



02

Publicness nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi

VOLUME 02 A CURA DI MASSIMO BRICCOLI E LAURA SAIJA

ATTI DELLA XXVII CONFERENZA NAZIONALE SIU - SOCIETÀ ITALIANA DEGLI URBANISTI
PUBLICNESS: LE SFIDE DELLA DIMENSIONE PUBBLICA NELLE CITTÀ E NEI TERRITORI
MILANO 18-20 GIUGNO 2025



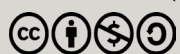
Società Italiana
degli Urbanisti



PLANUM PUBLISHER | www.planum.net

Planum Publisher e Società Italiana degli Urbanisti
ISBN: 978-88-99237-85-1

I contenuti di questa pubblicazione sono rilasciati
con licenza Creative Commons, Attribuzione -
Non commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0
Internazionale (CC BY-NC-SA 4.0)



Volume pubblicato digitalmente nel mese di giugno 2026
Pubblicazione disponibile su www.planum.net |
Planum Publisher | Roma-Milano

02

***Publicness* nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi**

VOLUME 02 A CURA DI MASSIMO BRICCOLI E LAURA SAIJA

ATTI DELLA XXVII CONFERENZA NAZIONALE SIU - SOCIETÀ ITALIANA DEGLI URBANISTI
PUBLICNESS: LE SFIDE DELLA DIMENSIONE PUBBLICA NELLE CITTÀ E NEI TERRITORI
MILANO 18-20 GIUGNO 2025

**ATTI DELLA XXVII CONFERENZA NAZIONALE SIU
SOCIETÀ ITALIANA DEGLI URBANISTI
PUBLICNESS: LE SFIDE DELLA DIMENSIONE PUBBLICA NELLE CITTÀ E NEI TERRITORI
MILANO, 18-20 GIUGNO 2025**

La Conferenza è organizzata dalla Società Italiana degli Urbanisti e dal Dipartimento di Architettura e Studi Urbani – DASTU – Politecnico di Milano, con CRAFT- Competence Center Anti Fragile Territories del DASTU e con il Dipartimento Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito ABC – Politecnico di Milano. La conferenza è patrocinata dal Comune di Milano.

COMITATO SCIENTIFICO

Angela Barbanente (Presidente SIU - Politecnico di Bari), Massimo Bricocoli (Politecnico di Milano), Antonella Bruzzese (Politecnico di Milano - Responsabile scientifica della XXVII Conferenza SIU), Grazia Brunetta (Politecnico di Torino), Giuseppe De Luca (Università degli Studi di Firenze), Elena Dorato (Università degli Studi di Ferrara), Romano Fistola (Università degli Studi Federico II Napoli), Enrico Formato (Università degli Studi di Napoli Federico II), Adriana Galderisi (Università degli Studi della Campania), Carla Tedesco (Università Iuav di Venezia), Maurizio Tira (Università degli Studi di Brescia), Michele Zazzi (Università degli Studi di Parma).

COMITATO SCIENTIFICO LOCALE

Massimo Bricocoli (DASTU), Antonella Bruzzese (Responsabile scientifica della XXVII Conferenza SIU), Antonio Longo e Gabriele Pasqui (Referenti SIU Milano), Federico Zanfi (Coordinatore YoungerSIU 2025), Andrea Arcidiacono, Bertrando Bonfantini, Alessandro Coppola, Luca Gaeta, Scira Menoni, Eugenio Morello, Carolina Pacchi, Paola Pucci, Paola Savoldi.

COMITATO SCIENTIFICO SIU/MILANO

Antonella Bruzzese (Responsabile scientifica della XXVII Conferenza SIU), Antonio Longo e Gabriele Pasqui (Referenti SIU Milano), Paolo Bozzuto, Francesca Cognetti, Grazia Concilio, Francesco Curci, Stefano Di Vita, Valeria Fedeli, Antonio Longo, Chiara Merlini, Anna Moro, Laura Montedoro, Laura Pogliani, Paolo Pileri, Davide Ponzini, Maria Chiara Pastore, Cristina Renzoni, Andrea Rigon, DASTU Politecnico di Milano, Stefano Capolongo, ABC Politecnico di Milano.

COMITATO ORGANIZZATIVO

Benedetta Brun, Stella De Luca, Agim Kërçuku, Giulia Oldani, Marco Peverini, Silvia Ronchi, Isabella Traeger (DASTU Politecnico di Milano).

MEDIA PARTNER, URBINARY

Arianna Bellantuono, Erica Cantaluppi, Stella De Luca, Elena Madiari, Anita Martinelli, Giulia Oldani, Lucia Ratti, Isabella Traeger (Politecnico di Milano)
<https://urbinary.polimi.it/>; https://www.instagram.com/urbinary_thepodcast/

COLLABORATORI

Rebecca Agostoni, Alice Alessandri, Irene Antonioli, Beatrice Arizzi, Raffaella Barbato, Carla Baldissera, Andrea Benedini, Teresa Cavinato, Valentina Ciarlini, Francesca Colombo, Sofia Da Col, Alexandre de Souza Lima, Nicolo Gallo, Giulia Galbiati, Paul Koval, Laurence Milliere, Beatrice Mosso, Vittoria Pavesi, Marcel Vazquez Canto.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Be tools Srl
siu2025@betools.it - www.betools.it

SEGRETERIA SIU

Giulia Amadasi - DASTU Dipartimento di Architettura e Studi Urbani
segreteria.siu.diap@polimi.it

PUBBLICAZIONE ATTI

Redazione Planum Publisher

Il volume presenta i contenuti della Sessione 02:

"Publicness nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi"

Chair: Massimo Bricocoli, Laura Saija

Discussant: Barbara Badiani, Giovanni Caudò, Carlo Cellamare, Cristina Mattiucci

Ogni paper può essere citato come parte di:

Bricocoli M., Saija L. (a cura di, 2026), *Publicness nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi, Atti della XXVII Conferenza Nazionale SIU "Publicness: le sfide della dimensione pubblica nelle città e nei territori", Milano, 18-20 giugno 2025*, vol. 02, Planum Publisher e Società Italiana degli Urbanisti, Roma-Milano.

