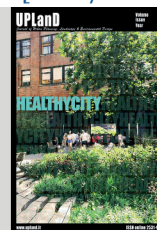


UPLanD

Journal of Urban Planning, Landscape & Environmental Design



Research & experimentation
Ricerca e sperimentazione

THE COMMUNITY HEALTHCARE CENTER AS ENGINE OF URBAN AND SOCIAL REGENERATION. A POST COVID-19 PUBLIC SPACE DESIGN. HEALTH CITADEL AND COMMUNITY CENTER IN FIORENZUOLA D'ARDA

Michele Ugolini, Stefania Varvaro

Department of Architecture and Urban Studies, Politecnico di Milano, IT

HIGHLIGHTS

- People's health, as a state of physical and mental well-being, a primary asset to be protected
- Anti-pandemic strengthening of the basic health system spread throughout the territory
- Community Centers as the main tool for strengthening the local health and social system
- Post pandemic strategies: people health in healthier and sustainable cities

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 state of emergency that prevailed from March to June of 2020 highlighted the difficulties which our public systems (schools, transport, work and culture) had in adapting to new rules and different spatial standards. The area that has shown the greatest vulnerability is healthcare. The inability of the basic system (the first level) to function as a filter for the territory caused the hospital system (the second level) to go into crisis. The Healthcare Center model, widespread in many Italian regions, particularly in Emilia-Romagna, is the tool for strengthening the territorial social and health system.

Starting from a post-emergency condition, a reflection is proposed on the theme of the Community Center included in the pilot project of the Health Citadel in Fiorenzuola d'Arda (Piacenza, Italy).

There are three original features relating to the Healthcare Center:

- new ways of organizing the internal space to respond to the emergency in case of other pandemic waves;
- new spatial modalities to manage the daily, but still complex, post-emergency new normality in the presence of the virus;
- the potential to be an opportunity for urban and social regeneration capable of configuring new identities and urban centralities that avoid being confined to the health sector alone, promoting the concept of a healthy city (Healthcare Center for the Community Centers).

The research aim is to define a methodological proposal of general value and a project related to the case of Fiorenzuola d'Arda

ARTICLE HISTORY

Received: October 08, 2020
Reviewed: December 15, 2020
Accepted: December 12, 2021
On line: October 04, 2022

KEYWORDS

Healthcare Center
Social and urban regeneration
SARS-CoV-2
Open spaces and healthy city
Community

1. INTRODUCTION

Health, as a state of physical, mental, and social well-being and not only as the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right, and access to a higher level of health is an essential social objective, of worldwide interest (WHO, UNICEF, 1948, p. 1). The 1978 Alma Ata declaration places primary care at the center of attention as a long-term sustainability strategy.

The Ottawa charter stresses that "the conditions and resources that are fundamental to health are peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice, and equity" (WHO, 1986, p. 2). Health protection is a source of political and economic stability, a prerequisite for sustainable urban development. (WHO, 2016)

These statements clarify how health and society are intimately interconnected. And the SARS-CoV-2 pandemic has dramatically highlighted this link. In addition to being a fundamental individual right, health is a decisive factor for society's full development.

Even the Italian constitution in 1947 in art. 32 placed health as a fundamental right of the individual and interest of the community.

1.1 Coronavirus-2 pandemic and health emergency

Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2 (SARS-CoV-2) is the name given to the new coronavirus of 2019. COVID-19, which stands for Corona Virus Disease 2019, is the name given to the disease associated with the virus. It is a highly contagious virus, even in its variants, which is transmitted with extreme ease and speed through the breath of people in proximity to one another (Ministry of Health, 2020).

Our societies' public life and its organized systems - work, education, school, culture, mobility - went into crisis under the blows of the pandemic, demonstrating how fragile they were. What suffered most from the direct and immediate impact of the virus spread was the health sector from which protection and effective response would have been expected. Rules, protocols, and behavioral and spatial standards, both closely connected, all have proved inadequate. After the spread of the avian flu (A / H5N1) the WHO had suggested to the governments of all states to constantly up-

date their national plans in the event of another pandemic flu (C. C. M., 2006, p.5). Nevertheless the models developed were unable to cope with the exceptional transmission speed of this virus.

The primary care sector, spread throughout the territory and close to the people, should have stemmed the first impact of the virus, yet it struggled to respond to the emergency. Failure to filter on the territorial level has shifted the impact to the second level of the health system, the hospital system which then experienced dramatic conditions. In particular, the ability to guarantee home health care services has failed.

Prophetic were the words of Gavino Maciocco, professor of Hygiene and Public Health at the University of Florence, when, a year before the pandemic, he predicted how the lack of funding to support primary care, in the case of exceptional events, would lead to the collapse of the general health system, primarily hospitals. (Maciocco, 2019, p.16).

2. VULNERABILITY OF THE FIRST LEVEL HEALTH SYSTEM: TERRITORY, CITY AND INTERNAL SPACE

In Italy, the emergency situation has placed additional stress on a model that was already experiencing difficulties with critical aspects of implementation and intrinsic functioning. Moreover a constant increase in the average age of the population and the high incidence of chronic diseases further strained the model. (WHO, 2006)

Together with the organizational criticalities already identified and a ten-year reduction in public funding, some vulnerabilities in the first level system linked to the theme of spaces have clearly emerged, both within the structures and in their urban and territorial relations.

The first vulnerability concerning the Healthcare Centers network is the distribution of which is lacking and uneven throughout the country, even in regions such as Emilia-Romagna where they are widespread. The 2018 regional report dedicated to the Healthcare Centers (2018, p. 8) showed the data on the distribution of these structures and the reference population by urban areas and altimetric area. It showed a very partial coverage of citizens still served, with an average of 43%, of which only 29% in the capital cities; 59% in the plain; 37% in the hills; 40% in the mountains (Fig. 1).

The second relates to the internal space of the structures which has not proved adaptable and flexible to support the necessary anti-contagion changes. The Healthcare Centers have thus failed to ensure safety and become a means of preventing the spread of the virus. In many cases, they are no longer able to provide basic healthcare services, failing to assist the most fragile people, exposing them to risk and possible damage to their health. The third vulnerability that emerged concerns the location of the Healthcare Centers in an urban setting. Although planned starting from the potential catchment area, they are essentially placed in buildings or publicly owned areas, particularly former hospitals or pre-existing health facilities. There is a complete lack of a location strategy that would help planning to identify key places within the neighbourhoods for relationships and contextual dynamics.

3. PRIMARY ASSISTANCE AND NEW POST EMERGENCY NORMALITY

After the emergency periods of spring and autumn 2020, in which extraordinary measures to contain the infection were launched, a new and different normality was laboriously restored, which is still

characterized by widespread circulation of the virus. The effort of public institutions and health authorities is moving, also financially both at the European and the national level (Zoppè, Dias, 2020), on the one hand, towards a definition of rules capable of regulating in a sustainable way a possible coexistence with the SARS-CoV-2 in carrying out normal daily activities, and on the other hand, towards a better and more adequate structuring of basic health systems. In this sense, the strengthening of the territorial organization and its proximity is the necessary prerequisite for the control of a pandemic (Collicelli, 2020, p.50) which can take place through a greater and more calibrated diffusion of the Healthcare Centers throughout the territory and in the cities.

The National Recovery and Resilience Plan (PNRR) of 2021 promotes the Healthcare Center model at national level, allocating considerable economic resources to it but changing its name into Community Center, to underline its collective and social value (Ministry of Economic Development, 2021). In this direction, thanks to the Polisocial Award call for funding, a research group from the Politecnico di Milano is working together with the Piacenza Local Health Authority with a program entitled "Coltivare_Salute.Com", which since the summer of 2020 has been addressing the issue of Community Center.

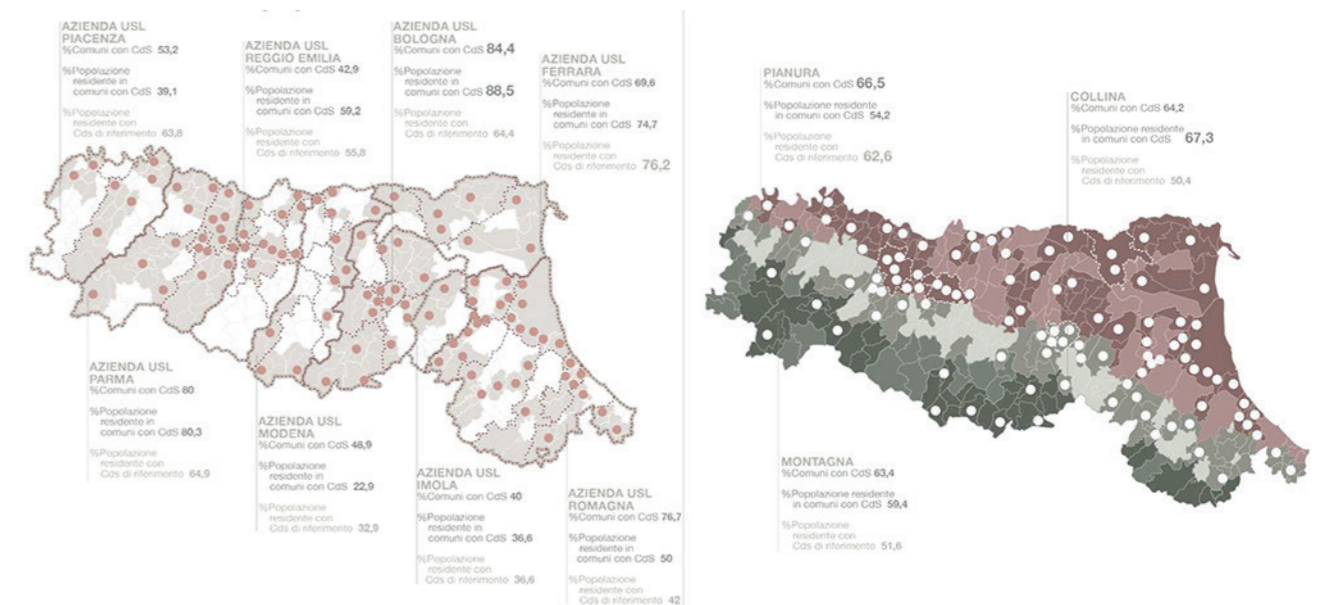


Figure 1: Distribution of Healthcare Centers in relation to the territory and the reference population; distribution of Healthcare Centers in relation to the altitude area. Source: Fraconti M. (2020). Healthcare Centers. City, architecture and internal space. Graduation Thesis, supervisor Ugolini M., co-supervisor Varvaro S., Politecnico di Milano.

