habitat, ricordando la dipendenza tra vita umana e vegetazione. Gli ambienti urbani imprimono forti pressioni evolutive, soprattutto sulla flora: gli adattamenti possono favorire la sopravvivenza, ma anche aumentare l'isolamento genetico e ridurre la resilienza a futuri shock (Mancuso 2023).

In questa prospettiva si inserisce l'Health Community Lab (HCL) avviato nel Quartiere 1 di Firenze (Q1): un laboratorio territoriale che ha riunito associazioni socio-sanitarie impegnate in iniziative di prevenzione e promozione della salute, socialità e sicurezza urbana, servizi di supporto alle fragilità e coordinamento tra cittadini e istituzioni. Il percorso ha portato alla co-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

creazione di un piano d'azione per la gestione condivisa di un'area verde del quartiere.

L'iniziativa ha adottato un approccio integrato, volto a rafforzare la consapevolezza del valore delle aree verdi e del loro contributo al benessere della popolazione. Per questo, è stata attivata una collaborazione con "Salute è Benessere: percorsi di salute nella città di Firenze", un progetto di comunità della Società della Salute di Firenze che, nei cinque quartieri della città, promuove la salute e la prevenzione attraverso il coinvolgimento di cittadini e realtà locali. In dialogo con il gruppo Salute è Benessere del Q1, sono quindi stati organizzati momenti di confronto, sotto forma di tre focus group (FG), per individuare i bisogni prioritari di salute e benessere nel quartiere, seguiti da un incontro dedicato alla condivisione dei risultati emersi e alla presentazione delle fasi successive del progetto. Successivamente, si è attivato un dialogo con le istituzioni comunali e di quartiere, che ha portato alla scelta condivisa dell'area dell'ex Camping Michelangelo come spazio su cui concentrare le fasi successive del progetto. Il percorso si è concretizzato in un workshop che ha coinvolto associazioni e istituzioni del Q1, all'interno del quale è stato definito un piano d'azione per la gestione dell'area verde, con l'obiettivo di garantirne una fruizione continua, inclusiva e diversificata da parte della comunità. Infine, è stato organizzato un evento conclusivo di restituzione e diffusione dei risultati.

1.1 Il ruolo delle aree verdi nei contesti urbani

L'accessibilità equa e universale agli spazi verdi è oggi riconosciuta come una priorità internazionale. L'Obiettivo 11 di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite "Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili" mira, con il target 11.7, a «garantire l'accesso universale a spazi verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili, in particolare per donne, bambini, anziani e persone con disabilità» (United Nations 2015).

Evidenze condotte sull'area metropolitana fiorentina confermano che la presenza di aree verdi urbane, genera effetti misurabili sul clima locale, sulla qualità dell'aria e sulla salute pubblica. Tali studi evidenziano come il verde urbano (e periurbano) sia cruciale per mitigare gli impatti del cambiamento climatico e dell'inquinamento atmosferico: la vegetazione assorbe e stocca CO_2, attenua le isole di calore (Francini et al. 2024), rimuove inquinanti chiave per la salute, come PM10 e O_3 (Bottalico et al., 2016), e di come una migliore qualità del verde urbano possa contribuire ad evitare decessi tra gli over-35 (Burbui et al. 2025).

Inoltre, le aree verdi urbane, come parchi, giardini e spazi pubblici alberati, impattano positivamente sulla salute in diverse maniere: riducendo lo

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

stress, stimolando l'attività fisica (Hartig et al. 2014) e favorendo il benessere mentale (WHO 2021). Conseguentemente, aumentano sia il benessere che le *capabilities* delle persone che ne usufruiscono. Nello specifico, la letteratura scientifica indica che una maggiore presenza di verde nel raggio di 1–3 km dall'abitazione è associata ad una migliore salute percepita, soprattutto nelle aree altamente urbanizzate (Maas et al. 2006). Questo effetto è particolarmente rilevante per anziani, giovani e persone con status socioeconomico basso, ossia i gruppi che tendono a trascorrere più tempo nell'ambiente di prossimità (Maas et al. 2006). Inoltre, la presenza di aree verdi può rafforzare la coesione sociale. Parchi e giardini, infatti, offrono contesti informali e gratuiti per l'interazione tra persone di diverse età, culture e *background* socioeconomici, contribuendo così a rafforzare il tessuto sociale e a contrastare fenomeni di isolamento (Jennings and Bamkole 2019). Tuttavia, tali benefici si manifestano pienamente solo quando le aree verdi sono ben distribuite, sicure e facilmente fruibili da tutte le fasce della popolazione. Una pianificazione efficace pertanto, necessita di affrontare non solo gli aspetti ambientali, ma anche i fattori sociali e distributivi, per evitare che le aree verdi diventino motori involontari di esclusione o gentrificazione. Infine, come evidenzia il rapporto *Healthy environment, healthy lives* della *European Environment Agency* (EEA 2020), sebbene l'accesso alle aree verdi sia determinato prevalentemente dalla loro disponibilità, accessibilità e prossimità, anche fattori come la percezione di sicurezza (in particolar modo per donne e anziani), la pulizia, e la presenza di elementi architettonici tra cui panchine, parcheggi e servizi igienici giocano un ruolo cruciale nel determinarne l'utilizzo reale. Nello specifico, aree ombreggiate, aree gioco attrezzate e la possibilità di svolgere attività organizzate rappresentano elementi fondamentali perché parchi e giardini possano diventare luoghi capaci di rafforzare la coesione sociale (Jennings and Bamkole 2019).

Affinché i benefici associati alla presenza di aree verdi urbane siano massimizzati, è fondamentale che gli spazi siano progettati in modo partecipato, tenendo conto delle esigenze specifiche della comunità che li vive. Le linee guida della *World Health Organization* (WHO) (WHO 2017) sottolineano che le azioni di riqualificazione e creazione di aree verdi hanno maggiore impatto quando sono accompagnate da percorsi di coinvolgimento attivo dei cittadini. La progettazione dovrebbe coinvolgere vari stakeholders, attraverso la collaborazione tra autorità locali, attori privati e gruppi di cittadini, al fine di migliorare la qualità degli interventi e garantire che siano realizzati progetti che rispondano ai bisogni della comunità (WHO 2017).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.2 Analisi di contesto: il Q1 di Firenze

Il Quartiere 1 di Firenze, che coincide in gran parte con il centro storico della città, conta oltre 63.500 residenti (Comune di Firenze 2024). La struttura demografica evidenzia una netta prevalenza di persone nella fascia d'età 15-64 anni, che rappresentano circa il 65,4% della popolazione del quartiere, indicando la presenza significativa di persone in età lavorativa. Tuttavia, la quota di popolazione anziana raggiunge il 24,9%, un dato che sottolinea l'importanza di garantire servizi sanitari e sociali adeguati per sostenere il benessere e l'autonomia di questa fascia.

Le famiglie sono caratterizzate da un'elevata incidenza di nuclei monocomponente, pari al 60,9%. Questo dato suggerisce un tessuto sociale composto in larga parte di single, studenti o anziani soli, che rende particolarmente rilevante il tema dell'isolamento sociale e della coesione comunitaria. Un ulteriore elemento distintivo del Quartiere 1 è la significativa presenza di residenti di origine straniera, che costituiscono il 22,6% dei residenti, una percentuale nettamente superiore rispetto agli altri quartieri cittadini. Questo dato riflette la natura multiculturale del quartiere, e sottolinea l'importanza di politiche mirate di inclusione e valorizzazione delle diversità.

In questo contesto, le aree verdi urbane costituiscono una fondamentale opportunità sociale, contribuendo al benessere fisico e mentale, stimolando la socialità e promuovendo inclusione e coesione sociale. Alla luce dei benefici associati alla presenza di verde urbano e in conformità alle linee guida internazionali, il Comune di Firenze ha adottato strategie e strumenti per una gestione e valorizzazione del verde cittadino, attraverso la redazione di un Piano del Verde Urbano.

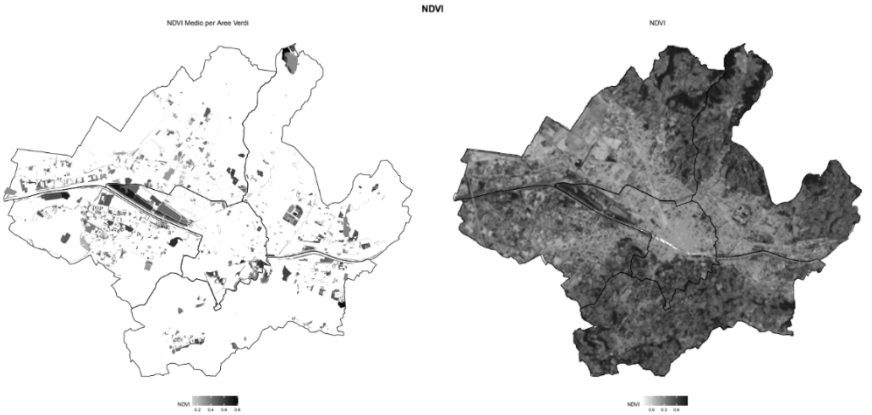
La figura (10.1) offre una rappresentazione cartografica della distribuzione e della qualità del verde urbano a Firenze, ottenuta mediante l'indice NDVI, un indicatore utilizzato in telerilevamento per misurare lo stato e la quantità della vegetazione presente su una superficie terrestre[1]. Il Quartiere 1 di Firenze (centro storico e al centro delle mappe) presenta un alto tasso di urbanizzazione e valori di NDVI relativamente bassi.

Nonostante l'elevata concentrazione di edifici e la presenza di piccole e sparse aree verdi con una densità e salute della vegetazione moderata, agli estremi di questo quartiere troviamo due punti strategici relativi al verde: il Parco delle Cascine e la zona di San Niccolò-Piazzale Michelangelo (valori NDVI tra 0,6 e 0,8) che fungono da "polmoni" del quartiere, se non addirittura dell'intera città di Firenze.

[1] Più specificatamente, NDVI si calcola a partire dai valori di riflettanza nel vicino infrarosso (NIR), che la vegetazione sana riflette molto, e nel rosso visibile (RED), che invece viene fortemente assorbito dalla clorofilla. I valori vanno da -1 a +1. Valori prossimi a 0 o negativi indicano assenza di vegetazione (acqua, rocce, suolo nudo). Valori positivi e alti (0,6–0,9) corrispondono a vegetazione densa e in buona salute.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Fig. 1 – NDVI del Comune di Firenze e per aree verdi (2021) e confini quartieri. Fonte: Elaborazione degli autori su dati COPERNICUS (Fondazione Futuro delle Città) e Open Data del Comune di Firenze (dataset: Aree Quartieri per i confini amministrativi)



1.3 Obiettivo dell'Health Community Lab

L'obiettivo principale dell'HCL è stato migliorare la qualità della vita dei residenti del Quartiere 1, promuovendo il benessere fisico e mentale attraverso un accesso facilitato e inclusivo agli spazi verdi. L'iniziativa mira, inoltre, a favorire l'aggregazione intergenerazionale e interculturale, rafforzando i legami sociali e contrastando fenomeni come l'isolamento e la solitudine, particolarmente diffusi tra le fasce più vulnerabili della popolazione.

In particolare, l'HCL si è posto i seguenti obiettivi:

1. identificare i bisogni di salute e benessere nel Quartiere 1 e le criticità associate alla fruizione delle aree verdi, raccogliendo i punti di vista dei residenti e delle associazioni socio-sanitarie attive sul territorio.
2. Elaborare un piano di azione condiviso per migliorare la vivibilità e la fruibilità dell'area dell'ex Camping Michelangelo, attraverso un processo partecipato. Il piano di azione è lo strumento operativo e attuativo volto a definire le azioni concrete necessarie al conseguimento degli obiettivi di gestione e valorizzazione dell'area.

1.4 Popolazione target

I destinatari primari del progetto sono state le associazioni sociali e socio-sanitarie del Q1. I destinatari secondari – indiretti – sono gli abitanti del Quartiere 1.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1.5 Stakeholder coinvolti

- Enti pubblici: Comune di Firenze, Quartiere 1, Rete di Solidarietà Quartiere 1, gruppo Salute è Benessere Q1, Infermieri di Famiglia e Comunità, Servizio per le Dipendenze;
- ricerca: Dipartimento di Scienze per l'Economia e l'Impresa (DISEI) dell'Università degli Studi di Firenze;
- terzo settore o privato sociale: CAT Firenze 1, ACAT Sesto-Campi-Peretola-Firenze, CISJF Firenze ODV, Anelli mancanti, Associazione donne ganze aps, Auser territoriale, Cat cooperativa sociale, Centro Età Libera Il Grillo Parlante, Centro Età Libera S.Jacopino Via delle Carra 4, Fratellanza Militare Firenze Odv, Giardino dell'Ardiglione APS, Pneuma Italy, Insieme per San Lorenzo, Progetto arcobaleno, Sezione Soci Coop Nord/Ovest, UISP;
- società civile: Comitato Palomar Via Palazzuolo, Associazione "Ma noi quando si dorme?", SPI CGIL Lega Quartiere 1 "Spartaco Lavagnini", Associazione "cittadini residenti e lavoratori del Q1".

Tab. 1 – Attori coinvolti nelle diverse fasi del progetto.

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

2. Metodologia: articolazione del processo co-creativo

Il processo si è articolato in tre fasi interconnesse, sviluppate in collaborazione con le istituzioni del Quartiere 1 e con la rete Salute è Benessere, con

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

l'obiettivo di strutturare l'HCL in modo coerente con le necessità dei residenti e valorizzando le risorse del territorio fiorentino.