XXVII CONFERENZA SIU

PUBLICNESS: LE SFIDE DELLA DIMENSIONE PUBBLICA NELLE CITTÀ E NEI TERRITORI

MILANO 18-20 GIUGNO 2025

La dimensione pubblica è al centro di profonde trasformazioni che ne articolano il senso e il significato in molti campi del vivere collettivo, inclusi quelli che attengono al ruolo e alla responsabilità dell'urbanistica, alle pratiche di pianificazione, progetto e governo nelle città e nei territori.

Fattori molteplici e divergenti la stanno erodendo: le dinamiche geopolitiche globali, insieme a migrazioni sempre più strutturali di popolazioni e culture, hanno ampliato il concetto di universalità a scale talvolta difficili da comprendere o sostenere da parte dei gruppi sociali più deboli; le politiche neoliberali che hanno caratterizzato negli ultimi anni le agende di molti governi e amministrazioni, insieme a logiche di mercato sempre più pervasive, spingono verso una progressiva privatizzazione di spazi, servizi e funzioni pubbliche, fino alla perdita della capacità di immaginare, progettare e gestire la città nella sua complessità; malintese concezioni di efficienza inducono le pubbliche amministrazioni a ridurre le tradizionali incombenze e responsabilità legate alla gestione di beni e servizi con conseguenze importanti in termini di equità, giustizia e diritto alla città.

In maniera altrettanto significativa, la dimensione pubblica è erosa anche da alcune forme di collettivizzazione emergenti, dall'housing collaborativo alle "gated communities" o a certe tipologie di spazi affidati, che hanno ridefinito i concetti di inclusione e accessibilità in modi complessi e a volte contraddittori, sollevando interrogativi sui reali benefici per tutte e tutti e sulle forme di esclusione che possono generare; come pure è erosa da alcune forme di collaborazione e partnership le quali, laddove è debole l'azione pubblica di controllo e governo, contribuiscono a rendere tale dimensione pubblica sempre più sfumata e complessa nel suo significato e implicazioni operative.

Le sfide, i dilemmi e le urgenze posti da tali fattori sono molteplici e hanno conseguenze su aspetti e ambiti assai differenti: riguardano le forme dell'azione pubblica, i modi in cui si definisce e i suoi obiettivi, gli ambiti a cui si applica e i suoi destinatari, fino alla natura stessa di spazi e servizi. Una pluralità di aspetti e ambiti che la lingua inglese riesce a esprimere con una sola parola, publicness, che qui prendiamo in prestito per l'efficacia della sintesi e perché è applicabile alle molte sfere in cui si declina la dimensione pubblica.

Publicness indica la “condizione dell’essere pubblico”. Non attiene solamente al regime proprietario delle aree, alla loro accessibilità, ai modi d’uso o alla gestione e non si applica neppure solo a spazi e servizi. Identifica un insieme di aspetti eterogenei e distinti che, nel loro complesso, rendono pubblici, appunto, spazi, servizi, beni, scelte, azioni.

L’erosione e la ridefinizione degli spazi e del senso della publicness è tanto più significativa per la nostra comunità scientifica perché la dimensione pubblica è sempre stata il fondamento della cultura urbanistica, delle sue pratiche e dei suoi obiettivi: dal ruolo del soggetto pubblico nella pianificazione quale garante dell’interesse generale, alle sue azioni di contrasto alla rendita e allo sfruttamento privatistico di beni comuni, alla istituzione dello standard o degli oneri di urbanizzazione quali strumenti di equità e di redistribuzione delle risorse.

In un contesto come quello attuale in cui tale dimensione è erosa e reinterpretata, e appare sempre più complessa da costruire e preservare, diventa fondamentale, allora, tornare a riflettere delle molteplici implicazioni della e sulla publicness nelle discipline urbanistiche.

Mettere al centro del dibattito le nozioni di publicness e dimensione pubblica significa ragionare del senso stesso del fare urbanistica. Implica interrogarsi criticamente in maniera non preconcepita sul concetto di pubblico; su chi e come costruisce o mantiene la dimensione pubblica, in equilibrio con le legittime istanze private, con quali responsabilità e con quali strumenti, e su chi sono i destinatari, attuali e futuri, fragili o meno, temporanei o stabili, umani o non umani, di progetti, piani e politiche. Significa riportare al centro della riflessione sull’agire urbanistico la sua dimensione politica, in primo luogo, ma anche quella economica e gestionale, tutte dimensioni ineludibili se l’obiettivo è quello di promuovere equità e sostenibilità ambientale, economica e sociale sul lungo periodo.

Come si ridefinisce oggi la dimensione pubblica di città, territori, spazi, servizi e beni? Quali sono i soggetti che la costruiscono e come? Come promuovere un’azione urbanistica orientata all’interesse pubblico e quali sono le condizioni necessarie per perseguirlo e renderlo sostenibile a lungo termine? Quali dilemmi e difficoltà incontrano urbanisti, progettisti e amministratori?

Quali sono gli strumenti operativi utili a perseguire con l’azione urbanistica, ampiamente intesa, la dimensione pubblica di spazi e servizi, e di scelte e orientamenti? E ancora, fuori dalle retoriche, a chi serve o interessa davvero?

La XXVII Conferenza Nazionale della Società Italiana degli Urbanisti sviluppa questi temi, sollecitando contributi e stimolando il confronto della comunità scientifica nazionale.

ANTONELLA BRUZZESE (RESPONSABILE SCIENTIFICA DELLA XXVII CONFERENZA SIU)

I paper riportati nei presenti Atti sono i contributi discussi nel corso della conferenza nelle 11 sessioni:

- 01.** Publicness come partecipazione, cittadinanza attiva e forme di mobilitazione dal basso
- 02.** Publicness nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi
- 03.** Publicness come fruibilità di spazi pubblici e servizi della vita collettiva
- 04.** Publicness come accessibilità e diritto alla mobilità nella città e nei territori
- 05.** Publicness come inclusione di popolazioni multilocali, temporanee e fragili
- 06.** Publicness come gestione dei rischi e cura di ambiente e territorio
- 07.** Publicness come progetto e valorizzazione del paesaggio e delle risorse naturali
- 08.** Regole, norme e progetti per costruire la publicness
- 09.** Publicness e forme contrattuali nei rapporti fra pubblico e privato
- 10.** La publicness nelle strategie e nei progetti di rigenerazione urbana
- 11.** Nuove tecnologie, pratiche digitali, intelligenza artificiale e publicness

