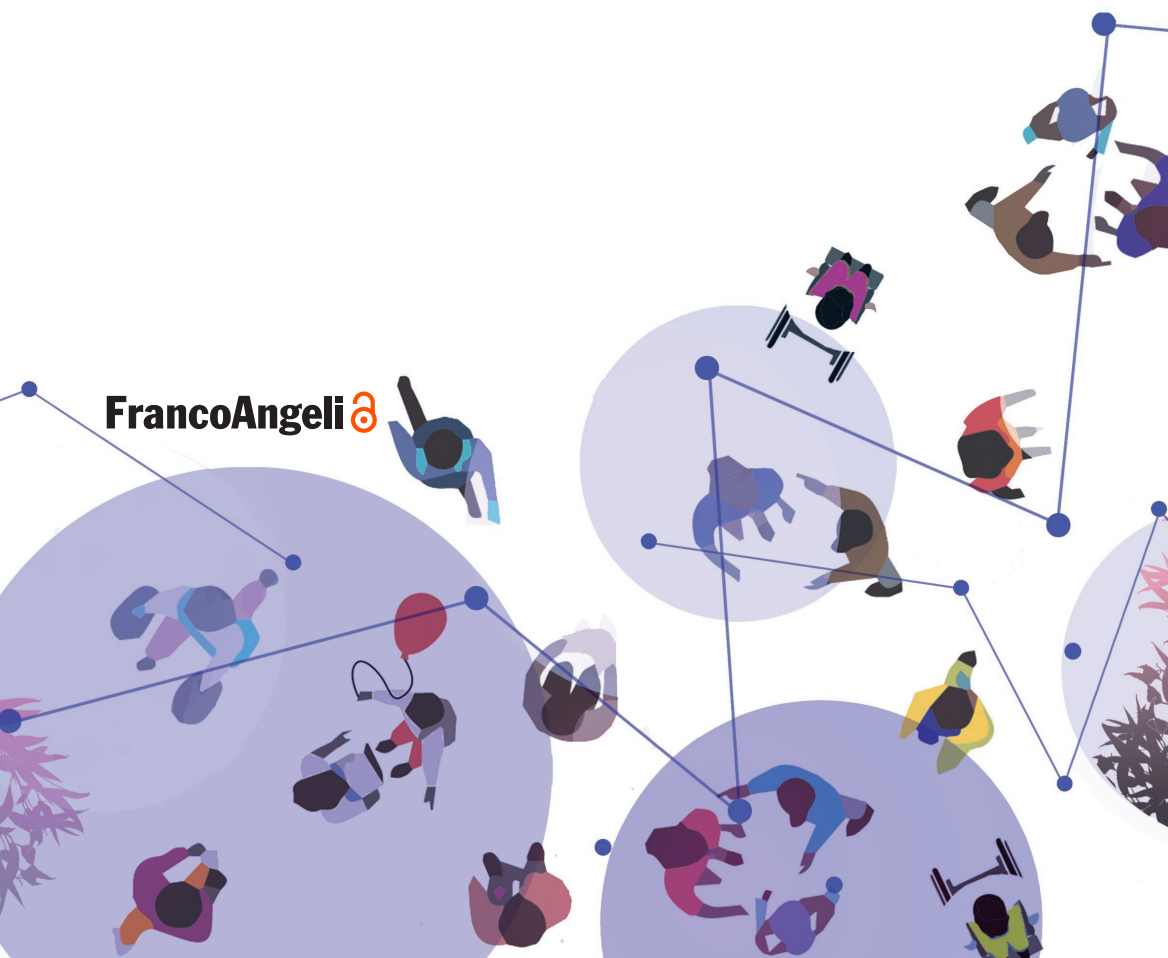


Health Community Lab

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

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

FrancoAngeli 





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

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

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

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

Health Community Lab

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

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

FrancoAngeli 

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



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE



THE
Tuscany Health Ecosystem



Health
Community
LAB

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

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

Isbn: 9788835180944

Isbn e-book Open Access: 9788835188704

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

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

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

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

Indice

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

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

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

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

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 Setola¹

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).

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 riferimento². 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 collocate³.

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).

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 caregiver⁴.

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, disaggiate 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.

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

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:

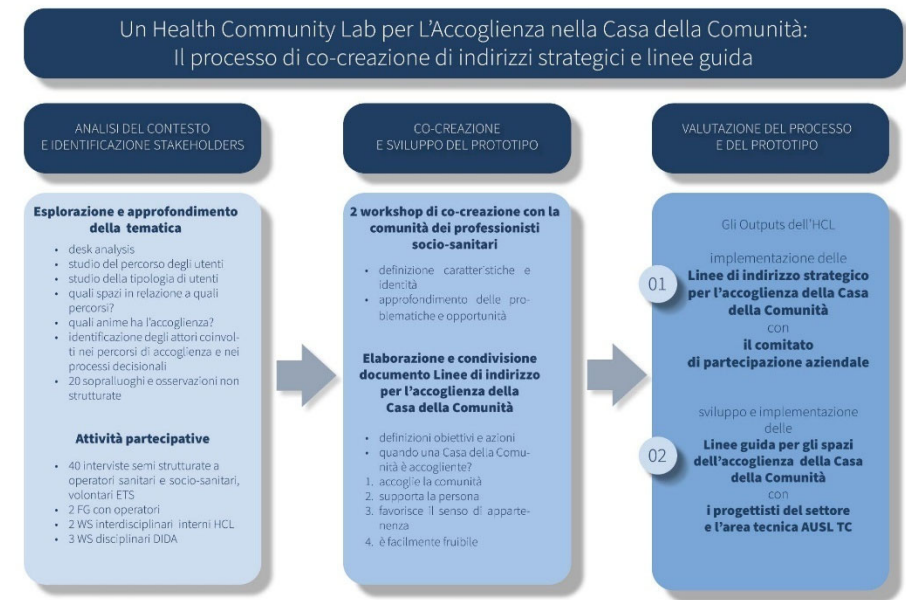
- enti pubblici: Azienda USL Toscana Centro, Società della Salute di Firenze; Dipartimenti della Azienda USL Toscana Centro coinvolti: Dip. rete sanitaria territoriale, Dip. delle professioni tecnico sanitarie, Dip. servizio sociale, Dip. assistenza infermieristica e ostetrica, Dip. attività riabilitazione 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.

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
Fase preliminare	Ideazione	X	X	X	X
	Analisi di contesto e pianificazione	X		X	
Fase 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.



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 Hub⁵ 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.

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

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.

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.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>
[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

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-

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>
[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

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

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

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.

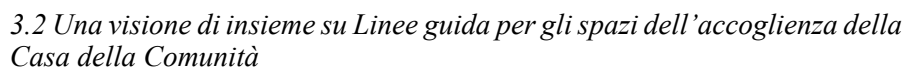
3) Favorisce il senso di appartenenza - La Casa della Comunità, al fine di stimolare la nascita e il consolidamento del senso di comunità e generare coesione sociale, ha il compito di favorire il senso di appartenenza al luogo. Coinvolgere la comunità in attività e iniziative culturali, artistiche, ludiche, occasioni di relazione e socialità, volontariato e formazione, favorisce il senso di appartenenza alla Casa della Comunità come punto di riferimento

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 *équipe* 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 della 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

Fig. 2 – Mappa concettuale dell'Accoglienza nella Casa della Comunità. Fonte: nostra elaborazione



132

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 implementazione⁶ 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

- 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 Comunità⁷, 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.

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.

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.

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;

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 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

- 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>

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.