4. PANDEMIC AND CITIES, FIVE CONDITIONS FOR A NEW NORMALITY

Rethinking cities today means, first of all, redefining the new conditions of normality.

The spread of SARS-CoV-2, after the emergency period, requires a strategy of thinking even before action, placing people's health as a primary need and its satisfaction, starting from a reinterpretation of the relationship with the territory, as necessary condition to be pursued. It also forces new lines of action, not only health-related but also actions that affect urban space: new standards of functional organization; spatial and temporal definition; and new relationships to structure healthier cities, which will be less vulnerable, more sustainable and resilient.

Viruses affect all spaces of our life, indoors and outdoors, private and public.

To the theme of the new post-pandemic normality are added the structural problems that have long characterized cities. In some cases these have worked as a multiplier of the effects of the virus in particular, those related to pollution (Baldini M. et al, 2020), climate change, unsustainable reliance on cars, energy consumption, land consumption and hydrogeological instability. The values of urbanity, liveability and beauty (Consonni, 2016) - often dispersed over time in contemporary cities - must increasingly combine with salubrity, finding a more balanced synthesis. For these reasons, a multiplicity of actions and actors capable of initiating significant changes must be identified.

Only an overall and multidisciplinary strategy can, in an effective phased implementation, prove capable of affecting the complexity of the urban event. The vegetation system that feeds life (not only of the man but of a vast biodiversity) and its conditions of health, has been for too long simply relegated to the generic category of urban green. The makers of this change cannot be just architects, urban planners and construction engineers. Instead, it will take many and different figures: ecologists, agronomists, forest scientist, biologists, hydraulic and energy engineers, environmental hygiene specialists, medical doctors, sociologists, and more.

Starting from these general considerations in order to establish a new alliance between city, man and nature, through salubrity, liveability, beauty and urbanity in the conditions of post Covid-19 normality, some macro-themes have to be considered as fundamental for the next decade:

- green and blue vegetation and infrastructures

to create an ecological urban network;

- mitigation of the effects of climate change and energy consumption to limit the rise in temperatures and safeguard water resources;
- sustainable mobility for greater safety and less air pollution;
- regeneration of neighborhoods to ensure better liveability and vitality and a services easy access;
- an integrated and widespread healthcare and social network throughout the territory that recognizes people's health as a fundamental right to be protected and promoted and which, starting from the location of the Community Centers, becomes an opportunity for urban and social regeneration capable of configuring new identities and urban centrality, consistent with the idea of a healthy city.

5. HEALTHCARE CENTERS: SERVICES, SPACES AND TERRITORY

The nowadays network of Healthcare Centers, present in almost all Italian regions, with different levels, on the Anglo-Saxon model of Health Centers (Maciocco, Brambilla, 2016, p. 40), represents one of the main tools for territorial strengthening of the health and social system. Emilia-Romagna and Tuscany are the ones that first, and most fully, developed this network.

A fundamental step in the implementation of this reality at the national level was the policy promoted by the Ministry of Health (Minister Livia Turco) in 2006 that identifies the Healthcare Centers as the operational tools in the area capable of providing services, but above all, of integrating the health and social aspects, of educating about health and prevention, making people responsible for a conscious lifestyle (Turco, 2006, pp. 4-6).

Bruno Benigni, an historically important figure of Tuscan and national health policy, argues that introducing the Healthcare Centers can constitute a radical and positive change in local welfare (Benigni, 2004, pp. 37-38).

With the Decree of the Regional Council no. 291 in 2010, the Emilia-Romagna Region defines how the development of the Healthcare Centers represents a new organizational model of territorial assistance services that requires a profound cultural change. They constitute an important safeguard against social hardship. They also deal with tak-

ing care of urgent outpatient problems, diagnostic paths that do not require hospital use, management of chronic diseases, prevention and health promotion. They are structures with different levels of complexity in relation to the characteristics of the territory and population density. They are open to citizens, promoting and enhancing their active participation (Emilia-Romagna Region, 2010, pp. 3-6).

The basic functions of the Healthcare Center can be associated with others of particular social value, and with their own autonomy, such as day centers and protected residences for the elderly, persons with disabilities, psychiatric patients and the drug addiction services. They can also integrate with the so-called Community Hospitals, small non-specialist intermediate units for healthcare that cannot be provided at home (Emilia-Romagna Region, 2010, p. 23).

The Healthcare Centers together with these structures define possible configurations of variable geometry services, potentially capable with their articulations of interpreting the multiplicity of health, socio-health and social fragilities and needs expressed in different territorial situations. They also make it possible to reach, through prevention and promotion, not only sick people, but wider sections of the population, encouraging that change in the cultural approach to the idea of health, which is essential for promoting lifestyles aimed at psychophysical well-being. In decree no 2128 in 2016, the region divides the Healthcare Centers, concerning the services offered articulation, into two types: low and medium-high complexity (Emilia-Romagna Region, 2016, p. 7).

6. EMILIA-ROMAGNA REGION: DESIGN CRITERIA FOR HEALTHCARE CENTERS: CRITICALITIES AND POTENTIALITIES

Emilia-Romagna region, with the decree 291 in 2010, in addition to recalling the regional strategies and welfare models, defines the guidelines for the design of the Healthcare Centers. The stated goal is to direct designers towards "basic elements of homogeneity and recognition," limiting themselves to considerations on the sizing and distribution functionality of some rooms." (Emilia-Romagna Region, 2010, p.4). The guidelines refer to the English Health Building Note 11-01 (Department of Health, 2009) and are currently a national reference point, no others having been developed. According to these indications, the Healthcare Center is structured through three functional macro-areas: public area, clinical area and staff area (Fig. 2).

The public area must be conceived in relation to the outside world and has a multifunctional role, welcoming and sorting among health services and social services. It is recommended to include recreational functions such as cafeterias and news-stands, provide elements of comfort and socialization, and spaces for prevention and health promotion such as meeting and conference rooms. Each macro area is divided into other sectors for each of which specific rooms or areas are established. For these, the decree proposes a similarly set form, in which the functional, organizational, dimensional and design recommendations are presented and described with the indication of

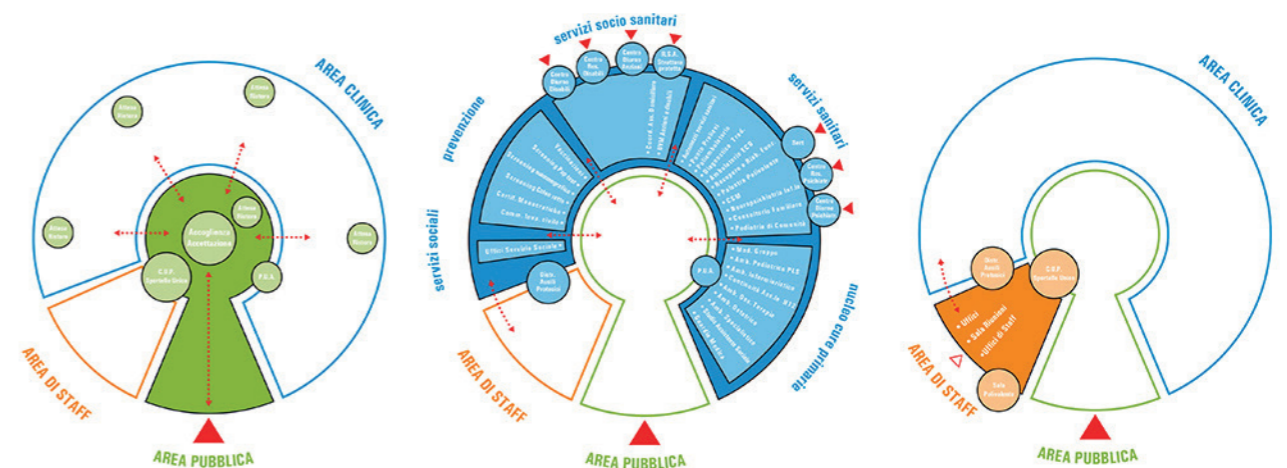


Figure 2: Functional organization diagram: public area, clinical area and staff area. Source: Regione Emilia-Romagna (2010), Regional Decree no 291/2010.

some listed spatial planimetric configurations. About ten years after the issue of decree no 291, the overall situation of the Healthcare Centers in Emilia-Romagna highlights how their construction has only partially responded to the suggestions that were made. In most cases, the Centers were set up within existing buildings or by repurposing small hospitals, with strong spatial and structural constraints and with a health-oriented rather than social approach.

Furthermore, the guidelines do not promote internal flexibility and a relationship with the outside, such as allowing ways of structures spatial adaptation over time, in relation to the possible change of the conditions that had determined them, including the new spatial configurations necessary to avoid possible infections. The SARS-CoV-2 pandemic made evident the rigidity of the existing structures, set on the principle of maximum concentration of the people flow and uniqueness of the entrance with the aim of guaranteeing safety and control, starting from the reception and the relationship with open space (Emilia-Romagna Region, 2010, p.8).

In the future, health facilities in general, and among these the new Community Centers, will no longer be conceived with the same basic principles that will have to be revised according to flexibility criteria, temporary transformation and spatial modulation, to ensure that the structures are adaptable to evolving and changing situations, including pandemic ones.

At the urban level, the guidelines of 2010 report only one indication, they generally promote an opening to the city for the outdoor green spaces of the Healthcare Center (Emilia-Romagna Region, 2010, p. 8) following the idea to close approaching the population.

Overall, these guidelines set up a sort of manual which essentially examines the functional, dimensional and internal distribution characteristics of buildings but in which localization criteria are substantially absent.

Their most evident limitation is the missing proposition of complex urban and social relationships, the lack of integration idea with other services and with the identity places already present within the cities and recognized by citizens (significant buildings and squares, schools, libraries, neighborhood cultural and commercial areas, parks and green spaces, etc.).

This different interpretation of the Community Center's potential value, therefore no longer in-

tended only as structures providing health services, would allow to activate regeneration processes useful to affect their identity and cultural value concerning the cities and territories in which they would be inserted. A new and different approach that should link people's health, salubrity of the environment, and the wealth of urban areas to collectively identify the Community Centers as representative places and symbols of our societies' civil life.

7. THREE ORIGINAL CHARACTERISTICS

The reflections set out above show how the crisis has made manifest the vulnerabilities of our health system: in basic care in the territory, in corresponding to an idea of health understood as psychophysical well-being, in facing health emergencies, in restoring new post-emergency normality. In this sense, we identify three original characteristics to be attributed to the project of the new Community Centers spaces. These characteristics are necessary to exploit fully the strategic potential inherent in their founding program:

- the definition of new ways of organizing the internal space and its relationship with the outdoor to be able to deal with the emergency in the event of other pandemic waves;
- the development of new spatial methods to manage the complex daily post-emergency normality in the presence of the virus;
- the possibility of triggering urban and social regeneration processes through a careful localization strategy concerning the context and its potential relationships to configure new identities and urban centralities, promoting an idea of a healthy city.