02. *Publicness* nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi

Fenomenologia dell'housing (analisi urbana)

- 13 Il ruolo delle politiche pubbliche nell'accessibilità abitativa: un'analisi sull'*affordability* in Sardegna
CRISTIAN CANNAOS, ALESSANDRA CASU, LAURA MORANDINI, VALENTINA TALU
- 20 Abitare diseguale: piattaforme digitali e geografie dell'espulsione urbana a Napoli
GAETANA DEL GIUDICE
- 29 Gli spazi collettivi dei quartieri moderni come risorsa per la *publicness*. Prove di rigenerazione alla periferia di Roma
MILENA FARINA
- 39 Stima delle abitazioni vuote: una proposta metodologica
FABIO MANFREDINI, VIVIANA GIAVARINI
- 46 Nuove forme di *publicness* nell'autarchia dell'abitare
SUSANNA PISCIELLA

Fenomenologia dell'agency, sguardi critici

- 53 Pianificare la sanità territoriale secondo criteri di prossimità: il caso della Toscana
MARCO BOTTI, MARIA RITA GISOTTI
- 60 Politiche per la transizione ecologica e disuguaglianze abitative. Alcune prime riflessioni sull'Italia dalla prospettiva di una ricerca europea
MASSIMO BRICCOLI, MARCO PEVERINI, LORENZO CARESANA, CONSTANZE WOLFGRING, MARCEL VÁZQUEZ CANTO
- 66 Integrazione e frammentazione delle politiche abitative e delle politiche di rigenerazione urbana in Emilia-Romagna
MATTIA FIORE, LUCA GULLÌ
- 73 *Publicness* e politiche dell'abitare tra Europa meridionale e Africa centro-occidentale. Un confronto possibile a partire dagli attori coinvolti
DUNIA MITTNER
-

-
- 77 *Quale publicness nella nuova offerta di casa accessibile a Milano*

ALICE RANZINI

Fenomenologia dell'agency, buone pratiche

- 83 *Grammatica della città pubblica. Le narrazioni come strumento di espressione della publicness nel processo di metamorfosi di Corviale*

SARA BRASCHI, FABRIZIA CANNELLA, MARTINA PIETROPAOLI

- 90 *Accesso all'alloggio tra emergenza e percorsi di autonomia. Il caso di Empower Housing a Torino e Settimo Torinese*

SILVIA CAFORA, LAURA COLINI FILIPPO FURRI

- 96 *We-Z processo di rigenerazione urbana: una mappatura degli spazi pubblici di Vigne Nuove*

LORENZO DE STROBEL DE HAUSTADT E SCHWANENFELD, FLAMINIA VANNINI, ELISA PISELLI, FEDERICA FAVA, GIOVANNI CAUDO

- 103 *Il Condominio Sociale come sperimentazione di publicness. Un cohousing intergenerazionale nel patrimonio residenziale della città storica, a Napoli*

LAURA LIETO, CRISTINA MATTIUCCI, RAFFAELE GIOVINE, SVEVA VENTRE

- 107 *Il valore pubblico dell'esperienza dello studentato diffuso a Taranto*

GIOVANNA MANGIALARDI, LEONARDO ANTONIO ARGESE, MARGHERITA PALUMBO, SERGIO PINTO

- 114 *Il ruolo degli Urban Villages nelle città indiane. Il caso di Chandigarh*

ELENA TARSI, CASSANDRA FONTANA, ANDREA TESTI

Abitare studentesco

- 122 *La privatizzazione dell'abitare studentesco, tra rischi e opportunità. Un'indagine nel quartiere della Bolognina a Bologna*

SILVIA BARTOLUCCI, ALESSANDRO BOZZETTI, ANGELA SANTANGELO

- 129 *Il processo partecipato per la rigenerazione e l'ampliamento di una residenza universitaria a Lecce: riflessioni in itinere*

MARCO CATALDO, CRISTINA DANISI, MARIA RAFFAELLA LAMACCHIA, ALESSANDRA MAROCCIA

- 137 *Modelli abitativi studenteschi in divenire: lo studentato diffuso*

NICOLA MARTINELLI, GAIA CARICOLA, FABRIZIO D'ALESSANDRO, DANIELA SALLUSTRO

Pianificare la sanità territoriale secondo criteri di prossimità: il caso della Toscana

Marco Botti

Azienda Usl Toscana Nord Ovest
Dipartimento Tecnico. Servizi Tecnici Zona Apuana e Lunigiana
marco.botti@uslnordovest.toscana.it

Maria Rita Gisotti

Università di Firenze
DIDA-Dipartimento di Architettura
mariarita.gisotti@unifi.it

Abstract

Il paper nasce dagli esiti di un'attività di ricerca sviluppata dagli autori a valle della fase emergenziale della pandemia sui possibili strumenti da mobilitare per una riorganizzazione dei servizi sanitari secondo criteri di prossimità territoriale. La ricerca è stata condotta nell'ambito di una tesi di laurea magistrale¹ e della partecipazione degli autori al gruppo di lavoro del DIDA-UNIFI attivo sullo Spoke 10 dell'Ecosistema dell'innovazione "Tuscany Health Ecosystem" (THE), finanziato dal PNRR. L'osservazione sul campo delle emergenze occorse durante la pandemia, nell'operatività della gestione tecnica di un presidio ospedaliero chiamato a rispondere alla situazione di criticità, ha evidenziato le ben note e gravi problematiche del Sistema sanitario nazionale. Il rischio maggiore nella congiuntura attuale è che i malfunzionamenti del sistema sanitario pubblico vengano sempre più presi a pretesto per fragilizzare l'iniezione di risorse e investimenti migliorativi, dirottandoli sul settore privato (una dinamica già in atto in svariate realtà regionali). In questo paper si afferma invece la necessità di rimettere al centro la dimensione pubblica dei servizi e dell'infrastruttura sanitaria, sviluppando un welfare improntato a modelli di comunità e di prossimità territoriale.