Fase 1: esplorazione preliminare e definizione del focus

La prima fase del percorso di ricerca è stata dedicata all'ascolto e al coinvolgimento degli attori locali, con l'obiettivo di raccogliere i principali bisogni legati al benessere della comunità. Gli stakeholder sono stati individuati in collaborazione con la rete di promozione della salute e benessere. Sulla base di questa selezione, il team di ricerca ha organizzato tre focus group della durata di due ore ciascuno, che hanno coinvolto 33 partecipanti tra realtà associative, servizi sanitari, residenti e studenti del quartiere. I risultati della fase preliminare sono stati raccolti in un report e successivamente presentati in un incontro pubblico di restituzione, svoltosi il 13 maggio 2025.

Fase 2: co-creazione con cittadini, associazioni e istituzioni.

Nella seconda fase, è stato avviato un confronto con le autorità del Quartiere 1 e del Comune di Firenze, che hanno supportato l'individuazione condivisa di un'area verde su cui concentrare le azioni del progetto: l'ex Camping Michelangelo.

Tab. 2 – Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti all'Health Community Lab

Fase dell'HCL	*N. partecipanti*	*Sesso*	*Età media*	*Range di età*	*Età*	*Ruolo*
Fase 1	33	14F/19M	54	16-79	8 < 35 13 (35-65) 12 > 65	Rappresentanti del Q1, ETS, società civile organizzata
Fase 2	9	5F/4M	58	30-79	1 < 35 5 (35-65) 3 > 65	Rappresentanti del Q1, ETS, società civile organizzata

Successivamente, è stato organizzato un workshop co-creativo con cittadini, istituzioni del Q1 e associazioni. L'incontro, della durata di due ore, ha coinvolto 9 persone, allo scopo di definire un piano di azione condiviso per migliorare la vivibilità e la fruibilità del parco, individuando sia le attività da promuovere sia le criticità da affrontare per la loro concreta attuazione. Al termine del workshop, ai partecipanti è stata trasmessa una scheda, appositamente predisposta dal gruppo di ricerca, attraverso la quale ciascuna associazione è stata invitata a formalizzare le proprie proposte. La scheda è stata

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

concepita con un duplice obiettivo: da un lato raccogliere in maniera sistematica le azioni, dalle iniziative strutturali alle attività, che ciascun attore si impegna a promuovere e realizzare nel processo di valorizzazione e sviluppo dell'area; dall'altro ampliare la riflessione e il coinvolgimento ad ulteriori associazioni.

Fase 3: valutazione attraverso il questionario partecipativo.

Il questionario partecipativo somministrato a 9 partecipanti prima e dopo l'attività di co-creazione ha permesso di valutare il loro livello di *agency*, la soddisfazione per le attività intraprese e la percezione degli elementi impattanti per la creazione di uno spazio verde urbano.

Il livello di *agency* dei partecipanti è risultato alto, in accordo con gli altri HCL, sebbene con forti differenze individuali. La soddisfazione vede prevalere una percezione positiva rispetto all'opportunità di interagire con altri stakeholder piuttosto che la possibilità di apprendere nuove informazioni attraverso le attività proposte in fase di implementazione dell'HCL. La valutazione degli elementi di impatto sulla possibile rigenerazione verde mostrano alcune discrepanze tra le risposte: alcuni partecipanti percepiscono il legame tra spazi verdi e benessere individuale, vedendo favorevolmente le occasioni di confronto e d'azione in questo senso, mentre in una minoranza prevale un senso di distacco dall'impegno diretto, limitandosi a rilevare la necessità di maggiori attività e proposte per rigenerare l'area in esame. I risultati dell'HCL mostrano in questo caso un elevato livello di interesse per il tema da parte degli stakeholder coinvolti, ma una contrapposizione maggiore sugli ambiti in cui sia più rilevante agire per migliorare gli spazi del quartiere, in senso ecologico e sostenibile.

3. Esiti dell'Health Community Lab Green Lab

3.1 Esiti della fase preliminare

Le interviste realizzate con residenti e realtà locali del Quartiere 1 di Firenze restituiscono un quadro della vita nel centro storico cittadino, caratterizzato da importanti risorse ma anche da fragilità crescenti. La qualità della vita è sostenuta dalla presenza di risorse che favoriscono il benessere, come la prossimità dei servizi, le aree pedonali e gli spazi di socializzazione (biblioteche, bar, giardini, musei, centri culturali), che rafforzano la vita collettiva e la coesione sociale.

Tuttavia, emergono anche criticità significative: la mancanza di luoghi di incontro intergenerazionale sicuri e gratuiti; le difficoltà di mobilità dovute

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

a barriere architettoniche e a un trasporto pubblico poco efficiente; la percezione di insicurezza in alcune aree; la solitudine, diffusa tra anziani e giovani; l'aumento del costo della vita, in particolare degli affitti; e l'inquinamento ambientale e acustico. L'associazionismo locale si conferma un pilastro del tessuto comunitario, grazie a una rete di volontariato capillare e attiva che, attraverso eventi e servizi, alimenta legami tra cittadini, istituzioni e organizzazioni. Ciononostante, viene segnalata una criticità crescente nel ricambio generazionale: i giovani partecipano solo in modo saltuario e informale, mettendo a rischio la continuità dei servizi offerti dalle associazioni.

Tra i bisogni più sentiti emerge la richiesta di spazi pubblici gratuiti, accessibili e sicuri, capaci di favorire relazioni di prossimità e benessere collettivo, con particolare attenzione agli spazi verdi come luoghi di incontro e socialità. I partecipanti ai focus group hanno espresso il desiderio di usufruire maggiormente di tali spazi, pur sottolineando numerose criticità: difficoltà di accesso, percezione di insicurezza e degrado, soprattutto nelle ore serali. Infine, sono state riportate difficoltà nella gestione e conflitti d'uso degli spazi, nonché una percezione di inefficienza e lentezza del sistema burocratico nell'amministrazione e nella riqualificazione delle aree verdi. Nonostante ciò, alcuni esempi positivi illustrati durante gli incontri dimostrano il potenziale trasformativo di interventi mirati. Questo contesto conferma l'urgenza di investire in spazi verdi inclusivi, sicuri e accessibili da cui prende avvio il presente progetto.

3.2 Esiti della fase co-creativa e valutazione partecipativa

Il Parco dell'Ex-Camping Michelangelo (foto numero) è una tra le più ampie aree verdi pubbliche del Q1 di Firenze. Situato in un'area collinare, si caratterizza per una conformazione a terrazzamenti, la presenza di numerosi alberi e la prossimità ad altri giardini e monumenti storici.

Durante il workshop è stato chiesto ai partecipanti di indicare attività possibili, risorse disponibili e difficoltà da affrontare per valorizzare il Parco dell'Ex-Camping Michelangelo. Dal confronto sono emerse idee e aspettative condivise sull'identità del parco, le modalità di fruizione e gli aspetti gestionali.

Il parco è stato immaginato come uno spazio verde accogliente e fruibile quotidianamente. Molti partecipanti hanno espresso il desiderio di poter vivere l'area come uno spazio di uso libero, informale e gratuito. È stata sottolineata l'importanza di mantenere ampie zone libere da attività fisse, dove sia possibile rilassarsi, leggere, camminare o prendere il sole. L'introduzione di arredi semplici, come panchine, tavoli da picnic, amache o sdraio, è stata considerata cruciale per rendere il luogo confortevole, senza impattare eccessivamente sull'ambiente. Il parco è stato inoltre pensato come spazio di

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

socialità e corresponsabilità civica, dove associazioni e cittadini collaborino, rafforzando il senso di appartenenza al quartiere. L'obiettivo condiviso è di trasformarlo in un bene comune riconoscibile e vissuto dai residenti, non solo dai turisti o visitatori occasionali.

Fig. 2 – Veduta aerea del Parco dell'Ex-Camping Michelangelo. Fonte: Google Earth

Una parte rilevante del dibattito si è focalizzata su come rendere il parco vitale senza comprometterne la tranquillità e la gratuità, evitando processi di commercializzazione che potrebbero minarne la dimensione comunitaria. Pur non escludendo la possibilità di attività commerciali periodiche, è stato ritenuto importante limitarle e orientarle al benessere e alla coesione sociale. Una proposta ampiamente condivisa riguarda l'istituzione di bar, come punto ristoro e di aggregazione all'interno del parco. È stato suggerito che la sua gestione possa essere affidata a realtà con finalità sociale, che favoriscano l'inserimento lavorativo di persone fragili, che diventerebbero così al tempo stesso operatori e fruitori dell'area verde.

Oltre a svolgere una funzione di socialità, il parco riveste un ruolo strategico come infrastruttura verde e rifugio climatico urbano, offrendo gratuitamente acqua e zone d'ombra. È emersa inoltre una forte attenzione al contributo del parco al benessere psicofisico della popolazione. Sono infatti stati proposti un giardino terapeutico e attività motorie a basso impatto, come yoga o ginnastica dolce, e sono stati pensati percorsi di esplorazione della biodiversità, affinché il parco diventi uno spazio da curare e che, a sua volta, "cura" la comunità. La difficoltà sta nel trasformare gli spazi in luoghi significativi e che facilitino un aumento delle *capability* individuali e collettive.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Il workshop ha tuttavia evidenziato alcune criticità strutturali, in particolare legate all'accessibilità: la carenza di trasporto pubblico regolare e la conformazione terrazzata rappresentano ostacoli per le persone con difficoltà motorie. È stata segnalata la mancanza di servizi essenziali, come toilette, fontanelle distribuite in più punti e spazi coperti per attività in caso di maltempo. Alcuni partecipanti hanno inoltre espresso preoccupazioni per possibili fenomeni di degrado o accumulo di rifiuti in seguito a feste o iniziative senza adeguata responsabilizzazione degli utenti. Infine, sono stati espressi dubbi sulla capacità di coinvolgere la cittadinanza locale in un'area che rischia di attrarre prevalentemente turisti, come già accade in altri giardini limitrofi.

Dal punto di vista gestionale, è stata sottolineata la necessità di un coordinamento stabile, come un comitato di co-gestione, per evitare la frammentazione delle iniziative e garantire una programmazione armonica delle attività. Un elemento ritenuto strategico è il coinvolgimento di iniziative già attive nel Q1, che potrebbero trasferire parte delle proprie attività nel parco, evitando di creare nuovi eventi, ma istituendo un calendario condiviso e una gestione efficiente. A tal fine è stata proposta l'implementazione di un sistema di prenotazione online per l'uso temporaneo di tavoli o aree da parte di associazioni o gruppi di cittadini. Infine, per garantire un equilibrio tra attività e relax, è stata suggerita una fruizione differenziata delle varie zone del parco, proponendo di organizzare le terrazze secondo funzioni specifiche, e di attribuire a ciascuna un nome identificativo per renderla facilmente riconoscibile.

In sintesi, il percorso partecipativo ha delineato una visione di un parco vivo, inclusivo e accessibile, capace di coniugare natura, socialità e cura della persona. Il futuro del parco dell'Ex-Camping Michelangelo dipenderà dalla capacità di costruire un modello di co-gestione che valorizzi la collaborazione tra associazioni, scuole, cittadini e amministrazione.

3.2.1 Il prototipo generato

Il workshop co-creativo ha consentito di raccogliere, strutturare e tradurre le idee emerse in un primo prototipo di utilizzo del parco, individuando sia le attività da promuovere sia gli interventi necessari per renderle operative. I risultati della co-creazione sono stati sintetizzati e suddivisi in tre assi di intervento: attività suggerite, azioni strutturali e organizzative, attività promosse dalle associazioni. Per favorire la concretizzazione delle proposte, e allargare la riflessione ad ulteriori associazioni, è stata predisposta una scheda dedicata, successivamente inviata alle associazioni partecipanti per la compilazione e l'eventuale adesione.

Tra le attività suggerite:

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- eventi periodici dedicati a cibo, artigianato, o mercati contadini/locali;
- passeggiate di gruppo;
- esplorazione della biodiversità del luogo (ad esempio attraverso Bioblitz che coinvolgano le scuole);
- attività motorie stagionali per giovani, adulti e anziani;
- bar come luogo di aggregazione;
- cinema e attività di lettura e scambio di libri;
- feste di compleanno;
- progettazione e cura di un giardino terapeutico;
- esibizioni artistiche e spettacoli di musica, teatro e danza.
- incontri degli istituti scolastici.
- azioni strutturali e organizzative a supporto delle attività:
- introdurre elementi che rendano il parco riconoscibile
- introdurre arredi che rendano il parco confortevole e fruibile per attività di aggregazione o per lo studio (es. tavoli, panchine, amache, sdraio…);
- denominare i terrazzamenti in base alle attività svolte;
- migliorare i collegamenti dei trasporti pubblici per arrivare al parco;
- strutture di accoglienza per rigenerarsi e servizi sanitari;
- istituzione di un calendario per "adottare" uno spazio nel parco.

Tra le attività proposte:

- incontri con le scuole e con la cittadinanza per proporre attività di promozione della salute all'aperto. Il progetto dovrebbe coinvolgere scuole del territorio fiorentino, operatori ASL, gruppi Salute è Benessere;
- includere il parco fra le aree in cui si svolgono le "passeggiate della salute", organizzate dai gruppi Salute è Benessere, per favorire l'incontro tra associazioni;
- attività fisica all'aperto rivolta a persone oltre i 14 anni, ad adulti, anziani, e minori di 14 anni se accompagnati ed a persone con ridotta capacità motoria.

L'attività dovrebbe essere libera e gratuita, con incontri bisettimanali della durata di un'ora ciascuno, coordinati da un istruttore qualificato e formato dalla UISP. Gli orari saranno pomeridiani durante il periodo scolastico e mattutini nel resto dell'anno. Il progetto dovrebbe coinvolgere Comune, Quartiere 1, Società della Salute, Associazioni del Terzo settore, Comitati di cittadini (anche informali), Corso di laurea in Scienze motorie.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

4. Riflessioni conclusive

L'esperienza dell'HCL nel Quartiere 1 di Firenze ha offerto l'opportunità di sperimentare un modello di co-creazione che intreccia salute, ambiente e coesione sociale. Il percorso ha messo in rete le risorse del territorio, favorendo la collaborazione tra associazioni, istituzioni e comunità locale aumentando così le funzioni espresse dal giardino e indirizzate alle persone che frequentano individualmente e come comunità. Fin dagli incontri preliminari, è emersa una visione condivisa del benessere come fenomeno multidimensionale, che va oltre la salute fisica e comprende accessibilità, socialità e la possibilità di fruire degli spazi. Questa prospettiva ha guidato la definizione del piano d'azione e ha ispirato le proposte di attività, che sono risultate essere strettamente legate ai bisogni e alle priorità segnalate dai partecipanti nei focus group.