Thus the themes of flexibility, level, type and its management (Astley, et al., 2015), also for the Community Center, must ensure that space can be interpreted and used in a situation without any pandemic in progress, exploiting the possibility to change the scenario and organization both in the event of new viral attacks and in post-emergency conditions.

As sensitive links between the internal space and the external space, the points of access will have to multiply and differentiate together with the paths, interacting with the design of the urban space to guide movements and public use. The multiple en-

trances can be transformed into safety measures if necessary, but in the normality of daily life, they will guarantee the regular use of some environments permanently open to citizens: civic halls and meeting spaces for the promotion of health and preventive practices.

The Community Centers will have to make a specific contribution to the management of the spread of the virus, not so much as direct care facilities for people who show severe symptoms (a service that large dedicated and specialized structures must perform such as hospitals with specific Covid-19 departments) but they must be able to function as a territorial hub for the management of home health services through USCA mobile units (Special Continuity Care Units, established by law decree no 14 of March 9, 2020), which provide assistance and care to all infected people in isolation in their own homes, the number of which increases exponentially during the emergency. In this way, the territory guarantees its function as a filter for the hospitals.

The proposed reflection focuses attention on the third original characteristic, which methodologically promotes the full and sustainable development of society and the interpretation of an idea of the Community Center building in a direct relationship with the public space, where the term space conveys all the capacity to welcome collective living.

For the future it becomes important to invest in the Community Centers, in their diffusion and development, as an important part of a regeneration strategy capable of creating new patterns of sociality and, at the same time, capable of substantiating new forms of urbanity, bringing back to the center of the reflection, the health of people and healthiness of the environment.

8. THE COMMUNITY CENTER AS A REGENERATION ENGINE

8.1 *The Community Center as builders of new social networks*

The Community Centers represent an element capable of supporting, through the redefinition of their distribution on the territory, new patterns of social relations that must forge strong connections with other systems of collective interest: volunteering, associations, education and culture as pri-

mary actors, as well as with other components of the health system in a network deployment logic. The welfare and social aspect, which is an essential part of their founding program, together with the involvement of the community understood in its most general sense, should have been a driving factor of their active role within the cities.

The basic principle is to "de-standardize" welfare models, opening up an interpretation of social services on a broader dimension, not only as "taking charge" according to a direction of assistance, but also as recognition of the demand for services by people who do not have economic difficulties, but express needs that public policies must deal with (Bricocoli, Savoldi, 2010).

In this perspective, the Community Center should become, for the entire population, a real engine of sociality with the aim of promoting conditions of psychophysical well-being, culture of health and preventive measures understood as correct lifestyles (physical and nutritional) and a condition of well-being, as well as to give immediate support to all people in conditions of fragility, mostly the young, the old and the immigrants.

The roots of these structures in the community need to be strengthened by interacting with the definition of public space, with open green and pedestrian spaces, with schools and places of culture, aggregation centers, as well as engaging with the system of sustainable mobility.

Thus configured place becomes the home of the Community, the neighborhood, the small and large town, and wider territory. Simultaneously, it intercepts the needs and forms of discomfort, promotes good collective practices and provides incentives for participation and co-planning, involving local institutions and activities. They should be able to identify and accept that "collective demand" that Secchi already indicated as pressing in the 1980s (1986).

The guidelines of the decree (2010) specify these principles of relationship with the city only with few and generic declarations of intent but do not suggest localization criteria; they do not define the requirements that a property should have at the level of territorial and urban location, and not even at the level of architectural and spatial relationship with the closest context.

8.2 *The Healthcare Centers as builders of urbanity*

The logic of identifying the building's relationship

to its location and urban context must be consistent with the reduction of land consumption and must primarily promote the reuse of unused public buildings.

The guiding principle is to define a framework of actions and strategies capable of constituting a system of complex relationships which, starting from the Community Center, links and strengthens the connections of soft and sustainable mobility (pedestrian, cycle, public transport, electric), relations and structures with new green spaces and existing ones (parks, gardens, avenues), relations with public buildings (schools, community centers, sports centers, gyms) and, more generally, with all those residual or interstitial places that have the potential to be involved in a new urban design. They can be of support, especially in the analytical phase and in the setting of some strategic lines, indicators and themes identified with precision by the "urban health" approach (Capolongo et al, 2011).

The identification by intrinsic vocation of existing places for the establishment of new Community Centers, to be implemented through an operation of recognition of urban identities that have built up over time, is the first and fundamental operation to be pursued. It represents the necessary localization strategy with respect to the context, and it is important to favor those processes of urban and social regeneration that are capable of configuring new centralities within a healthy city and responding with the necessary flexibility to the space adaptation conditions in the event of new pandemics.

The establishment of a new building will therefore have to be supported in its surroundings by a rich



Figure 3: Healthcare Center in Carpaneto Piacentino by A+C ARCHITECTURE AND CITY studio associated Archh. Paola Cavallini & Stefano Della Santa with Ivano Fiamma. Source: photo by Michele Cinotti - Communication dep. Ausl Piacenza.



Figure 4: Navile Health House in Bologna by ARKLAB Architectural Office. Source: photo by the authors.

mix of functions (public, private, existing and new) and by a high level of quality of public spaces. It is not simply a matter of renovating some open space but of imagining real new centralities with a density of functions and an integral design of the public space so as to make these places not only recognizable and highly attractive, but identifiable for the community.

The Community Center, therefore, will have to manifest its own solid architectural presence, not so much through abstract ranges of colors established without any link with the context (Emilia-Romagna Region, 2010, p. 16), or by using pretentious and extravagant forms, but through the ability to structure complex urban relationships, through a careful localization strategy both at the scale of the territory and of the city. This architectural presence will also be manifested both in the organization of the public open space with respect to the surrounding context and in the definition of the internal space with consideration to its potential relationships with the open space at the scale of the building.

Extensively transforming the Community Centers into engines of regeneration therefore goes beyond the sole object of medical-health interest, but it is a theme that touches the disciplines of the project in a transcalar way: from territorial planning, to urban planning and urban design, to environmental, architectural, open space and interior design.

In general, the goal is to define an accessible, attractive, recognizable and urban nucleus, capable of becoming the engine of new identities for a healthier, more liveable, beautiful and urban city in the new post-emergency daily life.

Some recent achievements constitute interesting reference practices. The project for the Healthcare

Center in Finale Emilia (Modena), for example, places the structure in the historic center, next to the Castle of the Rocche, creating a deep pedestrian courtyard directly open to the green space of the castle, while on the other side it engages in the historical building, with the aim of establishing a relationship of continuity with the system of public spaces that characterize the place. Similarly, the Healthcare Center in Carpaneto Piacentino (Piacenza) (Fig. 3), in its precise architectural linearity, tries to establish a dialogue with the planned adjacent library. The courtyard typology open to the street embraces a large tree that programmatically becomes an identifying and generating element of the courtyard itself and its urban recognizability. The proximity between public functions, new and existing (the new building is also adjacent to a post office), and its location in a transit area between the suburbs and the historic center, wants to identify a polarity on the scale of the town. The condition of the new Navile Healthcare Center in Bologna is different (Fig. 4). Located behind the station, inside a new office building, in a place with high vehicle accessibility, it is almost entire-

ly surrounded by parking lots. The building does not establish a specific relationship condition with the surrounding public space, capable of defining its own urban characteristics, but is contained in a closed, colored block, which resolves within itself all the reception conditions of the people who will have to use the structure by calibrating a rich and functional design of the interior spaces.

9. THE COMMUNITY CENTER AND THE CITADEL OF HEALTH OF FIORENZUOLA D'ARDA AS AN OPPORTUNITY FOR URBAN AND SOCIAL REGENERATION

The case study of the Community Center and the Citadel of Health in Fiorenzuola d'Arda is paradigmatic with respect to the above. The research, resulting from an agreement between the AUSL of Piacenza, the Municipality of Fiorenzuola d'Arda together with a researchers working group of

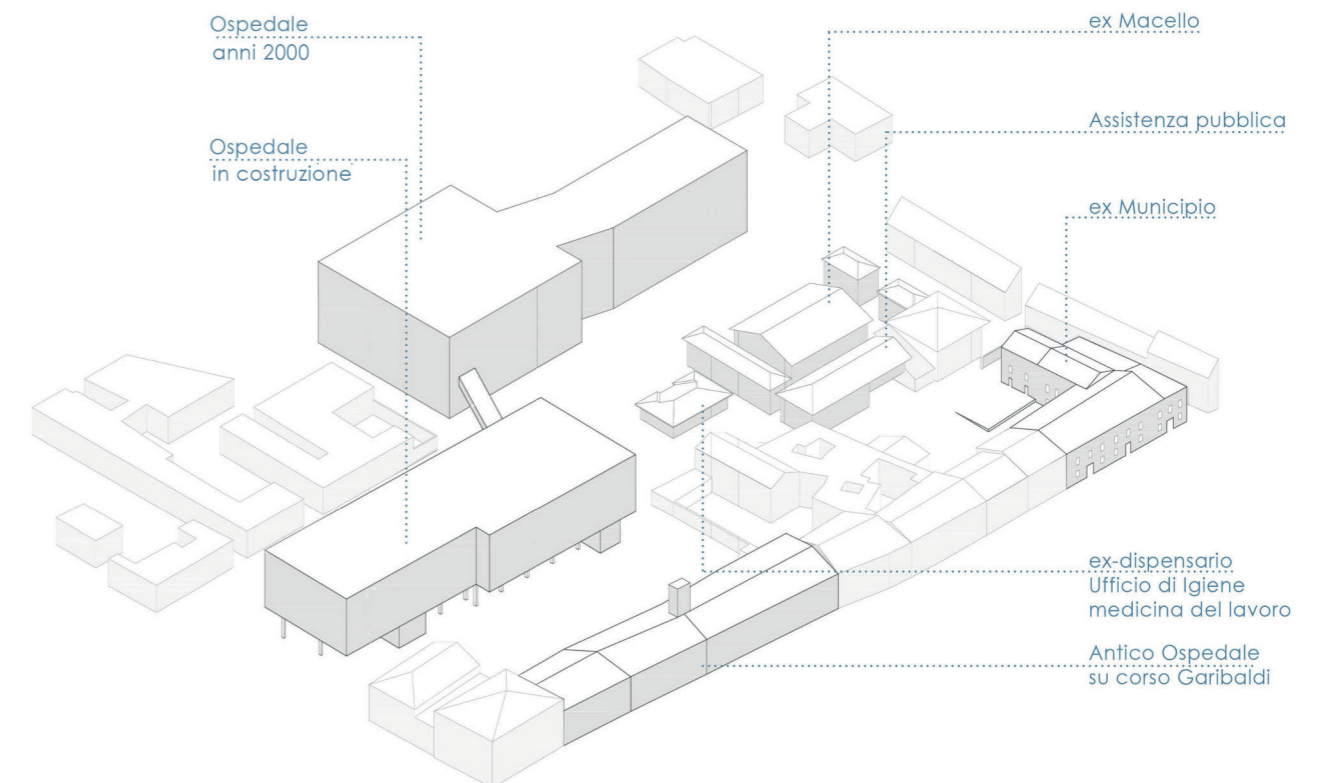


Figure 5: Current conditions as a prerequisite for the new Health Citadel in Fiorenzuola d'Arda. Source: authors' elaboration.