Parole chiave: Neighborhood, welfare, social exclusion/integration

La ricerca di una nuova relazione tra sanità territoriale e prossimità nel PNRR

La pandemia da Covid-19 ha determinato uno spartiacque epocale nel tema della gestione sanitaria, mettendo a nudo gli elementi di maggiore fragilità e le carenze di una rete di assistenza territoriale non adeguatamente preparata a un evento di tale portata, né a livello organizzativo né nelle dotazioni infrastrutturali. Tra i problemi maggiori emersi, la constatazione di un modello sanitario "ospedalocentrico", organizzato in strutture distribuite secondo logiche di aree (sempre più) vaste e caratterizzato da una rete territoriale fragile e rarefatta. Tale modello corrisponde alla specializzazione funzionale in strutture spazialmente polarizzate che, attraverso lo sfruttamento intensivo dei fattori produttivi, garantiscono economie di scala e di gamma incrementando l'efficienza della produzione sanitaria (Etienne, 2018). Al tempo stesso tali presidi hanno mostrato evidenti limiti nel soddisfare con equità i crescenti bisogni sanitari delle comunità, anche in situazioni non emergenziali (Brambilla, Maciocco, 2022; ARS Toscana, 2022). Inoltre, «sono rimasti distanti dai cittadini, distanti fisicamente, in molti casi anche separati dalla città, ma soprattutto distanti emotivamente, in quanto concentrati sul singolo evento piuttosto che sulle persone, incapaci di seguirle nella continuità dell'evoluzione della malattia» (Zanella, 2022: 5).

Queste criticità multiple sono deflagrate durante la pandemia dove – come si è potuto verificare in occasione del lavoro sul campo svolto nella gestione tecnica di un presidio ospedaliero – è emerso chiaramente che una rete sanitaria di primo livello, in grado di manifestare le proprie potenzialità di coesione, diffusione e flessibilità organizzativa nella relazione con la propria comunità territoriale di riferimento, avrebbe potuto contribuire al controllo dei contagi agevolando il lavoro negli ospedali (Bucciardini, D'angelo, Sinisi, 2020). Al contrario, «l'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti, [...] intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha creato panico tra i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso

¹ Tesi di laurea magistrale (che ha ottenuto la dignità di pubblicazione, relatrice Maria Rita Gisotti) di Marco Botti – funzionario della USL Toscana Nord Ovest con responsabilità tecnico-gestionali dell'Ospedale Apuane e membro della Commissione multidisciplinare di vigilanza delle strutture socio-sanitarie.

degli ospedali» (Brambilla, Maciocco, 2022: 28). Nel complesso, dunque, il sistema ospedaliero ha mostrato ingenti vulnerabilità, sostanzialmente preesistenti alla pandemia e legate al mutato quadro del bisogno assistenziale, esito delle tendenze demografiche ed epidemiologiche convergenti nella cronicizzazione delle patologie (GIMBE, 2019).

Il PNRR varato nel 2021 partiva dal riconoscimento di tale quadro critico e dall’esigenza di portare la cura della malattia all’interno dei luoghi di vita, offrendo risposte sociosanitarie integrate a questa scala di riferimento. Individuava, pertanto, nel principio di prossimità il paradigma progettuale da porre alla base di un rinnovato sistema territoriale capace di rispondere con efficacia alle sfide del presente attraverso una riconfigurazione funzionale e spaziale dei servizi sociosanitari calibrati sui bisogni locali delle comunità (Marocchi, 2016; Maciocco, 2019; Orsi, 2021). In tal modo sostanzia, almeno in parte, quel principio di equità nell’accesso alle cure che è il presupposto per contrastare le conseguenze delle disuguaglianze sulla gestione della salute. A questo scopo la Missione Salute del PNRR ha dedicato un importo di 7 miliardi di euro alla sanità territoriale e in particolare alle reti di prossimità (Fig. 1), esprimendo un tentativo di territorializzazione della sanità e di superamento del modello “ospedalocentrico” che è eco della Dichiarazione di Alma-Ata (1978) e in particolare della necessaria interdipendenza tra cure primarie, sviluppo sostenibile del territorio e partecipazione della comunità locale da essa sancita.

L’individuazione degli ambiti di intervento PNRR restituisce un primo quadro delle misure ma anche dei dispositivi fisici attraverso i quali si intendeva attuare la riforma, oltre al relativo “peso” espresso dalla quantificazione economica riservata a ciascuno di essi (Fig. 2).

MISSIONE 6: SALUTE



Figura 1 | Missione 6. Fonte: PNRR

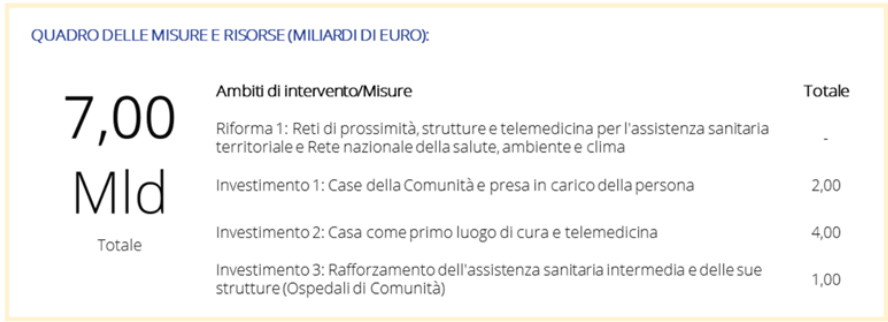


Figura 2 | Investimenti e risorse. Fonte: PNRR

Si osserva quindi che, oltre all’implementazione del personale sanitario dedicato all’assistenza domiciliare (Investimento 2), il fulcro della rete di prossimità era costituito da una nuova struttura: la “Casa della Comunità”, modello di ricomposizione delle cure primarie che, attraverso un rapporto di complementarità funzionale con l’“Ospedale di Comunità” (e l’Ospedale ad alta intensità di cura), si pone l’obiettivo di garantire capillarmente sul territorio la continuità assistenziale nel processo di cura (Fior et al., 2022; Ugolini, 2021). Come si legge nel Decreto del Ministero della Salute 77/2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale” «la Casa della Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento» (D.M. 77/2022).