Tra gli elementi positivi emersi si evidenziano:

- la metodologia adottata e la facilitazione da parte del gruppo di ricerca ha creato un clima di confronto aperto e collaborativo, in cui il conflitto è stato rielaborato in chiave costruttiva, trasformandosi in un'opportunità per generare dinamiche proattive;
- il profilo diversificato dei partecipanti all'HCL, che ha garantito una rappresentanza equilibrata di genere e un'ampia gamma di età;
- la particolare attenzione dedicata alle persone più esposte al rischio di esclusione, come anziani o persone con fragilità, e l'impegno nel contrastare l'isolamento sociale, favorendo una fruizione equa e inclusiva dello spazio pubblico;
- la coerenza tra bisogni espressi e soluzioni proposte;
- la raccolta di idee concrete che offrono spunti per una programmazione equa inclusiva e sostenibile delle attività nel parco.

Tuttavia, l'HCL ha anche messo in luce limiti e sfide da affrontare.

- una mappatura iniziale più approfondita degli stakeholder avrebbe consentito di coinvolgere più capillarmente le realtà già attive sul territorio, con il potenziale di trasformare le idee emerse in azioni più operative;
- operare in un contesto di conflitti latenti, e in assenza di una rete di associazioni strutturata, avrebbe richiesto maggiore continuità per elaborare strategie di ingaggio e processi strutturati di ascolto;
- la partecipazione molto ampia nella fase di espressione dei bisogni non si è tradotta in eguale disponibilità ad assumere un ruolo attivo nella fase di implementazione evidenziando la necessità di un ulteriore spazio di ascolto attivo e senza pregiudizio e una riflessione ulteriore sulla fase di progettazione;

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- la necessità di investimenti infrastrutturali per garantire l'accessibilità fisica al luogo, come prerequisito fondamentale per il successo del progetto e per una fruizione realmente equa e inclusiva del parco.

5. Prospettive future

Le città del futuro devono reintegrare la natura nel tessuto quotidiano per riconciliare benessere umano e sistemi ecologici. L'esperienza dell'HCL nel Q1 di Firenze mostra come salute, ambiente e coesione sociale possano essere co-progettati (e co-creati): l'area verde diventa anche infrastruttura sociale, luogo di relazioni e di empowerment, soprattutto per chi è più esposto all'esclusione. In questa prospettiva, l'approccio delle *capability* orienta la progettazione oltre l'efficienza: ciò che conta è ampliare le libertà sostanziali delle persone (accesso, fruibilità, sicurezza, possibilità di partecipare alle decisioni) e, insieme, curare la qualità ecologica del verde. La lezione dell'HCL è duplice: la partecipazione produce idee concrete e aumenta l'uso inclusivo degli spazi, ma richiede una mappatura più capillare degli stakeholder, impegni chiari nella fase di implementazione e investimenti infrastrutturali per garantire accessibilità reale. Integrando scienza botanica, dati territoriali e processi partecipativi stabili, il verde urbano può ridurre vulnerabilità ambientali e sociali e aumentare la resilienza complessiva della città.

In un'ottica di pianificazione urbana le scelte strategiche che ne conseguono riguardano:

- accessibilità e fruibilità: standard minimi come, ad esempio, aree entro 300 m a piedi o coperte efficacemente dalla rete di trasporti pubblici locali (TPL), percorsi sicuri, sedute, ombra, bagni, fontanelle;
- connettività: corridoi verdi tra parchi, scuole, RSA e TPL; alberature prioritarie nelle isole di calore; tutela delle alberature esistenti;
- governance partecipativa: istituzionalizzare laboratori di quartiere (modello HCL), con patti di collaborazione, incentivi leggeri (micro-grant, buoni tempo) e iter semplificati;
- targeting dell'equità: priorità ai quartieri con bassa dotazione di verde e alta deprivazione; programmi dedicati per anziani, caregiver e fragilità;
- salute pubblica: attività intergenerazionali e di socialità; monitoraggio di indicatori su benessere e utilizzo degli spazi.

Il percorso avviato ha evidenziato la necessità di creare una struttura organizzata di associazioni e realtà locali, per favorire la costruzione partecipata di uno spazio pubblico condiviso. L'adozione di una metodologia collaborativa ha dimostrato di poter trasformare il conflitto in azioni generative orientate

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

all'azione collettiva. Tuttavia, il processo necessita di un soggetto che si assuma la responsabilità del coordinamento delle fasi successive, al fine di proseguire la collaborazione tra comunità, istituzioni, università e ambiente.

Bibliografia di riferimento

Anand, Prathivadi B. 2018. Cities and the Capability Approach. In: Comim F, Fennell S, Anand PB, eds. *New Frontiers of the Capability Approach*. Cambridge University Press; pp. 519-546. https://doi.org/10.1017/9781108559881.022

Bottalico, Francesca, Gherardo Chirici, Francesca Giannetti, Alessandra De Marco, Susanna Nocentini, Elena Paoletti, Fabio Salbitano, Giovanni Sanesi, Chiara Serenelli, and Davide Travaglini. "Air Pollution Removal by Green Infrastructures and Urban Forests in the City of Florence." *Agriculture and Agricultural Science Procedia* 8 (2016): 243-51. https://doi.org/10.1016/j.aaspro.2016.02.099

Burbui, Giorgia, Daniela Nuvolone, Costanza Borghi, Gherardo Chirici, and Michela Baccini. 2025. "Green Areas and Mortality: A Health Impact Assessment in the Florentine Plain." 27th European Forum on Urban Forestry 'Urban Forests for Resilient and Healthy Cities' (EFUF2025), Zurich, Switzerland. European Forum on Urban Forestry. https://doi.org/10.5281/zenodo.15824622

European Environment Agency (EEA). 2020. *Healthy Environment, Healthy Lives: How the Environment Influences Health and Well-being in Europe.* EEA Report No 21/2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/healthy-environment-healthy-lives/healthy-environment-healthy-lives/@@download/file

Francini, Saverio, Gherardo Chirici, Leonardo Chiesi, Paolo Costa, Guido Caldarelli, and Stefano Mancuso. 2024. "Global Spatial Assessment of Potential for New Peri-Urban Forests to Combat Climate Change." *Nature Cities* 1: 286-94. https://doi.org/10.1038/s44284-024-00049-1

Hartig, Terry, Richard Mitchell, Sjerp de Vries, and Howard Frumkin. 2014. "Nature and Health." *Annual Review of Public Health* 35 (1): 207-28. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182443

Jennings, Viniece, and Omoshalewa Bamkole. 2019. "The Relationship between Social Cohesion and Urban Green Space: An Avenue for Health Promotion." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (3): 452. https://doi.org/10.3390/ijerph16030452

Maas, Jolanda, Robert A. Verheij, Peter P. Groenewegen, Sjerp de Vries, and Peter Spreeuwenberg. 2006. "Green Space, Urbanity, and Health: How Strong Is the Relation?" *Journal of Epidemiology & Community Health* 60 (7): 587-92.https://doi.org/10.1136/jech.2005.043125

Mancuso, Stefano. 2023. *Fitopolis, la città vivente*. Gius. Laterza & Figli Spa.

United Nations. 2015. Sustainable Cities and Communities. Accessed 3/8/2025. https://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. 2017. *Urban Green Spaces: A Brief for Action.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344116/9789289052498-eng.pdf?sequence=1

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

World Health Organization (WHO). 2021. *Green and Blue Spaces and Mental Health: New Evidence and Perspectives for Action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342931/9789289055666-eng.pdf

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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

di *Vanna Boffo, Debora Daddi* e *Marco Ceccarelli*

1. Il contesto di riferimento e gli obiettivi

L'urgenza di un ripensamento del ruolo della pedagogia nei contesti di cura emerge da una profonda transizione paradigmatica che investe le scienze della salute. Il superamento del modello biomedico tradizionale, focalizzato quasi esclusivamente sulla dimensione biologica della malattia, ha lasciato spazio a un approccio bio-psico-sociale, che riconosce l'interconnessione tra stato fisico, benessere psicologico e contesto sociale della persona (OMS, 1948). In questa cornice, la salute non è più definita come semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere che include la capacità del soggetto di partecipare attivamente alla vita sociale e di perseguire il proprio progetto di vita (WHO, 2016).

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) stesso recepisce questa evoluzione, promuovendo un modello di "sanità di iniziativa" o "medicina di prossimità", che mira a intercettare i bisogni delle persone attraverso reti multi-professionali e servizi integrati capaci di garantire la continuità della cura tra ospedale e territorio[1]. In questo scenario, la professionalità educativo-pedagogica diviene un sapere strategico finalizzato a facilitare e promuovere processi di apprendimento e cura.

L'Health Community Lab "La Scuola in Ospedale" opera per l'integrazione sistematica della dimensione pedagogico-educativa nel *continuum* assistenziale pediatrico. Abbiamo studiato e riflettuto sul Progetto de "La Scuola in Ospedale", nato nel 2015 a partire da una convenzione tra l'Ospedale pediatrico Meyer e il Dipartimento di Scienze della Formazione e Psi-

[1] Il Decreto Ministeriale 71/2022, approvato il 21 aprile 2022, definisce i nuovi modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in risposta alle linee guida PNRR sulla Salute.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

cologia dell'Università di Firenze, applicando il modello del HCL al Percorso formativo per la formazione degli operatori scolastici, gli insegnanti dall'Infanzia alla Scuola secondaria superiore di secondo grado.

1.2 Gli obiettivi dell'Health Community Lab

L'HCL, coordinato dal Dipartimento di Formazione, Lingue, Intercultura, Letterature e Psicologia (FORLILPSI) dell'Università degli Studi di Firenze, si inserisce in un percorso di ricerca e collaborazione pluriennale, rappresentando un'evoluzione di un modello di formazione per docenti in contesto ospedaliero già elaborato a partire dal 2015 in sinergia con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) Meyer e l'Ufficio Scolastico Regionale toscano (Boffo, 2022). L'obiettivo precipuo del progetto è la promozione di un approccio olistico alla cura, finalizzato alla tutela del benessere bio-psico-sociale del minore e del suo nucleo familiare. Tale finalità viene perseguita attraverso lo sviluppo di profili professionali inediti e di competenze specifiche, atte a integrare le prestazioni sanitarie con la prospettiva pedagogica e il lavoro di rete con i soggetti del territorio.

La struttura organizzativa dell'HCL si basa su una collaborazione *multi-stakeholder* che include la partecipazione attiva del Dipartimento FORLILPSI, dell'AOU Meyer, dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e della Andrea Bocelli *Foundation*, secondo il modello della quadrupla elica (Betti et al, 2023).

Il presente HCL si è sostanziato nella progettazione, implementazione e valutazione del Corso di Perfezionamento Post-Laurea "La Scuola in Ospedale. Formare i professionisti dell'educazione, della scuola, della cura", giunto alla sua terza edizione. Il corso si prefiggeva di fornire strumenti avanzati per lo sviluppo della professionalità pedagogico-educativa e organizzativa nei contesti di cura pediatrici e nella collaborazione con il territorio, mediante l'impiego di metodologie didattiche fondate sull'apprendimento riflessivo (Mezirow, 2016; Schön, 1993) e sulla pratica autobiografica (Demetrio, 1996; Boffo & Benelli, 2024)). In una prospettiva di crescente professionalizzazione e sostenibilità formativa, e in risposta a una specifica istanza emersa dai partecipanti, il Corso di Perfezionamento evolverà in Master Universitario di I livello a decorrere dall'anno accademico 2025-2026.

1.3 Un modello di competenze per la formazione della professionalità pedagogica in ambito sanitario

Il quadro metodologico generale si radica in un paradigma ecologico (Bronfenbrenner, 2002), socio-costruttivista e critico-trasformativo (Del

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Gobbo, 2018), e si avvale di un approccio di ricerca *evidence-based* che integra metodi qualitativi e quantitativi, noto come *Mixed Methods Research* (MMR) (Creswell & Clark, 2018). Questa scelta ha permesso di esplorare la complessità del fenomeno con maggiore profondità, combinando la ricchezza dei dati narrativi con la robustezza dei dati numerici, attraverso un processo di triangolazione che ha rafforzato la validità dei risultati. La metodologia portante che ha animato l'intero HCL è stata quella della ricerca-azione (Trinchero, 2004), un processo ciclico di pianificazione, azione, osservazione e riflessione, finalizzato non solo a comprendere la realtà in esame, ma a migliorarla attivamente in collaborazione con gli attori coinvolti.

Il progetto si è posto l'obiettivo di rispondere a un bisogno formativo specifico e ampiamente diffuso tra i professionisti della scuola e della cura ovvero l'acquisizione di competenze relazionali, pedagogiche e organizzative avanzate per operare in contesti ad alta complessità quali sono gli ospedali pediatrici. La domanda iniziale, pertanto, non si è limitata alla formazione educativo-pedagogica dei professionisti ospedalieri, ma ha incluso la promozione di una cultura dell'integrazione tra il sistema sanitario, quello scolastico e la comunità territoriale, sviluppando profili professionali inediti capaci di fungere da catalizzatori di questa sinergia.

Lo sviluppo di un modello di competenze per la professionalità pedagogica che opera in ambito sanitario richiede un quadro teorico multifattoriale, che integri la definizione delle competenze chiave (*core competencies*) con approcci pedagogici di tipo riflessivo e trasformativo.