the Department of Architecture and Urban Studies of the Politecnico di Milano, represents an interesting opportunity for a potential social and urban regeneration, through a functional, spatial and architectural redefinition of the vast quadrant of the city located within the historic center in its north-east part, overlooking the ancient Via Emilia (the ancient roman road that connects Milano, Bologna arriving to Rimini). The research opens up the possibility of experimenting with a new urban system starting from critical conditions and a potential of particular interest: the relevant size of the area on which the intervention is carried out corresponding to an entire block, the position being within the historic center but on the border with the periphery and the ring road (via Roma) adjacent to an important green space (Lucca Park) and leading to the railway station; the disqualified, fragmented and disconnected character of the open space that is divided into courtyards separated by walls and fences; the lack of green areas and the strong waterproofing feature of the soil; the presence of few but notably-sized trees; the possibility of identifying new permeabilities and opening urban connections; the presence of some buildings of architectural value that can be functionally rethought; and finally, the possibility of new and targeted building insertions to replace existing buildings characterized by poor quality (Fig. 5).

These conditions are associated with two others of specific and relevant significance: on the one hand, the historical presence of an articulated system of hospital-type health facilities, with the recent construction of a new block to replace one of the 1960s, and on the other hand, the public ownership of a large part of the spaces and buildings present. These are exceptional conditions that allow the definition of an intervention of significant proportions.

The planned insertion in this area of a new Healthcare Center, in a logic of completing the offer of health services compared to those already existing, gives the possibility of reinterpreting the whole as a system of functions, spaces and structures that are not only the mere sum of services to which those planned will be mechanically added in the future. Instead, it can aspire to assume the more complex role of Citadel of Health to the point of becoming a new possible urban centrality for the town of Fiorenzuola d'Arda.

Inside the quadrant, the historic building of the former town hall, now in a state of neglect, is a public property with a rather composite architectural character, to which the project assigns the role of the Healthcare Center and is strategically located in a corner position between via Liberazione, an axis that crosses the entire town from north to south with a mostly pedestrian and cycle path, and the perpendicular via Emilia (now Corso

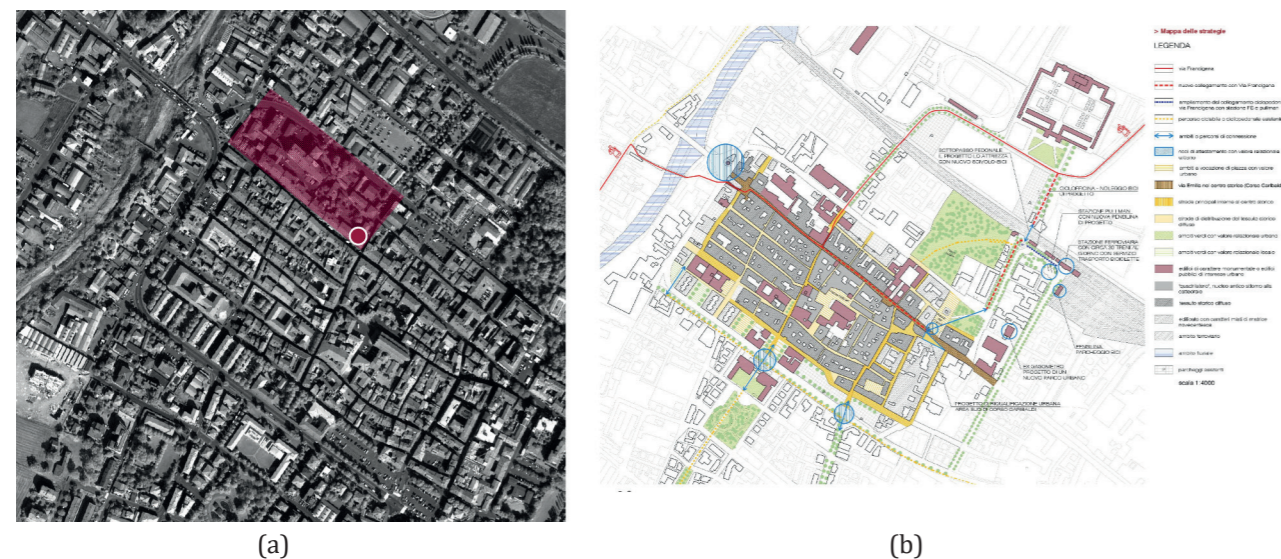


Figure 6: (a) The city of Fiorenzuola d'Arda, in the north east quadrant of the historic center relating to the Citadel of Health is highlighted. *Source: authors' elaboration on Google Earth image;* (b) Strategic map of the city of Fiorenzuola d'Arda. In evidence the cycle path of the Francigena track. *Source: authors' elaboration.*

Garibaldi).

The choice of the building and its position make explicit the possibility of opening a dialogue of urban relations with the Via Emilia on which the building overlooks, with the system of public spaces in which it is inserted and with the set of existing functions (Fig. 6).

This is possible thanks also to the three symmetric entrances that architecturally characterize the main facade and those placed on the further fronts, allowing a plurality of access points that make the building able to be traversed internally from side to side, putting the open space of the block in direct relationship with that of the street. (Fig. 7).

In its interiors, the building allows you to experience a project that measures itself by the need to provide welcoming, clear spaces, capable of relating to the vast community of people who will benefit from them and also according to a logic of necessary flexibility to respond to any other pandemic conditions. On the ground floor, innervated by a system of permeability and passages, in relationship with the open space, functions of greater

connection with the wider public will be inserted, in a logic of promotion and education to health and not just the health service.

The proposal to broaden the theme to the possible structuring of a Citadel of Health represents an opportunity to overcome the technicality of an agglomeration of well-conceived services. It becomes an opportunity to weave new patterns of sociality and to become a builder of new urbanities involving the entire community of Fiorenzuola d'Arda, triggering virtuous dynamics of territorial relations (Fig. 8).

The enhancement and redevelopment of the entire quadrant will see a first design action in the system of existing open spaces to make them healthy spaces for the daily life, both inside the block, interconnecting them and inserting a balanced relationship between new flooring, green areas, vegetation and soil permeability, and through the connection with the more general system of public spaces in the city. Around what we could call health squares are synergistically integrated other services and functions of public interest already



Figure 7: Current conditions: potential and criticality. Accessibility and walkability. Analysis of access points and urban connections. Pedestrian paths, entrances to buildings, potential connections, pedestrian crossings, passing hallways, visual and pedestrian permeability are highlighted. *Source: a.y. 2012-13 Interior Architecture Design and Building Conservation Laboratory, professors Ugolini M. and Gabaglio R., Politecnico di Milano.*

present in the area that would find vitality in the new system of relationships: the elderly club with its many visitors, the old cinema as a usable space for conferences and public meetings, the small former slaughterhouse recently renovated and only occasionally used for exhibitions and events that would enhance its multifunctional capacity, as well as the existing hospital health facilities and their many users, both visiting and hospitalized. Considering them together, the squares will dialogue with the new functions to be included: the Healthcare Center, the physiotherapy school, the bar, the restaurant, the small library, the small religious chapel.

The general setting excludes the presence of cars from the whole area to make people protagonists through a soil design that, using the tools of architecture, offers the city a radical transformation: from a closed, fragmented, and identityless place, to an accessible place, inclusive and alive, capable of presenting itself as a new urban centrality and engine of regeneration to which to entrust the capacity for humanization of hospitals.

A system of new relationships would be established in which the Healthcare Center would be assigned the role of a new identity element like the town hall and the school, to structure a more livable, healthier, beautiful and urban city in the new post-pandemic normality.

The pilot case of Fiorenzuola d'Arda, starting from the methodological assumptions set out above, aims to configure a study capable of developing, and at the same time verifying, potential guidelines that can be applied in other and different cases and contexts useful for creating new civic, architectural, urban and environmental polarities, that are invested with the role of cultural protection and promotion of health and more generally of community life.

Paradoxically, the pandemic has opened a concrete possibility, giving resources, and motivating policies and strategies that can be directed towards this goal.



Figure 8: Urban potential: the system of green spaces, open spaces and public services. Source: a.y. 2012-13 *Laboratory of Interior Architecture Design and Building Conservation*, professors Ugolini M. and Gabaglio R., Politecnico di Milano.

LA CASA DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ MOTORE DI RIGENERAZIONE URBANA E SOCIALE.

UN PROGETTO DI SPAZI PUBBLICI POST COVID-19. CITTADELLA DELLA SALUTE E CASA DELLA COMUNITÀ DI FIORENZUOLA D'ARDA

1. INTRODUZIONE

La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale (WHO, UNICEF, 1948, p. 1). Con la dichiarazione di Alma Ata del 1978 si pongono al centro dell'attenzione le cure primarie, come strategia di sostenibilità a lungo termine.

La carta di Ottawa sottolinea che "le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono pace, alloggio, istruzione, cibo, reddito, un ecosistema stabile, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equità" (WHO, 1986, p. 2). La tutela della salute è fonte di stabilità politica ed economica, presupposto per uno sviluppo urbano sostenibile. (WHO, 2016)

Queste dichiarazioni chiariscono come salute e società siano intimamente interconnesse. La pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in drammatica evidenza questo nesso. La salute è, oltre che un diritto individuale fondamentale, un fattore decisivo per il pieno sviluppo di una società.

Anche la costituzione italiana già nel 1947 all'art. 32 poneva la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità.