54 Bricocoli M., Saija L. (a cura di, 2026), Publicness nei progetti e nelle politiche della casa e dei servizi, Atti della XXVII Conferenza Nazionale SIU “Publicness: le sfide della dimensione pubblica nelle città e nei territori”, Milano, 18-20 giugno 2025, vol. 02, Planum Publisher e Società Italiana degli Urbanisti, Roma-Milano. | 978-88-99237-85-1

Il D.M. 77/2022 ha definito l'organizzazione del Distretto sanitario e delle sue componenti (Fig. 3). In particolare, ha stabilito che le regioni realizzino almeno 1 Casa della Comunità (CdC) Hub ogni 40.000-50.000 abitanti (requisito prescrittivo), mentre non sono previsti standard minimi per le Case della Comunità Spoke dove viene fatto genericamente riferimento alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, al fine di favorire la capillarità dei servizi e la maggiore equità di accesso. La CdC Hub è quindi la struttura di riferimento che, mettendo al centro la partecipazione comunitaria, oltre a garantire l'erogazione dei servizi di assistenza primaria, offre anche attività specialistiche e di diagnostica di base. Le CdC Spoke sono invece concepite come articolazioni periferiche finalizzate all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, con minore dotazione di servizi e attuazione a discrezione delle singole regioni. Anche l'Ospedale della Comunità (OdC), ulteriore struttura determinante nel garantire la ricercata complementarità funzionale, è dotato di standard prescrittivo quantitativo: 1 OdC equipaggiato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, riferimento quantitativo coincidente con l'entità distrettuale.

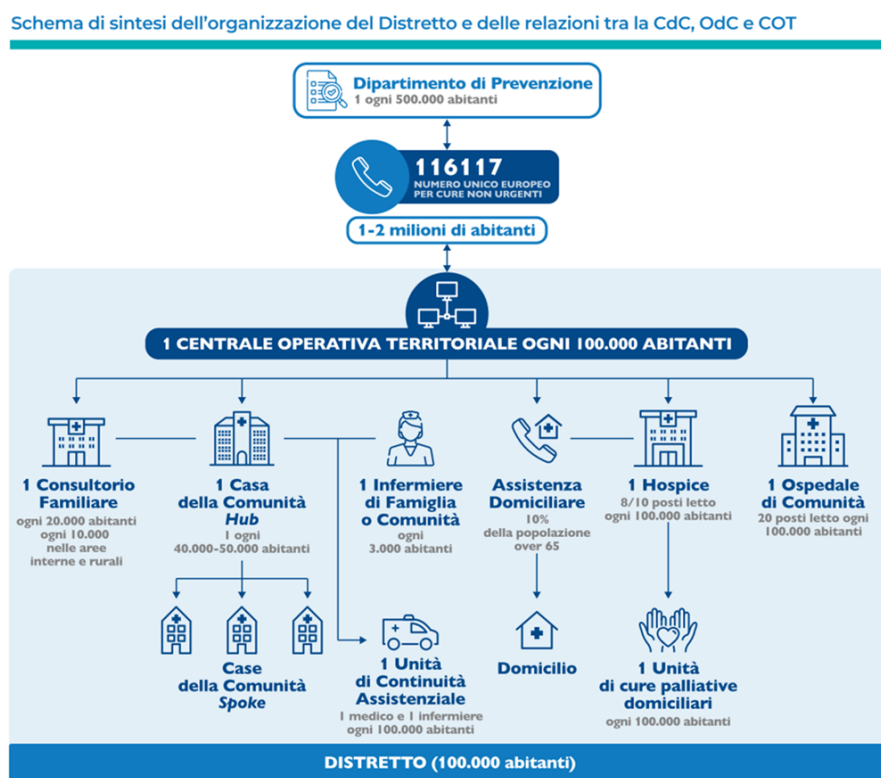


Fig. 3 | Il distretto DM 77/2022. Fonte: Agenas.

Analisi del PNRR e criticità emerse nella sua attuazione

La ricerca qui presentata ha analizzato il PNRR e la successiva disciplina attuativa con l'obiettivo di verificare se e in che misura si sia effettivamente dato seguito all'auspicato cambiamento improntato al concetto di prossimità, quest'ultimo preso in considerazione nelle molteplici dimensioni fisiche (spazio-temporali) ed emotive (empatico-percettive) che lo connotano (Betti et al., 2022). È emerso il quadro di una riorganizzazione del sistema sanitario che fatica a instaurare relazioni efficaci con i differenti luoghi e le comunità. Si constata infatti l'applicazione di un approccio di matrice rigidamente quantitativo-deterministica che, nella pianificazione delle strutture di prossimità, replica sul territorio un modello predefinito, modificandone il numero sulla base di un'unica variabile, ovvero il numero di abitanti. Tale modello esclude la preventiva ricognizione delle variabili sociosanitarie locali su cui impostare conseguenti scelte localizzative e progettuali sito-specifiche, a favore invece di un'unica variabile quantitativa da cui, attraverso passaggi a consequenzialità necessaria, vengono definiti gli ulteriori elementi. Si tratta di un "determinismo sanitario" che dissolve il territorio in una tabula rasa isotropa su cui disporre volumetrie e funzioni, privo di considerazione verso le singolarità locali e nel quale l'analisi del contesto è limitata a una verifica statistica su dati demografici, e a un generico riferimento all'utilizzo di algoritmi predittivi.

La ricerca ha analizzato come caso di studio la Lunigiana, ambito distrettuale toscano rappresentativo di queste distorsioni applicative, amplificate nelle aree interne a bassa densità abitativa dove la questione dell'equità nella distribuzione dei servizi impatta con maggiore veemenza (Arlotti, Ranci, 2021). A questa Zona Distretto in Provincia di Massa Carrara, destinata a servire circa 55.000 abitanti distribuiti in 14 differenti comuni su una superficie di 975 km², è stata riservata una sola CdC Hub (e 2 CdC Spoke) ottenendo una sostanziale rispondenza allo standard quantitativo previsto dei 50.000 abitanti. In un'ottica comparativa è opportuno osservare come gli ulteriori comuni della stessa Provincia di Massa Carrara (affidenti alla contigua Zona Distretto Apuana) – Massa, Carrara e Montignoso, rispettivamente il 9%, 7% e 1,7% della superficie della Lunigiana – a fronte di una densità abitativa superiore siano stati dotati ciascuno di CdC (Massa Hub - Carrara Hub + Spoke - Montignoso Spoke) (Fig. 4).