Al fine di garantire rigore metodologico alla valutazione e alla riprogettazione del corso, è stato adottato come *framework* di riferimento il progetto nazionale TECO-D Pedagogia[2], promosso dall'ANVUR (2017). L'iniziativa, definendo i contenuti *core* del percorso di studi attraverso un'analisi collaborativa e sistematica del contenuto testuale delle Schede Uniche Annuali (SUA) di diverse università, fornisce una metodologia validata per l'individuazione delle competenze fondamentali attese in un laureato. Questo processo ha portato alla definizione di sei Obiettivi Formativi Finali (OFF), articolati in trenta Obiettivi Formativi Specifici (OFS) secondo i Descrittori di Dublino, che coprono aree cruciali quali:

[2] Il progetto Teco-D Pedagogia è parte del Progetto Teco (Test sulle Competenze) promosso dall'Agenzia Nazionale di valutazione del sistema Universitario e della Ricerca (Anvur). Esso è nato con l'obiettivo di «costruire indicatori che riflettano le competenze acquisite dagli studenti universitari del 1° e 3° anno delle lauree triennali» (Anvur, 2017, p. 2). Tale rilevazione è coordinata a livello nazionale da Anvur. Il mandato assegnato al Gruppo Teco-D Pedagogia è stato identificato nella definizione delle conoscenze e competenze che un laureando deve aver raggiunto al termine degli studi in coerenza con quanto dichiarato nella Scheda Unica Annuale (SUA) del Corso di studio di appartenenza. Il progetto è centrato sulla elaborazione di contenuti core del Corso di laurea (CdL) di Scienze dell'educazione e della formazione appartenente alla classe L19 e ad esso hanno preso parte docenti di dieci Corsi di laurea di nove Università italiane.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

1. costrutti e teorie per interpretare gli eventi educativi e formativi e sviluppare l'identità professionale;
2. metodologia della ricerca e analisi della domanda formativa nei contesti sociali e organizzativi;
3. modelli di progettazione nei diversi contesti sociali e organizzativi;
4. dinamiche relazionali e situazionali nei diversi contesti educativi e formativi;
5. metodi e tecniche per lo sviluppo e la facilitazione dei processi di apprendimento;
6. *management* delle organizzazioni educative e formative.

Tale approccio assicura che la formazione sia ancorata a un insieme di risultati di apprendimento condivisi e riconosciuti, elemento cruciale per la costruzione di un'identità professionale coerente in un ambito specialistico come quello della cura pediatrica.

Il modello si concretizza in un approccio pedagogico che è al contempo *human-centered* (centrato sulla persona) e orientato all'apprendimento riflessivo e trasformativo. Ciò si allinea con i principi delle linee guida degli HCL (vedi capitolo 3), che pongono l'essere umano al centro del processo di progettazione, tenendo conto dei suoi bisogni e delle sue potenzialità.

L'impianto formativo è pensato per favorire una pratica riflessiva, come concettualizzata da Donald Schön (1993), in cui i professionisti imparano a pensare criticamente le proprie azioni (*reflection-in-action*) e a ristrutturare continuamente le situazioni complesse e incerte tipiche dei contesti ad alta complessità. Strumenti come le *e-tivity* e la redazione di autobiografie professionali, impiegati nell'HCL "La Scuola in Ospedale", fungono da dispositivi di apprendimento autoriflessivo, stimolando i partecipanti ad analizzare il proprio vissuto e la complessità delle relazioni interpersonali e dell'etica della cura. Il percorso promuove, inoltre, un apprendimento trasformativo, secondo la teorizzazione di Jack Mezirow (2016), incoraggiando i partecipanti a mettere in discussione critica i propri assunti e le proprie prospettive di significato per favorire una comprensione più profonda e un cambiamento duraturo nella propria visione e pratica professionale. Questo processo mira a sviluppare quelle *life skills* essenziali per gestire le transizioni e le sfide della vita personale e professionale, trasformando i professionisti in agenti sociali capaci di una riflessione continua sull'esperienza.

L'intero impianto organizzativo si inscrive nel paradigma della Quadrupla Elica (*Quadruple Helix*), che orienta le dinamiche collaborative dell'HCL (vedi capitolo 3). Tale modello postula che l'innovazione e la risoluzione efficace dei problemi possano emergere dall'interazione dinamica di quattro attori chiave della società: accademia (università ed enti di ricerca), istituzioni pubbliche (enti governativi e sanitari), industria (imprese) e società civile (terzo settore, associazioni e cittadini). Nel contesto de "La Scuola in Ospedale", questo si traduce in una collaborazione sinergica tra

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

l'università (Dipartimento FORLILPSI), le istituzioni sanitarie (AOU Meyer), il sistema scolastico (Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana) e il terzo settore (Andrea Bocelli *Foundation*). Questo approccio multi-attoriale garantisce che il modello di competenze non sia un mero esercizio accademico, ma venga co-creato e validato attraverso un dialogo continuo tra ricerca, *policy* e pratica professionale. La co-creazione è intesa come un processo partecipativo "spesso" e forte, che facilita lo scambio di idee, la discussione e l'azione collettiva, promuovendo la "padronanza" delle soluzioni (*ownership*) e la costruzione di comunità resilienti (Betti et al, 2023). In questo ecosistema di apprendimento, dove la conoscenza viene generata e validata tramite l'azione condivisa, si favorisce la creazione di una comunità di apprendimento, in cui i partecipanti collaborano per acquisire nuove conoscenze e competenze in un ambiente di supporto reciproco. La figura professionale che ne deriva è così dotata non solo di saperi disciplinari, ma anche delle competenze trasversali necessarie per operare efficacemente all'interno di ecosistemi organizzativi complessi e per contribuire alla creazione di percorsi di cura integrati e realmente centrati sulla persona.

1.4 Il Corso di perfezionamento "La Scuola in Ospedale": struttura, finalità e innovazioni didattiche

Il Corso di Perfezionamento *"La Scuola in Ospedale. Formare professionisti dell'educazione, della scuola e della cura*", quale HCL del Progetto THE, si propone di preparare, formare, accompagnare i professionisti della Scuola, da una parte, dell'Educazione, dall'altra, ad acquisire competenze didattiche, educative, formative e di cura pedagogica per affrontare il ruolo docente nei contesti sanitari degli ospedali pediatrici.

La finalità del Corso è quella di fornire gli strumenti più appropriati per sviluppare la professionalità pedagogico-educativa e organizzativa nei reparti pediatrici e nella relazione educativa con il territorio, gli ambienti e i soggetti circostanti l'ospedale. Gli obiettivi principali del Corso sono stati indirizzati a:

- formare in chiave critico-riflessiva e autoriflessiva (Siegel & Hartzell, 2005) una figura professionale qualificata che si occupi di progettazione didattica ed educativo-formativa con lo scopo di affrontare i contesti ospedalieri ad alto tasso di complessità.
- sviluppare competenze narrativo-educative (Cambi, 2002), in chiave diagnostica e prognostica, di professionisti dei settori pubblici e privati, con particolare riferimento ai contesti della scuola e della cura educativa e sanitaria con l'obiettivo di incrementare il benessere complessivo dei diversi contesti operativi.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

L'organizzazione didattica è stata articolata alternando lezioni frontali e modalità laboratoriale, secondo un impianto orientato all'apprendimento riflessivo e trasformativo (Schön, 1993; Mezirow, 2016) e basato su un approccio *human-centered* e *agency-oriented* (vedi capitolo 3). A conclusione di ogni modulo formativo, è stata svolta da tutti i partecipanti una *e-tivity* che ha permesso loro di conseguire l'attestazione finale. Ciascuna *e-tivity* è stata pensata e proposta come strumento di apprendimento autoriflessivo, in chiave anche di apprendimento *peer to peer.*

I contenuti sono stati selezionati per indagare i livelli micro (relazione di cura e metodologie autobiografiche), meso (progettazione didattica) e macro (ecologia organizzativa dei contesti sanitari) della professionalità educativo-pedagogica in ambito ospedaliero. L'impostazione didattica in modalità *blended* e l'uso sistematico di strumenti di apprendimento autoriflessivo, come le *e-tivity*, sono stati funzionali a tale scopo.

Come è possibile evincere dalla Tab. 1, il Corso si è articolato su un livello multidisciplinare per ciascun modulo, vedendo coinvolte le professionalità medica e psicologica, pur mantenendo una specifica matrice pedagogica. Sono stati svolti 4 moduli, ognuno comprendente 3 sessioni formative a distanza ed 1 in presenza.

Il primo modulo "*Professioni educative, scolastiche e di cura: metodologie e metodi biografici e autobiografici*" si è proposto di offrire ai partecipanti una solida e approfondita comprensione delle metodologie biografiche e autobiografiche. Il *focus* principale è stato quello di dotare i professionisti degli strumenti concettuali e operativi indispensabili per acquisire conoscenze teoriche attraverso l'esplorazione dei fondamenti e delle diverse correnti di pensiero, nonché per sviluppare competenze pratiche nella costruzione e nell'impiego delle narrazioni e delle storie di vita come strumenti di indagine conoscitiva e di intervento. Parallelamente, il modulo ha incoraggiato una profonda riflessione sulla propria pratica professionale, utilizzando i metodi autobiografici come risorsa per analizzare il proprio vissuto, il percorso di carriera e, in particolare, la complessità delle relazioni interpersonali e l'etica della cura. La prima *e-tivity*, dal titolo "*Digital Storytelling: una simulazione*", ha visto l'ideazione e la realizzazione da parte di ogni partecipante di un Curriculum relativo alla propria attività professionale attraverso immagini, video e presentazioni con Prexi o altre piattaforme, che potesse mettere in evidenza le competenze, gli aspetti di conoscenza e di abilità, pur facendo riferimento a uno dei modelli di narrazione presentati all'interno del modulo.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 1 – Moduli e insegnamenti a.a. 2023-2024. Fonte: nostra elaborazione

MODULI E INSEGNAMENTI	*SSD*
Professioni educative, scolastiche e di cura: Metodologie e metodi biografici e autobiografici	
La relazione educativa nelle professioni di cura: un tema di educazione degli adulti (parte I)	PAED-01/A
Psicologia della malattia pediatrica	PSIC-02/A
Narrazione e ricerca autobiografica	PAED-01/A
Medicina narrativa e cura delle professioni	PAED-01/A
Relazioni educative e didattica formativa nei contesti scolastici e sanitari	
E-learning e didattica nei contesti scolastici e sanitari	PAED-02/A
Progettazione formativa nei contesti scolastici	PAED-01/A
Digitale e disabilità	PAED-02/A
Risorse relazionali: il rapporto tra medici e insegnanti nei contesti ospedalieri	MEDS-20/A
Valutazione dei sistemi scolastici e di apprendimento	PAED-02/B
Biografie e pratiche autobiografiche per l'apprendimento in ambito scolastico e sanitario	PAED-01/A
Ecologie dei processi organizzativi in ambito sanitario	
La relazione educativa nelle professioni di cura: un tema di educazione degli adulti (parte II)	PAED-01/A
Pedagogia dell'innovazione nei contesti sanitari	PAED-01/A
Ecosistema formativo e la valutazione di sistema	PAED-02/B
Dimensioni emotive nei contesti organizzativi socio-sanitari (parte I)	PSIC-03/B
Progettare la formazione nei contesti scolastici e sanitari	
La relazione educativa nelle professioni di cura: un tema di educazione degli adulti (parte III)	PAED-01/A
Psicologia della disabilità: progettare l'inclusione a scuola	PSIC-02/A
La scuola, la comunità e la salute	PAED-01/B
Dimensioni emotive nei contesti organizzativi socio-sanitari (parte II)	PSIC-03/B

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Il secondo modulo del corso, intitolato "Relazioni educative e didattica formativa nei contesti scolastici e sanitari", si è concentrato sull'analisi delle dinamiche educative e didattiche in questi specifici ambiti. L'obiettivo principale è stato fornire ai partecipanti le competenze necessarie per gestire efficacemente le relazioni educative e per progettare e implementare interventi didattici che fossero al contempo innovativi e inclusivi. Particolare attenzione è stata posta anche sulla promozione dell'uso delle tecnologie digitali, con un focus specifico sugli studenti con disabilità. Inoltre, il modulo ha incoraggiato la collaborazione tra le diverse figure professionali, come insegnanti, medici e operatori sanitari, per assicurare un percorso formativo completo e personalizzato per gli studenti, e ha stimolato una valutazione critica dei sistemi scolastici e dei relativi approcci didattici al fine di identificare possibili aree di miglioramento.

Coerentemente con gli obiettivi sopracitati, la seconda *e-tivity*, dal titolo "*Attività di autovalutazione professionale*", si è incentrata sull'individuazione delle aree di competenza e i comportamenti professionali attesi, definiti precedentemente in gruppo durante le lezioni, con riferimento allo standard professionale relativo al *well-being* (Castoldi, 2011; Galliani, 2015).

Il percorso formativo che compone il terzo modulo "*Ecologie dei processi organizzativi in ambito sanitario*" ha proposto una visione integrata e multidisciplinare delle dinamiche organizzative e relazionali che caratterizzano il mondo socio-sanitario e educativo-pedagogico. L'obiettivo è stato fornire ai professionisti della cura gli strumenti necessari per comprendere e intervenire all'interno e sui processi organizzativi, promuovendo un approccio centrato sulla persona e sull'innovazione, anche tecnologica-digitale. Questo modulo ha introdotto i concetti chiave delle ecologie organizzative, analizzando le interazioni tra i diversi attori (pazienti, operatori, istituzioni) e i fattori ambientali che influenzano i processi di cura. Sono state esplorate le culture organizzative e i modelli di *leadership* all'interno delle strutture sanitarie.

In continuità con le attività di autovalutazione professionale proposte in precedenza, i partecipanti, in conclusione di questo modulo, hanno redatto una autobiografia professionale, di carattere scientifico-accademico, secondo linee guida specifiche.