1.1 *Pandemia da SARS-CoV-2 ed emergenza sanitaria*

La sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) è il nome dato al nuovo coronavirus del 2019, mentre COVID-19, acronimo di Corona Virus Disease 2019, è il nome dato alla malattia associata al virus. Si tratta di un virus, anche nelle sue successive varianti, altamente contagioso, che si trasmette con estrema facilità e velocità attraverso il respiro delle persone che si trovano a stretto contatto (Ministero della Salute, 2020).

La vita pubblica delle nostre società e i suoi siste-

mi organizzati - lavoro, educazione, scuola, cultura, mobilità - sono andati fortemente in crisi sotto i colpi inferti dalla pandemia, dimostrando quanto fossero fragili. Quello che ha maggiormente sofferto l'impatto diretto e immediato dell'espandersi del virus è stato il settore sanitario dal quale ci si sarebbe aspettati una tutela e una risposta efficace. Regole, protocolli, standard comportamentali e spaziali, gli uni e gli altri strettamente connessi, si sono dimostrati inadeguati. Nonostante dopo la diffusione dell'aviaria (A/H5N1) la WHO avesse suggerito ai governi di tutti gli stati di aggiornare costantemente i piani nazionali in caso di pandemia influenzale (C. C. M., 2006, p. 5), i modelli elaborati non sono stati in grado di opporsi alla eccezionale velocità di trasmissione di questo virus. Il settore delle cure primarie, quello che per diffusione sul territorio e prossimità ai luoghi di vita delle persone avrebbe dovuto arginare il primo impatto del virus, ha faticato a rispondere all'emergenza. Il mancato filtro sul territorio ha spostato l'urto sul secondo livello del sistema sanitario, quello ospedaliero che ha vissuto condizioni drammatiche. In particolare è venuta a mancare la capacità di garantire i servizi domiciliari di tipo sanitario.

Profetiche sono state le parole di Gavino Maciocco, docente di Igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze, quando, un anno prima della pandemia, aveva previsto che i mancati finanziamenti a sostegno delle cure primarie, nel caso di eventi eccezionali, avrebbero comportato il tracollo del sistema sanitario generale, in primis degli ospedali. (Maciocco, 2019, p. 16).

2. VULNERABILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO DI PRIMO LIVELLO: TERRITORIO, CITTÀ E SPAZIO INTERNO

In Italia la situazione emergenziale ha gravato su un modello che già evidenziava criticità di im-

plementazione sul territorio e di funzionamento intrinseco, oltre che per un costante aumento dell'età media della popolazione e per l'alta incidenza delle patologie croniche. (WHO, 2006)

Insieme alle criticità organizzative già individuate e a una ormai decennale riduzione dei finanziamenti pubblici, sono emerse in maniera evidente alcune vulnerabilità nel sistema di primo livello legate al tema degli spazi, sia internamente alle strutture, sia nelle loro relazioni urbane e territoriali.

La prima vulnerabilità emersa riguarda la rete assistenziale delle Case della Salute (CdS, o comunque denominate nelle varie regioni) la cui distribuzione risulta carente e disomogenea sul territorio nazionale, anche in regioni quali l'Emilia-Romagna in cui sono molto diffuse. Quest'ultima, nel proprio report annuale del 2018 dedicato alle Case della Salute (2018, p. 8) riporta i dati della distribuzione di queste strutture e della popolazione di riferimento per aree urbane e zona altimetrica. Si evinceva una copertura di cittadini serviti ancora molto parziale, con un dato medio regionale del 43%, di cui soltanto il 29% nelle città capoluogo; 59% in pianura; 37% in collina; 40% in montagna (Fig. 1).

La seconda è relativa allo spazio interno delle strutture che non si è rivelato adattabile e flessibile per supportare le necessarie modifiche anti-contagio. Le Case della Salute hanno così mancato l'obiettivo di garantire sicurezza e divenire presidi di prevenzione della diffusione del virus. In alcuni casi, non sono riuscite a erogare i servizi sanitari e assistenziali di base, venendo meno all'assistenza delle persone più fragili con rischio e pregiudizio della loro salute.

La terza vulnerabilità emersa riguarda la collocazione delle Case della Salute in ambito urbano. Programmate a partire dal potenziale bacino d'utenza, vengono essenzialmente insediate dove esistono immobili o aree di proprietà pubblica, in particolare, ex ospedali, o strutture sanitarie preesistenti. Manca completamente una strategia localizzativa che aiuti la pianificazione ad individuare all'interno dei quartieri luoghi nodali per relazioni e dinamiche contestuali.

3. ASSISTENZA PRIMARIA E NUOVA NORMALITÀ POST EMERGENZA

Dopo i periodi di emergenza della primavera e dell'autunno 2020, in cui sono state varate misu-

re straordinarie di contenimento del contagio, si è faticosamente ripristinata una nuova e diversa normalità, che risulta comunque caratterizzata da una diffusa circolazione del virus. Lo sforzo delle istituzioni pubbliche e delle autorità sanitarie si sta indirizzando, anche finanziariamente sia a livello europeo che nazionale (Zoppè, Dias, 2020), da un lato, verso una definizione di norme in grado di regolare in maniera sostenibile una possibile convivenza con il SARS-CoV-2 nello svolgersi delle normali attività quotidiane, dall'altro, verso una migliore e più adeguata strutturazione dei sistemi sanitari di base. In questo senso il rafforzamento dell'organizzazione territoriale e di prossimità è il presupposto necessario per il controllo di una pandemia (Collicelli, 2020, p. 50) che può avvenire attraverso una maggiore e più calibrata diffusione delle Case della Salute sul territorio e nelle città.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del 2021 promuove il modello delle Case della Salute a livello nazionale, destinandogli ingenti risorse economiche ma modificandone il nome in Case della Comunità, a sottolinearne il valore collettivo e sociale (Ministero dello Sviluppo Economico, 2021). In questa direzione, grazie al bando di finanziamento Polisocial Award, lavora un gruppo di ricerca del Politecnico di Milano insieme all'Azienda USL di Piacenza con un programma dal titolo "Coltivare_Salute.Com", che già dall'estate del 2020 affrontava la questione delle Case della Salute della Comunità.

4. PANDEMIA E CITTÀ, CINQUE CONDIZIONI PER UNA NUOVA NORMALITÀ

Ripensare le città oggi significa innanzitutto ridefinire quali siano le nuove condizioni di normalità. La diffusione del SARS-CoV-2, superato il periodo dell'emergenza, impone una nuova strategia di pensiero ancora prima che di azione, ponendo la salute delle persone quale bisogno primario il cui soddisfacimento, a partire da una rilettura del rapporto con il territorio, diviene condizione necessaria ed essenziale. Costringe anche a nuove azioni, non solo di tipo sanitario, che intercettano lo spazio urbano e il suo sistema di relazioni con nuovi livelli e standard spaziali per strutturare città meno vulnerabili, più sostenibili, resilienti e salubri.

I virus investono tutti gli spazi della nostra vita, in-

terni e all'aperto, privati e pubblici, che siano.

Al tema della nuova normalità post pandemica si aggiungono i problemi che strutturalmente, ormai da tempo, connotano le città – in alcuni casi hanno funzionato da moltiplicatore degli effetti del virus – in particolare quelli legati all'inquinamento (Baldini M. et al, 2020), ai cambiamenti climatici, a un uso non sostenibile dell'automobile, al consumo energetico, al consumo di suolo, al dissesto idrogeologico.

Urbanità, vivibilità e bellezza (Consonni, 2016), valori molte volte dispersi nel tempo delle città contemporanee dovranno sempre più coniugarsi con salubrità trovando una sintesi maggiormente equilibrata. Affinché questo possa avvenire andranno individuate una molteplicità di azioni e attori capaci di avviare significativi cambiamenti. Solo una strategia complessiva e multidisciplinare potrà, in un'efficace attuazione per fasi, dimostrarsi capace di incidere nella complessità dei fatti urbani. Il sistema della vegetazione che alimenta la vita (non solo quella dell'uomo ma di una vasta biodiversità) e le sue condizioni di salubrità, è stato per troppo tempo semplicemente relegato nella generica categoria del verde urbano. Artefici di questo cambiamento non potranno essere solo architetti, urbanisti e ingegneri edili ma ci vorranno molte e diverse figure: ecologi, agronomi, dottori in scienze forestali, biologi, ingegneri idraulici ed energetici, specialisti di igiene ambientale, medici, sociologi, e altre figure ancora.

A partire da queste considerazioni generali, al fine di costituire una nuova alleanza tra città, uomo e natura, attraverso salubrità, vivibilità, bellezza e urbanità nelle condizioni di normalità post COVID-19, sono da considerarsi fondamentali per il prossimo decennio alcuni macro temi:

- vegetazione e infrastrutture verdi e blu per realizzare una rete ecologica urbana;
- mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici e dei consumi energetici per limitare l'innalzamento delle temperature e salvaguardare la risorsa acqua;
- mobilità sostenibile per una maggiore sicurezza e minore inquinamento dell'aria;
- rigenerazione dei quartieri per garantirne una migliore vivibilità e vitalità e un accesso ravvicinato ai servizi;
- una rete di assistenza sanitaria e sociale integrata e diffusa sul territorio che ponga la salute delle persone quale diritto fondamentale da tutelare e promuovere e che, a partire dalla localizzazione delle Case della Comunità, diven-

ga occasione di rigenerazione urbana e sociale capace di configurare nuove identità e centralità urbane, all'interno di città salubri.

5. LE CASE DELLA SALUTE: SERVIZI, SPAZI E TERRITORIO

La rete delle attuali Case della Salute, presente con livelli assai diversificati in quasi tutte le regioni italiane, sul modello dei Health Center di origine anglosassone (Maciocco, Brambilla, 2016, p. 40), rappresenta uno dei principali strumenti di potenziamento territoriale del sistema sanitario e sociale. L'Emilia-Romagna e la Toscana sono quelle che per prime hanno maggiormente sviluppato questa rete.

Passaggio fondamentale nell'attuazione a livello nazionale di questa realtà è stata la politica promossa nel 2006 dal Ministero della Sanità (ministro Livia Turco) che indica le Case della Salute come gli strumenti operativi sul territorio in grado di erogare servizi, ma soprattutto di integrare l'aspetto sanitario e quello sociale, di prevenire ed educare alla salute, responsabilizzando le persone a uno stile di vita consapevole (Turco, 2006, pp. 4-6).

Bruno Benigni, figura storica della politica sanitaria toscana e nazionale, sostiene che introdurre le Case della Salute possa costituire un radicale e positivo cambiamento nel welfare locale (Benigni, 2004, pp. 37-38).