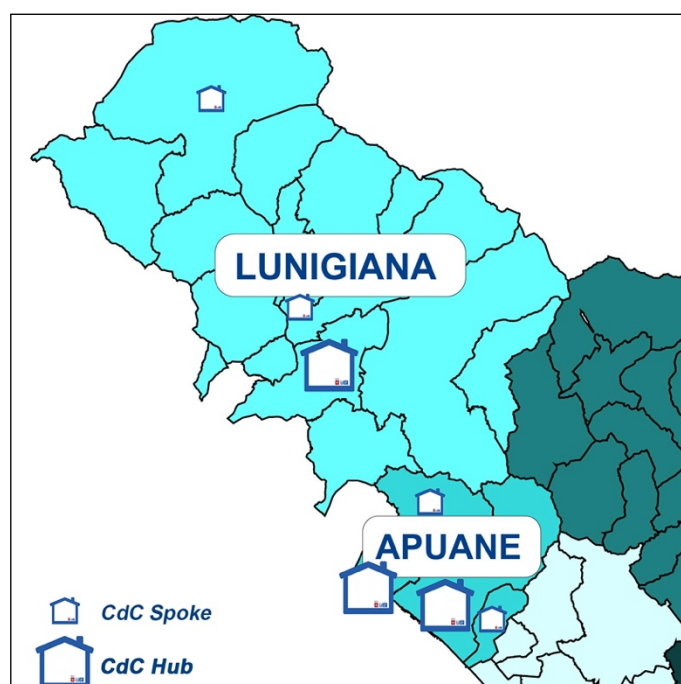


Figura 4 | CdC Massa Carrara. Fonte: elaborazione propria su dati DGR 631/2024

Questa comparazione tra ambiti distrettuali adiacenti, ma con caratteristiche insediative differenti, restituisce l'evidenza dell'inadeguatezza di uno standard che dissolve nello spazio astratto i rapporti di prossimità, riflettendo sul territorio gradienti differenziati di accessibilità al welfare locale (Fig. 5).

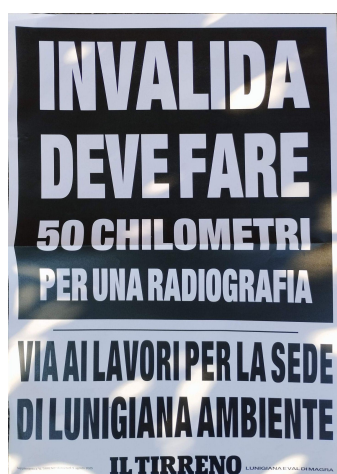


Figura 5 | Civetta Il Tirreno 06/06/2025

La Zona Distrettuale Lunigiana si offre come caso rappresentativo anche di una ulteriore criticità, ovvero l'assenza dell'Ospedale di Comunità che, non raggiungendo lo standard minimo dei 100.000 abitanti, non è stato previsto. Un palese cortocircuito normativo dal momento che la struttura distrettuale definita dal D.M. 77/2022 disegna una rete territoriale che, attraverso la complementarità funzionale tra le strutture, garantisce la continuità assistenziale. Risulta conseguenza diretta che, in assenza di un nodo della rete, questa garanzia venga meno e possa inficiarne il funzionamento complessivo (Fig. 6).



Figura 6 | Funzionamento solidale di rete

Ulteriore criticità confermata dall'osservazione sul caso studio della Lunigiana riguarda la consistenza materiale dei presidi, derivanti sovente da un mero cambio di denominazione di strutture poliambulatoriali e Case della Salute (CdS) preesistenti (una sorta di “trasformismo sanitario”). Circostanza che trova riscontro soprattutto nelle regioni che già avevano sperimentato modelli di prossimità, come la Toscana, pioniera nello sviluppo della CdS, dove delle 162 CdC complessive previste (Hub e Spoke), solo 19 costituiscono nuovi nodi di rete in zone non già organizzate in CdS o distretti sanitari. Le rimanenti 143 provengono da ristrutturazioni (o anche da nuove edificazioni), ma in zone comunque già servite da elementi di sanità di prossimità (Distretti o CdS). Questa strategia trasformativa, utile al contenimento dei tempi e dei costi, determina un netto ridimensionamento rispetto alle aspettative in chiave di prossimità (Fig. 7).

Essa, inoltre, preclude che si realizzino nuovi elementi della rete sociosanitaria, che avrebbero potuto porsi come spazi di innesco di processi di rigenerazione urbana e sociale, nuove centralità fulcro della vita comunitaria e della partecipazione civica. Si tratta di un paradosso, specie se consideriamo quanto la partecipazione sia più volte richiamata dalla normativa come elemento costitutivo del nuovo modello di prossimità, senza tuttavia definirne strumenti applicativi, di verifica e misura. Il risultato è che ad oggi la componente partecipativa appare come un elemento non pervenuto: «alla scelta di utilizzare tale sostantivo al fine di definire la “Casa”, non corrisponde alcuna traccia della Comunità nella progettazione e nelle funzioni che a questa vanno attribuite. Non è stato promosso alcun dibattito pubblico e non si rilevano proposte metodologiche per un coinvolgimento nelle fasi successive» (Geddes Da Filicaia, 2022).

In conclusione, un mutamento di natura normativa sorprendente: il ruolo del Distretto. Nel D.M. 77/2022 il Distretto si configura nella sua operatività come il “player pubblico” di riferimento nella definizione delle politiche di sanità e salute nei territori, ma contrariamente a questo si è osservato, nella versione definitiva del Decreto, la fuoriuscita del Distretto dalla parte prescrittiva per approdare in quella di semplice indirizzo. Sul tema non può non innestarsi la considerazione della strisciante e al tempo stesso pervasiva privatizzazione del sistema sanitario: «ridurre la centralità dei distretti quali soggetti di integrazione e soprattutto di ‘agenzie di salute’ dei e nei territori vuol dire lasciare aperto un portone al ‘mercato’ consentendo libertà di iniziativa e scelte ai soggetti economico finanziari in grado di presentarsi, investire, candidarsi alla governance della medicina territoriale» (Banchieri, 2022). E, aggiungiamo, di acquisire un’agency sempre maggiore nel rispondere ai bisogni sanitari espressi alla scala locale da una popolazione anagraficamente anziana e con patologie croniche. Si pensi, a conferma di ciò, al costante aumento delle polizze assicurative stipulate nel settore salute (+10,9% nel 2023 e ancora +11,6% nei primi sei mesi del 2024) (IVASS, 2025: 5).