Il quarto modulo "*Progettare la formazione nei contesti scolastici e sanitari*" ha approfondito la progettazione di percorsi formativi personalizzati centrati sui bisogni e le potenzialità delle persone, così come delle ultime innovazioni didattiche, con particolare attenzione all'utilizzo di metodologie attive e collaborative.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Durante il percorso, sono state proposte, da parte dei docenti, delle attività aggiuntive e complementari che sono state accolte positivamente dai partecipanti. In particolare, nel primo modulo è stata aggiunta una attività di narrazione di sé come approfondimento del modello di cura (Tronto, 1993) al fine di rintracciare gli aspetti di continuità (se presenti) tra "prendermi cura di" e "l'altro che si prende cura di me"; nel secondo modulo, grazie al laboratorio di scrittura "*Biografie e pratiche autobiografiche per l'apprendimento in ambito scolastico e sanitario*", è stato proposto un lavoro sulle mappe e sui doni; nel terzo modulo, dedicato alle ecologie organizzative, i partecipanti hanno avuto modo di proporre un lavoro di gruppo sul *Problem Based Learning*.

La dimensione dell'auto-riflessività e dell'autobiografia è stata ulteriormente stimolata attraverso la redazione, da parte dei partecipanti, della prova finale. Quest'ultima ha visto lo svolgimento di un prodotto, di carattere scientifico, al fine di approfondire la dimensione comunicativa della ricerca. A tal proposito, i corsisti hanno redatto un "*poster autobiografico: raccontarsi attraverso foto, immagini e parole*", presentato in occasione dell'evento conclusivo del Corso di perfezionamento tenutosi l'ultimo sabato di settembre dei tre anni di implementazione.

Le iniziative dell'HCL si sono rivolte a una popolazione *target* eterogenea, che include primariamente docenti ospedalieri e non di ogni ordine e grado, insieme a professionisti della cura educativa, psicologica e sanitaria. Il Corso di Perfezionamento, durante i tre anni di implementazione, ha visto la partecipazione di 81 professionisti (personale scolastico, educatori, operatori sanitari, psicologi, amministrativi e volontari) e 24 studentesse universitarie di corsi di laurea magistrale in "Scienze della Formazione Primaria", "Scienze Pedagogiche, Management della Formazione per lo sviluppo sostenibile" (LM 57/85) e "Dirigenza scolastica e pedagogia per l'inclusione" (LM 50) che hanno svolto contemporaneamente o successivamente un periodo trimestrale di tirocinio presso l'AOU Meyer. La fascia di età maggiormente rappresentativa oscilla tra i 40 e i 57 anni (50%) mentre gli under 40 sono il 25 % del totale. La maggior parte dei partecipanti (75%) proviene dal mondo della scuola. Solo 6 partecipanti di 81 totali appartengono al genere maschile, ovvero il 7,4%. Tale valore, tuttavia, indica un incremento nella rappresentanza maschile rispetto alla prima edizione 2022-2023 in cui era iscritto un solo uomo tra le 27 persone totali.

L'analisi demografica e professionale dei partecipanti al Corso di Perfezionamento, condotta attraverso le tre edizioni, restituisce l'immagine di un'utenza tuttavia complessa e stratificata, la cui composizione non solo valida la pertinenza della proposta formativa ma ne costituisce essa stessa un elemento qualificante. L'eterogeneità del gruppo d'aula si configura, infatti, non come un dato casuale, ma come il risultato tangibile dell'approccio metodologico dell'HCL che mira a federare professionalità diverse attorno a un

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

nucleo comune di competenze pedagogiche e di cura. Pur in presenza di una chiara e significativa prevalenza di figure professionali afferenti al contesto scolastico, la diversità dei ruoli, dei settori di provenienza e delle fasce anagrafiche dei partecipanti delinea un autentico ecosistema di apprendimento, un crocevia dove si incontrano e dialogano saperi, esperienze e prospettive differenti, arricchendo il percorso di apprendimento. Questo microcosmo formativo rispecchia fedelmente l'obiettivo del progetto di superare la settorializzazione degli interventi educativi e sanitari, promuovendo una cultura ed un modello improntati all'integrazione.

2. Metodologia: la co-creazione come dispositivo pedagogico e comunitario

La fase dell'HCL dedicata alla co-creazione e alla progettazione rappresenta il nucleo operativo dell'approccio metodologico del *Living Lab* adottato dal progetto. Questa fase non si configura come un'azione isolata, bensì come un processo dinamico e dialogico in cui i risultati emersi dalla fase analitica preliminare – l'analisi della letteratura, l'osservazione partecipante e la mappatura dei bisogni formativi – vengono tradotti in interventi formativi, prototipi progettuali e iniziative di ricerca mirate. Coerentemente con un paradigma eminentemente *human-centered, agency oriented* e socio-costruttivista, la progettazione non si è configurata quale processo verticistico calato dal gruppo di ricerca accademico, ma un'attività collaborativa e ricorsiva che ha coinvolto attivamente tutti gli *stakeholder* chiave, in linea con il modello della quadruplica elica proposta da Etzkowitz e Leydesdorff (2000). La definizione degli obiettivi, dei contenuti e delle metodologie del percorso formativo, così come delle iniziative di disseminazione, è avvenuta in stretta sinergia con i partner istituzionali, in particolare l'AOU Meyer, l'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana e l'Andrea Bocelli *Foundation*, come visibile nella tabella sottostante.

In questa cornice, i professionisti della cura e dell'educazione, i partner istituzionali e gli stessi partecipanti al percorso formativo sono stati considerati non come meri destinatari, ma come co-ricercatori e protagonisti attivi. Le attività intraprese in questa fase testimoniano la volontà di superare la tradizionale separazione tra teoria e prassi, tra ricerca e intervento, per dare vita a un ecosistema di apprendimento autentico in cui la conoscenza viene generata e validata attraverso l'azione condivisa. Gli esiti di questa fase, di seguito dettagliati, non sono dunque da intendersi come prodotti finiti, ma come tappe significative di un ciclo di ricerca-azione in continua evoluzione, che alimenta e orienta le successive fasi di implementazione e valutazione.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 2 – Ruolo degli Stakeholder nell'Health Community Lab Fonte: nostra elaborazione

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

2.1 Fase preliminare: Il coinvolgimento degli stakeholder: reti e sinergie di sistema

L'architettura formativa del corso è stato il primo risultato del processo di co-creazione che ha coinvolto attivamente i *partner* istituzionali (AOU Meyer, USR Toscana, Andrea Bocelli *Foundation*) e gli stessi partecipanti. La definizione dell'architettura formativa e di ricerca dell'HCL è scaturita, infatti, da un complesso processo di negoziazione e sintesi che ha visto la convergenza delle istanze scientifiche del Dipartimento FORLILPSI con i bisogni operativi espressi dai *partner* strategici, in particolare l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) Meyer, l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) per la Toscana e l'Andrea Bocelli *Foundation*. Questo approccio multi-attoriale ha garantito che gli obiettivi, i contenuti e le metodologie non rimanessero confinati in una dimensione puramente accademica, ma fossero saldamente ancorati alla realtà dei contesti di cura pediatrici e rispondessero a esigenze concrete e sentite dai professionisti sul campo.

La selezione dei temi, pur mantenendo una prevalente matrice pedagogica, ha seguito un principio di multidisciplinarietà, articolandosi in un percorso progressivo che si muove dal livello *micro* della relazione di cura, focalizzato su metodologie autobiografiche e medicina narrativa, al livello *meso* della progettazione didattica inclusiva, attenta alle tecnologie e alla va-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

lutazione, fino a giungere al livello *macro* dell'ecologia organizzativa, dedicato all'analisi sistemica e alla leadership nei contesti sanitari. L'impianto metodologico è stato il terreno più fertile per la co-creazione. Abbracciando il paradigma della *Mixed Methods Research* (MMR) e della ricerca-azione, il progetto ha adottato un approccio orientato all'apprendimento riflessivo e trasformativo (Schön, 1993; Mezirow, 2016). La didattica del Corso di Perfezionamento è stata articolata in modalità mista (*blended*), alternando lezioni frontali *online* in modalità sincrona a laboratori esperienziali in presenza. Questa scelta ha permesso di coniugare l'accessibilità della formazione a distanza con l'insostituibile valore dell'interazione diretta e della costruzione di una comunità di pratica (Wenger et al, 2002). Un elemento metodologico qualificante è stato l'uso sistematico delle *E-tivity* al termine di ogni modulo: non semplici esercitazioni, ma veri e propri dispositivi di apprendimento autoriflessivo e di produzione di dati qualitativi per la ricerca.

Parallelamente, la disseminazione dei risultati e delle pratiche sviluppate all'interno dell'HCL non è stata concepita come un'appendice finale del progetto, ma come un'attività strategica e trasversale, intrinsecamente legata alla fase di co-creazione. L'obiettivo non era semplicemente "comunicare" i risultati a un pubblico passivo, ma creare occasioni di dialogo, confronto e sinergia per amplificare l'impatto del progetto e favorire la trasferibilità del modello.

Una delle principali strategie è stata la co-organizzazione di eventi scientifici e formativi in stretta collaborazione con i partner istituzionali. La sinergia con l'USR Toscana e con l'AOU Meyer ha portato alla realizzazione di convegni e laboratori che hanno avuto il duplice scopo di condividere gli esiti della ricerca e di rafforzare la rete accademico-scientifica.

Infine, la disseminazione si è realizzata attraverso la costruzione di sinergie nazionali e internazionali, come lo studio comparativo con il sistema spagnolo e il coinvolgimento di stakeholder a livello nazionale (es. USR Piemonte) ed europeo (esperienze da Francia, Spagna, Austria), posizionando il progetto come un punto di riferimento nel campo della pedagogia ospedaliera.

2.2 La voce dei partecipanti: evidenze dal questionario di valutazione

Un esempio emblematico del carattere partecipativo del processo co-creativo è rappresentato dalla rimodulazione del calendario didattico del Corso di Perfezionamento tra la sua prima (a.a. 2022-2023) e la sua seconda edizione (a.a. 2023-2024). Questa riprogettazione non è stata il frutto di una decisione unilaterale del comitato scientifico, ma una risposta diretta e ponderata alle istanze formative emerse dal monitoraggio sistematico della prima edizione. I *feedback* raccolti avevano, infatti, evidenziato con chia-

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

rezza una criticità specifica: il carico formativo, in particolare l'elevato numero di incontri in presenza, risultava difficilmente sostenibile per un'utenza composta prevalentemente da professionisti già gravati da intensi impegni lavorativi. La direzione scientifica, in piena coerenza con l'approccio *human-centered* dell'HCL, ha accolto questa istanza come un prezioso dato di ricerca e un'opportunità di miglioramento. Il processo di rimodulazione ha quindi previsto una revisione del calendario con l'obiettivo di ottimizzare il bilanciamento tra attività a distanza e in presenza, prevedendo un minor numero di incontri in presenza per alleggerire il carico logistico e temporale sui partecipanti senza sacrificare la qualità dell'interazione.

2.3 Fase valutativa: "Il quinto modulo lo facciamo noi" come esperienza di valutazione e apprendimento collaborativo

L'attività "Il quinto modulo lo facciamo noi!" incarna in modo esemplare la filosofia co-creativa e l'approccio metodologico della ricerca-azione che animano l'HCL. Proposto come *E-tivity* conclusiva del quarto modulo del Corso di Perfezionamento 2023-2024, questo HCL è stato una reale esperienza di co-progettazione simulata. Ai partecipanti, suddivisi in piccoli gruppi di lavoro, è stato affidato il compito di progettare un ipotetico quinto modulo formativo, integrativo rispetto ai contenuti già trattati, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente gli *output* del corso. Questo dispositivo metodologico ha avuto una duplice e sinergica funzione.

- Dal punto di vista pedagogico, ha rappresentato il culmine di un percorso orientato all'*empowerment*. I partecipanti non sono stati considerati come ricettori passivi di un sapere preconfezionato, ma come professionisti riflessivi e attori competenti, capaci di analizzare criticamente la propria esperienza formativa e di formulare proposte migliorative.
- Dal punto di vista della ricerca, l'HCL si è rivelato una fonte preziosissima di dati qualitativi. L'analisi dei processi di gruppo e delle tematiche proposte hanno permesso di raccogliere indicazioni dirette sui bisogni formativi percepiti come più urgenti. Sono emerse indicazioni preziose, come la necessità di un maggiore approfondimento dei contenuti relativi alla progettazione e alla co-progettazione e, come già menzionato, il desiderio di un percorso formativo più strutturato, che hanno direttamente informato sia la riprogettazione dell'edizione successiva del corso sia l'avvio di un Master di I livello.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3. Risultati e riflessioni conclusive

Il percorso triennale di ricerca-azione dell'HCL giunge qui a un momento di sintesi e di rilancio prospettico, configurandosi come tappa fondamentale di un processo euristico e trasformativo più ampio. L'analisi integrata dei dati raccolti permette di affermare che l'HCL ha agito come un vero e proprio laboratorio di innovazione sociale e organizzativa, superando l'obiettivo di implementare una singola iniziativa formativa. Il progetto ha innescato un processo di *empowerment* individuale e collettivo, contribuito a consolidare l'identità di una comunità di pratiche riflessive e gettato le fondamenta per un ripensamento strutturale del ruolo dell'educazione all'interno delle culture e delle organizzazioni sanitarie. L'esito più significativo del progetto, pertanto, non risiede in un singolo prodotto o in un dato numerico, per quanto lusinghiero, ma nella validazione di un *approccio*, un modello operativo fondato sulla sinergia tra ricerca, formazione e intervento, capace di generare un cambiamento sostenibile perché co-costruito con gli attori stessi del contesto.