La Regione Emilia-Romagna con il Decreto della Giunta Regionale n. 291 del 2010 definisce come lo sviluppo delle Case della Salute rappresenti un nuovo modello organizzativo dei servizi dell'assistenza territoriale che richiede un profondo cambiamento culturale. Si occupano inoltre della presa incarico di problemi ambulatoriali urgenti, percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale, della gestione delle patologie croniche, della prevenzione e promozione della salute e costituiscono un importante presidio rispetto alle condizioni di disagio sociale. Sono strutture con livelli di complessità differenti in relazione alle caratteristiche del territorio e alla densità di popolazione. Sono aperte ai cittadini, promuovendone e valorizzandone una partecipazione attiva (Regione Emilia-Romagna, 2010, pp. 3-6).

Alle funzioni di base delle Case della Salute ne possono essere associate altre di particolare valore sociale, dotate di una propria autonomia quali: centri diurni e residenze protette per anziani (RSA),

disabili, malati psichiatrici e il servizio per le tossicodipendenze (SERT). Possono integrarsi anche con i cosiddetti Ospedali di Comunità (OSCO), piccole unità intermedie non specialistiche per l'assistenza sanitaria che non può essere erogata a domicilio (Regione Emilia-Romagna, 2010, p. 23). Le Case della Salute insieme a queste ulteriori strutture definiscono possibili configurazioni di servizi a geometria variabile potenzialmente capaci con le loro articolazioni di interpretare la molteplicità delle fragilità e dei bisogni sanitari, socio sanitari e sociali che si esprimono nelle diverse situazioni territoriali. Esse consentono anche di raggiungere, attraverso prevenzione e promozione, non solo le persone malate, ma strati più vasti di popolazione, incentivando quel cambiamento di approccio culturale all'idea di salute che è fondamentale per promuovere stili di vita indirizzati al benessere psicofisico. Nel decreto n. 2128 del 2016 la regione suddivide le Case della Salute, in relazione all'articolazione dei servizi offerti, in due tipologie: a bassa e medio-alta complessità (Regione Emilia-Romagna, 2016, p. 7).

6. REGIONE EMILIA-ROMAGNA: CRITERI DI PROGETTAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE: CRITICITÀ E POTENZIALITÀ

La Regione Emilia-Romagna con il decreto n. 291 del 2010, oltre a richiamare le strategie regionali e i modelli assistenziali, vengono esplicitate le linee guida per la progettazione della Casa della Salute. L'obiettivo dichiarato è di indirizzare i progettisti verso "elementi base di omogeneità e riconoscibilità", limitandosi a "considerazioni sul dimensionamento e sulla funzionalità distributiva di alcuni locali." (Regione Emilia-Romagna, 2010, p. 4). Le linee guida fanno riferimento alla Health Building Note 11-01 inglese (Department of Health, 2009) e al momento costituiscono un punto di riferimento nazionale.

Secondo tali indicazioni, la Casa della Salute viene strutturata attraverso tre macroaree funzionali: area pubblica, area clinica, area di staff (Fig. 2). L'area pubblica deve essere concepita in relazione con l'esterno e ha un ruolo polifunzionale, di accoglienza e smistamento tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Viene consigliato l'inserimento di funzioni ricreative tipo caffetteria, edicola, per fornire elementi di confort e socializzazione,

oltre a spazi per la prevenzione e la promozione della salute, quali sale per incontri e conferenze. Ogni macro area è suddivisa in altri settori per ognuno dei quali sono previste stanze o ambiti specifici. Per questi ultimi il decreto propone una scheda similmente impostata, nella quale viene presentata e descritta la funzione, le raccomandazioni organizzative, dimensionali e progettuali con l'indicazione di alcune configurazioni spaziali planimetriche e relative misure di riferimento.

La situazione complessiva delle Case della Salute in Emilia-Romagna, a oltre dieci anni dall'uscita del decreto n. 291, evidenzia come la loro realizzazione abbia solo parzialmente risposto ai suggerimenti che questo disponeva in quanto, nella maggior parte dei casi, sono state ricavate all'interno di edifici sanitari esistenti o rifunzionalizzando piccoli ospedali, con forti vincoli spaziali e strutturali e con un approccio più di tipo sanitario che sociale.

Inoltre, le linee guida non promuovono elementi di flessibilità interna e di rapporto con l'esterno tali da consentire modalità di adattamento spaziale delle strutture nel tempo, in relazione al possibile mutare delle condizioni che le avevano determinate, compreso le nuove configurazioni spaziali necessarie ad evitare possibili contagi. La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso evidente la rigidità delle strutture esistenti, impostate sul principio della massima concentrazione del flusso delle persone e di univocità dell'ingresso con l'obiettivo di garantire sicurezza e controllo, a partire dall'accoglienza e dal rapporto con lo spazio aperto (Regione Emilia-Romagna, 2010, p. 8).

In futuro, le strutture sanitarie, e tra queste le nuove Case della Comunità, non potranno più essere concepite secondo gli stessi principi di base in quanto, questi ultimi, dovranno essere rivisti secondo criteri di flessibilità, trasformazione temporanea e modulazione spaziale per garantire alle strutture una loro adattabilità all'evolversi e al cambiare delle situazioni, anche di tipo pandemico.

A livello di relazioni urbane le linee guida del 2010 riportano una sola indicazione riferita agli spazi esterni verdi della Casa della Salute promuovendone una loro generica apertura alla città, (Regione Emilia-Romagna, 2010, p. 8) nell'ottica di innescare un processo di avvicinamento della popolazione.

Nel complesso, tali linee, si configurano come una sorta di manuale che approfondisce quasi esclusivamente caratteri prettamente funzionali, dimen-

sionali, di relazioni organizzative interne agli edifici e di dotazioni di attrezzature d'arredo, anche di tipo specialistico. Sono invece sostanzialmente assenti criteri riguardanti la localizzazione delle strutture rispetto all'ambito urbano in cui devono essere insediate. Il loro più evidente limite è dovuto proprio alla mancata proposizione di relazioni urbane e sociali complesse, a una mancata idea di integrazione con gli altri servizi e con i luoghi identitari già presenti all'interno delle città e riconosciuti come tali dai cittadini (centri di quartiere, edifici significativi e piazze, scuole, biblioteche, ambiti culturali e commerciali di vicinato, parchi e spazi verdi, ecc.).

Tale diversa interpretazione del valore potenziale delle Case della Comunità, pertanto non più solo intese come strutture erogatrici di servizi sanitari, permetterebbe di attivare processi di rigenerazione attraverso i quali incidere sul loro valore identitario e culturale rispetto alle, città e ai territori in cui verrebbero inserite. Un nuovo e diverso approccio che dovrebbe legare salute delle persone, salubrità dell'ambiente e ricchezza degli ambiti urbani per identificare collettivamente le Case della Comunità quali luoghi e simboli rappresentativi del vivere civile delle nostre società.

7. TRE CARATTERI DI ORIGINALITÀ

Le riflessioni sopra esposte hanno mostrato come la crisi legata alla diffusione pandemica da Sars-Cov.2 abbia reso manifeste le vulnerabilità del nostro sistema sanitario: nell'assistenza di base sul territorio, nel corrispondere a un'idea di salute intesa come benessere psicofisico, nel far fronte alle emergenze sanitarie, nel ripristinare una nuova normalità post emergenza.

In tal senso, la riflessione proposta, individua tre caratteri di originalità da attribuire al progetto degli spazi delle nuove Case della Comunità per coglierne appieno le potenzialità strategiche insite nel loro programma istitutivo:

- la definizione di nuove modalità di organizzazione dello spazio interno e di rapporto con lo spazio aperto circostante per poter affrontare l'emergenza in caso di altre ondate pandemiche;
- la messa a punto di nuove modalità spaziali per gestire la quotidiana ma complessa normalità post emergenza in presenza del virus;
- la possibilità di innescare processi di rigene-

razione urbana e sociale attraverso un'attenta strategia localizzativa rispetto al contesto e alle sue potenziali relazioni per configurare nuove identità e centralità urbane, promuovendo un'idea di città salubre.

Così il tema della flessibilità, livello, tipo e sua gestione (Astley, et al., 2015), anche per le Case della Comunità, deve garantire di poter interpretare e usare lo spazio nella normalità di una situazione senza nessuna pandemia in corso, ricorrendo alla possibilità di cambiare scenario e organizzazione sia in caso di nuovi attacchi virali, sia in condizioni post-emergenza ma ancora con una circolazione attiva del virus.

Gli accessi, quali cerniere sensibili tra lo spazio interno e lo spazio esterno, dovranno moltiplicarsi e differenziarsi insieme ai percorsi interagendo con il disegno dello spazio urbano per guidare movimenti e fruizione collettiva. I plurimi ingressi potranno trasformarsi all'occorrenza in dispositivi di sicurezza ma nella normalità della vita quotidiana garantiranno la consueta fruizione di alcuni ambienti permanentemente aperti alla cittadinanza: sale civiche e spazi di incontro per la promozione e prevenzione della salute.

Le Case della Comunità dovranno dare un loro specifico contributo alla gestione della diffusione del virus, non tanto quali presidi di cura diretta delle persone che mostrano gravi sintomi - servizio che devono svolgere grandi strutture specializzate come gli ospedali dotati di appositi reparti Covid-19 - ma dovranno poter funzionare da hub sul territorio per la gestione dei servizi domiciliari di tipo sanitario attraverso le unità mobili USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale, istituite dal decreto legge n. 14 del 9 marzo 2020) che danno assistenza e cura a tutti i contagiati in condizione di isolamento presso le proprie abitazioni, il cui numero durante l'emergenza si incrementa esponenzialmente. In tal modo si garantirebbe agli ospedali il necessario filtro sul territorio.

La riflessione che qui si propone concentra l'attenzione sul terzo carattere di originalità, che si presta, metodologicamente, a promuovere un pieno e sostenibile sviluppo della società e a interpretare un'idea di Casa della Comunità in diretto rapporto con lo spazio pubblico, dove nel termine spazio è insita tutta la capacità di accogliere il vivere collettivo.

Per il futuro diviene importante investire sulle Case della Comunità, sulla loro diffusione e sviluppo, quali tasselli di una strategia di rigenerazione atta a costituire nuove trame di socialità e, al contem-

po, capace di sostanziare nuove forme di urbanità, riportando al centro della riflessione, salute delle persone e salubrità dell'ambiente.

8. LE CASE DELLA COMUNITÀ COME MOTORE DI RIGENERAZIONE

8.1 *Le Case della Comunità come costruttori di nuove trame di socialità*

Le Case della Comunità rappresentano un elemento capace di sostenere, attraverso la ridefinizione della loro distribuzione sul territorio, nuove trame di relazioni sociali che devono stringere forti connessioni con altri sistemi di interesse collettivo: volontariato, associazionismo, educazione e cultura come primi attori, nonché con altre componenti del sistema sanitario in una logica di dispiegamento a rete.