La sanità è dunque un asset estremamente appetibile al settore privato che, nella distanza fisica ed emotiva del Sistema sanitario nazionale, trova ampi margini di guadagno. Le spinte in questa direzione, accompagnate dai costanti tagli alla sanità pubblica, possono costituire un meccanismo teso alla graduale transizione della sanità dalla sfera dei diritti a quella dei beni di consumo e quanto rilevato nella ricerca sembra confermare questa tesi.

Zona	Denominazione	Indirizzo	Struttura			Organizzazione			Tipologia hub/spoke
			Nuova costruzione	Ristrutturazione/ ampliamento	Nessun intervento	già Distretto sanitario	già CdS	nuova CdC	
Apuane	CdC Massa	Piazza 4 Novembre	X				X		HUB
Apuane	CdC Montignoso	Via Carlo Sforza 52	X				X		SPOKE
Apuane	CdC Carrara centro	Piazza Sacco e Vanzetti 5			X		X		SPOKE
Apuane	CdC Distretto di Carrara Avenza	Via Campo d'Appio		X		X			HUB
Elbana	CdC Portoferraio	Largo Torchiara snc		X				X	HUB
Elbana	CdC Rio Marina	Via della Rimembranza 2		X			X		SPOKE
Elbana	CdC Marciana Marina	Via Regina Margherita 39/40		X		X			SPOKE
Livornese	CdC di Collesalveti	Via Armando Picchi snc	X					X	SPOKE
Livornese	CdC Livorno Centro	Via Ernesto Rossi 46	X					X	SPOKE
Livornese	CdC Livorno Est	Via Peppino Impastato 10		X		X			SPOKE
Livornese	CdC Livorno Nord	Via Della fiera Di Sant'Antonino 3	X			X			HUB
Livornese	CdC Stagno	Via Carlo Marx			X		X		SPOKE
Livornese	CdC Padiglione 24	Viale Alfieri 36		X		X			HUB
Livornese	CdC Via del Mare	Via del Mare 82	X				X		SPOKE
Lunigiana	CdC Aulla	Piazza Roma	X				X		HUB
Lunigiana	CdC Pontremoli	Via Mazzini 44		X			X		SPOKE
Lunigiana	CdC Villafranca in Lunigiana	Via Baracchini			X		X		SPOKE
Piana Di Lucca	CdC San Leonardo In Treponzio	Via Sottomonte snc		X			X		SPOKE
Piana Di Lucca	CdC Pescaglia	Via Donato Mei snc		X				X	SPOKE
Piana Di Lucca	CdC Marlia	Via del Parco 3		X		X			HUB
Piana Di Lucca	CdC Turchetto	Piazza Nenni		X			X		HUB
Piana Di Lucca	CdC Cittadella della salute	Via Ospedale 1			X	X			HUB
Pisana	CdC Cascina	Via Fabrizio De André 43		X		X			HUB
Pisana	CdC Crespina Lorenzana	Località Pian di Laura	X			X			SPOKE
Pisana	CdC Pisa Via Garibaldi	Via Garibaldi 198		X			X		HUB
Pisana	CdC Marina di Pisa	Via Flavio Andò 5		X		X			SPOKE
Pisana	CdC San Giuliano Terme	Via Martin Luther King 10		X		X			SPOKE
Pisana	CdC Vecchiano	Via Della Rocca 26		X		X			SPOKE
Valdera - Alta Val Di Cecina	CdC Bientina	Via Don Falaschi	X			X			SPOKE
Valdera - Alta Val Di Cecina	CdC di Pomarance	Via Roma		X			X		HUB
Valdera - Alta Val Di Cecina	CdC Pontedera	Via Fleming 1		X			X		HUB
Valdera - Alta Val Di Cecina	CdC di Volterra	Borgo San Lazzaro 5		X			X		HUB
Valdera - Alta Val Di Cecina	CdC La Rosa	Via G. Verdi		X			X		HUB
Valdera - Alta Val Di Cecina	CdC Rospicciano	Via Rospicciano	X			X			SPOKE
Valle Del Serchio	CdC Castelnuovo	Via Della Fabbrica	X			X			HUB
Valle Del Serchio	CdC Galliciano	Via Beata Elena Guerra	X			X			SPOKE
Valle Del Serchio	CdC Piazza al Serchio	Via Comunale 1			X		X		SPOKE
Valle Del Serchio	CdC Fornoli	Piazza Aldo Moro			X		X		SPOKE
Valli Etrusche	CdC Cecina	Via Girolamo Savonarola 82 57023		X				X	HUB
Valli Etrusche	CdC Rosignano Marittimo	Via Di Lungomonte snc	X			X			HUB
Valli Etrusche	CdC Suvereto	Località Il Logo snc	X			X			SPOKE
Valli Etrusche	CdC Piombino-Via Veneto	Via Veneto		X		X			HUB
Valli Etrusche	CdC Donoratico	Piazza Euopoa			X		X		SPOKE
Valli Etrusche	CdC San Vincenzo	Piazza Papa Giovanni 23			X		X		SPOKE
Valli Etrusche	CdC Venturina	Via del lavoro 1/f			X		X		SPOKE
Versilia	CdC Camaione	Via Guglielmo Oberdan 28		X		X			SPOKE
Versilia	CdC Pietrasanta	Martiri di Sant'anna snc		X			X		SPOKE
Versilia	CdC Termini	Piazza Bonconsiglio 1, loc Termini		X		X			SPOKE
Versilia	CdC Tabarracci	Via Fratti		X			X		HUB
Versilia	CdC Querceta	Via delle Contrade			X		X		SPOKE
Versilia	CdC Seravezza	Via Campana			X		X		SPOKE
Versilia	CdC Viareggio	Via Aurelia sud253			X		X		SPOKE
Versilia	CdC Massarosa	Via Cavalieri di Vittorio Veneto	X			X			SPOKE