Il risultato più tangibile di questo processo è l'evoluzione del Corso di Perfezionamento in un Master Universitario di I livello, il cui avvio è previsto per l'anno accademico 2025-2026. Questa trasformazione è stata la risposta diretta a una forte domanda di maggiore professionalizzazione emersa dai partecipanti stessi, sia attraverso i questionari di valutazione sia, in modo esplicito, durante l'attività di co-progettazione "Il quinto modulo lo facciamo noi!". L'istanza dei corsisti per un percorso formativo più strutturato e approfondito è stata quindi recepita come un mandato progettuale. La stesura della proposta di Master, avvenuta tra dicembre 2024 e aprile 2025, è stata essa stessa un esercizio di co-progettazione allargata, che ha coinvolto attivamente i partner istituzionali. Attraverso una serie di incontri dedicati, la proposta è stata sviluppata in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana. Questo percorso condiviso ha garantito che il nuovo Master rispondesse a una duplice esigenza: da un lato, offrire un percorso più strutturato che possa includere occasioni di tirocinio professionalizzante; dall'altro, elevare lo *status* del percorso formativo, riconoscendo formalmente a livello accademico la transdisciplinarietà di questa area professionale.

Il quadro teorico ed empirico della ricerca è stato inoltre arricchito dall'esame comparativo con modelli internazionali, come quello spagnolo del "*Director de Aula*", figura professionale di secondo livello a matrice pedagogica, non presente nell'ordinamento italiano, deputata al coordinamento della professionalità docente ospedaliera (BOE, 2006). Tale riferimento ha offerto importanti spunti teorici ed empirici per lo sviluppo della ricerca in chiave sistemico-organizzativa, offrendo un punto di riferimento comparativo cruciale.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

La sfida futura risiede nel coltivare la comunità di pratiche generatasi e nel disseminare la cultura e le metodologie sperimentate. Il successo del progetto non risiede in un singolo prodotto, ma nella validazione di un modello operativo fondato sulla sinergia tra ricerca, formazione e intervento, capace di generare un cambiamento sostenibile perché co-costruito. Il Master rappresenta il passo cruciale per dare una sede accademica stabile a quella figura di pedagogista ospedaliero ad alta complessità che il progetto ha contribuito a delineare, con l'obiettivo ultimo di rendere ogni luogo di cura anche, e soprattutto, un luogo di vita, crescita e apprendimento.

In conclusione, i risultati del processo di valutazione, analizzati in una prospettiva comparata, restituiscono l'immagine di un progetto formativo vivo, dinamico e in costante evoluzione. L'analisi integrata dei dati quantitativi e qualitativi non solo valida la pertinenza e l'efficacia dell'approccio pedagogico e metodologico dell'HCL, ma illumina anche il processo attraverso cui il corso è cresciuto e si è affinato nel tempo, grazie a un ascolto attento e sistematico delle voci dei suoi protagonisti. Questi risultati forniscono una solida base di evidenze per sostenere l'evoluzione futura del progetto, a partire dalla trasformazione del Corso di Perfezionamento in un Master Universitario di I livello, con la consapevolezza di aver costruito più che una mera offerta formativa di eccellenza, una vera e propria comunità di professionisti riflessivi, agenti di cambiamento nel delicato e prezioso mondo della cura.

Bibliografia di riferimento

Agenzia Nazionale di valutazione del sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR). 2017. Definizione dei saperi minimi (TECO-D). Roma.

Baldacci, Massimo. 2004. Modelli della didattica. Roma: Carocci.

Boletín Oficial del Estado 2006. Ley Orgánica 2/2006, del 3 de mayo. (106), 17158-17207. <https://media.unesco.org/sites/default/files/webform/r2e002/a915aa5f13955d3ac338e7f3851b5e1a5bc5aab7.pdf> (09/2025).

Boffo, Vanna. 2022. La scuola in ospedale. Tirocinio e formazione degli insegnanti. Firenze: Editpress.

Boffo, Vanna, and Caterina Benelli. 2024. Teorie, metodologie e pratiche della ricerca autobiografica per le professioni educative, scolastiche, culturali e di cura. Prato: Anthology Digital Publishing https://doi.org/10.57569/979-12-80678-39-3

Bronfenbrenner, Urie. 2002. Ecologia dello sviluppo umano. Bologna: Il Mulino, 2002 (ed. orig. 1979). https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6

Cambi, Franco. 2002. L'autobiografia come metodo formativo. Bari: Laterza.

Castoldi, Mario. 2011. Progettare per competenze. Percorsi e strumenti. Roma: Carocci.

Connelly, Michael F., Clandinin, Jean D. and Maura Striano. (Eds.). 1997. Il curriculum come narrazione. Palermo: Paolo Loffredo.

Creswell, John W., and Vicki L. Plano Clark. 2018. Designing and Conducting Mixed Methods Research (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Del Gobbo, Giovanna. 2018. “Approccio olistico tra ricerca e azione educativa. Riflessioni introduttive”. In Paolo Federighi (Ed.), Educazione in età adulta Ricerche, politiche, luoghi e professioni (pp. 112-122). Firenze: Firenze University Press. https://doi.org/10.36253/978-88-6453-752-8
Demetrio, Duccio. 1996. Raccontarsi. L’autobiografia come cura di sé. Milano: Raffaello Cortina Editore.
Etzkowitz, Henry, and Loet Leydesdorff. 2000. “The dynamics of innovation: from national systems and ‘mode 2’ to a triple helix of university-industry-government relations”, Research Policy, 29, 109-123. https://doi.org/10.1016/S0048-7333(99)00055-4
Dotti, Andrea, and Claudio Lazzari. “Validation and Reliability of the Italian EAT-26.” Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 3, no. 4 (1998): 188-94. https://doi.org/10.1007/BF03340009
Federighi, Paolo. 2000. Glossario dell’educazione degli adulti in Europa. EURYDICE
Galliani, Luciano. 2015. L’agire valutativo. Manuale per docenti e formatori. Torino: Sei.
Hannan, Micahel T., and John Freeman. 1989. Organizational ecology. Harvard University Press.
Mezirow, Jack. 2016. La teoria dell’apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto. Milano: Raffaello Cortina. ISBN 9788860308320
Mortari, Luigina. 2012. Cultura della ricerca e pedagogia: Prospettive epistemologiche. Roma: Carocci.
Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 1948. Costituzione, Ginevra: ONU. <https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf> (09/2025)
Schön, Donald A. 1993. Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale. Bari: Dedalo.
Senge, Peter M. 1990. The fifth discipline: The art and practice of the learning organization. Broadway Business.
Siegel, Daniel J., and Mary Hartzel. 2005. Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta ad essere genitori. Milano: Raffaello Cortina.
Trinchero, Roberto. 2004. I metodi della ricerca educativa. Bari: Laterza.
Tronto, Joan C. 1993. Confini morali. Un argomento politico per l’etica della cura. Reggio Emilia: Diabasis (ed. orig. 2006).
Wenger, Etienne, McDermott, Richard Arnold, and William Snyder. 2002. Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge: Seven principles for cultivating communities of practice. Harvard Business Press.
World Health Organization (WHO) 2016. The Global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. Ginevra: ONU.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

12. Valutare gli Health Community Lab: principi, metodi e potenziale trasformativo

di *Dario Menicagli, Elisa Betti, Lisa Capitini* e *Mario Biggeri*

1. Introduzione

La valutazione degli esiti e dei processi di co-creazione attivati negli Health Community Lab (HCL) rappresenta una fase cruciale per comprendere l'efficacia, la trasferibilità e la sostenibilità delle innovazioni sociali e sanitarie generate. Gli HCL, sviluppati all'interno del progetto *Tuscany Health Ecosystem* (Spoke 10, Subproject 4), si ispirano al modello dei *Living Lab* (LL), enfatizzando la partecipazione attiva dei diversi attori della cosiddetta quadrupla elica – istituzioni pubbliche, settore privato, università e società civile – con l'obiettivo di superare i limiti di un approccio metodologico e comunicativo *top-down*, di promuovere la costruzione condivisa di soluzioni territoriali e di favorire una riflessione anche sulla quintupla elica che preveda la natura quando possibile (Grindell et al. 2022; Hossain et al. 2019).

In questa prospettiva, la valutazione non rappresenta soltanto un esercizio di misurazione *ex post*, ma un elemento intrinseco del paradigma trasformativo e innovativo che gli HCL incarnano. Essa si inserisce, infatti, in un quadro teorico che integra la *person-centred care* – tipico dell'approccio delle *capability* che è necessariamente *agency-oriented* – ponendo al centro l'*empowerment*, la resilienza e la capacità di agire (*agency*) di tutti gli individui e delle comunità (Biggeri et al. 2025; Crocker 2006; Crocker & Robeyns 2009). La valutazione diviene così strumento non solo di verifica delle attività dei laboratori, volti a ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi, a mettere al centro le necessità di cittadine e cittadini, e al rafforzamento delle competenze di comunità intere, ma anche di riflessione sull'effettiva possibilità di generare innovazione socio-sanitaria, che sia trasferibile e scalabile su molti altri territori italiani, tenendo sempre in considerazione i bisogni della popolazione locale.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

2. Quadro teorico: i principi che guidano le attività di valutazione

Il disegno valutativo si fonda su tre principi guida, equità, inclusione e sostenibilità, che costituiscono i riferimenti teorici per l'analisi dei processi e dei risultati degli HCL (Braveman e Gruskin 2003; Abass et al. 2024).

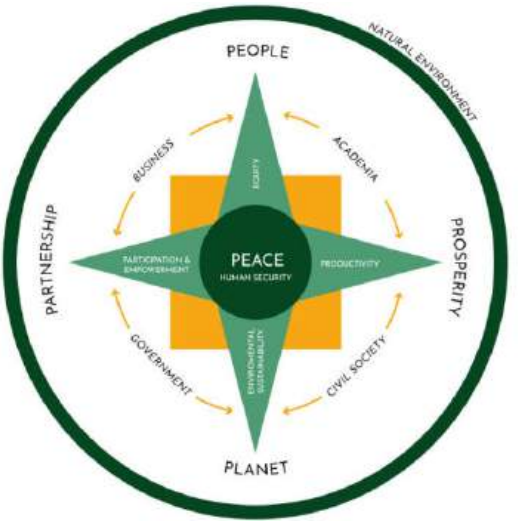
Il quadro teorico principale è il paradigma dello sviluppo umano sostenibile, che riconosce la centralità della persona e della comunità nei processi di trasformazione e si fonda su cinque pilastri – *productivity, equity, environmental sustainability, participation & empowerment* e *human security*. Il riferimento di tali pilastri viene fornito dal progetto *Sustainability Performances, Evidence and Scenarios (SPES)*[1] attivato nel contesto degli Horizon Europe Programme. In questo paradigma il ruolo dello *human collective agency* è centrale come espressione delle interazioni tra i diversi attori sociali nella transizione verso la sostenibilità. I pilastri o principi sono dunque il riferimento per l'avvio delle attività di progettazione e le finalità degli HCL. In particolare, possiamo esplicitarli per comprendere la loro funzione, descrivendoli come tali:

- equità ed efficacia: le soluzioni co-create devono affrontare le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociali, considerando i fattori socio-culturali che condizionano la fruizione dei servizi e promuovendo, al contempo, la *health* e la *navigation literacy* (Lastrucci et al. 2019);
- inclusione attraverso la partecipazione: è necessario garantire la partecipazione effettiva dei diversi attori sociali della quadrupla elica, con particolare attenzione a dare voce a persone vulnerabili e spesso escluse dalla sfera decisionale, attraverso una comunicazione che non sia gerarchica, e che prenda in considerazione le differenze tra i diversi partecipanti: culturali, di conoscenza e sociali., (Sheikh et al. 2017);
- sostenibilità e *affordability*: le soluzioni devono essere realisticamente sostenibili (ambientalmente, economicamente e socialmente), anche oltre l'implementazione dell'HCL sia in termini di risorse economico-finanziarie, sia di risorse umane, cercando di ambire ad essere scalabili e trasferibili in contesti simili (Abass et al. 2024):
- *productivity*: nel raggiungere l'efficacia è necessario l'uso efficiente delle risorse economiche, umane e naturali per la fornitura di beni e servizi, l'ampliamento delle capacità umane e l'aumento del tenore di vita per tutti;
- *human security*: definito come libertà dalla miseria, libertà dalla paura e libertà di vivere con dignità.

[1] https://www.sustainabilityperformances.eu/about/

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Fig. 1 – Immagine rappresentativa del framework dello Sviluppo Umano Sostenibile per la transizione verso la sostenibilità. Fonte: Biggeri et al. (2023, p 42)



Questi principi non si limitano a definire soltanto gli obiettivi etico-politici, ma orientano in modo essenzialmente operativo i criteri di valutazione e la selezione degli strumenti di analisi più adeguati, delineando la direzione delle progettualità e dei processi di sviluppo.

2.1 I sei criteri di valutazione

Dai principi guida derivano sei criteri utilizzati per operazionalizzare le dimensioni su cui valutare l'efficacia e l'impatto di ciascun HCL. Queste categorie rappresentano le dimensioni chiave e più facilmente oggettivabili, su cui misurare il processo di co-creazione e i risultati conseguiti dai singoli progetti.

A. *Coinvolgimento della quadrupla elica*
   Valuta l'ampiezza e l'equilibrio della partecipazione di tutti i principali attori sociali – istituzioni pubbliche, settore privato, mondo accademico e società civile – nelle diverse fasi dell'HCL. Rappresenta l'indicatore della capacità dell'HCL di attivare una governance inclusiva e multi-attoriale, condizione necessaria per la legittimità e la sostenibilità delle soluzioni co-create.
B. *Gradimento dell'esperienza*
   Misura il grado di gradimento dei partecipanti riguardo al processo di co-creazione, considerando le dimensioni edoniche (piacere e

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

coinvolgimento), cognitive (apprendimento e chiarezza degli obiettivi) e sociali (collaborazione e rispetto reciproco). Questa categoria riflette la qualità percepita del percorso partecipativo e la sua capacità di generare fiducia tra istituzioni e cittadini.