L'aspetto assistenziale e sociale, che è parte essenziale del loro programma istitutivo, insieme al coinvolgimento della Comunità intesa nel suo senso più generale, avrebbe dovuto rappresentare un fattore trainante del loro ruolo attivo all'interno delle città.

Principio basilare è quello di "destandardizzare" i modelli di welfare, aprendo l'interpretazione dei servizi sociali a una dimensione più ampia, non solo come "presa in carico" secondo una direzione di assistenza, ma anche come riconoscimento di domanda di servizi da parte di persone che non hanno difficoltà economiche, ma esprimono bisogni di cui le politiche pubbliche devono occuparsi (Bricocoli, Savoldi, 2010).

In questa ottica la Casa della Comunità dovrebbe divenire, per tutta la popolazione, un vero e proprio costruttore di trame di socialità con l'obiettivo di promuovere condizioni di benessere psicofisico, cultura della salute e prevenzione sanitaria intese quali corretti stili di vita, oltre che per dare risposte ravvicinate a tutte le persone, non solo a quelle in condizione di fragilità.

Il radicamento di tali strutture nella comunità necessita di essere rafforzato interagendo con la definizione dello spazio pubblico, con gli spazi aperti verdi e pedonali, con le scuole e i luoghi della cultura, i centri di aggregazione, oltre che innestarsi sul sistema della mobilità sostenibile.

Una struttura così configurata diviene Casa della Comunità: del quartiere, del piccolo e grande paese, e di un territorio più vasto. Intercettando con-

temporaneamente i bisogni e le forme del disagio, le buone pratiche collettive e le spinte alla partecipazione e alla coprogettazione dei servizi, coinvolgendo istituzioni e attività di vicinato. Dovrebbero saper individuare e accogliere quella "domanda di collettivo" che Secchi già indicava come pressante negli anni '80 (1986).

Le linee guida del decreto della Regione Emilia-Romagna (2010) esplicitano questi principi di rapporto con la città solo con poche e generiche dichiarazioni di intenti ma non suggeriscono criteri localizzativi, non definiscono i requisiti che un immobile dovrebbe avere a livello di collocazione territoriale e urbana, e nemmeno a livello di relazione architettonica e spaziale con il contesto più prossimo.

8.2 *Le Case della Comunità come costruttori di urbanità*

Le logiche di individuazione dell'edificio, o dell'area in cui edificarne uno nuovo, relative alla sua localizzazione e al contesto urbano devono essere coerenti con la riduzione del consumo di suolo e devono primariamente promuovere il riuso di immobili pubblici inutilizzati.

Il principio guida è definire un quadro di azioni e strategie capaci di costituire un sistema di relazioni complesse che, a partire dalla Casa della Comunità, si raccordi e potenzi le connessioni di mobilità dolce e sostenibile (pedonale, ciclabile, trasporto pubblico, veicoli elettrici), si rapporti con gli spazi verdi nuovi ed esistenti (parchi, giardini, viali), si relazioni con con spazi ed edifici a carattere pubblico di tipo culturale (scuole, biblioteche, centri culturali), di tipo sociale (centri di aggregazione, e ludici), di tipo sportivo (palestre e centri sportivi) e, più in generale, anche con tutti quei luoghi dimenticati delle nostre città, di risulta o interstiziali, che hanno la potenzialità di essere coinvolti in un nuovo disegno urbano. Sono importante e sicuro supporto, specie in fase analitica e nella impostazione di alcune linee strategiche, indicatori e temi individuati con precisione dall'approccio "urban health" (Capolongo et al, 2011).

L'individuazione, per intrinseca vocazione, di luoghi esistenti per l'insediamento di nuove Case della Comunità, da attuarsi tramite il riconoscimento di identità urbane ricche di relazioni stratificatesi nel tempo, è la prima e fondamentale operazione da eseguire. Essa rappresenta la necessaria strategia localizzativa rispetto al contesto, importante

per favorire quei processi di rigenerazione urbana e sociale, capaci di configurare nuove centralità all'interno di una città salubre e per rispondere, con la necessaria flessibilità, alle condizioni di adattamento dello spazio in caso di nuove pandemie.

L'insediamento di una nuova struttura dovrà, quindi, essere sostenuto nell'intorno da un ricco mix di funzioni (pubbliche e private, esistenti e di nuovo inserimento) e da un elevato livello di qualità degli spazi pubblici. Non si tratta semplicemente di ristrutturare o riqualificare qualche spazio aperto ma di immaginare vere e proprie nuove centralità con una densità di servizi e una progettazione integrale dello spazio pubblico tale da rendere questi luoghi non solo riconoscibili e altamente attrattivi, ma identitari per la comunità.

La Casa della Comunità dovrà, dunque, manifestare una propria solida presenza, anche architettonica, non tanto attraverso astratte gamme di colori stabilite a priori (Regione Emilia-Romagna, 2010, p. 16), o utilizzando forme pretenziose e stravaganti, ma mediante la capacità di strutturare complesse relazioni urbane, sia attraverso un'attenta strategia localizzativa alla scala del territorio e della città, sia nell'organizzazione dello spazio aperto pubblico rispetto al contesto circostante, sia nella definizione dello spazio interno rispetto ai suoi potenziali rapporti con lo spazio aperto alla scala dell'edificio.

Trasformare in modo esteso le Case della Comunità in motori di rigenerazione oltrepassa il seppur fondamentale interesse medico-sanitario, ma va ripensato quale tema che interseca tutte le discipline del progetto in una chiave transcalare: dalla pianificazione territoriale, all'urbanistica e al disegno urbano, alla progettazione ambientale, architettonica, degli spazi aperti e degli interni.

In generale, l'inserimento di nuove Case della Comunità, deve avere come obiettivo quello di rafforzare e definire nuovi nuclei urbani accessibili, attrattivi e riconoscibili, capaci di divenire motori di nuove identità per una città più salubre, vivibile, bella e ricca di urbanità nella nuova quotidianità post Covid-19.

Alcune realizzazioni recenti costituiscono interessanti pratiche di riferimento. Il progetto della Casa della Salute di Finale Emilia (Modena), per esempio, colloca la struttura in pieno centro storico, a fianco del Castello delle Rocche, creando una corte pedonale innestata in profondità nell'edificio esistente e direttamente aperta sullo spazio verde del castello con l'obiettivo di costituire una relazione

di continuità con il sistema degli spazi pubblici che caratterizzano il luogo. Similmente, la Casa della Salute di Carpaneto Piacentino (Piacenza) (Fig. 3), nella sua precisa linearità architettonica, cerca di stabilire un dialogo con la futura biblioteca da ricavarsi nell'adiacente edificio dell'ex macello che il progetto prevede di recuperare. La tipologia a corte aperta verso la strada abbraccia un grande albero che diviene programmaticamente elemento identitario e generatore della corte stessa e della sua riconoscibilità urbana. La vicinanza tra funzioni pubbliche, nuove ed esistenti (il nuovo edificio è adiacente anche a quello delle poste), e la sua collocazione in un'area di passaggio tra periferia e centro storico vuole identificare una polarità alla scala dell'abitato. Diversa è la condizione della nuova Casa della Salute di Navile a Bologna (Fig. 4). Questa è collocata alle spalle della stazione all'interno di un nuovo polo direzionale, in un luogo a elevata accessibilità carrabile ed è quasi interamente circondata da parcheggi. L'edificio non stabilisce una specifica condizione di rapporto con lo spazio pubblico circostante capace di definire propri caratteri di urbanità, ma si rinserra in un blocco chiuso, colorato, che risolve dentro se stesso tutte le condizioni di accoglienza delle persone che dovranno fruire della struttura calibrando un ricco e funzionale disegno degli spazi interni.

9. LA CASA DELLA COMUNITÀ E LA CITTADELLA DELLA SALUTE DI FIORENUOLA D'ARDA

Il caso studio della Casa della Comunità e della Cittadella della Salute di Fiorenzuola d'Arda è paradigmatico rispetto a quanto sopra esposto. La ricerca, nasce da un accordo tra l'Azienda USL di Piacenza, il Comune di Fiorenzuola d'Arda e un gruppo di lavoro del Dipartimento di Architettura e Studi Urbani del Politecnico di Milano. Essa rappresenta, attraverso una ridefinizione funzionale, spaziale e architettonica, un'interessante occasione per la potenziale rigenerazione sociale e urbana del vasto quadrante della città collocato all'interno del centro storico nella sua parte nord-est, in affaccio sull'antica via Emilia (strada di origine romana che collega Milano, Bologna e giunge sino a Rimini). La ricerca apre la possibilità di sperimentare un nuovo sistema urbano partendo da condizioni di criticità e potenzialità di particolare inte-

resse che riguardano la zona su cui si interviene, corrispondente a un intero isolato: la sua dimensione rilevante, la posizione all'interno del centro storico ma a confine con la periferia, l'affaccio sul viale di circoscrizione (via Roma) che conduce alla stazione ferroviaria e lungo il quale si apre un importante spazio verde (parco Lucca), il carattere dequalificato, frammentato e disconnesso del suo spazio aperto diviso in cortili separati da muri e recinzioni, la mancanza di aree verdi e la forte impermeabilizzazione del suolo, la possibilità di individuare alcune permeabilità nello spazio pubblico che consentono di aprire nuove connessioni urbane, la presenza di edifici di valore architettonico che possono essere ripensati funzionalmente, la possibilità di nuovi e mirati inserimenti edilizi in sostituzione di fabbricati esistenti di modeste dimensioni oltre che di scarsa qualità edilizia e architettonica (Fig. 5).

A queste condizioni se ne associano altre due di specifico e rilevante significato: da un lato, la storica presenza di un articolato sistema di strutture sanitarie di tipo ospedaliero, a cui si aggiunge la recente realizzazione di un nuovo blocco in sostituzione di uno degli anni '60; dall'altro, la proprietà pubblica (AUSL Piacenza, Comune di Fiorenzuola D'Arda) di buona parte degli spazi e dei fabbricati presenti all'interno dell'isolato. Condizioni d'eccezione che consentono la definizione di un intervento di significative proporzioni.

Il programmato inserimento in questa area della Casa della Comunità, in una logica di completamento dell'offerta di servizi sanitari rispetto a quelli già esistenti, offre la possibilità di rileggere l'insieme come un sistema di funzioni, spazi e strutture che non siano solo la mera sommatoria di servizi a cui in futuro si aggiungeranno meccanicamente quelli programmati. Può invece ambire ad assumere il più complesso ruolo di Cittadella della Salute per la comunità sino a porsi quale nuova possibile centralità urbana per l'abitato di Fiorenzuola d'Arda.