Figura 7 | CdC Toscana Nord-Ovest. Fonte: All. B DGR 631/2024

Conclusioni

Le criticità evidenziate nella riorganizzazione del sistema sanitario possono essere affrontate lavorando su più fronti. A questo scopo gli esiti della ricerca individuano due aspetti principali su cui agire. Il primo è il superamento dell'approccio iper-specialistico sanitario in favore di una presa in conto integrata e interdisciplinare dei fattori sociali, economici e ambientali incidenti sulla salute delle comunità, un percorso già indicato nella Dichiarazione di Alma Ata (1978) e ribadito dalla strategia dell'Unione Europea "Salute in tutte le politiche". La considerazione della complessità dei contesti favorirebbe l'auspicata transizione dalle rigidità del metodo quantitativo-determinista adottato per progettare i nuovi presidi a un sistema capace di adattarsi alle differenti esigenze dei luoghi. Solo a partire da questo assunto è possibile affermare un effettivo principio di prossimità che può fare da leva per la strutturazione di una dimensione territoriale della sanità e di una dimensione sociale della medicina (Degani et al., 2023). Perché questo approccio sia praticabile, è cruciale dare seguito alla preventiva "Analisi locale dei bisogni socio-sanitari", momento imprescindibile al fine di calibrare una risposta attuativa sito-specifica che trova definizione nel "Progetto integrato di salute". Il secondo punto nodale si inserisce nella cornice dei modelli collaborativi di erogazione di servizi pubblici frutto dell'integrazione tra istituzioni, terzo settore e cittadinanza attiva, che possono configurare proposte di innovazione sociale e istituzionale. In questa prospettiva diventa sempre più urgente riflettere criticamente sul ruolo da attribuire nel sistema sanitario alle organizzazioni di terzo settore (Galera, 2020), se semplici produttori di servizi sanitari e socio-sanitari in funzione subalterna rispetto al settore pubblico da mettere in competizione con il privato nella logica del massimo ribasso, oppure optare per valorizzarle nella co-programmazione, co-progettazione e co-realizzazione di interventi relativi a specifici bisogni sanitari e sociali espressi in chiave locale, dove la comunità stessa possa costituirsi parte attiva in tutte le fasi del processo. Tuttavia le potenzialità del terzo settore come strumento di coinvolgimento e partecipazione attiva dei cittadini continuano a essere fortemente sottostimate negli ambiti decisionali.

Da queste considerazioni si palesa l'importanza di riflettere su nuove cornici istituzionali e normative attraverso cui consolidare il valore aggiunto dal terzo settore nel co-progettare un'ampia gamma di servizi

sanitari e socio-sanitari che garantiscano, da un lato il potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale (residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e, dall'altro, la continuità della cura, ben al di là del ricovero ospedaliero. Per il raggiungimento di questi obiettivi si rende imprescindibile un sistema di governance nella sanità pubblica maggiormente incline allo sviluppo dei processi di apprendimento istituzionale, necessari alla definizione di modalità innovative di collaborazione tra pubblica amministrazione e terzo settore in un contesto di welfare di comunità.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M., Ranci C. (2021), "Welfare locale: proposte per una maggiore equità territoriale", in Coppola A., Del Fabbro M., Lanzani A., Pessina G., Zanfi F. (a cura di), *Ricomporre i divari, Politiche e progetti territoriali contro le disuguaglianze e per la transizione ecologica*, il Mulino, Bologna, pp. 227-237.
- ARS Toscana (2022), *Le disuguaglianze sociali e di salute e le risposte del PNRR su coesione, inclusione e salute*, <https://www.ars.toscana.it/pubblicazioni-ns/relazioni/4842-rapporto-welfare-salute-toscana-2022.html>
- Banchieri G. (2022), *Pnrr: dal Dm 71 al Dm 77 e i Distretti socio sanitari depotenziati*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=106804
- Betti L., Bodini C., Galera G., Pisani G. (2022), *Prossimità e salute: un quadro introduttivo*, Euricse Working Paper Series, pp. 119-22.
- Brambilla A., Maciocco G. (2022), *Dalle case della salute alle case della comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Carocci editore, Roma.
- Bucciardini R., D'Angelo C., Sinisi L., 2020, *Salute e non solo Sanità. Come riorientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile*, ASviS Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, <https://asvis.it/public/asvis2/files/Approfondimenti/PositionPaperGdLGoal3.pdf>
- Degani L.E., Del Deo M., Mozzanica R., Ubezio M. (2023), *La nuova via della sanità territoriale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna.
- Etienne C. (2018), *Closing remarks at global conference on primary health care*, Astana, Kazakhstan, 25-26 October.
- Fior M., Buffoli M., Gori Insinga I., Latis E., Mangili S. (2022), "L'urbanistica alla prova con la sanità di prossimità. Le Case di Comunità a Milano", in *Territorio* n. 102, pp. 141-151.
- Galera (2020), "Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del terzo settore", in *Impresa sociale*, n. 2, pp. 88-122.
- Geddes Da Filicaia M. (2022), "Case della Comunità: la lunga marcia", in *Saluteinternazionale.info* n. 14, gennaio 2022, <https://www.sossanita.org/archives/15661>
- GIMBE (2019), *Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, Fondazione GIMBE, Bologna, <http://www.gimbe.org/definanziamento-SSN>
- IVASS (2025), *Bollettino Statistico. L'attività assicurativa nel comparto salute (2018-2023)*, Anno XII, n. 2.
- Maciocco G. (2019), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Carocci Editore, Roma.
- Marocchi G. (2016), *Comunità di prossimità, la condivisione riduce le distanze*, <https://www.labsus.org/2016/09/comunita-di-prossimita-la-condivisione-riduce-le-distanze>
- Orsi W. (2021), "Il valore delle reti di prossimità", in *Buone pratiche Sociali. Cittadinanza attiva Emilia-Romagna Newsletter*, n. 32, <https://mailchi.mp/cc5ad2dd1c51/cittadini-attivi-protagonisti-del-cambiamento-della-citt-per-una-migliore-qualit-della-vita-12606514?e=52f4b7144f>
- PNRR (2021), Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Ministero dell'Economia e delle Finanze, <https://www.mef.gov.it/focus/Il-PianoNazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/>
- Ugolini M. (2021), "Da Case della Salute a Case della Comunità: condizioni di fragilità e occasioni di rigenerazione urbana", in *Territorio* n. 97, pp. 147-153.
- Zanella R. (2022), *La sanità di prossimità. Case della salute, case e ospedali di comunità, farmacie multi-servizi nelle città dei "quindici minuti"*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.