C. *Generazione di soluzioni orientate ai bisogni*
Rileva se l'HCL ha effettivamente creato soluzioni, prodotti o modelli concreti, derivanti dall'interazione tra gli *stakeholder* coinvolti e rispondenti ai bisogni individuati. È l'indicatore dell'*output* tangibile della co-creazione e della sua rilevanza rispetto alle esigenze emerse durante le attività progettuali.

D. *Sviluppo dell'agency dei partecipanti*
Valuta l'incremento della capacità dei cittadini e degli altri attori sociali di agire in modo autonomo e consapevole nella comunità, di influenzare decisioni pubbliche e di esercitare un ruolo attivo nella promozione di scelte consapevoli nell'ambito della salute e della sanità. Questa categoria misura l'impatto trasformativo dell'HCL sul piano individuale e collettivo.

E. *Sostenibilità della soluzione*
Esamina la possibilità che la soluzione co-creata sia mantenuta, adottata e ulteriormente sviluppata anche a seguito della conclusione dell'HCL in termini di risorse umane, economiche, organizzative e ambientali. È l'indicatore della capacità di durare nel tempo e di generare effetti strutturali utilizzando il concetto di *affordability.*

F. *Replicabilità della soluzione*
Considera la potenzialità della soluzione e/o del modello sviluppato da essa di essere adattato e trasferito in altri contesti territoriali o tematici, preservandone i principi fondamentali e, al contempo, considerando le caratteristiche intrinseche dello scenario di destinazione. Questa categoria misura la scalabilità e il valore di apprendimento dell'esperienza in ambito regionale.

3. Gli strumenti di valutazione

L'impianto metodologico prevede un insieme di strumenti complementari, capaci di cogliere, al tempo stesso, sia la qualità del processo di co-creazione, sia la solidità e la replicabilità degli esiti. In particolare, vengono utilizzati/implementati tre strumenti:

- l'*Health Community Lab checklist* (*HCL checklist*): rappresenta lo strumento principale e trasversale per la valutazione degli HCL. Esso consente di valutare i progressi raggiunti dai diversi progetti, assegnando un punteggio specifico per ognuno dei sei criteri individuati (Van Geenhuizen 2018);

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

- il questionario di partecipazione: utilizzato nelle fasi di implementazione per rilevare il livello di gradimento e il cambiamento nella capacità di agire (*agency*) dei partecipanti, attraverso scale validate che misurano dimensioni edoniche, cognitive e sociali dell'esperienza co-creativa (Doolittle e Faul 2013; Verleye 2015);
- il questionario di valutazione degli stakeholder: rappresenta lo strumento attraverso cui i referenti degli HCL hanno valutato il progetto al quale hanno partecipato.

Questa combinazione di strumenti consente di integrare efficacemente dati quantitativi e qualitativi, fornendo un quadro multidimensionale e comparabile della capacità degli HCL di generare innovazione sociale e sanitaria. La valutazione diviene così parte integrante del processo stesso di co-creazione: non soltanto verifica dei risultati, ma anche pratica riflessiva che alimenta apprendimento collettivo e miglioramento continuo.

Di seguito, questi strumenti saranno descritti singolarmente per esplicitare le dimensioni misurate e le rispettive metriche.

3.1 L'Health Community Lab checklist

La checklist rappresenta uno strumento di valutazione globale di ciascun HCL ad opera dei ricercatori del gruppo Spoke 10 del *Tuscany Health Ecosystem*.

La struttura riprende i sei criteri di valutazione degli HCL e definisce per ciascuno tre domande o item a cui il valutatore può assegnare un punteggio da 0 a 2, in base al livello con cui il progetto ha soddisfatto quell'aspetto (0=non soddisfatto, 1=parzialmente soddisfatto, 2= pienamente soddisfatto). L'utilizzo di questo strumento permette dunque una valutazione integrata di ciascun HCL con un punteggio totale che varia da 0 a 36. Allo stesso tempo ogni criterio può essere valutato singolarmente attraverso la somma dei punteggi delle tre domande che lo compongono (in un range da 0 a 6). Non è stata definita una soglia specifica con cui ciascun criterio si considera superato, ma un punteggio inferiore a 3 indica che i valutatori hanno riscontrato una debolezza dell'HCL in quello specifico ambito.

L'HCL checklist viene completata in formato digitale dagli esperti al termine dell'HCL stesso, ponendo attenzione che i valutatori rispondenti abbiano partecipato alle fasi del progetto e abbiano consultato i documenti e i prodotti che vi sono stati sviluppati.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

3.2 Il questionario di partecipazione: struttura e finalità

Il questionario di partecipazione è lo strumento utilizzato per misurare la qualità e l'impatto specifico dei processi di co-creazione sviluppati all'interno degli HCL. La sua finalità principale è quella di valutare le dimensioni chiave del percorso partecipativo attraverso la compilazione effettuata dai partecipanti direttamente all'inizio e alla fine della fase di co-creazione. La compilazione avviene tramite un QR code collegato al questionario online.

Gli elementi valutati sono:

- lo sviluppo della capacità di *agency* dei partecipanti (corrispondente al criterio D di valutazione). Tale elemento è valutato attraverso la scala a 9 item *di Doolittle e Faul (2013),* originariamente ideata per la misurazione del costrutto di *civic engagement*[2]. Il punteggio ottenuto misura quindi il senso di autonomia, fiducia e capacità percepita nel contribuire in modo significativo alla vita della comunità di appartenenza. All'interno della valutazione del processo di partecipazione la scala viene utilizzata per valutare il livello iniziale e finale di *agency* dei partecipanti. Il punteggio finale corrisponde alla media delle risposte del partecipante in scala Likert da 1 a 5;
- il gradimento dell'esperienza (corrispondente al criterio B di valutazione). Tale elemento è valutato attraverso l'adattamento della scala a 13 item di Verleye (2015), ideata per misurare il gradimento dei partecipanti rispetto all'esperienza co-creativa. L'assegnazione del punteggio avviene calcolando la media delle risposte dei partecipanti in scala Likert da 1 a 5.

Mentre la valutazione dell'agency dei partecipanti viene misurata all'inizio e alla fine delle attività co-creative, per il gradimento la misurazione avviene solo al termine dell'esperienza di partecipazione.

3.3 Il questionario di valutazione degli stakeholder

Per fornire una valutazione esterna dell'operato e degli esiti degli HCL sono stati chiamati diversi soggetti, provenienti da contesti diversificati – tra cui fondazioni, associazioni sportive, Enti del Terzo Settore, amministrazioni comunali, organizzazioni sportive e istituzioni scolastiche – con l'obiettivo di descrivere la propria esperienza attraverso un set di domande comune. A differenza degli altri strumenti utilizzati, questo questionario non mira a fornire una misura meramente quantitativa della percezione degli stakeholder

[2] Il *civic engagement* rappresenta un costrutto utilizzato in Psicologia Sociale per operazionalizzare il grado di coinvolgimento e impegno che un individuo sviluppa verso i problemi e le necessità della propria comunità di appartenenza (Pancer, 2014).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

verso i rispettivi progetti, ma intende restituire una lettura qualitativa e soggettiva delle opinioni e delle sensazioni rispetto alla metodologia adottata.

Il questionario è stato realizzato con la piattaforma online *Google Modules*, per facilitare la partecipazione e la raccolta di dati ed è composto da 12 domande, a cui il rispondente poteva accedere attraverso un invito via e-mail.

Le prime 6 domande a risposta chiusa erano indirizzate alla valutazione degli stessi criteri utilizzati nella Checklist interna, ma in questo caso adottando una formulazione che rendesse comprensibile il focus valutativo anche ai non addetti ai lavori. I valutatori hanno potuto esprimere il proprio grado di accordo tramite tre opzioni: affermativa ("Sì"), negativa ("No") e parziale ("Parzialmente"). Per ogni criterio la risposta era quindi tradotta in un punteggio da 0 a 2, in modalità speculare allo strumento di valutazione interna degli HCL. Il punteggio massimo ottenibile per ogni HCL era quindi di 12. Le successive domande aperte hanno, invece, permesso di estendere i commenti e i suggerimenti da parte degli stakeholder, nello specifico relativamente alle proposte di estensione e miglioramento degli HCL.

4. I risultati delle attività di valutazione

La valutazione complessiva degli HCL è avvenuta quindi integrando le informazioni presenti nei tre strumenti con un confronto tra referenti esterni ed interni rispetto ai sei criteri di riferimento e mettendo a fuoco nello specifico i processi di co-creazione. I risultati complessivi della metodologia HCL possono essere compresi solo alla luce di una prospettiva che allinei queste tre fonti.

In questo contesto ciascun HCL presentato nei capitoli precedenti è identificato con un nome abbreviato per facilitare la rappresentazione dei dati e la descrizione dei risultati.

4.1 La valutazione attraverso la Health Community Lab checklist

La valutazione di esito dei laboratori mostra un livello complessivo di soddisfacimento dei criteri stabiliti, pur presentando disparità evidenti sia tra i progetti sia all'interno delle singole categorie.

I punteggi mostrati nella tab. 1 evidenziano come nessun laboratorio raggiunga il punteggio finale massimo, sebbene i valori medi siano complessivamente positivi e alti.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 1 – Punteggi per i sei criteri di valutazione degli HCL e punteggio totale. Ogni criterio può ottenere un punteggio compreso tra 0 e 6

HCL	*Coinvolgimento (A)*	*Soddisfazione esperienza (B)*	*Generazione soluzioni (C)*	*Sviluppo agency (D)*	*Sostenibilità della soluzione (E)*	*Replicabilità della soluzione (F)*	*Totale*
Accoglienza	5	5	5	6	2	4	27
Aree Interne	4,75	6	4,75	4	1,5	4	25
Cura Globale	5,25	4,75	5	4,5	1	4	24,5
Cure Palliative	3	4	3,75	4,5	4	3,75	23
DNA	4,67	5,67	4,33	5	4,33	4,33	28,3
GreenLab	4	6	4,67	4,67	1	3,33	23,7
HPVoice	4	6	5	5	2	5	27
Scuola in Ospedale	4	4	4	4	3	5	24

Il coinvolgimento degli stakeholder (Criterio A) presenta punteggi elevati in ogni progetto, con il valore minore attribuito all'HCL Cure Palliative, probabilmente a causa della provenienza molto eterogenea degli enti e dei soggetti durante la co-creazione, che ha impedito di amalgamare i contributi dei professionisti e stakeholder coinvolti.

In generale, la soddisfazione legata all'esperienza (Criterio B) è positiva per tutte le attività progettuali, valore che si collega direttamente alla capacità degli HCL di incrementare l'*agency* dei partecipanti (Criterio D). L'andamento analogo di questi criteri corrisponde al successo delle attività di co-creazione che, anche nelle diverse forme, hanno favorito il coinvolgimento dei partecipanti, creando una sinergia dei loro punti di vista finalizzata ad un risultato specifico. La generazione di una soluzione, o di un prototipo (Criterio C) risulta infatti appropriata per la maggior parte degli HCL, sebbene sotto le aspettative ancora per il progetto Cure Palliative. In questo caso la soluzione creata, ossia le indicazioni su una presa in cura specifica su questo tema, risultano forse eccessivamente astratte per gli esperti, che hanno valutato con un valore medio l'esito del progetto.

I criteri finali E ed F evidenziano il messaggio più polarizzante. Rispetto alla sostenibilità delle soluzioni generate dai progetti, è evidente che gli HCL soffrono, secondo i valutatori, di una difficoltà nel creare un percorso che prosegua e applichi successivamente i prototipi stessi. Se, infatti, tali soluzioni sono giudicate facilmente replicabili nella maggioranza dei casi, la loro

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

carenza risiede nel successivo momento di presa in carico delle idee da parte di uno stakeholder e nella definizione di un piano dettagliato con cui queste possano essere applicate in un contesto reale.

Un'indicazione precisa del significato di questi punteggi può essere colta notando i valori, stavolta sopra la media, dell'HCL Cure Palliative e dell'HCL DNA.

In questi progetti è evidente che la partecipazione iniziale degli stakeholder giochi un ruolo importante nel mantenimento e implementazione delle soluzioni co-create, mostrando un'omogeneità tra le fasi degli HCL e nell'impegno finale verso la prosecuzione delle idee sviluppate.

Comparando il punteggio totale degli HCL, si può notare come le valutazioni più alte siano attribuite proprio ai progetti che sono stati portati avanti grazie ad una collaborazione più assidua con gli enti e le istituzioni pubbliche, e dove l'obiettivo di co-creazione era stato maggiormente definito nelle fasi iniziali. In questi casi, il coinvolgimento degli stakeholder è stato più equilibrato rispetto alle dimensioni della quadrupla elica ed è stato funzionale nel facilitare l'organizzazione delle attività dell'HCL.

4.2 La valutazione del grado di partecipazione durante gli Health Community Lab

L'utilizzo di un questionario specifico come quello partecipativo ha consentito una valutazione efficace delle attività in fase di implementazione dei progetti e ha permesso di misurare l'aspetto centrale della metodologia HCL, ossia l'efficacia del processo di co-creazione nei suoi elementi fondamentali.

Come è possibile osservare dalla tab. 2, il numero di partecipanti effettivi alle fasi di co-creazione è più ristretto rispetto ai soggetti definibili come stakeholder degli HCL. Allo stesso tempo, a livello demografico, un'equilibrata partecipazione di entrambi i generi oltre all'età media dei partecipanti mostra un profilo simile per tutti i progetti. Una disparità effettiva si nota invece dal contesto di provenienza dei soggetti, dove prevalgono i partecipanti afferenti agli enti associativi o pubblici. I singoli cittadini sono rari, probabilmente a causa delle modalità di comunicazione e coinvolgimento adottate nei progetti, mentre i ricercatori appaiono poco numerosi poiché già compresi negli esperti dello Spoke 10 che hanno condotto gli HCL stessi.