All'interno del quadrante, lo storico palazzo dell'ex municipio, ora in stato di abbandono, è un immobile di proprietà pubblica dal carattere architettonico alquanto interessante e composito, al quale il progetto assegna il ruolo di Casa della Comunità. Esso è strategicamente collocato in posizione d'angolo tra via Liberazione, asse che percorre l'intero abitato da nord a sud con un tragitto in massima parte pedonale e ciclabile, e il perpendicolare asse della via Emilia (attuale corso Garibaldi), prioritaria strada commerciale del centro storico.

La scelta dell'edificio e la sua posizione rendono esplicita la possibilità di aprire un dialogo di relazioni urbane tra l'interno dell'edificio stesso, il ricco sistema viario e commerciale che fa riferimento alla via Emilia, il sistema di spazi pubblici retrostanti il palazzo e l'insieme delle funzioni esistenti (Fig. 6).

Questo è reso possibile anche grazie ai tre simmetrici ingressi che caratterizzano architettonicamente la facciata principale dell'ex municipio insieme agli ulteriori accessi posti sugli altri fronti che rendono l'edificio attraversabile internamente da parte a parte mettendo in diretto rapporto lo spazio aperto dell'isolato con quello della strada (Fig. 7).

Nei suoi interni l'edificio permette di esperire un progetto che si misuri con la necessità di ottenere spazi accoglienti, capaci di relazionarsi con la vasta comunità di persone che ne fruiranno: anche in una logica di necessaria flessibilità per rispondere a eventuali altre condizioni pandemiche. Al piano terreno, innervato da un sistema di permeabilità e passaggi in relazione con lo spazio aperto, verranno inserite le funzioni di maggior raccordo con il pubblico, in una logica di promozione ed educazione alla salute che intercetti tutte le persone interessate ad avvicinarsi a stili di vita più sani.

La proposta di allargare il tema dalla semplice implementazione di una nuova Casa della Comunità alla strutturazione di una vera e propria Cittadella della salute rappresenta l'opportunità per oltrepassare lo stretto tecnicismo di un agglomerato di servizi ben congeniati. Diventa l'occasione per tessere nuove trame di socialità e per farsi costruttore di nuove urbanità coinvolgendo la comunità di Fiorenzuola d'Arda, innescando virtuose dinamiche di relazione territoriale (Fig. 8).

La valorizzazione e riqualificazione dell'intero quadrante vede una prima azione progettuale nella messa a sistema degli spazi aperti esistenti per renderli spazi salubri di vita quotidiana, sia internamente all'isolato, interconnettendoli e inserendo un equilibrato rapporto tra nuove pavimentazioni, zone verdi, vegetazione e permeabilità dei suoli, sia attraverso la connessione con il più generale sistema degli spazi pubblici della città. Intorno a quelle che potremmo chiamare piazze della salute e del benessere si integrano sinergicamente altri servizi e funzioni d'interesse pubblico già presenti nell'area che ritroverebbero vitalità nel nuovo sistema di relazioni: il circolo anziani con i suoi molti frequentatori, il vecchio cinema come spazio utilizzabile anche per convegni e in-

contri pubblici, il piccolo ex macello recentemente ristrutturato e solo saltuariamente utilizzato per mostre ed eventi che potenzierebbe la sua offerta polifunzionale, nonché le strutture sanitarie ospedaliere già presenti e i loro tanti utilizzatori, sia in visita, sia ricoverati. Nel loro insieme, le piazze della salute, e del benessere dialogheranno, oltre che con le funzioni esistenti, con quelle nuove da inserire: la Casa della Comunità, la scuola di fisioterapia, il bar, il ristorante, la piccola biblioteca, la cappella religiosa, il giardino riabilitativo. L'impostazione progettuale esclude la presenza delle automobili da tutta l'area per rendere protagoniste le persone attraverso un disegno di suolo che, utilizzando gli strumenti dell'architettura, offra alla città una trasformazione radicale: da luogo chiuso, frammentato e senza identità a luogo percorribile, abitabile e attrezzato, accessibile, inclusivo e vivo, capace di porsi come nuova centralità urbana e motore di rigenerazione a cui affidare la capacità

di umanizzazione delle strutture ospedaliere.

Si costituirebbe un sistema di nuove relazioni in cui alla Casa della Comunità verrebbe assegnato il ruolo di nuovo elemento identitario al pari del municipio e della scuola, per strutturare una città più vivibile, salubre, bella e ricca di urbanità nella nuova normalità post pandemia.

Il caso di Fiorenzuola d'Arda, partendo dai presupposti metodologici prima esposti, vuole porsi quale sperimentazione applicata di riferimento per altri e diversi casi e contesti in cui l'obiettivo sia creare nuove polarità civiche, architettoniche, urbane e ambientali investite del ruolo di presidio e promozione culturale della salute e più in generale di vita della comunità.

Paradossalmente la pandemia ha aperto un varco, una concreta possibilità, dando risorse, motivando politiche, strategie e, soprattutto, progetti d'architettura che possono essere indirizzati verso quest'obiettivo.

REFERENCES

- Astley P., Capolongo S., Gola M., Tartaglia A. (2015), Adattabilità operativa e progettuale nelle strutture sanitarie, in *Techne* no 19, Journal of Technology for Architecture and Environment, University Press. doi: 10.13128/Techne-16118
- Baldini M. et al. (2020), Valutazione del possibile rapporto tra l'inquinamento atmosferico e la diffusione del SARS-CoV-2, *Epidemiologia e Prevenzione*. Retrieved October 2, 2020, from <http://repo.epiprev.it/1178>
- Benigni B. (2004), La Casa della Salute, in *Le cure primarie, la Casa della Salute, Quaderni del Socio Sanitario*, 6, pp.37-53.
- Brambilla A., Maciocco G. (2016), *La Casa della Salute. Innovazione e buone pratiche*, Carocci Faber.
- Bricocoli M., Savoldi P. (2010), *Milano Downtown. Azione pubblica e luoghi dell'abitare*, Et al.
- Capolongo S., Battistella A., Buffoli M., Oppio A., (2011) Sistema multicriteriale di valutazione degli aspetti igienico-sanitari di piani di governo del territorio e piani attuativi. Healthy design for sustainable communities. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 23, 1:1.
- Capolongo S., Buffoli M., Brambilla A., Rebecchi A. (2020), Strategie urbane di pianificazione e progettazione in salute, opere per migliorare la qualità e l'attrattività dei luoghi, in *Techne* no 19, Journal of Technology for Architecture and Environment, University Press. doi: 10.13128/techne-7837
- Capolongo S., Buffoli M., Oppio A. (2015), How to assess the effects of urban plans on environment and health, in *Territorio* n. 73, pp. 145-151. doi:10.3280/TR2015-073021
- C C M - Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute (2006), Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale. Retrieved October 2, 2020, from <http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioPubblicazioniInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=501>
- Collicelli C., (2020), Salute, comunità e sussidiarietà ai tempi della pandemia in Caporale C., Pirni A., *Pandemia e resilienza Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, Cnr Edizioni. doi: doi.org/10.48220/PANDEMIAERESILIENZA-2020
- Consonni G. (2016), *Urbanità e bellezza*, Solfanelli.

- Costa P., Savi F., Sprega F. (2003), *L'architettura oltre il tempo: il convento di San Giovanni di Fiorenzuola d'Arda*, M68 Editore.
- Costituzione Italiana 1947, Parte I, Titolo II, Articolo 32.
- Department of Health (2009), Health Building Note 11-01 – Facilities for primary and community care service, The Stationery Office, London.
- Fehr R., Capolongo S. (2016), Promozione della salute nei contesti urbani: l'approccio urban health, *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 40 (3-4) pp.151-152. doi: 10.19191/EP16.3-4.P151.080
- Maciocco G. (2004), Il Distretto di domani, in *Le cure primarie, la Casa della Salute, Quaderni del Socio Sanitario*, n. 6, pp.75-77.
- Maciocco G. (2019), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Carrocci Faber.
- Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria in collaborazione con Istituto Superiore di Sanità (2020), *Virus e malattia*. Retrieved October 2, 2020, from <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?id=228&lingua=italiano>
- Ministero dello Sviluppo Economico (2021), PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Missione 6 Salute, pp. 222-234. Retrieved December 14, 2021 from <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Regione Emilia-Romagna (2010), Decreto Giunta Regionale no 291/ 2010, Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale. Retrieved July 20, 2020, from <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute/documentazione-case-della-salute/delibere>
- Regione Emilia-Romagna (2016), Decreto Giunta Regionale no 2128/ 2010, Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunita' di professionisti e della medicina d'iniziativa. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute/documentazione-case-della-salute/delibere>.
- Regione Emilia-Romagna (2018), Le Case della Salute in Emilia Romagna. Retrieved July 20, 2020 from <http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute>.
- Secchi B., (1986), Domanda sociale, *Casabella*, no. 530, pp. 14–15.
- Turco L.(2006), Ministro della Salute Audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, 27 giugno 2006, Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Retrieved September 20, 2020, from http://leg15.camera.it/_dati/lavori/stencomm/12/audiz2/2006/0627/INTERO.pdf
- WHO, (1948) Constitution of World Health Organization, p. 1. Retrieved November 2, 2021from <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO, UNICEF (1978) Alma Ata Declaration on Primary Health Care, p.1. Retrieved September 20, 2020, from https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, p. 1. Retrieved October 2, 2020, from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO (2006), Gaining helth, traduzione a c. di Ministero della Sanità, Guadagnare salute La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, EUR/RC56/8 +EUR/RC56/Conf.Doc./3 Retrieved September 20, 2020, from https://www.epicentro.iss.it/croniche/pdf/Strategia_europea_italiano.pdf
- WHO, UNICEF (2013), Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Retrieved October 2, 2020 from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/millennium-development-goals/publications2/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
- WHO (2016), Health as the Pulse of the New Urban Agenda. Retrieved October 2, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250367/9789241511445-eng.pdf?sequence=1>
- Zoppè A., Dias C., (2020), The ESM Pandemic Crisis Support ECONOMIC GOVERNANCE SUPPORT UNIT (EGOV) Directorate-General for Internal Policies. Retrieved October 2, 2020, from [https://www.europarl.europa.eu/Reg-Data/etudes/BRIE/2020/651350/IPOL_BRI\(2020\)651350_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/Reg-Data/etudes/BRIE/2020/651350/IPOL_BRI(2020)651350_EN.pdf)