Allo stesso modo, è evidente come non tutti i partecipanti abbiano compilato il questionario partecipativo, probabilmente causa di difficoltà nell'accesso digitale all'applicazione.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 2 – Informazioni descrittive sui partecipanti alle attività di co-creazione per ogni HCL. Sono riportati l'appartenenza dei partecipanti alle categorie della quadrupla elica e il numero di partecipanti che ha risposto al questionario al termine della co-creazione

HCL	*N*	*Donne*	*Età*	*Associazioni*	*Cittadini*	*Pubblico*	*Ricerca*
Accoglienza	8	5	52	1	2	5	0
Aree Interne	24	10	57	14	3	7	0
Cura Globale	19	15	42	5	2	8	4
Cure Palliative	38	27	50	11	3	24	0
DNA	29	16	46	19	10	1	0
GreenLab	9	6	58	3	4	0	2
HPVoice	8	4	35	1	0	5	2

Tab. 3 – Valori di media e deviazione standard (DS) delle scale di valutazione del questionario di partecipazione

Scala	*N*	*Media*	*DS*
Agency PRE	71	4.31	0.721
Agency POST	71	4.46	0.493
Gradimento globale	71	4.03	0.613

Analizzando i risultati però (tab. 3), è possibile stimare con accuratezza gli effetti della co-creazione, che corrispondono ad un generale aumento del livello di agency e ad una soddisfazione complessivamente elevata per le attività a cui gli stakeholder hanno preso parte. Risulta interessante sottolineare come, nonostante il livello inizialmente alto di *agency* media nei partecipanti, tale valore sia aumentato ulteriormente dopo il momento co-creativo.

Per capire le potenzialità del processo co-creativo, è utile osservare il punteggio dei singoli *item* che compongono la scala di gradimento (tab. 4). Ad esempio, si può notare come i valori delle domande legate al tono emotivo e alla qualità delle relazioni instaurate durante la fase co-creativa siano più alti rispetto a quelli corrispondenti all'apprendimento e alla ricezione di nuove

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

informazioni da parte dei partecipanti. Questa differenza ha permesso, infatti, di comprendere come le attività co-creative messe in campo abbiano avuto un valore maggiore sul piano sociale e affettivo per gli stakeholder, laddove la percezione di soddisfazione sul piano dell'educazione è stata buona, seppure inferiore.

Tab. 4 – Valori di media e deviazione standard (DS) delle scale di valutazione della Soddisfazione

Item Scala di Gradimento	*Media*	*Deviazione Standard*
[Ho incontrato persone con cui condivido interessi simili]	4.13	1.108
[Ho fatto buona impressione sugli altri]	3.46	0.693
[Ho reso gli altri consapevoli delle mie conoscenze e idee]	4.07	0.662
[Mi sono sentito connesso con le persone]	4.24	0.918
[Le interazioni sono state piacevoli]	4.41	0.748
[Mi ha fatto venire nuove idee]	4.00	0.956
[Mi ha permesso di aggiornarmi su nuove idee e innovazioni]	3.90	0.988
[Ho potuto mettere alla prova le mie capacità]	3.63	0.898
[Ho acquisito nuove conoscenze]	3.90	1.002
[Ho potuto migliorare le mie capacità]	3.79	0.946
[Mi è piaciuto]	4.49	0.734
[È stata una bella esperienza]	4.58	0.647
[È stato divertente]	3.99	0.964

Il processo co-creativo si configura, quindi, come un momento di scambio e di connessione con i diversi partecipanti al tavolo dell'HCL e la sua efficacia risiede nell'opportunità di creare uno spazio condiviso, oltre che un momento di acquisizione di nuove informazioni e/o sviluppo di nuove capacità individuali e collettive.

4.3 La valutazione dei progetti e della metodologia da parte degli Stakeholder

Il questionario di valutazione degli stakeholder, somministrato nel penultimo mese di attività della linea di ricerca THE - *Tuscany Health Ecosystem* (ottobre 2025), ha coinvolto 29 referenti che hanno precedentemente partecipato ai vari progetti HCL. I partecipanti sono stati indicati dai responsabili

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

dei singoli progetti HCL dell'Università degli Studi di Firenze e selezionati in base al loro ruolo e tipologia di partecipazione alle attività progettuali.

Tali referenti esterni hanno fornito un quadro di valutazione che può essere messo a paragone con i valori dei criteri descritti internamente, nonostante le scale di punteggio differenti.

Le due fonti mostrano distribuzione dei valori simili, sebbene gli stakeholder abbiano assegnato valutazione più alte, raggiungendo, in molti HCL, quasi il massimo grado ottenibile. I criteri B e C evidenziano la concordanza e il livello di punteggio più alti, indicando che i progetti hanno soddisfatto in modo complessivo i referenti e che, a loro giudizio, sono riusciti a creare delle soluzioni appropriate attraverso le attività svolte.

Questi due criteri evidenziano, di fatto, una visione globale positiva tramite l'esperienza più diretta che gli stakeholder possono fornire. In tal senso, la valenza affettiva della soddisfazione e il raggiungimento di un obiettivo concreto sono gli elementi più facilmente riferibili dai partecipanti.

Il livello di *agency* mostra valori più discontinui, poiché la percezione di influenza da parte dei referenti sul contesto di appartenenza e sui temi affrontati è generalmente più difficile da quantificare. I valori più bassi sono assegnati agli HCL in cui le soluzioni sono rimaste ad un grado più astratto o in cui il contesto su cui applicare le soluzioni stesse era percepito come più complesso.

I criteri legati al coinvolgimento degli attori degli HCL (Criterio A) e alla possibile sostenibilità delle soluzioni (Criteri E ed F) seguono andamenti simili (vedi Tab. 5). Questi risultati sono motivati anche dai commenti forniti dai valutatori, in cui viene fatta ampia menzione della necessità di allargare ulteriormente il numero e la provenienza dei partecipanti nei vari progetti. Se, infatti, la metodologia HCL è stata giudicata favorevolmente, i referenti auspicano l'estensione del coinvolgimento anche ad altri partner, per rafforzare la sostenibilità delle soluzioni co-create, così come per replicarne i risultati in contesti nuovi.

Il questionario mostra in questo caso che gli stakeholder hanno giudicato in modo, comunque, più ottimistico la prosecuzione dei prototipi e delle soluzioni, rispetto al giudizio espresso internamente dal gruppo di lavoro Spoke 10. Guardando ancora ai punteggi totali si può scorgere un'ultima conclusione: l'HCL con la valutazione complessivamente più bassa, ossia Cura Globale, soffre probabilmente della modalità di conduzione della fase centrale di co-creazione, avvenuta da remoto ed in modo anonimo. Da questo punto di vista, infatti, le attività in presenza sono probabilmente valutate come più efficaci per creare collaborazione e soluzioni accettate e condivise tra i partecipanti.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Tab. 5 – Valori attribuiti dagli Stakeholder alle attività dell'HCL. Ogni criterio può ottenere un valore che è compreso tra 0 e 2

HCL	*Coinvolgimento (A)*	*Soddisfazione esperienza (B)*	*Generazione soluzioni (C)*	*Sviluppo agency (D)*	*Sostenibilità della soluzione (E)*	*Replicabilità della soluzione (F)*	*Totale*
Accoglienza	1,5	2	2	2	2	1,5	11
Aree Interne	1,75	2	2	1,5	1,5	1,5	10,2
Cura Globale	1,5	2	1,5	1,5	1,5	1,5	9,5
Cure Palliative	2	2	2	2	1,67	2	11,6
DNA	1,67	2	2	1,67	1,67	1,7	10,6
GreenLab	1,8	2	2	1,8	1,6	1,8	11
HPVoice	2	2	2	2	2	1,5	11,5
Scuola in Ospedale	2	2	2	1	2	2	11

5. Conclusioni

La valutazione condotta sugli HCL ha messo in luce il potenziale trasformativo della metodologia co-creativa, capace di generare impatti positivi sia sul piano sociale che su quello individuale. L'analisi dei dati ha dimostrato come la partecipazione attiva degli attori della quadrupla elica abbia favorito il gradimento dei partecipanti e incrementato la loro agency, alimentando processi comunicativi di fiducia reciproca, collaborazione e senso di appartenenza.

Infatti, l'analisi dei questionari valutativi restituisce un quadro complessivamente molto positivo rispetto all'esperienza dei progetti HCL e alla metodologia adottata. I partecipanti hanno riconosciuto il valore del modello nel favorire processi di collaborazione, co-creazione e innovazione sociale, sottolineandone la capacità di generare impatti concreti nei contesti territoriali presi in carico.

Permangono, tuttavia, alcuni dubbi e criticità, in particolare rispetto alla sostenibilità e alla capacità di tradurre le soluzioni prototipali in applicazioni

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

concrete e durature. Questo limite evidenzia la necessità di un maggior impegno degli *stakeholder* istituzionali in termini di interesse economico (e non solo) nel sostenere il passaggio dalla fase laboratoriale alla fase implementativa, nonché di un disegno strategico che preveda risorse e governance adeguate. In tal senso, i partecipanti alla valutazione hanno evidenziato la necessità di garantire risorse adeguate e un coinvolgimento sistematico dei diversi attori territoriali, non solo di quelli usuali ma anche inusuali e/o con visioni conflittuali, affinché la metodologia possa essere pienamente integrata nelle pratiche di programmazione e progettazione locale, portando a soluzioni concrete e durature nel rispetto e nell'ascolto dei bisogni della cittadinanza e delle realtà coinvolte.

La metodologia HCL si è distinta, inoltre, per la sua attenzione nel tenere conto delle espressioni e dei bisogni di tutte e tutti i partecipanti ai progetti, creando spazi di confronto orizzontali, autentici, comunicativi e formativi, caratterizzati dall'ascolto di differenti punti di vista. Non a caso, un altro elemento di rilievo, è quello che ha interessato la capacità del metodo di coinvolgere le giovani generazioni: attraverso modalità interattive e partecipative, gli HCL sono riusciti a stimolare interesse attivo, consapevolezza e protagonismo su temi legati alla salute e al benessere.

Infine, è importante sottolineare che i differenti valori degli HCL – sociali, politici, culturali, economici – non dovrebbero risiedere solo nelle soluzioni sviluppate, ma anche nell'interezza del processo che li alimenta: uno spazio comunicativo e inclusivo di confronto e innovazione sociale, in grado di rafforzare la *health literacy* e le competenze delle comunità oltre che di stimolare nuove forme di collaborazione tra la cittadinanza, le istituzioni, il mondo della ricerca e delle imprese.

Nel complesso, i risultati delle analisi confermano l'efficacia della metodologia HCL come strumento di innovazione e partecipazione, capace di attivare reti di valorizzazione delle competenze individuali e collettive, oltre che di favorire un cambiamento culturale orientato alla sostenibilità, alla cura e alla collaborazione. L'approccio HCL può, di conseguenza, costituire un modello flessibile e adattabile in svariati contesti; tuttavia, ciò potrà avvenire – se e solo se – le condizioni di equità, inclusione e sostenibilità saranno sempre garantite insieme al riconoscimento della centralità e dei bisogni di ogni soggetto coinvolto, sia esso pubblico o privato.

Bibliografia di riferimento

Abass, Luqman Adewale, Usuemerai, Precious Azino, Ibikunle, Olumide Emmanuel, Alemede, Victor, Nwankwo, Ejike Innocent, & Mbata, Akachukwu Obianuju. "Public-private partnerships to enhance healthcare access and affordability". Int J Multidiscip Res Growth Eval, no. 5(4), (2024): 1327-1344. https://doi.org/10.54660/.IJMRGE.2024.5.4.1327-1344

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Biggeri, Mario, Ferrannini, Andrea. *The "winds of change": the SPES framework on Sustainable Human Development*. SPES Working paper no. 2.1, SPES project – Sustainability Performances, Evidence and Scenarios. Florence: University of Florence. Available at: https://www.sustainabilityperformances.eu/publications-deliverables/

Braveman, Paula, & Gruskin, Sofia. "Poverty, equity, human rights and health. Bulletin of the World Health organization". no. 81, (2003):539-545. PMCID: PMC2572503

Crocker, David A., & Robeyns, Ingrid. "Capability and agency", in Amartya sen, Cambridge University Press, (2009): 60-90.

Crocker, David "Sen and deliberative democracy. Capabilities equality": Basic issues and problems, Routlege Innovation and Political Theory, (2006):155-197.

Doolittle, Anna, & Faul, Amy. C. "2Civic engagement scale: A validation study. Sage Open", no. 3(3), (2013): 2158244013495542. https://doi.org/10.1177/2158244013495542

Grindell, Cheryl, Coates, Elizabeth, Croot, Liz, and O'Cathain. "The use of co-production, co-design and co-creation to mobilise knowledge in the management of health conditions: a systematic review". BMC Health Services Research, no. 22(1), (2022): 877. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08079-y

Hossain, Makter, Leminen, Seppo, and Westerlund, Mika. "A systematic review of living lab literature". Journal of cleaner production, 213 (2019): 976-988. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.12.257

Lastrucci, Vieri, Lorini, Chiara, Caini, Saverio, Bonaccorsi, Gugliemo. "Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-sectional study in a population-based sample in Florence". PloS one, no. 14(12), (2019): e0227007. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227007

Sheikh, Zaryab, Islam, Thair., Rana, Shafaq., Hameed, Zahid., & Saeed, Usman. Acceptance of social commerce framework in Saudi Arabia. *Telematics and Informatics*, *34*(8) (2017), 1693-1708.

Van Geenhuizen, Martina. "A framework for the evaluation of living labs as boundary spanners in innovation". Environment and Planning C: Politics and Space, 36(7), (2018): 1280-1298. https://doi.org/10.1177/2399654417753623

Verleye, Katrien. "The co-creation experience from the customer perspective: its measurement and determinants". Journal of Service Management, no. 26(2), (2015): 321-342. https://doi.org/10.1108/JOSM-09-2014-0254

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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,

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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).

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 (DISEI), per il supporto offerto e per aver accompagnato con attenzione e sensibilità l'intero percorso di ricerca.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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 Traslazionale 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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835188704

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.

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze