RAPPORTI ISTISAN 26|28

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Ambienti che curano: architettura nelle strutture sociosanitarie tra *clinical governance* e umanizzazione delle cure

V. Rosati, L. Scarfì, G. Facchinetti, R. Arcieri, J. Giammatteo, V. Bruno

AMBIENTE E SALUTE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Ambienti che curano: architettura nelle strutture sociosanitarie tra *clinical governance* e umanizzazione delle cure

Valentina Rosati, Luca Scarfì, Gabriella Facchinetti,
Romano Arcieri, Jacopo Giammatteo, Velia Bruno

Centro Nazionale Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
26/28

Istituto Superiore di Sanità
Ambienti che curano: architettura nelle strutture sociosanitarie tra *clinical governance* e umanizzazione delle cure.
Valentina Rosati, Luca Scarfì, Gabriella Facchinetti, Romano Arcieri, Jacopo Giammatteo, Velia Bruno
2026, iii, 56 p. Rapporti ISTISAN 26/28

L'architettura delle strutture sociosanitarie sta evolvendo verso un modello integrato orientato alla centralità della persona, alla sostenibilità ambientale e all'innovazione tecnologica, quali presupposti dell'umanizzazione delle cure. Il documento analizza il ruolo dell'architettura nella riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza proponendo, da un lato, un nuovo modello territoriale, i Punti di Accesso e Urgenza (PAU), volto a ridurre il sovraffollamento dei Pronto Soccorso e a rafforzare l'efficienza dell'assistenza territoriale, e, dall'altro, individuando parametri indicativi della qualità delle strutture sociosanitarie. Il modello PAU si fonda su strutture modulari e flessibili, con spazi progettati per il benessere delle persone assistite e del personale sanitario. Integra il supporto psicologico, la mediazione linguistico-culturale e la figura del responsabile ambientale, a supporto delle strategie di sostenibilità e della qualità del contesto di cura. La qualità dell'ambiente costruito, attraverso l'impiego di luce naturale, colori, materiali appropriati e verde terapeutico, contribuisce al comfort, alla dignità delle persone e al benessere del personale. L'integrazione tra *clinical governance* ed *evidence-based design*, supportata dalle tecnologie digitali e dal coinvolgimento del territorio, promuove la continuità assistenziale e rafforza il governo clinico contribuendo a un sistema sanitario più umano ed efficiente.
Parole chiave: Architettura sanitaria; Umanizzazione della cura; Ospedale del futuro; Evidence-based design; Sostenibilità

Istituto Superiore di Sanità
Healing environments: architecture in socio-healthcare facilities between clinical governance and the humanisation of care.
Valentina Rosati, Luca Scarfì, Gabriella Facchinetti, Romano Arcieri, Jacopo Giammatteo, Velia Bruno
2026, iii, 56 p. Rapporti ISTISAN 26/28 (in Italian)

The architecture of health and social care facilities is evolving towards an integrated model centred on person-centred care, environmental sustainability and technological innovation as foundations for the humanisation of care. This report examines the role of architecture in reorganising the urgent and emergency care network by proposing a new community-based model, the *Punti di Accesso e Urgenza* (PAU), aimed at reducing emergency department overcrowding and improving the efficiency of community-based care, while also identifying parameters indicative of the quality of health and social care facilities. The PAU model is based on modular, flexible facilities, with spaces designed to support the wellbeing of people receiving care and healthcare staff. It incorporates psychological support, linguistic and cultural mediation, and an environmental manager role to support sustainability strategies and the quality of the care environment. The quality of the built environment, using natural light, colours, appropriate materials and therapeutic greenery, contributes to comfort, personal dignity and staff wellbeing. The integration of clinical governance and evidence-based design, supported by digital technologies and community engagement, promotes continuity of care and strengthens clinical governance, contributing to a more humane and efficient healthcare system.
Key words: Healthcare architecture; Humanization of care; Future hospital; Evidence-based design; Sustainability

Si ringraziano le architette Raffaela Bucci e Amelia Mutti per il costante confronto e i preziosi spunti di riflessione.

Per informazioni su questo documento scrivere a: gabriella.facchinetti@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Rosati V, Scarfì L, Facchinetti G, Arcieri R, Giammatteo J, Bruno V. *Ambienti che curano: architettura nelle strutture sociosanitarie tra clinical governance e umanizzazione delle cure.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2026. (Rapporti ISTISAN 26/28).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Antonio Mistretta*
Coordinamento redazionale: *Sandra Salinetti.* Redazione*: Sandra Salinetti, Annalisa D'Angelo*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© *Istituto Superiore di Sanità 2026*
viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

A Romano Arcieri, collega e amico,
il cui contributo scientifico e umano continuerà
ad ispirare il nostro lavoro e il nostro modo di condividere la conoscenza

INDICE

Introduzione 1

Architettura della cura: come cambia l'ospedale del futuro 3

Dall'esperienza pandemica al futuro: ripensare gli spazi della cura 3
Verso un nuovo modello di architettura sanitaria: centralità della persona e innovazione 4
Parametri emergenti e nuove professionalità 5
Ripensare la sanità: tra umanizzazione, *clinical governance* e innovazione 6
Evoluzione normativa del consenso informato come strumento di umanizzazione nella relazione di cura 6
Clinical governance e umanizzazione dei luoghi di cura 8
Innovazione organizzativa: la figura del Responsabile Operativo degli Ambienti Sanitari Ospedalieri e Territoriali 10

Ruolo dell'architettura nella riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza 12

Sistema dell'emergenza-urgenza nel Lazio: proposta di un modello territoriale integrato 12
Analisi del contesto e proposta del modello PAU 13
Criteri di posizionamento strategico 15
Attività elementari, zone funzionali e flussi 16
Modello architettonico e strutturale 19
Bellezza negli spazi di cura: buone pratiche 19
Strategie di gestione del cambiamento oltre il PNRR: verso un modello territoriale di emergenza-urgenza efficiente e sostenibile 27

Qualità del progetto architettonico: ricerca dei parametri per la Casa di Comunità 31

Riferimenti teorici e approccio metodologico 31
Criteri di valutazione della qualità spaziale percepita 32
Valutazione della qualità ambientale percepita mediante questionari 33
Risultati dell'indagine 34
Qualità percepita: parametri di riferimento per il progetto 36
Idea di progetto 42

Conclusioni 45

Bibliografia 47

Appendice A
Questionari utilizzati per l'indagine 51

INTRODUZIONE

La presente ricerca intende offrire una sintesi dei più recenti studi in materia di architettura sanitaria che, a seguito della pandemia, sta attraversando una fase di profondo rinnovamento. Tale evoluzione è legata sia allo sviluppo delle nuove tecnologie in ambito medico sia all'affermarsi di una visione etica del percorso terapeutico orientata all'umanizzazione della cura.

Progettare uno spazio sanitario significa comprendere e rispondere a un insieme articolato di valori, attività ed esigenze delle persone assistite e del personale sanitario. Rispetto a una prospettiva prevalentemente centrata sulla malattia, il trattamento clinico si integra con una maggiore attenzione ai bisogni della persona. Alla guarigione fisica si affianca l'attenzione alle esigenze e alla sensibilità della persona assistita. Chi si rivolge a una struttura sanitaria può attraversare un momento di fragilità e necessita pertanto di un ambiente capace di offrire sostegno e comfort. È quindi indispensabile studiare spazi e percorsi che favoriscano il benessere delle persone, rendendo gli ospedali e le strutture sociosanitarie luoghi in cui comfort e funzionalità si integrano. La dimensione psicologica assume un ruolo centrale nella progettazione degli spazi, così come nella scelta degli arredi e delle finiture, da definire in coerenza con i bisogni di chi li utilizza.

Nelle strutture sociosanitarie, l'ambiente può incidere sullo stato di salute e sul benessere psicofisico delle persone. Il concetto di "ambienti che curano" richiama una visione dell'ambiente come spazio significativo dell'abitare, non riducibile alla sola dimensione fisica, ma inteso come contesto capace di accogliere, generare e modulare relazioni, emozioni ed esperienze. In tale prospettiva, l'ambiente si configura come una componente attiva del processo di cura, poiché le sue caratteristiche strutturali, relazionali e percettive possono influenzare il benessere, il senso di accoglienza, la dignità della persona e la qualità dell'assistenza. L'umanizzazione degli ambienti si esprime attraverso l'attenzione alla qualità degli spazi vissuti, riconosciuta come parte integrante del percorso terapeutico e assistenziale e come sostegno alla presa in carico globale della persona. L'umanizzazione degli ambienti riconosce la centralità sia delle persone assistite sia del personale sanitario e mira alla realizzazione di spazi più vivibili. Il comfort deriva dall'integrazione di accorgimenti progettuali e soluzioni costruttive che possono contribuire a superare l'immagine negativa e angosciante della struttura sanitaria, spesso associata alla condizione di malattia.

Il presente rapporto nasce da un lavoro di sintesi e rielaborazione scientifica dei contributi sviluppati nelle tesi di master di Valentina Rosati e Luca Scarfì, realizzate durante il tirocinio presso l'Istituto Superiore di Sanità. I risultati delle loro ricerche sono stati presentati nell'ambito del Master di secondo livello in Pianificazione, Programmazione e Progettazione dei Sistemi Ospedalieri e Socio-Sanitari, promosso dal Politecnico di Milano in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano e l'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Entrambi i lavori affrontano il tema della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, con particolare attenzione, rispettivamente, ai Pronto Soccorso e alle Case di Comunità, nel contesto degli interventi di riforma e investimento promossi dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). A partire da questo nucleo comune di indagine, il rapporto sviluppa una riflessione più ampia sul ruolo dell'architettura sanitaria e sulla qualità degli spazi come fattori rilevanti per la salute, il benessere e la qualità dell'assistenza. Alla ricognizione tecnico-progettuale si affianca una prospettiva interpretativa fondata sui principi della *clinical governance*, letti in connessione con l'umanizzazione delle cure. L'analisi degli ambienti di cura valorizza pertanto non solo l'efficacia organizzativa, la sicurezza e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, ma anche la dimensione relazionale, percettiva ed esperienziale dei luoghi. Questo

approccio introduce nel documento una componente più propriamente umanistica, riconoscendo l'ambiente sanitario come parte attiva del processo di cura e come elemento capace di influenzare la relazione tra personale sanitario e persone assistite.

Il rapporto si apre con un capitolo introduttivo dedicato agli "ambienti che curano", nel quale viene approfondito il valore dell'ambiente come fattore che sostiene, coadiuva e catalizza la relazione terapeutica e assistenziale. In questa cornice, gli spazi sanitari non sono considerati meri contenitori funzionali, ma contesti in grado di incidere sulla qualità della vita, sull'orientamento, sul senso di sicurezza, sulla dignità della persona e, più in generale, sul benessere delle persone assistite, dei familiari e del personale sanitario.

Sul piano metodologico, il lavoro ha preso avvio da una fase di ricerca bibliografica, raccolta e analisi di dati internazionali, nazionali e regionali, finalizzata a inquadrare l'innovazione architettonica e organizzativa in sanità. L'indagine si è successivamente articolata in due principali ambiti di approfondimento: da un lato, il ripensamento dei pronto soccorso e della rete territoriale dell'emergenza-urgenza; dall'altro, la definizione di parametri qualitativi e progettuali per le Case di Comunità, quali presìdi fondamentali della sanità territoriale. Le evidenze emerse da tali approfondimenti confluiscono nei capitoli successivi, nei quali vengono presentate analisi, modelli interpretativi, criteri progettuali e considerazioni operative.

ARCHITETTURA DELLA CURA: COME CAMBIA L'OSPEDALE DEL FUTURO

Negli ultimi anni, il dibattito sull'architettura sanitaria si è progressivamente ampliato, affiancando al paradigma tecnico-funzionale un approccio sistemico, nel quale la dimensione spaziale è riconosciuta come parte integrante del processo di cura.

L'ospedale contemporaneo non è più soltanto un edificio ad alta tecnologia, ma un ecosistema adattivo, connesso alla città e capace di favorire salute, benessere e sostenibilità (Elf *et al.*, 2020).

Un riferimento nel dibattito italiano sull'architettura sanitaria è rappresentato dallo studio multidisciplinare "Progetto per un nuovo modello di ospedale", presentato nel marzo 2001. Lo studio è stato elaborato dalla Commissione per la progettazione di un nuovo modello di ospedale, istituita dal Ministero della Sanità e coordinata da Umberto Veronesi, allora Ministro della Sanità, con la collaborazione dell'architetto Renzo Piano e del pianificatore sanitario Luca Mauri.

Il documento propone un modello innovativo fondato sull'umanizzazione della cura, che pone la persona al centro del processo terapeutico e riconosce il contributo dello spazio costruito al benessere.

L'ospedale viene concepito non più come una struttura chiusa e autoreferenziale, ma come un luogo di relazione e di partecipazione, in cui la qualità ambientale e la fruibilità degli spazi contribuiscono al percorso di cura.

La centralità della persona, concetto cardine del modello, implica anche la riprogettazione dei servizi sanitari in chiave territoriale, attraverso una rete integrata di strutture che superi la logica ospedalocentrica a favore di un sistema orientato ai bisogni della popolazione, basato sulla prossimità, sull'accessibilità e sulla continuità assistenziale.

Sul piano operativo, la Commissione individua la necessità di adottare percorsi diagnostico-terapeutici interdisciplinari, in grado di favorire modelli gestionali orientati ai processi piuttosto che alle funzioni.

L'esperienza pandemica ha accelerato questa trasformazione, rafforzando una visione dell'ospedale come nodo di una rete diffusa di servizi, integrata con l'assistenza territoriale e le tecnologie digitali. In questa prospettiva, l'architettura della cura si configura come disciplina di sintesi tra ingegneria clinica, psicologia ambientale e urban health, con un ruolo strategico nella progettazione dei servizi sanitari. L'edificio ospedaliero è quindi ripensato per rispondere alle variazioni della domanda assistenziale, favorire il benessere psicologico delle persone assistite e del personale sanitario e ridurre l'impatto ambientale.

Progetti internazionali su larga scala, come il *New Karolinska Solna Hospital* e l'*Erasmus University Medical Center*, sono richiamati come esempi di integrazione tra sostenibilità, sicurezza e comfort psico-fisico. L'attenzione all'illuminazione naturale, alle camere di degenza singole, alla differenziazione dei percorsi e all'integrazione con il tessuto urbano esprime un approccio progettuale orientato all'efficienza, al benessere e alla qualità delle cure.

Dall'esperienza pandemica al futuro: ripensare gli spazi della cura

La pandemia di COVID-19 ha rappresentato un punto di svolta nella riflessione progettuale. Le criticità emerse, tra cui il sovraffollamento, la scarsa flessibilità e le difficoltà nella gestione

dei percorsi, hanno evidenziato la necessità di spazi modulari, riconfigurabili e resilienti (WHO, 2022). Ciò implica la possibilità di isolare e riconfigurare i reparti, organizzare corridoi e zone filtro per la gestione dei flussi e adottare sistemi costruttivi che consentano rapide conversioni funzionali (es. sale polivalenti che diventano temporaneamente unità di terapia intensiva).

Le indicazioni del *Department of Health* sulla resilienza delle strutture di assistenza primaria e territoriale comprendono la pianificazione delle emergenze, l'individuazione di aree utilizzabili per l'isolamento e la revisione degli accessi, a sostegno della continuità dei servizi (Department of Health, 2013). In Italia, i progetti del Programma "Ospedali Sicuri" e le ricerche del Politecnico di Milano e del Politecnico di Torino si stanno concentrando su modelli di "ospedale flessibile" e moduli prefabbricati riconvertibili.

Emerge inoltre la necessità di una valutazione sistematica degli ambienti dopo la loro entrata in uso, o post-occupazionale, per misurare l'efficacia degli interventi sia in termini di efficienza operativa sia di qualità percepita dalle persone che utilizzano la struttura (Hamilton & Watkins, 2008). Tale approccio consente di mettere in relazione i dati clinici con indicatori ambientali e psicologici, nell'ambito di una progettazione basata sulle evidenze.

Tra gli strumenti per la valutazione degli ambienti assistenziali rientra la *Multiphasic Environmental Assessment Procedure* (MEAP), sviluppata da Rudolf H. Moos e Sonne Lemke per la valutazione delle strutture residenziali per persone anziane (Moos & Lemke, 1982).
La MEAP valuta le risorse ambientali della struttura attraverso quattro ambiti: 1) le caratteristiche fisiche e architettoniche; 2) le politiche organizzative, servizi e programmi; 3) le caratteristiche delle persone residenti e del personale e 4) le caratteristiche dell'ambiente sociale, comprese le relazioni interpersonali e le opportunità di autonomia e partecipazione.

La letteratura recente sottolinea l'importanza di strategie accompagnate da criteri di valutazione come protocolli di progettazione per la prevenzione delle infezioni, indicatori di performance post-occupazione e studi longitudinali sugli esiti clinici degli interventi spaziali. Evidenzia inoltre la necessità di aggiornare le indicazioni progettuali rispetto alle esigenze operative e di integrare le soluzioni tecniche con l'attenzione ai fattori umani, quali la percezione di sicurezza, la chiarezza dei sistemi di orientamento e la disponibilità di spazi per il riposo del personale.

Verso un nuovo modello di architettura sanitaria: centralità della persona e innovazione

Un approccio di riferimento è quello dell'*Evidence-Based Design* (EBD), che promuove decisioni progettuali fondate sulle evidenze scientifiche e sulla valutazione di esiti sanitari misurabili (Ulrich *et al.*, 2008). L'EBD si ispira ai principi dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) che integra le migliori evidenze scientifiche disponibili con l'esperienza clinica e i valori della persona assistita. Organizzazioni come *The Center for Health Design* promuovono metodologie che comprendono ipotesi progettuali, misure iniziali di riferimento e monitoraggio post-occupazione, trasformando l'architetto in un facilitatore di sperimentazione e valutazione. Questo approccio valorizza il ruolo di chi progetta anche nella sperimentazione e nella valutazione delle soluzioni adottate. L'obiettivo è definire parametri misurabili relativi al comfort, alla riservatezza, all'orientamento e all'illuminazione naturale, valutandone la relazione con gli esiti clinici e il benessere psicologico. La centralità della persona si traduce in scelte progettuali che ne sostengono la partecipazione attiva, favoriscono il contatto con la natura e rafforzano il senso di controllo sull'ambiente (Stichler & Hamilton, 2008). Parallelamente, la digitalizzazione apre

nuove prospettive progettuali, tra cui camere "intelligenti", sistemi di monitoraggio remoto e simulazioni in realtà aumentata a supporto della progettazione partecipata.

Progettare secondo questa prospettiva significa porre la persona al centro e utilizzare strumenti di valutazione che rendano misurabili le dimensioni del comfort e dell'umanizzazione.

Parametri emergenti e nuove professionalità

L'evoluzione del settore richiede competenze interdisciplinari nella progettazione sanitaria, nella pianificazione clinico-funzionale, nella valutazione degli ambienti dopo l'entrata in uso, nella progettazione per la prevenzione delle infezioni, nell'analisi dei dati sui flussi e nella gestione della sostenibilità in sanità. Tra le dimensioni da considerare nella valutazione rientrano il benessere psicologico, i tempi necessari alla riconfigurazione degli spazi, la relazione tra organizzazione spaziale e infezioni correlate all'assistenza e i consumi energetici per posto letto.

In Italia, la *Joint Research Partnership Healthcare Infrastructures* (JRPHI) (Capolongo, 2021), promossa dal Politecnico di Milano, attraverso il Dipartimento ABC, e dalla Fondazione Politecnico di Milano, costituisce una piattaforma di ricerca applicata sulle infrastrutture sanitarie. L'iniziativa integra progettazione architettonica, innovazione tecnologica e organizzazione dei servizi, sostenendo la transizione da un modello ospedalocentrico a una rete territoriale fisica e digitale orientata alle persone.

La piattaforma favorisce il confronto interdisciplinare e la produzione di documenti di indirizzo e report di ricerca a supporto dell'innovazione delle infrastrutture sanitarie.

L'iniziativa promuove una visione dell'ospedale come ecosistema flessibile, resiliente e connesso, capace di rispondere all'evoluzione dei bisogni sanitari, tecnologici e ambientali.

L'*Advisory Board* comprende referenti di istituzioni sanitarie, organismi internazionali, enti di normazione e strutture universitarie e di ricerca – come *World Health Organization* (WHO), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) – oltre che esponenti dell'industria, della ricerca, del design e dell'ingegneria.

Tra le principali linee di ricerca identificate dalla JRP HI rientrano la flessibilità spaziale e la modularità delle strutture ospedaliere, anche attraverso moduli riconfigurabili per le emergenze sanitarie, e la sostenibilità ambientale, perseguita mediante la riduzione delle emissioni, dei consumi e dei rifiuti, l'impiego di fonti energetiche rinnovabili e l'utilizzo di materiali innovativi. Un ulteriore ambito riguarda la digitalizzazione, con l'integrazione di gemelli digitali, sensori, intelligenza artificiale e telemedicina a supporto dei processi clinici e infrastrutturali. A questi temi si affiancano l'umanizzazione degli ambienti, attraverso spazi e giardini terapeutici, percorsi accessibili e soluzioni orientate al comfort delle persone assistite e del personale, e il governo dei processi assistenziali e dei flussi operativi, volto a superare la separazione tra funzioni e a favorire processi integrati, sostenuti da indicatori misurabili per la progettazione e la gestione. In questa prospettiva, la JRP HI rappresenta un laboratorio strategico di trasformazione per l'architettura sanitaria.

La progettazione degli ospedali va riconsiderata secondo criteri di processo, non solo di volume o posti letto. In questa prospettiva, l'infrastruttura assume un ruolo attivo nel percorso di cura, superando la funzione di mero contenitore tecnico (Tandoi, 2024). La progettazione è quindi chiamata a migliorare la qualità ambientale, adattarsi a contesti mutevoli e integrare soluzioni tecnologiche appropriate.

Il luogo della cura si apre al territorio: l'ospedale diventa parte di un sistema di servizi distribuiti e connessi. In questo quadro, spazi e materiali innovativi sono chiamati a rispondere alle esigenze di resilienza, prevenzione delle infezioni e gestione delle emergenze, favorendo il comfort, l'orientamento e la qualità dell'esperienza delle persone.

Il ruolo di chi progetta le infrastrutture sanitarie integra quindi competenze di progettazione, gestione e valutazione degli ambienti dopo l'entrata in uso, insieme alla capacità di sviluppare percorsi di coprogettazione con le parti interessate.

Ripensare la sanità: tra umanizzazione, *clinical governance* e innovazione

Il concetto di umanizzazione della cura si consolida come asse strategico della progettazione sanitaria: esperienze come i *Maggie's Centres* valorizzano gli ambienti accoglienti, di carattere domestico e aperti al paesaggio, progettati per sostenere le persone con patologia oncologica.

Queste esperienze offrono riferimenti progettuali anche per gli ambienti ospedalieri, attraverso soluzioni quali giardini terapeutici, percorsi che valorizzano la luce naturale e materiali orientati al comfort sensoriale e al benessere percettivo. Parallelamente, centri di ricerca applicata come il *Well Living Lab*, studiano le relazioni tra caratteristiche degli ambienti interni, salute e benessere, con particolare attenzione alla qualità dell'aria, all'illuminazione e alle condizioni acustiche. Una revisione sistematica recente attribuisce alla progettazione biofilica riduzioni significative di stress, dolore percepito e persino tempi di degenza (Al Khatib *et al.*, 2024; Kellert *et al.*, 2008). Infine, il rapporto ospedale-territorio si ridefinisce: presìdi di assistenza a bassa intensità, teleassistenza e spazi polifunzionali riducono la pressione sugli ospedali acuti e richiedono un ripensamento del programma funzionale che riconosca la continuità assistenziale come obiettivo progettuale. Tali modelli stanno progressivamente influenzando anche i reparti ospedalieri tradizionali, nei quali si sperimentano soluzioni quali giardini terapeutici, percorsi orientati alla luce naturale e materiali capaci di favorire comfort sensoriale e benessere percettivo.

In questo quadro, la *clinical governance* rappresenta la cornice metodologica e organizzativa entro cui tali innovazioni possono essere stabilmente integrate nei servizi e valutate in termini di appropriatezza e risultati. Questa prospettiva integra la qualità clinica e la sicurezza delle cure con la qualità dell'esperienza vissuta dalle persone assistite, dai familiari e dal personale sanitario, promuovendo un approccio integrato in cui progettazione architettonica, organizzazione dei servizi, valutazione degli esiti e centralità della persona concorrono al miglioramento continuo dell'assistenza.

Sul piano territoriale, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale si orienta verso una rete policentrica di spazi di cura: Ospedali di Comunità, centri di telemedicina, case della salute e hub di prossimità che alleggeriscono la pressione sulle strutture ospedaliere per acuti e rafforzano la continuità assistenziale (Ministero della Salute, 2022).

L'architettura può quindi contribuire alla coesione e alla giustizia spaziale, favorendo prossimità e partecipazione della comunità. In questa prospettiva si collocano i lavori di ricerca presentati nei capitoli successivi.

Evoluzione normativa del consenso informato come strumento di umanizzazione nella relazione di cura

L'umanizzazione delle cure costituisce un pilastro dell'evoluzione dei sistemi sanitari contemporanei, spostando il fulcro dell'intervento dalla patologia alla persona nella sua interezza. Tale distinzione concettuale emerge con chiarezza attraverso la dicotomia tra curare (*to cure*) e prendersi cura (*to care*): il primo richiama la prassi terapeutica e l'obiettivo clinico della guarigione, mentre il secondo incarna il prendersi cura come atto di sollecitudine, responsabilità e protezione verso l'individuo. Questa distinzione racchiude l'evoluzione del rapporto medico-

paziente e il progressivo avvicinamento all'umanizzazione delle cure anche sotto il profilo normativo. A tal proposito, è bene ricordare che in passato l'attività della professione medica era contraddistinta da una impostazione paternalistica, in cui chi deteneva il sapere tecnico si concentrava prevalentemente sulla cura della malattia, trascurando le altre dimensioni della persona assistita e favorendone, di fatto, l'oggettivizzazione. Questo conduceva all'azzeramento del dialogo e della partecipazione della persona assistita, attribuendo alla professione medica un ruolo prevalente nelle decisioni sull'intero iter terapeutico. La progressiva maturazione della consapevolezza di sé nella persona assistita ha determinato un radicale mutamento di paradigma. Infatti, in virtù del consolidamento del diritto all'autodeterminazione nel rapporto terapeutico, la figura medica è oggi chiamata a colmare il divario tecnico-informativo attraverso il dialogo, al fine di porre la persona nella condizione ottimale per esprimere un consenso consapevole e libero (Giammatteo *et al.*, 2024).

Nell'ordinamento italiano, il riconoscimento dell'autodeterminazione della persona assistita ha seguito un percorso lento ma inesorabile, le cui radici risalgono ai lavori dell'Assemblea costituente. La prima formulazione del diritto alla salute (originariamente contenuta nell'art. 26 della bozza della Carta costituzionale) si limitava a una visione pubblicistica: la tutela della salute, la promozione dell'igiene e la garanzia di cure agli indigenti:

> "La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana".

Tuttavia, il dibattito costituente fece emergere la necessità di configurare la salute non solo come interesse collettivo, ma come vero e proprio diritto soggettivo. Tale evoluzione confluì nell'attuale articolo 32, che definisce la salute come "fondamentale diritto dell'individuo", sancendo la libertà del singolo di autodeterminarsi: ogni trattamento sanitario, salvo i casi eccezionali previsti dalla legge, incontra oggi il limite invalicabile della volontà individuale (Morini, 2024).

Anche la Convenzione di Oviedo del 1997, la cui ratifica è stata autorizzata in Italia con la Legge 145/2001, sancisce che l'interazione dialogica tra la figura medica e la persona assistita e la corretta trasmissione delle informazioni costituiscano un diritto fondamentale dei cittadini: tale impianto normativo rafforza ulteriormente il riconoscimento del principio di autodeterminazione, elevando la comunicazione a momento imprescindibile della relazione di cura. Pertanto, risulta evidente come il consenso informato costituisca il pilastro del rapporto medico-paziente e il motore del processo di umanizzazione delle cure. La Corte costituzionale ne ha consolidato il valore definendolo come la sintesi di due diritti fondamentali della persona: l'autodeterminazione e la salute. Sebbene ogni individuo vanti il diritto alla cura, tale prerogativa è indissociabile dal diritto di ricevere informazioni esaustive sulla natura, sugli sviluppi del percorso terapeutico e sulle possibili alternative. Questa trasparenza è l'unica garanzia per una scelta libera e consapevole, tutelando la libertà personale della persona assistita in piena conformità con l'art. 32, comma 2, della Costituzione. Ne deriva che il consenso informato non è solo un atto formale, ma un principio fondamentale della tutela della salute, la cui disciplina è riservata alla legislazione statale (Corte costituzionale, 2008). Tali premesse hanno indotto il Legislatore del 2017 a varare la Legge 219, la quale ha avuto il merito di uniformare la materia, riconoscendo alla persona assistita la dignità di coprotagonista del piano terapeutico. Infatti, attraverso la piena attuazione del principio del consenso informato, la norma ha valorizzato il ruolo attivo dell'individuo nella relazione di cura e contribuito a livellare le asimmetrie informative che storicamente caratterizzavano il rapporto con il personale sanitario. Inoltre, prevedendo il supporto ai singoli soggetti dei familiari, degli affetti stabili, oltre che dell'équipe sanitaria, si è attribuito alla dimensione relazionale un ruolo fondamentale. In più la norma ha definito l'arco temporale in cui

declinare la relazione di cura disciplinando sia le situazioni emergenziali legate alla patologia in corso, sia le circostanze legate a scenari futuri in cui la persona assistita potrebbe non essere più in grado di manifestare la propria volontà.

In quest'ottica, la strutturazione del rapporto medico-paziente assurge a modello dell'umanizzazione delle cure, favorendo l'evoluzione della mera prestazione professionale in alleanza terapeutica. Il tempo della comunicazione si trasforma così in tempo di cura (ex art. 1, comma 8, Legge 219/2017): uno spazio relazionale in cui dialogo e confronto convergono in uno scambio reciproco. Tale processo si fonda sul riconoscimento reciproco delle rispettive competenze: quelle tecnico-cliniche del sanitario e quelle esistenziali ed esperienziali della persona (Giammatteo *et al.*, 2020).

Trasformare il tempo della comunicazione in tempo di cura significa declinare l'umanizzazione in termini concreti, valorizzando la relazione non solo tra paziente e personale sanitario, ma anche tra l'individuo e l'organizzazione della struttura. Tale approccio investe direttamente la progettazione degli spazi: le criticità comunicative, infatti, non derivano esclusivamente dall'incapacità del clinico di tradurre il sapere medico in un linguaggio accessibile, ma possono essere alimentate da una configurazione ambientale inadeguata. Lo spazio fisico influenza profondamente lo stato di benessere e, di riflesso, la capacità di ricezione e comprensione della persona assistita. Uno spazio progettato in modo errato può generare stress e senso di alienazione, mentre un ambiente adeguato al dialogo può favorire il rilassamento e la partecipazione attiva, agendo come un facilitatore del dialogo e del percorso di cura (Bosia & Darvo, 2015). In definitiva, la sinergia tra tempo, spazio e comunicazione ottimizza la qualità e l'efficacia dei trattamenti, preservando la dignità della persona e incarnando l'essenza autentica del prendersi cura.

Clinical governance e umanizzazione dei luoghi di cura

Seguendo la logica del prendersi cura e dell'umanizzazione delle cure, la *clinical governance* non può essere ridotta a un insieme di strumenti orientati al controllo della qualità clinica, della sicurezza e dell'appropriatezza assistenziale. Essa costituisce una cornice attraverso cui le organizzazioni sanitarie assumono la responsabilità del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della tutela di elevati standard di cura, creando le condizioni per lo sviluppo dell'eccellenza clinica (Scally & Donaldson, 1998). In una prospettiva centrata sulla persona, ciò implica considerare, tra le dimensioni della qualità della cura, anche l'esperienza vissuta nei luoghi assistenziali.

L'attenzione all'influenza dell'ambiente sulla salute trova un importante antecedente nel pensiero di Florence Nightingale, figura pionieristica dell'assistenza infermieristica moderna. Già nell'Ottocento, in "Notes on nursing: what it is, and what it is not", Nightingale riconosceva il ruolo della ventilazione, della luce, della pulizia, della temperatura e della quiete nel sostenere il recupero della persona malata, considerando la gestione delle condizioni ambientali parte integrante dell'assistenza (Nightingale, 1860). Questa prospettiva evidenzia come l'ambiente non costituisca soltanto lo sfondo dell'intervento sanitario, ma una dimensione della cura cui dedicare specifica attenzione.

Nel presente rapporto, questo riconoscimento costituisce il punto di partenza per una riflessione che considera non soltanto le caratteristiche fisiche degli spazi, ma anche il significato che essi assumono nell'esperienza della persona. L'attenzione si estende quindi dalle condizioni ambientali favorevoli alla cura alla possibilità di vivere il luogo assistenziale come accogliente, riconoscibile e rispettoso della propria identità. In questa prospettiva si inserisce il concetto di "senso di casa", che consente di mettere in relazione la qualità dell'ambiente costruito con le dimensioni relazionali, affettive e simboliche dell'abitare. Il "sentirsi a casa" non viene inteso

come semplice riproduzione di un ambiente domestico, ma come possibilità di riconoscersi in un luogo, mantenere legami significativi e percepire continuità con la propria storia personale.
La riflessione sul significato della casa richiama infatti uno spazio di cura capace di accogliere la persona nelle sue dimensioni individuali e sociali (Marcos & Bertolaso, 2018).

Lo studio di Facchinetti *et al.* (2025), condotto in Italia attraverso interviste a persone anziane residenti nella comunità, individua fattori strutturali, organizzativi e relazionali che potrebbero favorire il senso di casa nelle strutture residenziali. Tra questi rientrano l'essere considerati come persone, la disponibilità di un ambiente sicuro, tranquillo, accogliente e personalizzabile, il mantenimento di relazioni significative, la conservazione dei ricordi di vita e l'apertura della struttura alla comunità. In modo convergente, la revisione sistematica di Rijnaard *et al.* (2016) individua fattori psicologici, sociali e relativi all'ambiente costruito che influenzano il senso di casa nelle strutture residenziali per persone anziane. Questi risultati suggeriscono di considerare le caratteristiche architettoniche insieme al riconoscimento della persona, all'autonomia, alle relazioni e alla conservazione delle abitudini e dei valori personali. Pur riferendosi prevalentemente alla popolazione anziana e ai contesti residenziali, tali evidenze offrono spunti di riflessione anche per altri luoghi di cura. Nel presente rapporto, il senso di casa viene pertanto proposto come dimensione da esplorare in relazione all'accoglienza, al benessere e alla dignità della persona nei servizi sanitari e sociosanitari. In questa prospettiva, una *clinical governance* orientata alla persona dovrebbe includere, tra i propri criteri di qualità, anche la capacità di progettare, gestire e valutare ambienti che favoriscano il senso di casa, valorizzandone le dimensioni strutturali, relazionali e affettive come parte dell'umanizzazione della cura.

Per tradurre questo orientamento in criteri operativi e valutabili, è possibile fare riferimento a modelli internazionali che mettono in relazione le caratteristiche degli ambienti, i processi assistenziali e l'esperienza della persona. Un riferimento metodologico è il modello di struttura, processo ed esito di Donabedian (1988), che distingue le condizioni nelle quali l'assistenza viene erogata, le modalità con cui si realizza e i risultati che ne derivano.

Un ulteriore riferimento è il *Senses Framework* di Nolan *et al.* (2006), che individua sei dimensioni dell'esperienza assistenziale: sicurezza, appartenenza, continuità, scopo, realizzazione e riconoscimento del proprio valore. Il modello considera il benessere delle persone assistite, dei familiari e del personale come dimensioni interdipendenti della relazione di cura. Questi aspetti trovano elementi di convergenza nella revisione di Rijnaard *et al.* (2016), che identifica fattori psicologici, sociali e relativi all'ambiente costruito associati al senso di casa nelle strutture residenziali per persone anziane.

Lo studio di Facchinetti *et al.* (2025) individua otto ambiti che potrebbero favorire il senso di casa nelle strutture residenziali: essere considerati come persone; disporre di un ambiente sicuro, tranquillo, accogliente e personalizzabile; mantenere relazioni significative; poter scegliere attività stimolanti; partecipare attivamente all'organizzazione della struttura; poter contare su personale assistenziale competente; preservare i ricordi di vita; vivere in una struttura aperta e integrata con la comunità.

A partire da questi risultati, una loro traduzione in criteri organizzativi e progettuali da adattare e verificare nei diversi contesti assistenziali potrebbe configurarsi come segue. Il riconoscimento della persona potrebbe essere tradotto nella raccolta e nella documentazione delle preferenze, delle abitudini e dei bisogni individuali, verificando come tali informazioni siano considerate nella pianificazione assistenziale e nell'organizzazione della quotidianità.

La qualità dell'ambiente potrebbe essere valutata attraverso la disponibilità di spazi che tutelino la riservatezza, offrano condizioni di quiete e consentano forme di personalizzazione compatibili con la sicurezza e con le esigenze assistenziali. Il criterio non sarebbe quindi la sola presenza di arredi di carattere domestico, ma la possibilità effettiva di utilizzare e riconoscere lo spazio come significativo per sé.

Il mantenimento delle relazioni potrebbe tradursi nella disponibilità di luoghi e modalità organizzative che facilitino gli incontri con le persone significative, rispettando le preferenze della persona assistita. L'offerta di attività potrebbe essere valutata considerando la varietà delle opportunità, la loro coerenza con gli interessi individuali e la libertà di partecipare o non partecipare. In questa prospettiva, il criterio di qualità non coinciderebbe con la sola frequenza delle attività, ma con la possibilità di compiere scelte significative.

La partecipazione all'organizzazione potrebbe essere sostenuta attraverso occasioni strutturate di ascolto e confronto sulle scelte che incidono sulla vita quotidiana, accompagnate da un riscontro sulle proposte raccolte.

L'ambito relativo al personale potrebbe invece essere tradotto, sul piano organizzativo, nella disponibilità di programmi di formazione sull'assistenza centrata sulla persona, sulla comunicazione e sul significato del senso di casa, insieme a condizioni che favoriscano la continuità delle relazioni assistenziali.

La conservazione dei ricordi di vita potrebbe essere sostenuta offrendo, se desiderato, opportunità di condividere elementi della propria storia e di mantenere oggetti personali significativi, nel rispetto della riservatezza. L'apertura alla comunità potrebbe essere considerata attraverso la presenza di collaborazioni territoriali e di opportunità per mantenere interessi, legami e forme di partecipazione sociale, evitando che l'ingresso nella struttura comporti necessariamente una separazione dalla vita precedente.

Per rendere questi criteri osservabili, potrebbero essere affiancati agli indicatori di struttura e di processo anche misure dell'esperienza riferita dalle persone assistite. Tra gli indicatori da sviluppare potrebbero rientrare la quota di piani assistenziali che documentano le preferenze individuali, la disponibilità effettiva di possibilità di personalizzazione, la presenza di attività coerenti con gli interessi espressi, il riscontro fornito alle proposte delle persone assistite e le opportunità di mantenimento dei rapporti con la comunità. La valutazione dovrebbe inoltre esplorare quanto la persona si senta accolta, riconosciuta, coinvolta nelle scelte e libera di conservare aspetti significativi della propria quotidianità.

L'applicazione di questi criteri dovrebbe infine tenere conto della durata della permanenza e delle caratteristiche del contesto. Nei servizi ospedalieri o ambulatoriali, il riferimento al senso di casa non implica la riproduzione di un ambiente domestico, ma può orientare l'attenzione verso accoglienza, riconoscimento, possibilità di scelta e continuità delle relazioni.

Innovazione organizzativa: la figura del Responsabile Operativo degli Ambienti Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Tra le iniziative di innovazione organizzativa recentemente introdotte nel Servizio Sanitario Nazionale si colloca l'istituzione della figura del Responsabile Operativo degli Ambienti Sanitari ospedalieri e territoriali (ROAS), formalizzata dalla Regione Piemonte con le linee di indirizzo per lo sviluppo della funzione del 15 febbraio 2025, che ne prevedono l'attivazione e una formazione omogenea a livello regionale. La letteratura internazionale sull'ambiente costruito in sanità evidenzia relazioni tra le caratteristiche degli spazi di cura, la sicurezza, il benessere e l'esperienza delle persone assistite e del personale, configurando gli ambienti come determinanti rilevanti della qualità dell'assistenza. Gli studi sull'*evidence-based design* e sugli "ambienti che curano" esaminano il contributo di elementi quali luce naturale, controllo del rumore, orientamento, accesso alla natura, leggibilità degli spazi e possibilità di esercitare un senso di controllo sull'ambiente. Tali caratteristiche sono considerate in relazione allo stress, al benessere, all'esperienza assistenziale e agli esiti di salute. Una prospettiva sistemica invita a considerare congiuntamente i diversi fattori ambientali e la loro relazione con l'organizzazione dell'assistenza, superando una lettura frammentata o esclusivamente architettonica dello spazio.

Nonostante tali evidenze, numerose revisioni sistematiche segnalano nei sistemi sanitari pubblici europei un persistente *gap* tra i principi di umanizzazione e *patient-centred care* e la presenza di ruoli organizzativi stabili deputati al governo integrato degli ambienti di cura, soprattutto nei setting territoriali. L'esperienza piemontese si colloca in questo quadro di attenzione alla qualità degli ambienti e trova riscontro anche nella figura del ROAS, che rappresenta un'innovazione nel contesto italiano, finalizzata a colmare tale divario attraverso una funzione trasversale di coordinamento e facilitazione, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030 che individua nell'umanizzazione delle strutture e nella centralità della persona un valore guida del sistema.

Il profilo, per il quale è prevista una formazione regionale che fornisce linee guida operative, opera in staff alla Direzione strategica aziendale, con un modello di *governance* orizzontale dei processi, fungendo da interfaccia tra direzioni sanitarie e amministrative, strutture cliniche, distretti e servizi tecnici, senza gestione diretta di risorse ma con responsabilità di integrazione interfunzionale. Nell'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra (ASL CN2), il ruolo è collocato in staff alla Direzione generale e favorisce la collaborazione tra le professionalità coinvolte nella progettazione, nell'organizzazione e nella gestione degli spazi.

Gli obiettivi comprendono il miglioramento dell'accoglienza e della qualità percepita, l'individuazione delle criticità degli ambienti, l'attenzione allo stato manutentivo degli ambienti e la promozione di interventi migliorativi, anche di piccola entità. Le competenze richieste, in linea con la letteratura internazionale, includono conoscenze di organizzazione, di *project* e *operation management* sanitario, *facility management*, approccio per processi, utilizzo di checklist e indicatori di monitoraggio, oltre a capacità relazionali e di facilitazione. La funzione si concretizza nella presenza sistematica nelle strutture, nella lettura degli ambienti dalla prospettiva dell'utente interno ed esterno e nel supporto alle direzioni aziendali per l'attuazione delle politiche di umanizzazione, rendendo operativi i principi degli "ambienti che curano" e dell'esperienza della persona che è in cura attraverso azioni organizzative concrete sugli spazi e sui processi di cura.

RUOLO DELL'ARCHITETTURA NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA

Sistema dell'emergenza-urgenza nel Lazio: proposta di un modello territoriale integrato

Il progetto di ricerca presentato in questo capitolo analizza la rete territoriale dell'emergenza-urgenza, con particolare riferimento alla Regione Lazio, e propone un modello integrato di assistenza. Il PNRR e il DM 77/2022 rappresentano un passaggio fondamentale nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale italiana; tuttavia, le criticità riscontrate nell'implementazione di molte delle strutture previste dopo tre anni dal Decreto, unite al perdurare delle problematiche relative al sovraffollamento dei pronto soccorso, impongono di riflettere su modelli più agili e immediatamente applicabili.

Lo studio prende avvio dall'analisi del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, fenomeno riconducibile a molteplici fattori che riguardano la domanda di assistenza, l'organizzazione dei percorsi interni e le possibilità di ricovero o dimissione. In questo quadro, il lavoro approfondisce gli accessi a minore priorità e la possibilità di offrire risposte appropriate in contesti territoriali alternativi. Il sovraffollamento può compromettere la tempestività della presa in carico e la qualità dell'esperienza assistenziale, con conseguenze sulle condizioni di lavoro del personale, sfociando, in molti casi, in situazioni di stress e aggressività verbale e fisica.

L'analisi del quadro normativo nazionale ha evidenziato come il sistema sanitario stia cercando di evolversi verso un modello assistenziale territoriale diffuso, sebbene con tempi di attuazione ancora incerti e con un impatto limitato sulla percezione dell'offerta. Le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità rappresentano strumenti potenzialmente decisivi, ma attualmente ancora poco conosciuti e radicati nella mentalità dei cittadini che continuano a percepire il pronto soccorso come l'unico luogo a cui rivolgersi qualsiasi sia la reale gravità della situazione.

Tra le esperienze regionali si collocano i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) dell'Emilia-Romagna, strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze a bassa complessità clinico-assistenziale.

In questo scenario, il lavoro approfondisce il contesto laziale e propone i Punti di Accesso e Urgenza (PAU), che si inseriscono come una soluzione più snella, tempestiva e facilmente implementabile, capace di rispondere in modo appropriato e umano ai bisogni di salute più urgenti ma meno gravi, che oggi finiscono impropriamente nei pronto soccorso.

La proposta riconosce che la riorganizzazione dei servizi deve essere accompagnata da iniziative di informazione e orientamento, affinché la popolazione possa conoscere e utilizzare consapevolmente le diverse opportunità assistenziali. Tale percorso richiede anche servizi accessibili e modalità di raccordo chiare tra territorio e ospedale.

Per rendere queste strutture accoglienti e riconoscibili, sia per le persone assistite sia per il personale sanitario, assume rilievo anche il concetto di bellezza degli spazi di cura: ambienti accoglienti, ben progettati, capaci di trasmettere tranquillità, sicurezza e fiducia.

Nella prospettiva del progetto, la bellezza non rappresenta un elemento accessorio, ma una dimensione della qualità ambientale, da integrare con funzionalità e accessibilità per sostenere il benessere emotivo e relazionale delle persone.

Analisi del contesto e proposta del modello PAU

Il Pronto Soccorso rappresenta un punto di accesso alle cure per persone con condizioni cliniche e bisogni assistenziali eterogenei. Secondo i dati nazionali presentati da AGENAS nel 2024, nel 2023 gli accessi ai Pronto Soccorso e ai Dipartimenti di emergenza-urgenza sono aumentati del 6% rispetto al 2022; il 68% è stato ricondotto a codici bianchi e verdi dopo la valutazione medica. Tale quota non coincide con quella degli accessi classificati come impropri, per i quali sono stati applicati ulteriori criteri di selezione. L'analisi regionale ha invece considerato gli accessi ai Pronto Soccorso del Lazio (anno di riferimento 2022, +6% nel 2023) (IlSole24ore, 2024) ed ha permesso di identificare le strutture con i volumi più elevati insieme alle percentuali di codici bianchi e verdi (media su territorio regionale). I dati che se ne ricavano suggeriscono due diverse problematiche: da una parte gli accessi più alti rispetto al valore di riferimento si registrano in strutture di Pronto Soccorso situate in zone piuttosto centrali della città di Roma e non a grandi distanze tra di loro (anche se è necessario considerare che in una città congestionata dal traffico non è facile stabilire distanza/tempo); dall'altra ci sono numeri di accessi più alti rispetto al valore di riferimento, ma soprattutto un'alta percentuale di codici bianchi rispetto alla media regionale che si attesta (escluse le strutture specializzate, ad esempio l'ospedale oftalmico o il Pronto Soccorso pediatrico Bambino Gesù) intorno al 2,9% (si vedano i casi in particolare di Pomezia e di Aprilia) in strutture che risultano "isolate" sul territorio con minor densità abitativa.

Se in generale i codici bianchi hanno una percentuale bassa nella totalità degli accessi (circa 3% secondo i dati presenti nella terza indagine nazionale sullo stato di attuazione delle Reti Tempo-dipendenti dell'AGENAS anche nel 2023), gli accessi classificati con codice verde, corrispondente all'urgenza minore nel sistema di *triage* a cinque livelli, rappresentano un dato importante per la problematica del sovraffollamento dei pronto soccorso per la Regione Lazio essendo in media il 41% (AGENAS, 2022). Sopra la media nazionale anche la percentuale di accessi con abbandono delle persone assistite prima della visita medica o comunque prima della chiusura della cartella clinica (Figura 1) (Tandoi, 2024).

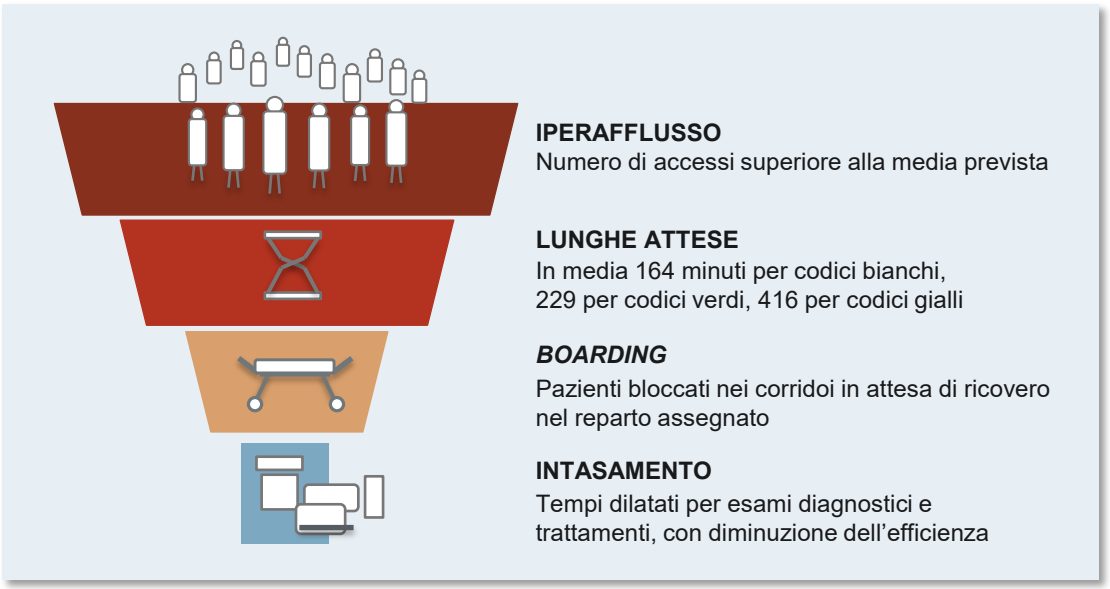

Figura 1. Sovraffollamento in Pronto Soccorso: iperafflusso, tempi di attesa, *boarding* e criticità dei percorsi assistenziali

Il presente progetto concentra l'attenzione sui bisogni urgenti a minore complessità e sulla possibilità di offrire risposte territoriali appropriate, attraverso criteri di accesso e percorsi di raccordo con il Pronto Soccorso da definire.

Gli obiettivi della Regione Lazio previsti nel Piano di programmazione dell'assistenza territoriale 2024-2026, allegato alla DGR del 28 dicembre 2023, sono allineati alle indicazioni nazionali di potenziamento del sistema territoriale; nonostante questo, delle strutture previste da realizzare per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, a un anno dalla scadenza dei fondi stanziati, si riscontra che solo il 15% è stato realizzato (tra Ospedali di Comunità, Case di Comunità e Centrali Operative Territoriali), nello specifico per le Case di Comunità la percentuale degli interventi previsti realizzati scende all'8% e per gli Ospedali di Comunità la percentuale scende ancora al 5% (Regione Lazio, 2022).

Per questo, si ritiene necessario immaginare delle soluzioni alternative che possano permettere di rispondere alle esigenze territoriali, anche in uno scenario post PNRR, con soluzioni integrative orientate a contenere l'impatto degli interventi edilizi e i tempi di realizzazione, di cui valutare fattibilità, sostenibilità ed efficacia. Altre regioni italiane invece stanno già affrontando la necessaria riforma del sistema di emergenza-urgenza, così come succede anche in altri paesi fuori dall'Italia, con modelli più o meno innovativi. Tra le principali innovazioni introdotte vi è l'istituzione da parte della Regione Emilia-Romagna dei Centri di Assistenza Urgenza (CAU), strutture destinate a gestire i casi meno gravi, alleviando così la pressione sui Pronto Soccorso e garantendo una risposta più appropriata ai bisogni dei cittadini.

L'elaborazione della Delibera 1206/2023 ha coinvolto diverse parti interessate, tra cui le aziende sanitarie, gli enti locali e gli stakeholder della comunità, in un processo di condivisione e partecipazione volto a garantire l'implementazione efficace del nuovo modello organizzativo, per una riforma specifica del territorio e sostenibile nel lungo periodo.

Analizzati casi studio e valutate potenzialità e criticità degli stessi, si propone per il Lazio l'implementazione di un nuovo modello dedicato alle urgenze: i PAU.

Sulla base dell'analisi del contesto e dei casi studio, si propone per il Lazio il modello dei PAU, concepito come integrazione dell'offerta territoriale. La proposta mira a offrire una risposta riconoscibile ai bisogni urgenti a minore complessità e a contribuire alla riduzione degli accessi gestibili in contesti alternativi al Pronto Soccorso. Modularità e flessibilità costituiscono criteri progettuali per consentire successive riconfigurazioni degli spazi e delle funzioni. Tempi di realizzazione, sostenibilità ed effetti sull'attività ospedaliera richiedono una valutazione specifica. Un modello che però non può considerarsi temporaneo né fine a sé stesso: in un'ottica di sostenibilità e rapido cambiamento, i PAU devono inserirsi in sistemi così flessibili da essere potenzialmente mutabili, nella funzione e quindi nella struttura.

Dal punto di vista delle strutture, il nuovo modello proposto di integrazione della rete a supporto delle strutture di Pronto Soccorso esistenti è un centro sanitario territoriale intermedio tra Pronto Soccorso e Medicina di Base, specializzato nella gestione delle urgenze a bassa/media intensità (con possibile funzione anche educativa e preventiva per la comunità); un modello che supera quindi i Punti di Primo Intervento (ad oggi nel Lazio per lo più non attivi) nell'attenzione della progettazione e delle funzioni degli spazi, sia a servizio del percorso di presa in cura delle persone, sia del lavoro del personale sanitario. Il modello si differenzia anche dai CAU dell'Emilia-Romagna, seppur dai quali riprende alcuni elementi relativi alle funzioni e strumenti (medici e tecnologici) e ai servizi offerti ai cittadini, oltre che agli orari di apertura (h24) e la gestione del personale (medicina generale e assistenza infermieristica con integrazione di specialisti a seconda delle necessità).

Nell'ottica della flessibilità e adattabilità, i moduli che comporranno i PAU dovranno essere completati con dispositivi/strumenti mobili: con questa possibilità, nelle zone meno coperte da servizi sanitari, i PAU potrebbero essere erranti e raggiungere diverse sedi, essere organizzati per

calendari e attività; si potrebbero programmare così piccoli interventi non emergenti e/o esami diagnostici su appuntamento.

Con questo nuovo modello si intende rispondere alle necessità della popolazione, perseguendo i seguenti obiettivi strategici:

1. Alleggerire il carico delle urgenze nei Pronto Soccorso: meno pazienti da gestire, migliore assistenza alle emergenze. Riducendo l'afflusso di pazienti non critici, il personale sanitario potrà concentrarsi sulle vere emergenze, migliorando la qualità e la tempestività delle cure. Un Pronto Soccorso meno congestionato consentirà agli operatori di lavorare in condizioni migliori con maggiore qualità sia delle cure sia del lavoro, riducendo stress e sovraccarico, con un impatto positivo anche sulla sicurezza degli stessi professionisti;
2. Gestire i tempi di attesa: chi deve accedere immediatamente alle cure e chi può programmarle. Attualmente, i pazienti con codici a bassa priorità spesso affrontano attese eccessivamente lunghe, aumentando il disagio e il rischio di tensioni all'interno dei Pronto Soccorso; con il nuovo modello questi pazienti potranno essere orientati verso percorsi di cura più appropriati, riducendo i tempi di attesa improduttivi e migliorando la loro esperienza complessiva nel sistema sanitario;
3. Garantire dignità delle persone assistite: prendersi cura, in ogni situazione e contesto, anche nelle criticità. Un'organizzazione più efficiente del percorso di cura garantirà maggiore attenzione alla dignità della persona assistita, evitando che persone con problemi di salute non urgenti debbano attendere ore in situazioni di disagio. Un servizio sanitario ben strutturato sarà capace di garantire un'assistenza umana e rispettosa delle esigenze di ogni tipologia di paziente;
4. Essere il punto di intercettazione ultimo: ad esclusione delle emergenze, i pazienti non arrivano al Pronto Soccorso. Nel breve periodo, questo modello funzionerà come un'ultima barriera contro l'intasamento delle emergenze ospedaliere, garantendo una risposta più appropriata ai casi non in emergenza, senza sovraccaricare inutilmente il sistema.

La proposta prevede inoltre di valutare il raccordo con il Numero Europeo Armonizzato 116117, dedicato alle cure non urgenti, e con i servizi di telemedicina e teleconsulto, nell'ambito dell'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera.

Sarà fondamentale tenere conto nella progettazione dei PAU dell'atmosfera dei *Legevakt* in Norvegia, per creare luoghi dove sia il personale sanitario sia le persone assistite vogliono stare; così come valutare la velocità di realizzazione delle ultime *Maisons Médicales de Garde* in Francia, con container prefabbricati facilmente divisibili in box flessibili, leggeri. Sarà imprescindibile integrare il servizio con un sistema di *pre-triage* virtuale, come nei Paesi Bassi, facile e intuitivo, lasciando comunque l'accesso libero alla struttura. Nell'area funzionale dell'ingresso e accettazione sarà possibile incrementare il servizio *pre-triage*, in caso non fosse stato effettuato prima online, con box virtuali in loco per sintomi ben definiti dei pazienti. Sarà importante la presenza, come nei modelli norvegesi, di un servizio h24 di mediatori culturali a servizio dei pazienti e del personale sanitario; a questo, si ritiene necessario integrare un supporto psicologico già nel *triage*.

Criteri di posizionamento strategico

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, si propone di valutare, in una prima fase, la localizzazione dei PAU in adiacenza o in prossimità delle strutture ospedaliere con elevati volumi di accesso ai pronto soccorso, riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. Strutture ospedaliere considerate nell'analisi: volumi di accesso al Pronto Soccorso e accessi con codice bianco nel 2022

Struttura ospedaliera	Tipologia di presidio	Accessi			
		riferiti	totali	con codice bianco	
		n.	n.	n.	%
Policlinico Universitario A. Gemelli	DEA di II livello	70.000	67.813	814	1,2
Ospedale S. Pertini	DEA di I livello	45.000	48.385	221	0,46
Ospedale S.Pietro - Fatebenefratelli	Pronto Soccorso	20.000	40.452	215	0,53
Ospedale regionale oftalmico	Pronto Soccorso	20.000	49.378	6.727	13,62
AO S. Camillo-Forlanini	DEA di II livello	70.000	57.336	317	0,55
Policlinico Casilino	DEA di I livello	45.000	74.156	26	0,04
Policlinico Umberto I	DEA di II livello	70.000	100.591	850	0,85

I dati raccolti permettono di registrare che queste strutture sono tutte posizionate all'interno del polo urbano di Roma, nello specifico all'interno del Raccordo anulare, dove certamente la densità di popolazione è maggiore, ma anche dove più persone si spostano quotidianamente per motivi professionali (Roma Capitale, 2021) e turistici (Roma Capitale, 2024).

Per la prima fase di orientamento della popolazione, si propone quindi di valutare strutture modulari adiacenti o prossime ai Pronto Soccorso selezionati, compatibilmente con le caratteristiche dei siti e con l'organizzazione dei servizi. Sarà necessario, in ogni caso, uno studio accurato dei percorsi, affinché siano chiari e intuitivi e non interferiscano con i flussi delle urgenze maggiori. L'importanza del coordinamento organizzativo trova riscontro anche nelle criticità segnalate per il CAU di Parma, relative alla disposizione delle sale d'attesa e alla difformità dei protocolli di assegnazione ai servizi (Redazione PARMAPRESS24, 2024).

Attività elementari, zone funzionali e flussi

A partire dalle principali attività elementari definite nel volume dedicato all'Area dell'Emergenza Ospedaliera (Bucci *et al.*, 2020), si propone per il nuovo modello attività integrative necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo, elencate qui a seguire: accoglienza e registrazione digitale, con eventuale rilevazione dei parametri vitali secondo modalità da definire; percorsi dedicati e collegamento con specialisti mediante teleconsulto; supporto psicologico ed emotivo; mediazione linguistico-culturale; informazione, educazione sanitaria e prevenzione.

Le attività integrative proposte individuano due ulteriori macroaree funzionali:

– area di supporto alla persona, comprendente supporto psicologico e mediazione linguistico-culturale;

– area dedicata all'informazione, all'educazione sanitaria e alla prevenzione.

Per la diagnostica si propone una dotazione di base integrata, ove appropriato, da apparecchiature radiografiche compatte o mobili e da collegamenti con servizi di radiologia per la refertazione a distanza.

Per gli esami di laboratorio si prevede invece un raccordo con le strutture ospedaliere di riferimento. L'obiettivo infatti è quello di rendere i PAU delle strutture capaci di gestire i bisogni compresi nel proprio ambito operativo, mantenendo il raccordo con la rete ospedaliera e

territoriale ma anche potenzialmente riconfigurabili e movibili nelle singole parti, grazie a strumentazione leggera e a una struttura architettonica versatile e modulare.

Dopo aver definito le aree funzionali del PAU, è fondamentale progettarne l'assetto sulla base di una separazione efficace dei flussi e quindi attraverso un disegno chiaro dei diversi percorsi. Ogni percorso, assistenziale e non assistenziale, dovrà essere intuitivo, semplice, accessibile e funzionale, nel rispetto delle esigenze cliniche, logistiche ed emotive delle persone assistite e del personale sanitario (Figura 2). L'ingresso dei pazienti, separato da quello del personale e della logistica, sarà ben visibile e facilmente raggiungibile, e condurrà a uno spazio ampio e ben illuminato. Qui troveranno collocazione le attività di accettazione e registrazione digitale e una prima area di attesa. Il percorso proseguirà nell'area di *triage* con assegnazione del codice e seconda area di attesa, definita "attiva". Moduli differenziati accoglieranno le persone a seconda del tipo di accesso e del percorso assegnato, riducendo il rischio di contaminazione dei flussi e favorendo il comfort individuale attraverso sedute orientate, angoli dedicati alla lettura o all'informazione sanitaria, e sistemi informativi sul percorso assistenziale, secondo modalità rispettose della riservatezza.

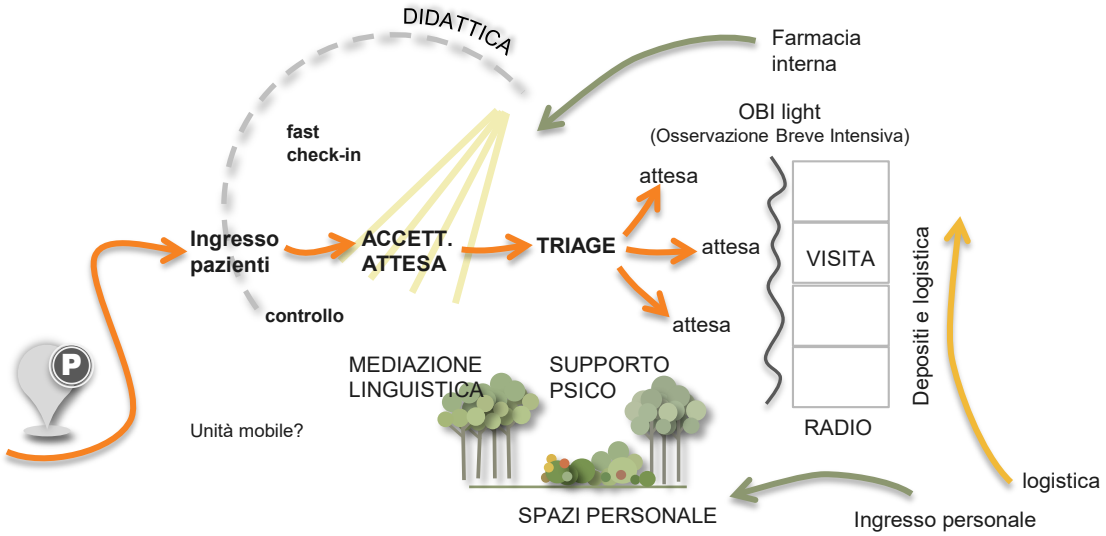

Figura 2. Schema dei flussi proposti all'interno di un PAU: la separazione degli accessi e la vicinanza tra aree funzionalmente collegate sono finalizzate a facilitare l'orientamento e a limitare le interferenze tra percorsi assistenziali, del personale e logistici

Dalla seconda area di attesa, la persona accederà alla zona di trattamento in relazione ai bisogni rilevati. La posizione strategica dell'area *triage* con seconda attesa differenziata consente un rapido smistamento verso i percorsi *fast-track* stabiliti o l'area di osservazione breve lontana da flussi di transito, garantendo tempi di risposta rapidi di valutazione clinica e una presa in carico efficace nella distinzione tra le urgenze differibili e quelle che necessitano di presa in carico immediata. La sala diagnostica sarà adiacente agli ambulatori di visita, per contenere gli spostamenti delle persone assistite e del personale.

Il personale disporrà di un accesso dedicato, collegato agli spogliatoi e agli ambienti di servizio prima dell'ingresso negli spazi assistenziali. I percorsi della logistica e delle merci saranno organizzati separatamente, per limitare le interferenze con i flussi delle persone assistite.

Gli spazi dedicati al supporto psicologico ed emotivo e alla mediazione linguistico-culturale saranno accessibili sia dall'ingresso principale sia dalla seconda area di attesa, tra il *triage* e gli

ambulatori. La loro collocazione dovrà conciliare riconoscibilità e riservatezza, con l'obiettivo di favorire il dialogo e offrire un contesto adeguato al sostegno della persona.

Infine, l'area didattica, situata lateralmente rispetto al blocco assistenziale, disporrà di un accesso indipendente, così da consentire incontri, corsi di primo soccorso, attività di prevenzione sanitaria e riunioni senza interferire con i percorsi del PAU. L'organizzazione degli spazi sarà accompagnata da un sistema di orientamento, o *wayfinding*, chiaro e coerente, finalizzato a facilitare gli spostamenti e a ridurre l'incertezza durante il percorso assistenziale.

Il modello PAU è stato sviluppato a partire dall'analisi funzionale e dei flussi dei Punti di Primo Intervento e dei CAU dell'Emilia-Romagna, con l'obiettivo di affrontare le criticità individuate nelle esperienze esaminate (Figura 3).

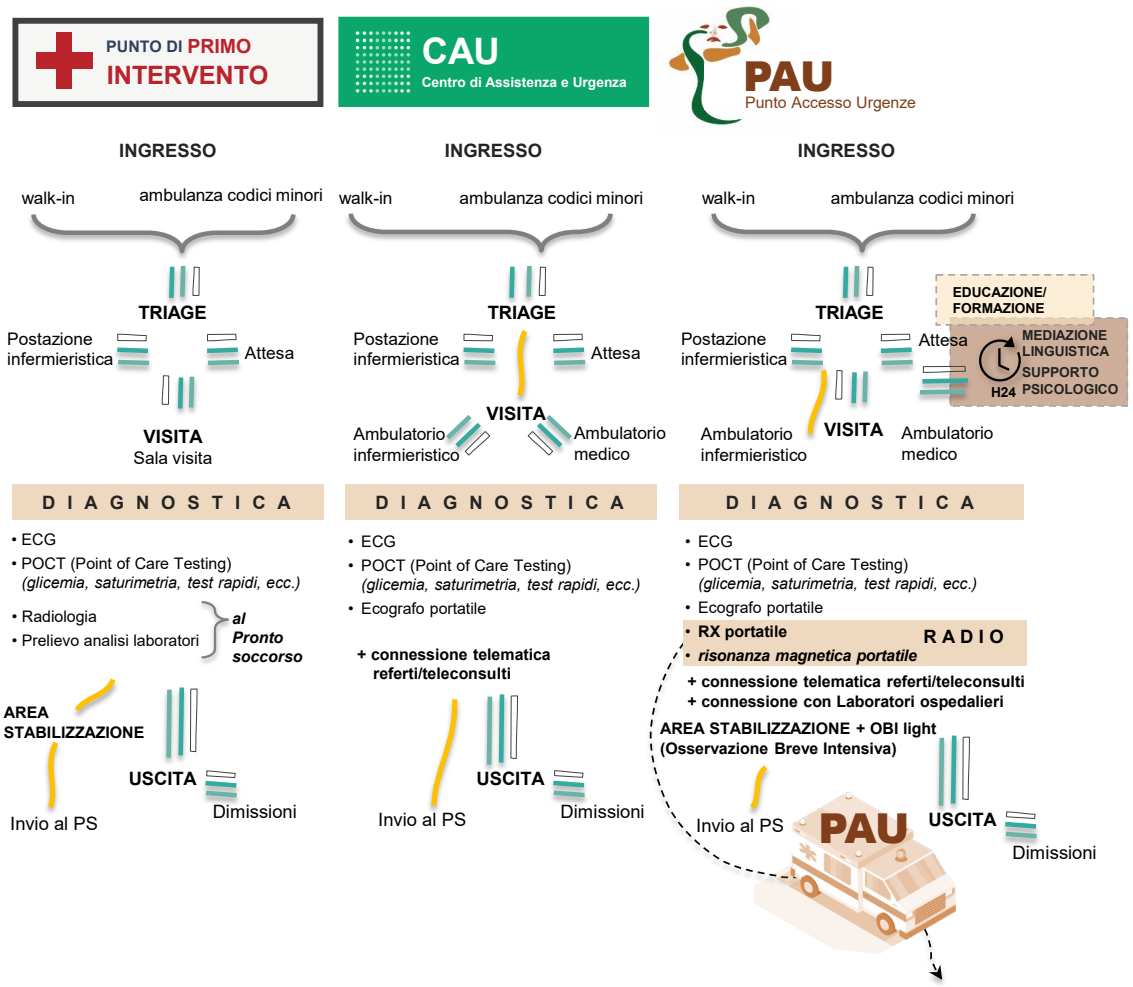

Figura 3. Confronto tra gli schemi funzionali di PPI, CAU e modello PAU proposto. Il confronto evidenzia le aree e i collegamenti funzionali considerati nell'elaborazione progettuale

Il confronto considera il percorso assistenziale dall'accesso alla struttura alla valutazione iniziale, all'attesa e alla successiva presa in carico. Le prime differenze emergono nell'organizzazione dell'area di trattamento: nei PAU, analogamente a quanto previsto nei CAU, si propone la presenza di ambulatori infermieristici e medici, al fine di favorire l'integrazione delle competenze e un impiego appropriato delle risorse professionali. Nei PAU, a differenza dei

due modelli precedenti, già nella zona di prima attesa e *triage*, sono collocate nuove aree funzionali di supporto ai pazienti e al personale sanitario (la mediazione linguistica e il supporto psicologico), entrambe collegate con l'area di trattamento, per le quali si propone una disponibilità continuativa, attraverso modalità organizzative da definire e di cui valutare la sostenibilità. Per quanto riguarda la diagnostica di base, tutti i modelli sono dotati di strumentazione di base; la radiografia per il PPI è in comune con il Pronto Soccorso ospedaliero, come le analisi di laboratorio, funzioni assenti nei CAU; nei PAU si propone una soluzione ibrida e flessibile, con radiografia dedicata ma portatile e una connessione con laboratori ospedalieri per analisi specifiche. Come per i CAU, sono previsti teleconsulti con figure specialistiche. L'obiettivo del modello PAU è sviluppare una capacità di risposta definita per i bisogni urgenti a minore complessità, sostenuta da dotazioni appropriate, percorsi clinico-assistenziali condivisi e collegamenti con Pronto Soccorso, laboratori e specialisti. La flessibilità organizzativa è accompagnata da un impianto architettonico modulare, concepito per consentire successive riconfigurazioni.

Modello architettonico e strutturale

Per i nuovi PAU si propone una soluzione architettonica modulare e flessibile, concepita per contenere i tempi di realizzazione e consentire la rifunzionalizzazione degli spazi in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali. A questo scopo, si prevede l'impiego di moduli prefabbricati componibili e ampliabili, per favorire una realizzazione efficiente e consentire l'adeguamento dimensionale della struttura al contesto localizzativo e ai servizi previsti. La modularità è inoltre finalizzata a permettere successive riconfigurazioni degli spazi e delle funzioni. L'eventuale possibilità di smontare e rilocalizzare singoli moduli potrebbe consentirne l'impiego in contesti differenti, anche a supporto di territori con un'offerta assistenziale limitata o interessati da emergenze. Le modalità di collegamento al suolo e tra i moduli dovranno essere definite attraverso una specifica valutazione tecnica, in relazione alle caratteristiche del sito e ai requisiti di sicurezza.

La proposta privilegia una volumetria semplice e materiali selezionati in funzione della durabilità, della facilità di manutenzione, delle prestazioni e della possibilità di recupero o riciclo, garantendo allo stesso tempo elevate prestazioni in termini di resistenza e sostenibilità, oltre a definire un'identità forte riconoscibile dell'elemento architettonico su tutto il territorio, garantendo inoltre efficacia e qualità degli spazi interni. In coerenza con la struttura, anche gli spazi interni risponderanno quindi per continuità con la struttura all'organizzazione per moduli, migliorando l'efficienza distributiva e rispondendo a eventuali nuove esigenze operative, con soluzioni reversibili e adattabili: "moduli interni" autoportanti e pareti divisorie mobili.

Il modello proposto per accogliere i PAU, in linea con le ultime *Maisons Médicales de Garde* realizzate in Francia, è quindi concepito come una struttura riconfigurabile, capace di adattarsi all'evoluzione delle funzioni e dei contesti, mantenendo riconoscibilità architettonica e qualità degli ambienti, capace di evolversi nelle funzioni e nel contesto, una soluzione pronta a riconfigurarsi per il supporto alla comunità, pur mantenendo la propria identità e "bellezza".

Bellezza negli spazi di cura: buone pratiche

La bellezza assume, in questa prospettiva, la capacità di ridare senso alla vita e agli spazi anche nei contesti più difficili, configurando un'architettura come "medicina" contro il degrado del quotidiano, nella convinzione che i luoghi inospitali e brutti siano nocivi a livello sociale, culturale ed economico e che, al contrario, luoghi belli siano salutari (Pantaleo, 2016).

La bellezza, intesa come integrazione tra qualità estetica e valore etico, si ritiene necessaria negli spazi di cura per poter rispondere ai bisogni fisici ed emotivi delle persone; una bellezza che sappia garantire privacy, inclusività e dignità delle persone in ogni situazione, e che sia attenta al benessere di tutti gli utenti. Una concezione che richiama l'espressione "kalòs kai agathòs", in cui il bello e il buono si uniscono, legando l'ideale di bellezza all'etica fino a divenire, nell'espressione "kalos kai agathòs", elementi indissolubili (Piano & Piano, 2019).

Su queste basi sono stati individuati alcuni criteri progettuali, qui definiti "principi di bellezza", che orientano lo sviluppo del modello PAU.

Nella progettazione sanitaria, l'attenzione alle esigenze dimensionali, tecnologiche e impiantistiche deve accompagnarsi alla considerazione dei bisogni emotivi e relazionali delle persone assistite e del personale. Gli spazi sono quindi chiamati a offrire risposte anche alle condizioni di incertezza e spaesamento che possono caratterizzare l'esperienza dell'urgenza. In quest'ottica, il valore di uno spazio non risiede nella sua spettacolarità, bensì nella capacità di dare ascolto e risposta a chi lo abita. Riprendendo l'intuizione calviniana per cui di una città si apprezza, prima di tutto, «la risposta che dà a una tua domanda» (Calvino, 1972).

In ambito sanitario, ciò si traduce nella necessità fondamentale di tutelare sempre la dignità della persona assistita, anche e soprattutto nei contesti di emergenza-urgenza. Garantire un'accoglienza pienamente inclusiva significa rispondere ai bisogni di una platea eterogenea, prestando attenzione non solo alle fragilità fisiche o generazionali, ma anche alle specificità culturali, di genere, sociali e religiose. Tale dignità richiede ambienti adeguati, riservatezza e relazioni umane trasparenti: un'architettura della cura che sia al contempo funzionale ed etica.

Nel registro della riflessione culturale, De Luca (2016) attribuisce alla bellezza un valore di sostegno alla persona, riconoscendone la presenza anche nei gesti e nei dettagli più semplici. Questa prospettiva richiama l'attenzione alla qualità quotidiana degli ambienti, senza identificarla con la spettacolarità delle soluzioni architettoniche.

Diversi studi hanno dimostrato come uno spazio può condizionare e quindi supportare o meno la propria funzione. Un riferimento applicativo è il programma "Reducing Violence and Aggression in A&E", sviluppato dal *Design Council* con il *Department of Health*. Presentato nel 2011, il programma ha proposto interventi per migliorare l'accoglienza, la chiarezza delle informazioni e l'orientamento nei dipartimenti di emergenza. La successiva valutazione, pubblicata nel 2013, ha rilevato nei due dipartimenti esaminati una riduzione del 50% dei comportamenti aggressivi e del linguaggio corporeo minaccioso dopo l'introduzione delle soluzioni. Il risultato riguarda un insieme di interventi e non può essere attribuito esclusivamente alle caratteristiche architettoniche degli spazi. Per queste ragioni, la progettazione dei PAU deve favorire l'accoglienza e la riconoscibilità del servizio, sostenendo un orientamento consapevole verso i percorsi appropriati. La qualità degli ambienti dovrebbe contribuire a comunicare che anche i bisogni a minore complessità ricevono attenzione e rispetto, senza generare una percezione di minore considerazione.

Da tempo ormai si discute sul ruolo emotivo dello spazio architettonico costruito e di com'esso influisca sulle emozioni, che in luoghi di cura dove l'emotività delle persone diventa per lo più fragile per diversi fattori, sono inevitabilmente enfatizzate. La letteratura in merito è ormai ampia; per una progettazione basata su questo aspetto emotivo degli spazi costruiti, si ritiene interessante ripartire dai requisiti individuati nella Tesi di Master in "Pianificazione, programmazione e progettazione dei sistemi ospedalieri e socio-sanitari", Edizione XIII del Politecnico di Milano, dell'architetta Federica Casetti, dal titolo "Ruolo dell'ambiente costruito nella prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari". È possibile dedurre (e confermare con i dati rilevati) che negli Ospedali, tra i reparti più a rischio di frustrazione e aggressione da parte dei pazienti ci sono i Pronto Soccorso, nello specifico la sua area di accettazione/accoglienza e *triage*, dove perciò è fondamentale individuare elementi architettonici (geometria dello spazio, orientamento, luce,

materiali, colori, arredo) che servano come "fattori mitiganti" dello stato emotivo dei pazienti. Nella suddetta tesi, per una proposta di area di accettazione del Pronto Soccorso sono stati individuati requisiti specifici di sicurezza (Casetti, 2022); a partire da questi condivisi, l'intento è quello di implementare nella proposta del modello PAU nuovi elementi architettonici (e funzionali) che possano contribuire alla sicurezza di queste aree sanitarie critiche e che allo stesso tempo riescano a garantire la dignità di ogni tipologia di paziente a cui si deve rispondere e, ancora, che possano accogliere e garantire il benessere del personale sanitario: perché ogni utente del PAU possa trovare le proprie risposte e la propria salute e fiducia in questi spazi progettati per la cura.

Buone pratiche per una struttura riconoscibile

L'ingresso di una struttura sanitaria rappresenta il primo impatto per chi vi accede, un punto di riferimento che deve essere immediatamente individuabile, intuitivo e accogliente. Chi accede alla struttura deve poter riconoscere il percorso da seguire già dall'esterno, in condizioni che favoriscano sicurezza e orientamento. Per favorire il funzionamento del modello ed evitare sovrapposizioni, è necessario distinguere chiaramente gli accessi ai PAU da quelli ai Pronto Soccorso, definendo i bisogni gestibili nei due servizi e i relativi percorsi di raccordo. PAU e Pronto Soccorso devono pertanto essere riconoscibili come servizi distinti, anche quando adiacenti, con percorsi dedicati e modalità di orientamento coerenti con le condizioni della persona (Figura 4).



Figura 4. Elementi chiave per il riconoscimento del PAU: accesso pedonale e carrabile con area drop-off (rilascio passeggeri); segnaletica e logo visibili; facciata identificabile; ingressi distinti per urgenze ed emergenze, integrati con la sistemazione esterna e i punti di controllo

Il PAU, per poter rendere quest'implementazione efficace, deve essere percepito come un luogo in cui la persona assistita si sente spinta a entrare con fiducia in situazioni di urgenza: un luogo accogliente, efficiente e facilmente riconoscibile, con un accesso chiaro e confortevole per tutti i pazienti. In questa prospettiva, diventa importante dare umanità a strutture altrimenti anonime, realizzate secondo la pura logica dell'emergenza, riconoscendo nella bellezza «il primo gesto di cura e amore» e non un lusso (Pantaleo, 2016).

Sia nelle nuove costruzioni sia negli interventi di riqualificazione, la struttura deve essere chiaramente riconoscibile sul territorio. La coerenza architettonica e visiva dei PAU è proposta come elemento di identificazione del servizio e di supporto all'orientamento. In particolare, la

facciata e la configurazione dell'ingresso devono rendere immediatamente individuabile il punto di accesso.

Per adattarsi ai diversi contesti e consentire l'applicazione a edifici nuovi o esistenti, la facciata è concepita come una seconda pelle modulare, smontabile e riconfigurabile. La soluzione dovrà essere sviluppata in relazione alle condizioni del sito e alla distribuzione interna, considerando ombreggiamento, riservatezza e riconoscibilità architettonica, per creare inevitabilmente un senso di appartenenza al territorio e alle persone che lo vivono. Oltre ad essere visibile e riconoscibile, un ingresso ben progettato deve essere facilmente raggiungibile, sia per chi arriva a piedi sia per chi utilizza mezzi di trasporto privati o pubblici. La segnaletica chiara e ben visibile deve guidare i visitatori fin dall'esterno, evitando dubbi o percorsi dispersivi. L'organizzazione degli accessi deve permettere un ingresso agevole senza barriere architettoniche, con percorsi pedonali protetti e sicuri. Un altro aspetto cruciale quindi per il corretto funzionamento del PAU è la riorganizzazione dell'area parcheggio e degli spazi di accesso. È indispensabile prevedere zone di sosta breve in prossimità dell'ingresso, pensate per l'accompagnamento e discesa in sicurezza delle persone con disabilità, delle persone anziane e di chi presenta difficoltà di deambulazione. È inoltre fondamentale che le aree di sosta breve non interferiscano con il traffico generale, garantendo a chi accompagna pazienti fragili una fermata in sicurezza.

Buone pratiche per *triage* e sale di attesa

Il *triage* e gli spazi di accoglienza e attesa sono quindi progettati per favorire la gestione dei percorsi assistenziali e offrire un ambiente rassicurante e rispettoso della persona. Per rendere questo passaggio più fluido e inclusivo, è fondamentale progettare un sistema di accoglienza che sia efficiente ma allo stesso tempo rispettoso della privacy e della dignità di ogni tipologia di paziente che si presenta al PAU e accessibile a tutti.

Un *triage* e una sala di accoglienza e attesa progettati quindi per migliorare la gestione dei pazienti ma anche per dare fin da subito la percezione di un ambiente più umano e rassicurante, con attenzione sia all'esperienza della persona assistita sia alle condizioni operative del personale.

L'atmosfera di quest'area funzionale gioca un ruolo fondamentale nell'esperienza della persona assistita: nei PAU è uno spazio luminoso e la luce, laddove artificiale, deve rifarsi alla temperatura di quella naturale ed essere diffusa; i colori dell'area sono neutri e accoglienti e i materiali e gli arredi richiamano un ambiente domestico per ridurre la tensione. Nei rivestimenti e/o controsoffitti sono privilegiati materiali fonoassorbenti per limitare il rumore e disturbi sonori.

Aspetto fondamentale è la gestione del tempo di attesa e la chiarezza di comunicazione tra pazienti e personale sanitario, tema che, come riscontrato in studi e ricerche, genera stress e forte tensione (Bull *et al.*, 2022): l'area di attesa ha possibilmente aperture verso zone verdi e laddove non possibile installazioni artistiche che la rappresentano, in forza alle ricerche che dimostrano come questi elementi influiscono positivamente sul comportamento e l'ansia delle persone assistite preoccupati dal loro stato di salute, riducendo l'irrequietezza (Nanda *et al.*, 2012). Nelle aree di attesa si prevede un sistema informativo che illustri le fasi del percorso e le modalità di chiamata, chiarendo che l'accesso alla valutazione e al trattamento dipende dalla priorità assistenziale e non soltanto dall'ordine di arrivo.

Uno degli aspetti chiave in termini di funzioni, è la diversificazione degli ingressi e delle modalità di registrazione (Figura 5). Tra le soluzioni proposte rientrano postazioni digitali multilingue per la registrazione e la raccolta preliminare delle informazioni. L'eventuale impiego di strumenti di intelligenza artificiale costituisce un'ipotesi da sottoporre a specifica valutazione. La registrazione digitale rimane distinta dalla valutazione clinico-assistenziale e prevede la possibilità di ricevere assistenza dal personale. La tutela della riservatezza costituisce un requisito del progetto e deve essere considerata nell'organizzazione degli spazi, nella raccolta delle informazioni e nelle modalità di chiamata. Le modalità di accoglienza dovranno inoltre consentire una comunicazione rispettosa delle preferenze personali, mantenendo procedure affidabili di identificazione.

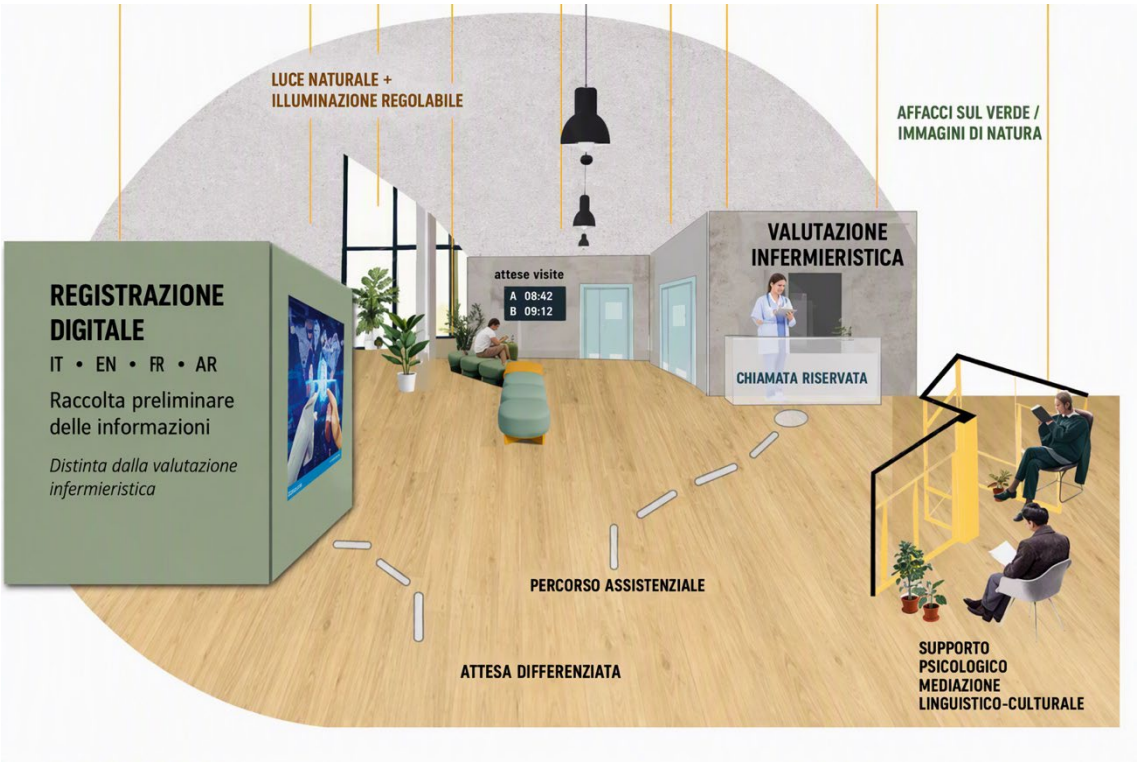

Figura 5. Ingresso ed aree di attesa del PAU: layout con postazioni digitali multilingue per registrazione e raccolta preliminare di informazioni, distinte dalla valutazione infermieristica; illuminazione naturale integrata con luce artificiale regolabile; affacci sul verde o immagini ispirate alla natura; arredi ergonomici e spazi di attesa differenziati; una postazione infermieristica riconoscibile con modalità di chiamata attenta alla riservatezza; segnaletica chiara e spazi dedicati a supporto psicologico e mediazione linguistico-culturale

Nella progettazione dei PAU particolare attenzione è data nella differenziazione delle sale d'attesa, separando le persone assistite in base alle loro condizioni, per ridurre il rischio di disagio e migliorare l'efficienza del flusso ospedaliero; queste sono infatti separate, anche se con eventuali divisioni mobili, per: pazienti barellati, con spazi adeguati e personale di supporto; bambini, con giochi integrati negli arredi per ridurre lo stress; pazienti con malattie infettive, in sale chiuse con ventilazione controllata e percorsi separati; e infine per persone in attesa di visite riprogrammate, che non necessitano di stare nello stesso ambiente di chi è in una situazione di maggiore urgenza. Gli arredi sono adeguati così in base alla relativa area. Per un'attesa attiva, inoltre, è prevista la presenza di monitor informativi e ogni paziente è in collegamento con i familiari grazie ad appositi dispositivi. In queste zone funzionali di particolare tensione, è previsto il collegamento con la sala di supporto psicologico, per un aiuto immediato a chi si trova in uno stato di forte stress o vulnerabilità, sia *pre-triage* sia *post-triage*; inoltre, per garantire l'accessibilità e l'inclusività, il servizio medico è integrato con box con mediatori linguistici o traduttori basati su intelligenza artificiale, così da supportare i pazienti con difficoltà di comunicazione. Queste aree sono organizzate con pareti modulari e mobili, quindi flessibili e in grado di conformare aree multifunzionali potenzialmente riconvertibili, anche rapidamente in caso di emergenza.

Buone pratiche per le sale di trattamento

Nella progettazione degli ambienti sanitari, i requisiti funzionali e igienico-sanitari devono essere integrati con l'attenzione all'esperienza sensoriale e relazionale della persona.

In questa prospettiva, gli ospedali e le stanze in cui ci si cura dovrebbero essere caratterizzati da un'attenzione e da un'umanità diffuse, capaci di costituire una barriera e un riparo di fronte al dolore. Anche le parole assumono un ruolo importante, dovendo saper custodire, consolare, difendere e creare alleanze e ripari (Ferraguti, 2023).

Le aree dedicate alle visite, ai trattamenti e ai micro-interventi nei PAU sono progettate per essere sale efficienti ma allo stesso tempo luoghi non intimidatori, capaci di ridurre lo stress, per avvicinare il trattamento alla componente umana. Anche qui, la luce è generalmente diffusa e integrata nello specifico della funzione da dispositivi mobili; i colori sono neutri e richiamano elementi naturali come foglie, onde, nuvole, paesaggi (Figura 6).



Figura 6. Elementi qualificanti delle sale di trattamento: l'ambiente si caratterizza per rivestimenti dai toni neutri con motivi d'ispirazione naturale, se possibile inserimento di verde e visibilità verso l'esterno, o video wall modificabili dalle persone in cura; le pareti sono mobili e flessibili per la riconfigurazione degli ambienti a seconda delle necessità

Dal punto di vista strumentale, le sale sono tutte dotate di lettino per visita e condividono apparecchiature compatte o mobili (es. misuratori di pressione, ECG portatile, per una maggiore flessibilità), oltre a una postazione PC per la gestione digitale dei referti e delle diagnosi. Lo spazio per radiografie ed ecografie rapide sarà progettato con accesso diretto all'eventuale mini-laboratorio dedicato, per l'integrazione del trattamento umano alla diagnostica.

Gli ambienti dedicati al supporto psicologico sono concepiti per offrire comfort, riservatezza e possibilità di adattamento alle preferenze della persona. Arredi, illuminazione e soluzioni acustiche saranno selezionati considerando anche le esigenze di manutenzione e igiene (Figura 7). In queste aree, il supporto e/o trattamento risulta più efficace se coinvolge tutti i sensi; per questo, con piccoli accorgimenti, è possibile integrare l'esperienza della presa in cura con suoni e profumi rilassanti a seconda della situazione: un semplice diffusore di oli essenziali con fragranze come lavanda, camomilla o agrumi e piccoli speaker bluetooth con playlist di suoni naturali o musica rilassante, secondo le preferenze della persona e le condizioni assistenziali.

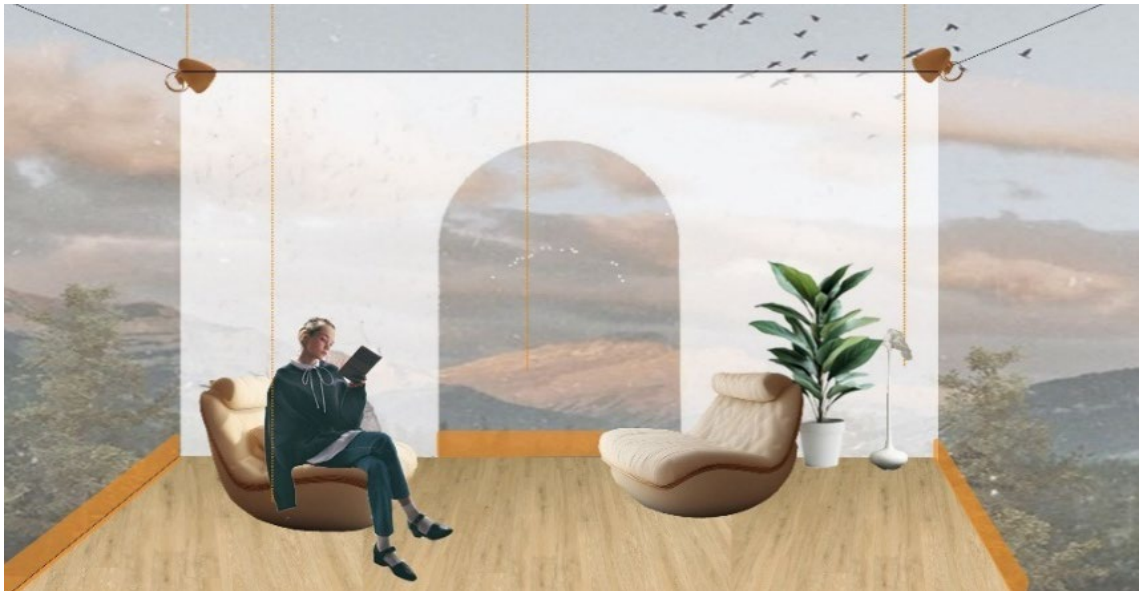

Figura 7. Ambiente progettato per il supporto emotivo e la sfera multisensoriale: spazio e arredi modulari garantiscono la massima flessibilità, consentendo alla persona assistita di personalizzare il luogo secondo le proprie esigenze; tendaggi in tessuto fonoassorbente, dai toni caldi e morbidi, contribuiscono ad attenuare i rumori e a percepire un maggior grado di riservatezza e comfort percettivo

Anche per quanto riguarda l'illuminazione in queste sale, con piccoli accorgimenti dalla progettazione alle scelte dei dispositivi, grazie all'utilizzo di lampade LED regolabili, è possibile adattarla alla persona avendo la possibilità di modificare intensità e temperatura; inoltre, le luci sono integrate anche negli arredi per permettere di effettuare visite/colloqui in ambienti più calmi e lontani dalla tensione.

Buone pratiche per la cura di chi cura

Nel processo di avvicinamento della cura allo stato emotivo delle persone, è essenziale progettare spazi che facciano attenzione anche al benessere del personale sanitario e socioassistenziale, che in questi luoghi passano molte ore e che devono essere supportati al meglio nella loro operatività. Inoltre, diversi studi hanno dimostrato che un'esperienza positiva della persona assistita con il personale sanitario aumenta la fiducia del primo nella sua capacità di autogestione della propria condizione (e di conseguenza un non ritorno in struttura se non necessario) (Hutchinson *et al.*, 2023).

Affinché le cure siano efficaci, necessaria è, quindi, la salute di chi cura. Oltre all'efficienza di aree funzionali e percorsi, risulta evidente che il personale medico e infermieristico ha bisogno di spazi altri adeguati al supporto fisico e mentale. La progettazione dei PAU considera anche le esigenze di recupero fisico e psicologico del personale, prevedendo spazi dedicati alla pausa, al riposo e alla socialità. Nei casi studio analizzati, spesso si è riscontrato come uno dei problemi sia la mancanza di personale sanitario disposto a lavorare nel sistema delle emergenze-urgenze causando la mancata efficienza dei modelli, anche innovativi, previsti.

Per questo motivo, è fondamentale prevedere all'interno dei PAU delle aree relax ben studiate, capaci di offrire sia momenti di socialità sia spazi di isolamento e riposo. Queste aree, quindi, sono suddivise in due macrocategorie: spazi privati e spazi comuni. Le zone private sono costituite

da box individuali insonorizzati, in cui il personale può decomprimere lo stress, in un momento di pausa protetto; sono aree semichiuse dotate di una poltroncina ergonomica, illuminazione regolabile e sistemi di diffusione sonora per ascoltare musica rilassante o suoni della natura. Prevedendo questi spazi, si offre all'interno dei PAU un'esperienza di fuga dalla routine ospedaliera per il personale sanitario, a volte fondamentale ed efficace anche per brevi pause. Parallelamente, sono previsti spazi comuni, progettati per stimolare la socialità e lo spirito di appartenenza, in un ambiente più aperto e condiviso. Questi spazi sono previsti possibilmente con affacci all'aperto, come un piccolo cortile riparato interno, dotato di strumenti per attività leggere dedicate alla natura: vasi di erbe aromatiche, piante da curare come attività terapeutica capace di ridurre i livelli di stress (Figura 8).



Figura 8. Spazio di socialità e decompressione per il personale sanitario: l'area sfrutta i benefici dell'ortoterapia e del contatto con la natura come strumenti per il contrasto allo stress lavorativo; un cortile interno verde e protetto, attrezzato con sedute immerse nel verde e vasche con erbe aromatiche volte a stimolare attività condivise e momenti di relax

Nella sala comune, è previsto un angolo ristoro, un dettaglio prezioso per offrire al personale piccoli gesti di benessere quotidiano: area con tisane calde, frutta fresca e spuntini salutari – si è rilevato come le richieste del personale sanitario per un ambiente migliore siano legate ad aspetti semplici come l'accessibilità ad acqua e bevande calde. Infine, per il personale risulta essere importante anche uno spazio in cui poter svolgere attività fisica dolce, per questo nei PAU si prevede la realizzazione di una sala dotata di tappetini e attrezzi per yoga e meditazione. Anche in queste aree i materiali e i colori saranno neutri e richiameranno un ambiente domestico, le luci sono diffuse, gli arredi confortevoli.

In un'epoca in cui il *burnout* tra il personale sanitario è una problematica sempre più diffusa, offrire spazi adeguati alla loro cura è una necessità che non può essere trascurata.

Buone pratiche per percorsi accessibili e inclusivi

Nei PAU la progettazione degli spazi, delle funzioni e dei collegamenti è pensata per favorire percorsi chiari e accessibili, fondamentali per la gestione dei flussi in situazioni di emergenza. Ogni spazio è collocato strategicamente per supportare un'esperienza architettonica che sia

immediata e intuitiva, tenendo conto della condizione emotivamente fragile dei pazienti che accedono ai servizi in momenti di urgenza o criticità. A completamento della progettazione fisica dei percorsi, risulta imprescindibile lo sviluppo di un sistema di *wayfinding* organico e integrato, concepito come un filo conduttore che accompagna la persona assistita in ogni fase del suo percorso assistenziale, senza mai generare confusione o esitazioni.

Per orientarsi nei PAU, sono previsti segnali chiari, ripetuti con coerenza lungo il tragitto, posizionati sia orizzontalmente a terra che verticalmente sulle pareti, attraverso codici cromatici facilmente riconoscibili e intuitivi: infatti, l'impiego di colori differenziati per aree funzionali o per tipologie di percorso consente di ridurre il carico cognitivo della persona assistita, minimizzando lo stress, aumentando la sua autonomia di orientamento e migliorando l'efficienza generale del servizio. Ogni indicazione, sia essa un segnale, una mappa, un'icona o una grafica di supporto, deve essere visibile e intuitiva, progettata per essere compresa rapidamente anche da persone in stato di ansia o agitazione. Inoltre, particolare attenzione deve essere posta all'inclusività dei percorsi: per i pazienti ipovedenti, è necessario prevedere sistemi tattili continui, come mappe a rilievo e guide a pavimento tattili in grado di accompagnare in sicurezza l'individuo fino alla destinazione finale (Figura 9).



Figura 9. Sistemi inclusivi per la segnaletica dei percorsi: l'orientamento spaziale è facilitato dall'integrazione di mappe tattili e da un sistema di codifica cromatica applicato a pareti e pavimenti per la chiara identificazione delle funzioni

Questo approccio integrato al disegno spaziale contribuisce non solo a una gestione più funzionale dei flussi, ma migliora significativamente l'esperienza complessiva di presa in carico e il benessere percepito dagli utenti.

Strategie di gestione del cambiamento oltre il PNRR: verso un modello territoriale di emergenza-urgenza efficiente e sostenibile

I PAU sono proposti come una soluzione integrativa dell'assistenza territoriale, finalizzata a rispondere ai bisogni urgenti a minore complessità e a contribuire alla riduzione degli accessi al Pronto Soccorso gestibili in altri contesti assistenziali. Il modello privilegia flessibilità

organizzativa e strutturale, con l'obiettivo di consentire successivi adattamenti all'evoluzione dei bisogni. Come illustrato nei capitoli precedenti, la proposta integra funzioni assistenziali, servizi di supporto e soluzioni architettoniche modulari, la cui fattibilità ed efficacia richiedono una valutazione specifica.

Per accompagnarne l'introduzione, si propone un'attuazione per fasi. Nella prima fase, i PAU potrebbero essere collocati in adiacenza o in prossimità dei Pronto Soccorso ospedalieri, con accessi e percorsi distinti, per favorire la riconoscibilità del servizio e il raccordo con la rete esistente. Una successiva fase potrebbe prevederne la riconfigurazione o la diversa distribuzione territoriale, sulla base dei risultati della sperimentazione e dei bisogni rilevati (Figura 10).

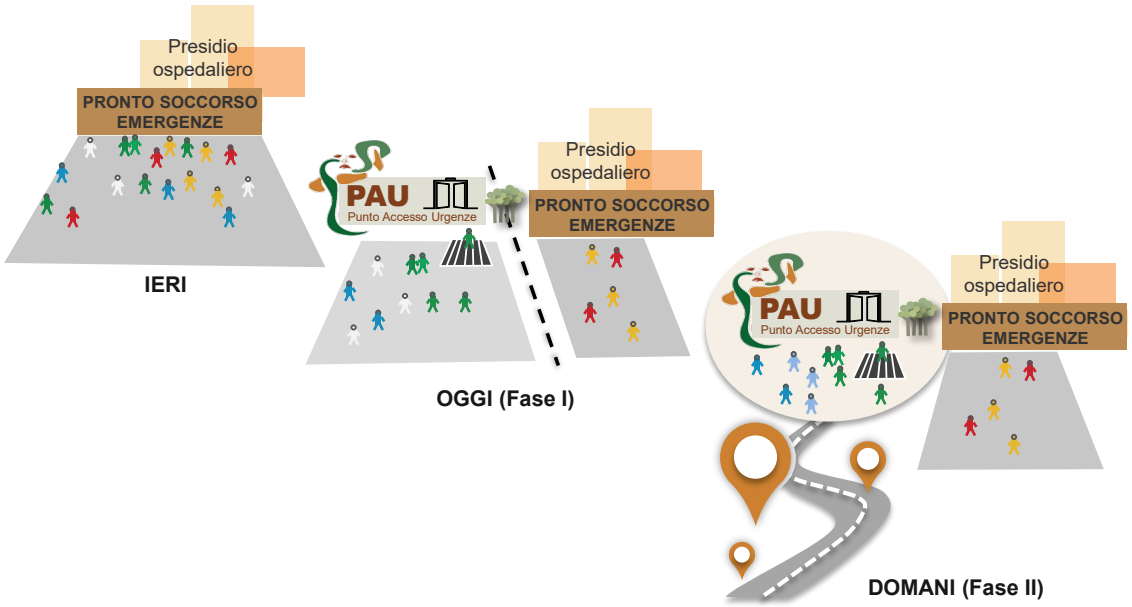

Figura 10. Evoluzione strategica del modello PAU con il superamento della congestione dei Pronto Soccorso in due fasi: prima con una struttura adiacente ma a flussi separati volta a educare la cittadinanza (Fase I, oggi), e successivamente con la dislocazione capillare, modulare e flessibile dei PAU sul territorio in risposta alle reali necessità locali (Fase II, domani)

I PAU situati nelle vicinanze di presidi ospedalieri dotati di Pronto Soccorso garantiranno, come questi ultimi, un accesso diretto; una volta presi in carico, nella stessa struttura i pazienti saranno informati sulle diverse nuove strategie territoriali proposte, come la funzionalità del numero unico e le nuove strutture sanitarie attive a cui rivolgersi a seconda delle patologie: il PAU oltre a curare servirà a educare e indirizzare, per riportare le cure non di emergenza verso spazi più domestici. I PAU, inoltre, con strumenti diagnostici di base portatili e équipe multidisciplinari comprendente competenze mediche, infermieristiche, psicologiche e di mediazione linguistico-culturale, saranno indipendenti (e potenzialmente mobili) nella gestione rapida di patologie di urgenze minori.

L'eventuale introduzione dei PAU richiede, oltre alla definizione delle modalità di gestione amministrativa e operativa, una strategia di accompagnamento del cambiamento. Tale strategia dovrebbe coinvolgere popolazione, personale sanitario e istituzioni, integrando informazione sui servizi, formazione professionale, raccordo organizzativo e strumenti digitali. Queste componenti sono proposte come elementi complementari alla realizzazione delle strutture (Figura 11).

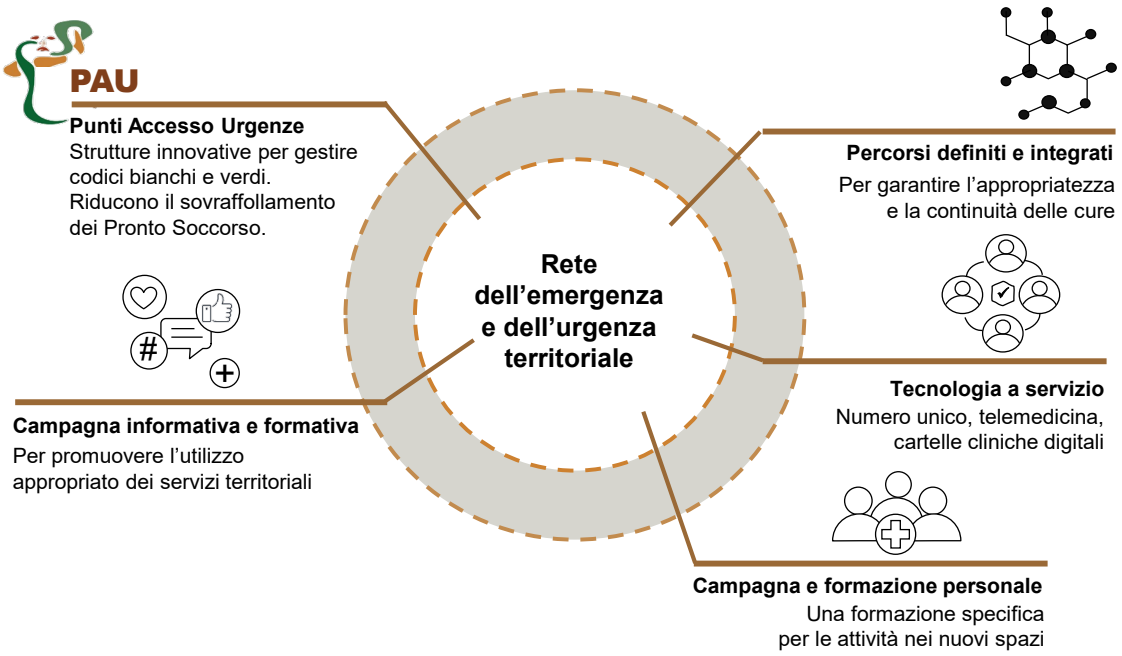

Figura 11. Rete dell'emergenza e dell'urgenza territoriale: il corretto funzionamento della rete richiede una risposta sistemica basata su più pilastri (presenza di strutture dedicate con percorsi definiti e integrati, supporto di tecnologie avanzate, implementazione di campagne informative per la cittadinanza e piani di formazione continui per il personale sull'uso dei nuovi spazi e presidi tecnologici)

Sul piano organizzativo, si propone un'introduzione graduale attraverso un progetto pilota in uno o più contesti selezionati in relazione ai bisogni assistenziali e alle condizioni di fattibilità. La sperimentazione consentirebbe di verificare il funzionamento del modello e raccogliere dati utili al suo eventuale sviluppo. Si propone di considerare i volumi e le caratteristiche degli accessi ai PAU, le prestazioni erogate, i tempi di attesa, i trasferimenti verso il Pronto Soccorso e l'esperienza delle persone assistite e del personale. Il confronto con il periodo precedente all'attivazione dovrebbe essere definito attraverso un piano di valutazione che tenga conto anche delle altre modifiche intervenute nell'organizzazione dei servizi. I risultati potrebbero orientare la revisione delle procedure e le successive decisioni sulla distribuzione territoriale.

La prima criticità da affrontare riguarda la percezione sociale e culturale del Pronto Soccorso come unico punto di riferimento per qualsiasi tipo di problema urgente, anche non grave. La cultura del "tutto passa dal Pronto Soccorso" è radicata e alimentata da una scarsa conoscenza dei servizi territoriali alternativi e dalla mancanza di fiducia in risposte diverse. È quindi fondamentale avviare una campagna informativa e formativa diffusa per educare i cittadini su quando è opportuno recarsi al Pronto Soccorso e quando rivolgersi a un PAU, che spieghi con chiarezza cosa sono i PAU, a chi sono destinati, come funzionano e dove si trovano, quali vantaggi offrono in termini di tempi di attesa, qualità e umanizzazione delle cure. In parallelo, la posizione iniziale prevista per i PAU si farà carico di intercettare anche i pazienti non adeguatamente informati ed educarli all'interno degli stessi.

Un secondo ambito riguarda la disponibilità e l'organizzazione del personale. La sperimentazione richiede una stima del fabbisogno professionale, la definizione delle responsabilità e dei turni e la verifica delle condizioni di sostenibilità. La comunicazione rivolta al personale dovrebbe rendere espliciti attività, ruoli, ambienti di lavoro e modalità di

collaborazione. A questo si affianca una formazione specifica, rivolta alle componenti territoriali e ospedaliere coinvolte, per favorire la conoscenza reciproca dei ruoli e la condivisione dei percorsi. L'obiettivo è sviluppare procedure coerenti per l'accoglienza, la valutazione, la presa in carico e l'eventuale trasferimento, nel rispetto delle differenti funzioni dei servizi.

Un ulteriore ambito riguarda il raccordo tra PAU, Centrali operative dell'emergenza, Pronto Soccorso, medicina generale e servizi territoriali. Si propone di definire percorsi condivisi e modalità di scambio delle informazioni che sostengano l'appropriatezza dell'orientamento e la continuità assistenziale. Particolare attenzione dovrebbe essere dedicata alla prosecuzione delle cure dopo la dimissione, attraverso indicazioni comprensibili e collegamenti con i servizi di riferimento.

Infine, sarà fondamentale attivare e rendere operative le tecnologie a servizio, grazie all'integrazione del numero unico e all'introduzione di servizi di consulenza a distanza per gestire i casi non urgenti e fornire orientamento agli utenti, come d'altronde indicato nel Riordino territoriale previsto. Inoltre, potrebbe essere valutata un'App regionale (potenzialmente nazionale) che basandosi sui sintomi sappia indicare il livello di gravità e suggerire il servizio più idoneo a cui rivolgersi.

Le considerazioni sviluppate offrono elementi di riflessione per la programmazione sanitaria regionale e nazionale. L'eventuale realizzazione di strutture dedicate ai bisogni urgenti a minore complessità dovrebbe essere accompagnata da investimenti nell'organizzazione, nel personale, nell'informazione alla popolazione e nella valutazione dei risultati.

In una prospettiva di continuità oltre il PNRR, il modello PAU propone di esplorare soluzioni flessibili, modulari e riconfigurabili, capaci di adattarsi all'evoluzione dei bisogni. La qualità architettonica e la bellezza degli ambienti sono assunte come criteri progettuali a sostegno dell'accoglienza, della dignità e della relazione di cura, insieme ai requisiti funzionali, di sicurezza e di sostenibilità. In questa prospettiva, costruire edifici secondo principi di bellezza può contribuire a rendere le città luoghi migliori, capaci di umanizzare la vita e di trasformare l'urbe in civitas, nella convinzione che città migliori possano rendere migliori anche i cittadini e che la bellezza possa rappresentare una delle forze capaci di cambiare il mondo (Piano & Piano, 2019).

QUALITÀ DEL PROGETTO ARCHITETTONICO: RICERCA DEI PARAMETRI PER LA CASA DI COMUNITÀ

Riferimenti teorici e approccio metodologico

La definizione dei parametri progettuali è preceduta da alcune riflessioni teoriche, tratte da contributi che mettono in relazione lo spazio abitato con il benessere e l'esperienza delle persone che lo utilizzano.

Nella prospettiva filosofica di Rudolf Steiner, ogni essere umano è parte di un insieme più vasto, sul quale influisce attraverso i propri comportamenti esteriori e dei suoi atteggiamenti interiori. Secondo le sue teorie ogni singola persona è attivamente coinvolta nello sviluppo della terra e dell'umanità. Pertanto, egli auspicava che il personale medico prendesse in considerazione la salute dell'intera umanità, nello stesso momento in cui si assisteva la singola persona da curare. Quanto più si riusciva ad agire secondo una prospettiva globale, anche nelle minime cose, tanto più si contribuiva alla salute e alla prosperità del tutto.

Un ulteriore riferimento culturale è offerto dalla riflessione di Robert M. Pirsig sul concetto di "Qualità", richiamata nel presente lavoro per interrogarsi sul rapporto tra conoscenza tecnica e dimensione qualitativa dell'esperienza (Pirsig, 1981). È in questi termini che Robert M. Pirsig, nel suo celebre romanzo "Lo zen e l'arte della manutenzione della motocicletta", introduce il concetto di «Qualità», inteso non come elemento statico, ma come fattore dinamico.

Tale fattore dinamico è preso in considerazione dal sociologo Aaron Antonovsky per la definizione della qualità della salute. Egli ha infatti prefigurato uno sviluppo dinamico attraverso un sistema ternario di principi che portano al concetto di "salutogenesi". L'approccio alla salute si concentra sui fattori che favoriscono il benessere (le fonti della salute fisica, psichica e spirituale) piuttosto che sulle cause delle malattie.

Il concetto di salute da un punto di vista fisico, psichico e spirituale è strettamente legato alla qualità dei luoghi e pertanto a maggior ragione nell'edilizia sanitaria considerando un continuum tra coloro che fruiscono di un edificio e l'edificio stesso.

Aaron Antonovsky ha introdotto attraverso la salutogenesi il "senso di coerenza", cioè l'orientamento globale per visualizzare il mondo e le persone in modo comprensibile, gestibile e significativo, sostenendo che la vita dell'umanità dipende da come essa stessa la guarda, considerando quindi che essa può influenzare positivamente o meno la sua salute. La teoria del "senso di coerenza" spiega perché a volte le persone nonostante le situazioni di stress riescano a stare bene e siano anche in grado di migliorare la propria salute. Le ricercatrici e i ricercatori pertanto devono individuare le "cause", i comportamenti che generano salute (salutogenesi) per distinguerle dalle cause e comportamenti di malattia (patogenesi).

Per orientare la definizione dei parametri progettuali della Casa di Comunità, sono state individuate tre dimensioni di lettura dello spazio (Figura 12):

- Aspetto spaziale (fisico);
- Aspetto intellettuale (razionale);
- Aspetto sensibile (emotivo).

A questi aspetti corrispondono altrettante qualità:

- Qualità fisica;
- Qualità cognitiva;
- Qualità sensoriale.

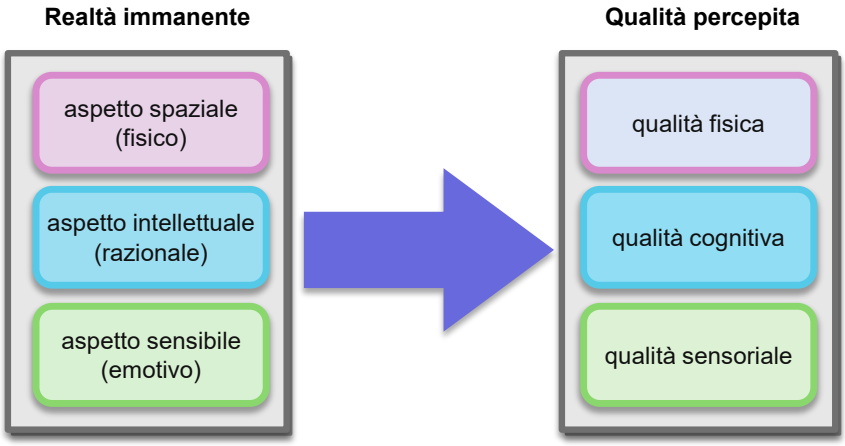

Figura 12. Realtà immanente e qualità percepita: la realtà immanente definita nei tre aspetti (spaziale, intellettuale e sensibile) viene elaborata in qualità percepita a sua volta composta da qualità fisica, cognitiva e sensoriale

La ricerca del benessere per gli esseri umani, attraverso una relazione positiva con l'ambiente è tema trattato anche in Oriente da molti secoli. Su questa ricerca si basano le teorie del Feng Shui che abbraccia aspetti antropologici, architettonici, sociologici, culturali, geografici. Con riferimento al tema qui esaminato, è utile richiamare la definizione proposta da Lee: "Feng Shui è una teoria dell'architettura tradizionale cinese per scegliere i luoghi favorevoli dove costruire. La sua teoria nasce nella filosofia naturale e nella cosmogonia cinese. È un mediatore tra il sistema di pensiero cinese e la progettazione dell'architettura tradizionale.

È nello stesso tempo un dispositivo per tenere sotto tutela l'ambiente. Ha le sue radici nel vasto contesto del pensiero cinese al quale la forma ed il contenuto dell'architettura tradizionale cinese sono associati" (Lee, 1986).

Il Feng Shui considera la relazione tra le persone e l'ambiente circostante, attribuendo rilievo, tra gli altri aspetti, alla posizione e all'orientamento degli edifici e degli spazi interni. In questa prospettiva tradizionale, la modifica dell'ambiente è concepita come una possibilità di ricercare condizioni più favorevoli per chi lo abita (Lee, 1986).

Si può aggiungere che la forma degli ambienti (orizzontale e verticale), le aperture, i pavimenti, le pareti, gli arredi fissi e gli oggetti d'uso di cui siamo circondati, costituiscono il microcosmo che, come un'epidermide, ci avvolge e interagisce con l'energia delle persone. Ogni forma geometrica, colore e materiale (cemento, pietra, vetro, acciaio, legno) corrisponde ad una specifica energia (elemento) che di per sé non è positiva o negativa a priori; è piuttosto la relazione che si stabilisce con il contesto energetico ambientale e con la funzione dell'edificio, con i suoi occupanti a decidere la sua idoneità o la sua inadeguatezza. Alla luce di queste considerazioni, il lavoro intende affiancare all'analisi della funzionalità della struttura l'esplorazione delle caratteristiche ambientali percepite come favorevoli al comfort, all'accoglienza e al benessere.

A tal fine è stata condotta un'indagine mediante questionario, rivolta al personale sanitario e alle persone assistite presso una Casa di Comunità dell'area metropolitana di Roma.

Criteri di valutazione della qualità spaziale percepita

Un luogo di cura, come la Casa di Comunità, dovrebbe trasmettere un insieme coerente di sensazioni in linea con i principi di coerenza, resilienza e centralità delle relazioni umane. Le

dimensioni proposte costituiscono uno schema interpretativo adottato per l'indagine e non sono presentate come una scala validata. Tali dimensioni possono essere sintetizzate nelle seguenti componenti percettive:

- *Accessibilità*
  percezione della facilità di accesso e di spostamento, in relazione alla presenza di ostacoli e alla riconoscibilità dei percorsi.
- *Sicurezza fisica e sensoriale*
  percezione di protezione e comfort in relazione alla configurazione degli spazi, ai materiali e agli arredi.
- *Fiducia*
  percezione di un ambiente comprensibile e rassicurante, sostenuta dalla chiarezza delle informazioni e dalla leggibilità dell'organizzazione spaziale.
- *Benessere*
  percezione del comfort ambientale, considerando la luce naturale, le condizioni degli spazi interni e il rapporto con il contesto esterno, compresa l'eventuale presenza di verde.
- *Piacevolezza estetica e ambientale*
  valutazione dell'aspetto degli spazi, dei colori, degli arredi e della loro cura complessiva.

L'indagine si inserisce nella più ampia riflessione sull'attenzione all'umanizzazione nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Attraverso l'analisi del caso considerato, il lavoro esplora come la qualità degli spazi possa essere letta in relazione ai bisogni fisici, sociali e psicologici della persona, offrendo elementi utili alla riflessione progettuale sulle Case di Comunità.

Valutazione della qualità ambientale percepita mediante questionari

L'indagine ha coinvolto complessivamente 50 partecipanti, presenti nella struttura durante la rilevazione svolta il 18 aprile 2025.

Hanno partecipato persone assistite (55%), accompagnatori e accompagnatrici (5%) e componenti del personale (40%). La partecipazione è avvenuta su base volontaria; prima della compilazione cartacea e anonima, sono state illustrate le finalità dell'indagine e le modalità di risposta.

I due questionari comprendono dieci quesiti ciascuno, con modalità di risposta differenti (Appendice A). Il Questionario A presenta nove domande di valutazione degli ambienti e una richiesta di ordinamento delle preferenze progettuali; il Questionario B comprende otto domande di valutazione, una richiesta di ordinamento delle preferenze e una domanda aperta sugli spazi complementari ritenuti utili. Le domande di valutazione utilizzano una scala numerica a cinque posizioni, presentata tra i poli "Negativo" e "Positivo". Le risposte consentono di esplorare la qualità ambientale percepita, distinguendo le valutazioni delle persone assistite e di chi le accompagna da quelle del personale.

Questionario A

Il Questionario A comprende dieci quesiti, di cui nove con risposta su una scala numerica a cinque posizioni, presentata tra i poli "Negativo" e "Positivo", e uno dedicato all'ordinamento delle preferenze.

Le domande seguono idealmente il percorso della persona nella struttura, dall'accesso esterno all'individuazione degli ambulatori, includendo la permanenza nella sala d'attesa. In particolare, vengono esplorate la chiarezza del percorso verso l'ingresso, la presenza di ostacoli visivi e fisici, la visibilità e la raggiungibilità del punto informativo indicato nel questionario come "punto informazione/*triage*" e la riconoscibilità degli ambulatori attraverso i pannelli informativi.

Una parte dello strumento approfondisce il comfort della sala d'attesa, considerando le dimensioni dell'ambiente e il numero di sedute, la luminosità naturale e l'arieggiamento, nonché la temperatura percepita. Ulteriori domande riguardano la piacevolezza dei colori e le caratteristiche degli ambulatori in termini di luminosità e colore.

Il quesito conclusivo richiede di ordinare per importanza cinque elementi riferiti a una Casa di Comunità ideale: luce, colore, materiali, arredi e verde. Lo strumento affianca quindi alla valutazione dell'ambiente utilizzato una rilevazione delle priorità espresse rispetto alla qualità progettuale desiderata.

Questionario B

Il Questionario B comprende dieci quesiti: otto domande di valutazione, presentate con la medesima scala numerica tra i poli "Negativo" e "Positivo", una domanda di ordinamento delle preferenze e una domanda aperta.

Le prime quattro domande raccolgono i riscontri che il personale riferisce di ricevere dalle persone assistite riguardo all'accesso, agli ostacoli visivi e fisici, alla visibilità e raggiungibilità del punto informativo e alla riconoscibilità degli ambulatori. Questa sezione rileva pertanto una prospettiva indiretta sull'esperienza degli utenti, distinta dalle valutazioni raccolte direttamente mediante il Questionario A.

Le successive quattro domande riguardano la percezione del personale rispetto agli ambienti di lavoro: il contributo dei colori al benessere, la luminosità naturale e l'arieggiamento, il comfort della temperatura nei periodi estivi e invernali e l'adeguatezza degli spazi rispetto alle funzioni svolte. La valutazione riguarda quindi sia caratteristiche ambientali sia aspetti di funzionalità degli spazi.

Anche il Questionario B richiede di ordinare per importanza luce, colore, materiali, arredi e verde rispetto a una Casa di Comunità ideale.

La domanda conclusiva, a risposta aperta e con possibilità di indicare più preferenze, invita a individuare gli spazi ritenuti indispensabili per migliorare la fruizione della struttura da parte del personale. Sale comuni, caffetteria, spazi di lavoro condiviso, ambienti per il relax e aree verdi sono riportati come esempi, non come un elenco chiuso di risposte.

Risultati dell'indagine

Le risposte raccolte hanno delineato un quadro complessivamente favorevole, accompagnato da alcune criticità relative agli spazi di attesa, agli ambienti di lavoro e alla disponibilità di spazi accessori (Figure 13 e 14).

Tali risultati hanno descritto le percezioni delle persone partecipanti e non hanno costituito, di per sé, una verifica delle prestazioni tecniche o dell'adeguatezza dimensionale della struttura.

Tra le criticità emerse, la sala d'attesa è stata percepita come insufficientemente ampia rispetto all'afflusso di persone, in particolare durante l'attività del punto prelievi.

È stata inoltre segnalata l'assenza di una tettoia in corrispondenza dell'ingresso principale, ritenuta utile per proteggere le persone durante le intemperie.

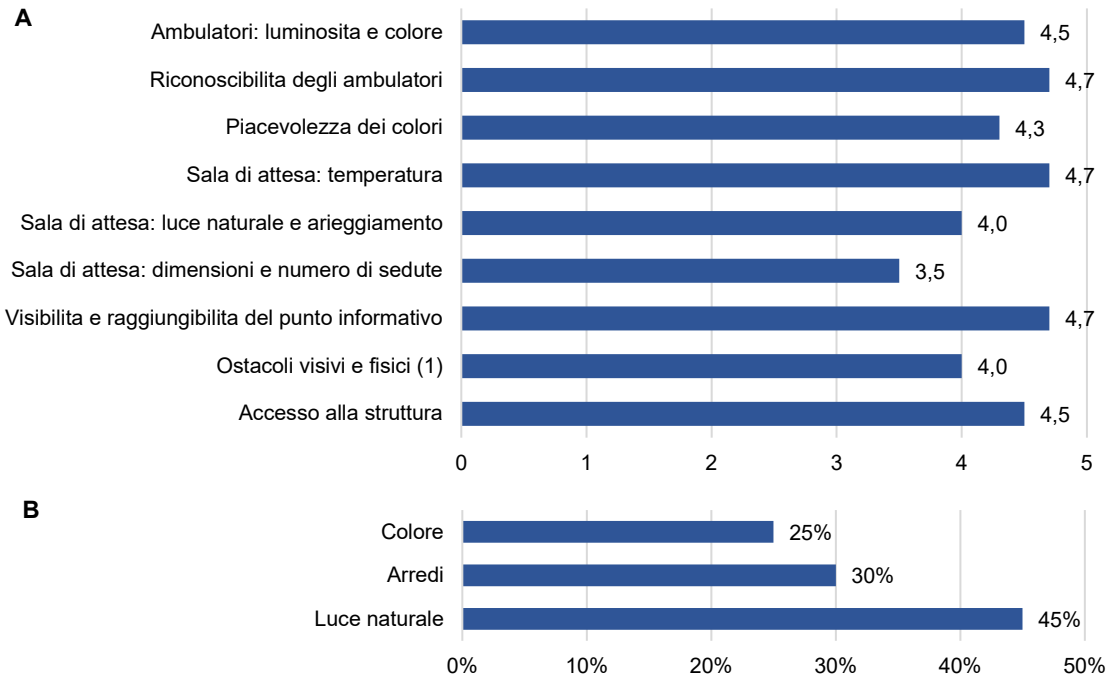

Figura 13. Risultati del Questionario A rivolto alle persone assistite e a chi le accompagna: A) punteggi medi (scala da 1 a 5) alle 9 domande di valutazione; B) parametri (%) maggiormente indicati nella descrizione della Casa di Comunità ideale

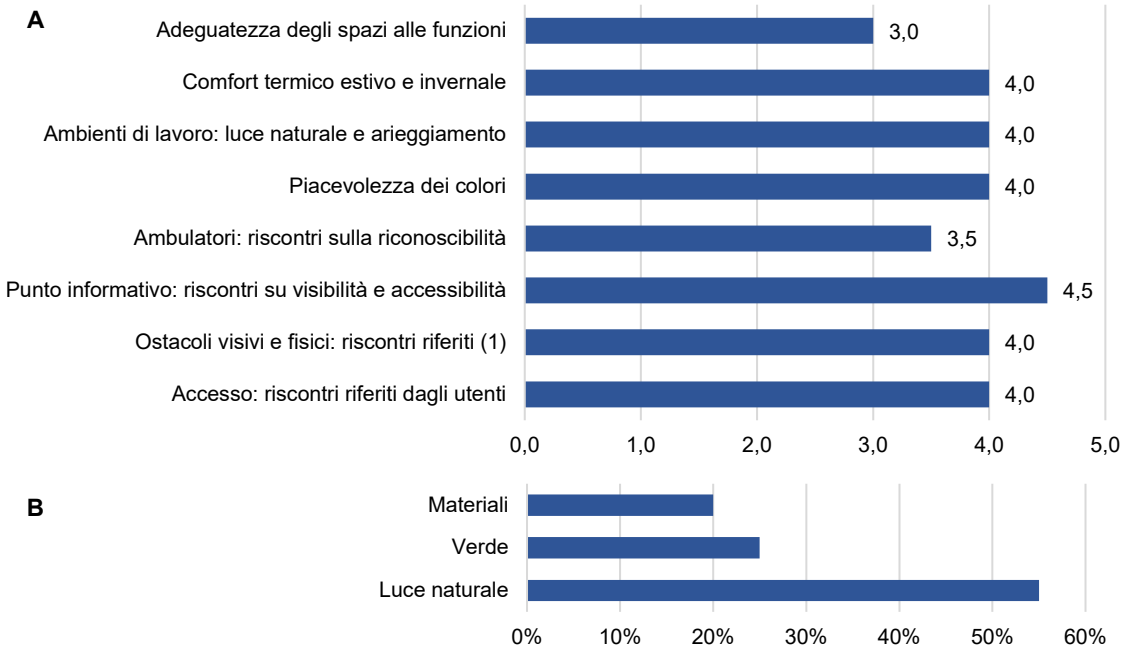

Figura 14. Risultati del Questionario B rivolto al personale sanitario e amministrativo: A) punteggi medi (scala da 1 a 5) alle 8 domande di valutazione; B) punteggi (%) dei parametri maggiormente indicati nella descrizione della Casa di Comunità ideale

Accanto alle criticità, la descrizione della struttura ha evidenziato alcuni elementi progettuali favorevoli:

- l'info-point era collocato in posizione visibile di fronte all'ingresso;
- il sistema cromatico distingueva le diverse aree specialistiche;
- le ampie superfici vetrate consentivano l'ingresso della luce naturale nella sala d'attesa ed era presente un'area giochi per bambini.

Questi elementi coesistevano con le esigenze di miglioramento emerse dall'indagine e hanno offerto indicazioni per approfondire la relazione tra organizzazione spaziale, comfort e piacevolezza degli ambienti.

L'indagine ha avuto carattere esplorativo ed è stata circoscritta a una singola struttura e a una giornata di rilevazione. I risultati hanno pertanto fornito indicazioni contestuali per la riflessione progettuale, senza consentire una generalizzazione alle Case di Comunità.

Qualità percepita: parametri di riferimento per il progetto

Le dimensioni esplorate attraverso i questionari sono state assunte come riferimenti per approfondire alcune scelte progettuali della Casa di Comunità:

- luce;
- colore;
- materiali;
- arredi
- verde.

Le soluzioni illustrate costituiscono proposte da sviluppare e verificare in relazione alle funzioni assistenziali e alle caratteristiche del contesto.

Luce

La luce naturale costituisce una componente rilevante della qualità degli spazi interni.

Oltre alla funzione visiva, l'esposizione alla luce contribuisce alla sincronizzazione dei ritmi circadiani, che regolano numerose funzioni fisiologiche nell'arco delle ventiquattro ore.

Le informazioni luminose ricevute dalla retina raggiungono il sistema circadiano centrale e contribuiscono alla regolazione del ritmo sonno-veglia e di altri processi biologici (Blume *et al.*, 2019).

Un sondaggio condotto da *Future Workplace* su 1.614 dipendenti nordamericani, riportato da Meister (2018), ha individuato nell'accesso alla luce naturale e nella vista verso l'esterno la caratteristica maggiormente apprezzata dell'ambiente di lavoro. Il risultato descrive una preferenza dei partecipanti e non costituisce, di per sé, una dimostrazione di efficacia sanitaria (Meister, 2018).

Nel progetto della Casa di Comunità, la luce naturale penetra nel cuore dell'edificio grazie ad un patio interno che, attraverso una superficie vetrata, arriva nello spazio destinato alle aree di attesa e i percorsi connettivi. In questo modo coloro che vivranno tali spazi, avranno sempre la percezione diretta della luce naturale all'interno dell'edificio.

Inoltre, si è previsto che tutti gli ambienti di lavoro e gli spazi comuni siano dotati di superficie finestrata affinché il personale sanitario della struttura possa lavorare in ambienti salubri e illuminati naturalmente (Figura 15 e Figura 16).



Figura 15. Sant Joan de Déu (Barcellona, Spagna): progetto del centro oncologico pediatrico in cui l'area comune, arredata con sedute, è illuminata dalla luce naturale che entra dalle ampie finestre e dall'apertura in copertura. La disposizione dello spazio offre alle persone un luogo di sosta luminoso durante la permanenza nella struttura (accreditamento foto PINEARQ e Aitor Estévez)



Figura 16. Strandbakkehuset (Rønde, Danimarca): progettazione di hospice pediatrico in cui la camera si apre su un terrazzo affacciato sulla vegetazione. Le ampie superfici vetrate mettono in relazione lo spazio interno con l'esterno, consentendo alla persona di mantenere il contatto visivo con il verde e di ricevere luce naturale (accreditamento foto AART e Kontraframe)

Colore

Il colore è considerato nel progetto sia come componente della qualità percettiva sia come supporto alla riconoscibilità degli spazi.

La scelta cromatica viene quindi sviluppata in relazione all'illuminazione, ai materiali, agli arredi e alle funzioni dei diversi ambienti. Si propone l'impiego di tonalità coerenti con il carattere accogliente della struttura, evitando di attribuire a singoli colori effetti emotivi universali.

Il colore può inoltre concorrere all'orientamento, distinguendo aree e percorsi insieme alla segnaletica e agli altri riferimenti spaziali. La *Health Building Note 11-01* considera il colore, insieme a elementi sospesi e icone, tra i possibili supporti all'orientamento nelle aree di attesa (Department of Health, 2013) (Figura 17).



Figura 17. Det Nye Hospital i Vest (Gødstrup, Danimarca): progetto del nuovo ospedale in cui nel lungo corridoio le persone possono fare riferimento alla segnaletica sospesa, alle lettere identificative e agli accenti cromatici per orientarsi e riconoscere le diverse aree (accreditamento foto AART e Kontraframe)

Materiali

Altro aspetto fondamentale per contribuire a trasmettere una valida qualità percepita è quello dell'allestimento degli spazi interni.

Il benessere, il comfort che le pazienti e i pazienti percepiscono infatti, non sono legati soltanto all'aspettativa di salute ma, per chi necessita di frequenti terapie e lunghe permanenze, l'ambiente deve consentire comodità per l'intera esperienza nella struttura sanitaria. La finitura dei materiali, come il colore, influenza la percezione della qualità. Si ritiene in tal senso che si debbano utilizzare arredi che richiamino la natura. Pertanto, si ipotizza l'utilizzo di elementi con finitura in legno. Per il pavimento potrebbe essere previsto il linoleum: materiale resiliente, durevole ed ecologico (essendo prodotto anche da fonte di riciclo) e facilmente sanificabile e ripristinabile all'usura (Figura 18 e Figura 19).

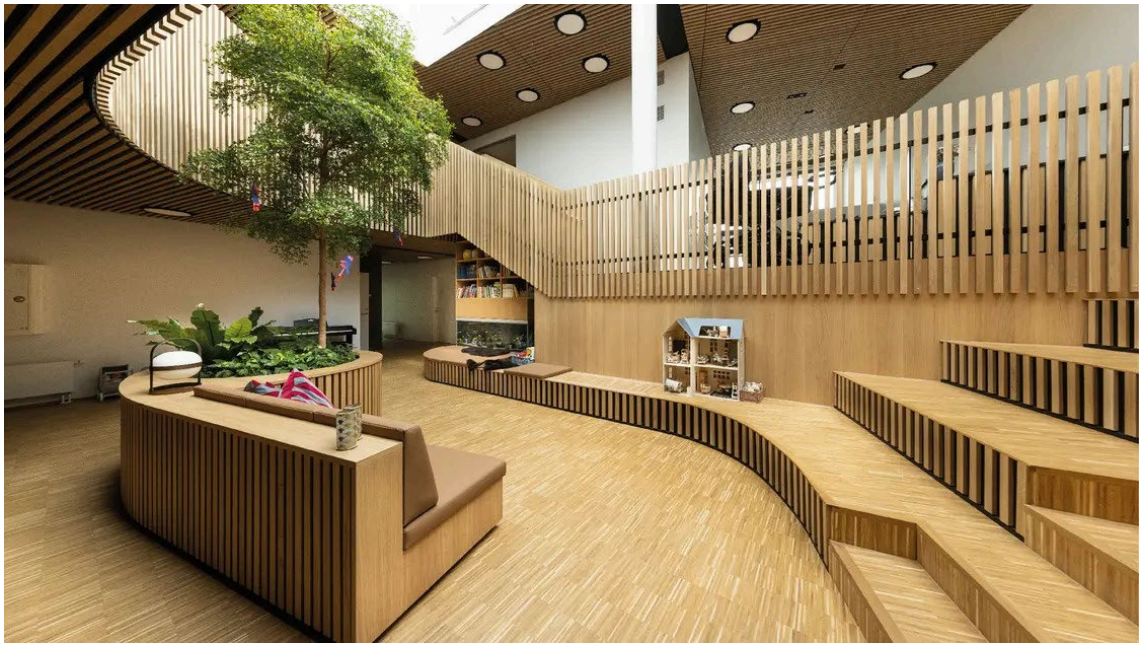

Figura 18. Strandbakkehuset (Rønde, Danimarca): progettazione di hospice pediatrico in cui lo spazio comune combina sedute integrate, superfici con finitura lignea e vegetazione interna, offrendo alle persone un luogo per sostare e incontrarsi (accreditamento foto AART e Kontraframe)



Figura 19. GRAVIDA (Centro Internacional de Reproducción Humana Asistida) (Barcelona, Spagna): progetto in cui il corridoio presenta rivestimenti in tonalità lignea, pavimentazioni di diversa finitura e una parete traslucida. Per le persone che lo attraversano, la disposizione e il contrasto tra le superfici definiscono lo spazio di passaggio (accreditamento foto PINEARQ)

Arredo dello spazio

Gli arredi sono selezionati per sostenere comfort, accessibilità e diverse modalità di utilizzo degli spazi. Totem multimediali, monitor e altri dispositivi informativi sono proposti come supporti all'orientamento e alla comunicazione. Le pareti possono inoltre accogliere opere artistiche e materiali informativi, integrati nel progetto degli interni (Figura 20). Fondamentali sono le tipologie di arredi utilizzati negli spazi comuni (Figura 21).



Figura 20. Esempio di area di attesa sanitaria con persone sedute in prossimità di un quadro che mostra come l'arte possa entrare in relazione con loro durante la permanenza (immagine generata da IA)



Figura 21. Progettazione di aree comuni e di attesa con tavoli e sedute dove le persone possono sostare, incontrarsi e disporre di superfici di appoggio durante l'attesa (accreditamento foto AART)

Nella struttura ipotizzata, sono state inserite aree arredate con grandi tavoli per favorire la socializzazione o per offrire una superficie di appoggio per lavorare con il laptop, risultando più comode rispetto a una comune seduta. A tal proposito, l'*Health Building Note 11-01 – Facilities for Primary and Community Care Services* evidenzia come dovrebbero essere prese in considerazione anche soluzioni con tavoli, in particolare laddove sia disponibile una connessione Internet wireless, per consentire ai pazienti di utilizzare il computer portatile o di occuparsi di documenti mentre attendono (Department of Health, 2013). Infine, in prossimità dell'ambulatorio pediatrico deve essere previsto uno spazio allestito con giochi per bambini.

Il verde

Il rapporto con il verde è assunto nel progetto come opportunità di contatto con l'esterno e di diversificazione dell'esperienza degli spazi. Il richiamo agli *healing gardens* orienta l'attenzione verso ambienti verdi accessibili e utilizzabili per la sosta e la relazione, senza attribuire automaticamente alla presenza di piante un effetto terapeutico.

Il patio previsto al centro della Casa di Comunità è pertanto concepito come uno spazio accessibile alle persone assistite, a chi le accompagna e al personale, per offrire occasioni di contatto diretto con il verde. La configurazione, le modalità di utilizzo e la manutenzione dovranno essere approfondite nelle successive fasi progettuali (Figura 22).



Figura 22. New Aalborg University Hospital (Aalborg, Danimarca): progetto della parte psichiatrica con una corte interna, racchiusa tra i corpi dell'edificio, che presenta percorsi pavimentati, aree piantumate e sedute per le persone che frequentano la struttura (accreditamento foto AART e Philip Björk Stiernström)

Idea di progetto

L'idea progettuale nasce dalla sintesi delle indicazioni emerse dai questionari e dall'intento di valorizzare la qualità spaziale percepita. L'obiettivo è elaborare una proposta di Casa di Comunità orientata all'umanizzazione degli ambienti e coerente con gli obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale richiamati nel documento. Per la definizione della proposta è stato adottato un approccio metaprogettuale, articolato secondo una sequenza logica: rilevazione dei bisogni, individuazione delle esigenze e definizione delle funzioni e delle relative attività. Le attività previste orientano l'individuazione dei requisiti ambientali e tecnologici e la successiva configurazione degli spazi. Il sistema spaziale è pertanto sviluppato in relazione alle attività che dovrà accogliere, raggruppate in sottoinsiemi funzionali e ricondotte alle diverse zone della struttura (Tabella 2) (Bucci *et al.*, 2020).

Tabella 2. Articolazione funzionale della Casa di Comunità: corrispondenza tra attività elementari, sottoinsiemi funzionali e zone della struttura secondo Bucci *et al.* (2020)

Zone funzionali	Sottoinsiemi	Attività elementari
Accesso/attesa	Arrivo nell'area	**1.** Arrivo pazienti **2.** Sanificazione pazienti
	Smistamento e attese	**3.** Attesa pazienti
Accettazione	Assegnazione codici e percorsi	**4.** Accettazione pazienti/CUP **5.** Attività amministrative e pazienti **6.** Registrazione/Archiviazione Dati/Consegna referti
Trattamento (ambulatori)	Trattamento	**7.** Visite specialistiche **8.** Centro prelievi **9.** Centro vaccinazioni **10.** Ambulatori medici **11.** Consultorio
Ambienti del personale	Supporti per il lavoro del personale	**12.** Studi e riunioni del personale **13.** Riposo e ristoro del personale
	Spogliatoi per il personale	**14.** Spogliatoio del personale
Servizi logistici di base	Gestione materiali e attrezzature	**15.** Raccolta materiale usato **16.** Lavaggio materiale e strumentale riciclabile **17.** Conservazione materiale/strumentario **18.** Controllo materiale e attrezzature **19.** Approvvigionamento materiali e farmaci **20.** Pulizia disinfezioni ambienti
Uffici amministrativi	Gestione amministrativa	**21.** Attività amministrative

Per facilitare la lettura del percorso metaprogettuale, alle macroaree funzionali sono stati associati colori di riferimento, utilizzati coerentemente nella Tabella 2, nello schema distributivo (Figura 23) e nel layout progettuale (Figura 24).

La Figura 23 rappresenta le relazioni funzionali tra le principali aree della Casa di Comunità. L'accesso delle persone assistite è collegato all'area di accettazione e CUP, collocata in posizione centrale rispetto ai percorsi distributivi. Gli ambulatori sono organizzati in più nuclei, raccordati

da spazi di collegamento e attesa, presenti sia lateralmente all'accettazione sia lungo un asse trasversale che connette le diverse zone della struttura. Su quest'ultimo si attestano anche gli uffici amministrativi, gli ambienti del personale e i servizi logistici di base. La codifica cromatica distingue le destinazioni funzionali e rende leggibili i rapporti tra le aree. Lo schema esprime pertanto l'organizzazione generale e le connessioni previste dal metaprogetto, senza definire le dimensioni o la configurazione architettonica dei singoli ambienti.

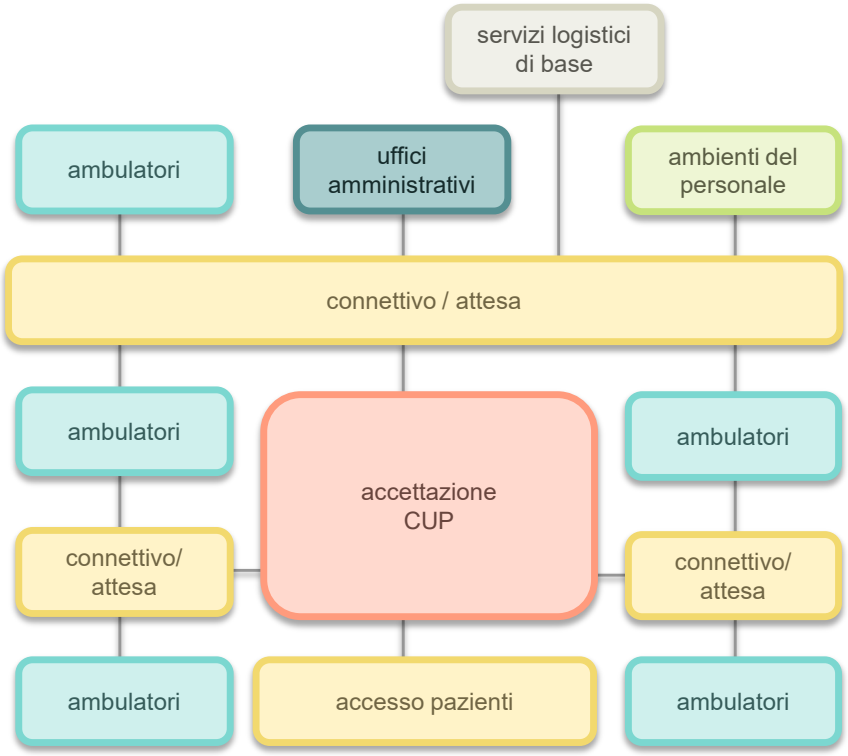

Figura 23. Schema distributivo della Casa di Comunità: si rappresenta l'area di accettazione/CUP e i nuclei ambulatoriali, insieme ai collegamenti con gli spazi di attesa e con le aree destinate al personale e ai servizi di supporto

La Figura 24 traduce lo schema funzionale nel layout progettuale della Casa di Comunità, integrando l'organizzazione degli ambienti con le cinque dimensioni della qualità percepita: luce, colore, materiali, arredi e verde. La distribuzione si sviluppa intorno a un patio centrale, sul quale si affacciano i percorsi di collegamento e le aree di attesa. L'accesso principale conduce all'area di accettazione e CUP, collocata in prossimità del patio, mentre gli ambulatori e gli altri servizi assistenziali sono disposti lungo il perimetro. Tra questi sono rappresentati la sala prelievi, gli ambulatori di cardiologia, pediatria e ginecologia, il consultorio, il presidio antiviolenza e l'ambiente dedicato alle vaccinazioni. Un settore distinto accoglie gli spazi del personale, comprendenti spogliatoi, servizi igienici, sala relax e sala riunioni, insieme ai locali tecnici e di deposito. Le aree di attesa presentano configurazioni differenziate, con sedute, tavoli e uno spazio giochi per bambini. La legenda cromatica identifica le destinazioni funzionali, mentre i richiami numerati collegano il layout ai parametri di qualità percepita, rendendo esplicito il rapporto tra distribuzione spaziale e scelte progettuali.



Figura 24. Layout finale proposto per la Casa di Comunità che organizza gli ambienti intorno al patio centrale e mostra i percorsi delle persone assistite tra accesso, accettazione/CUP, aree di attesa e servizi assistenziali, oltre agli spazi per il personale e ai locali di supporto. I colori indicano le destinazioni funzionali; i richiami numerati collegano gli spazi alle dimensioni della qualità percepita considerate nel progetto (luce, colore, materiali, arredi e verde)

CONCLUSIONI

L'umanizzazione delle cure trova espressione anche nella configurazione architettonica e organizzativa delle strutture sociosanitarie, che devono sostenere e promuovere una cura centrata sulla relazione terapeutica tra il personale sanitario e la persona assistita. In tale prospettiva, risultano particolarmente rilevanti iniziative sistemiche e centralizzate orientate a rafforzare l'organizzazione complessiva dei servizi, anche mediante l'impiego mirato di strumenti di intelligenza artificiale a supporto delle attività non cliniche. In particolare, tali strumenti possono contribuire all'ottimizzazione dei processi gestionali e amministrativi – ad esempio nella programmazione e gestione delle agende e delle liste di attesa, nella definizione di algoritmi di priorità basati su criteri clinico organizzativi condivisi, o nel miglioramento delle fasi di accettazione e accoglienza delle persone assistite – con l'obiettivo di ridurre i tempi e le risorse assorbite da processi inefficaci e liberare tempo qualificato da dedicare alla relazione di cura. Ciò richiede un approccio sistemico, nel quale l'umanizzazione delle cure non sia demandata a singole azioni isolate, ma emerga dall'integrazione tra una progettazione architettonica adeguata, una dotazione tecnologica appropriata, un'organizzazione dei servizi efficiente e una gestione strutturata del rischio clinico. In questo modo si rafforza concretamente la centralità della persona e si favorisce il miglioramento continuo del governo clinico e dell'assistenza, intesi in una prospettiva complessiva di qualità e sicurezza delle cure.

Sul piano dell'organizzazione degli ambienti, un'esperienza di interesse è rappresentata dall'introduzione, da parte della Regione Piemonte, della figura del ROAS richiamata nel Piano Sociosanitario regionale 2025-2030. Tale figura, posta a supporto delle direzioni di area amministrativa e sanitaria, delle direzioni mediche ospedaliere e delle direzioni dei distretti, ha tra le altre funzioni assegnate quella di individuare le criticità di immediato impatto degli ambienti sanitari che si riflettono sulla percezione della qualità da parte degli utenti e delle persone assistite, al fine di proporre micro-interventi migliorativi. Pertanto, rappresenta l'impegno istituzionale a considerare "l'ambiente di cura" come parte integrante della cura stessa, ponendosi come obiettivo quello di migliorare il sistema sanitario anche attraverso l'attenzione ai luoghi di assistenza, considerando la persona nella sua interezza psicofisica. La funzione del responsabile può essere, quindi, strutturata come funzione pubblica sanitaria, che contribuisce all'umanizzazione delle cure, garantendo che la tecnica medica, la modernizzazione tecnologica e la garanzia del diritto alla salute siano sempre accompagnate da un elevato decoro ambientale e logistico in grado di rispondere alle esigenze di tutela delle persone assistite e dei loro familiari.

In conclusione, il sistema sanitario dovrebbe assumere come obiettivo strategico l'integrazione tra gestione clinica e qualità degli ambienti, mettendo a disposizione delle direzioni aziendali territoriali strumenti idonei a garantire la piena tutela della salute, sia collettiva sia individuale. Un simile approccio implica un ampliamento della prospettiva sulla tutela sanitaria, includendo l'istituzione di figure dedicate, quali il ROAS, preferibilmente strutturato come unità operativa multidisciplinare in grado di valutare gli interventi in modo integrato, nonché l'impiego di strumenti di intelligenza artificiale quali componenti essenziali per l'attuazione del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione. È quindi evidente che non si tratta soltanto di garantire la correttezza dell'atto clinico, ma di assicurare sicurezza e continuità assistenziale lungo l'intero percorso di cura: dalla diagnosi alla cura, dalla gestione del rischio clinico alla prevenzione degli eventi avversi, dall'organizzazione dei servizi sociosanitari alla progettazione degli spazi.

In tale prospettiva, la realizzazione di ambienti sanitari più confortevoli, la semplificazione dei percorsi logistici interni, l'integrazione di strumenti di intelligenza artificiale a supporto dei processi non clinici e la programmazione di interventi strutturali mirati contribuiscono all'umanizzazione delle cure e favoriscono una presa in carico realmente globale della persona, rendendo i contesti assistenziali più accessibili, dignitosi e coerenti con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. *Accessi al Pronto Soccorso 2022.* Roma: AGENAS; 2022.

Al Khatib I, Samara F, Ndiaye M. A systematic review of the impact of therapeutical biophilic design on health and wellbeing of patients and care providers in healthcare services settings. *Front Built Environ.* 2024;10:1467692. doi: 10.3389/fbuil.2024.1467692

Antonovsky A. *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: DGVT Verlag; 1997.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11(1):11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11

Blume C, Garbazza C, Spitschan M. Effects of light on human circadian rhythms, sleep and mood. *Somnologie*. 2019;23:147-156. doi:10.1007/s11818-019-00215-x

Bosia D, Darvo G. Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura. *Techne.* 2015;9:140-146.

Bucci R, Mutti A, Pedrini D. *Area emergenza ospedaliera: modelli organizzativi e progettuali.* Roma: Carocci; 2020.

Bull C, Latimer S, Crilly J, Gillespie BM, Spain D. 'I knew I'd be taken care of': exploring patient experiences in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing.* 2022;78(11):3684-3696.

Calvino I. *Le città invisibili.* Torino: Einaudi; 1972.

Capolongo S. *Hospital design & urban health.* Milano: Politecnico di Milano; 2021.

Casetti F. *Ruolo dell'ambiente costruito nella prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari.* [Tesi di Master di II livello in Pianificazione, Programmazione e Progettazione dei Sistemi Ospedalieri e Socio-Sanitari]. Milano: Politecnico di Milano; 2022.

Corte costituzionale. Sentenza 23 dicembre 2008, n. 438. *Giudizio di legittimità costituzionale in via principale*. Decisione del 15/12/2008.

De Luca E. Prefazione. In: Pantaleo R. *La sporca bellezza.* Milano: Elèuthera; 2016. p. 5-9.

De Micheli A. Evidence based medicine: che cos'è e perché è importante per il paziente. *Diabete.it*, 11 gennaio 2017.

Department of Health. *Health Building Note 11-01: Facilities for primary and community care services.* London: Department of Health; 2013.

Design Council. *Reducing violence and aggression in A&E: through a better experience.* London: Design Council; 2011.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.

Elf M, Anåker A, Marcheschi E, Sigurjónsson Á, Ulrich RS. The built environment and its impact on health outcomes. *Nursing Open.* 2020;7(3):895-899.

Facchinetti G, Lommi M, Petrucci G, Matarese M, De Marinis MG, Piredda M. Factors promoting a sense of home among older adults in residential care facilities in Italy. *J Aging Soc Policy.* 2025;37(5):892-913. doi: 10.1080/08959420.2024.2384323.

Ferraguti M. *La lepre e la luna.* Roma: Exòrma; 2023.

Giammatteo J, Pilozzi A, Ielpo P, Cherubini G. Il rapporto tra medico e paziente: questione di comunicazione nell'accesso alle cure. *Riv Ital Med Leg.* 2024;(3-4):487-94.

Giammatteo J, Treglia M, Pallocci M, Petroni G, Cammarano A, Quintavalle G, Marsella LT, Potenza S. LAW n.219/17: Reflecting on shared care plan. *Clin Ter.* 2020;171(5):e401-e406. doi:10.7417/CT.2020.2248.

Hamilton DK, Watkins DH. *Evidence-based design for multiple building types.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2008.

Hutchinson C, Curtis K, McCloughen A. Patients' experiences and reasons for unplanned return visits to the emergency department: a qualitative study. *J Adv Nurs.* 2023;79(7):2597-2609.

Kellert SR, Heerwagen J, Mador M. *Biophilic design: the theory, science and practice of bringing buildings to life.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; 2008.

Lee SH. *Feng shui: its meaning and context.* Ithaca, NY: Cornell University Press; 1986.

Marcos A, Bertolaso M. What is a home? In: Argandoña A (Ed.). *The home: multidisciplinary reflections.* Cheltenham: Edward Elgar; 2018. p. 35-56.

Meister JC. The #1 Office Perk? Natural Light. *Harvard Business Review*, 3 settembre 2018.

Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, n. 144 del 22 giugno 2022.

Moos RH, Lemke S. The Multiphasic Environmental Assessment Procedure: a method for comprehensively evaluating sheltered care settings. In: Jeger AM, Slotnick RS (Ed.). *Community mental health and behavioral-ecology.* Boston, MA: Springer; 1982. p. 357-371. doi:10.1007/978-1-4613-3356-2_26.

Morini G. I diritti del malato dal principio di autodeterminazione alle cure palliative e terapia del dolore. *Il Caso.it*, 11 marzo 2024.

Nanda U, Eisen S, Zadeh RS, Owen D. Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *J Emerg Med.* 2012;43(1):172-181. doi:10.1016/j.jemermed.2011.06.138.

Nightingale F. *Notes on nursing: what it is, and what it is not.* London: Harrison; 1860.

Nolan MR, Brown J, Davies S, Nolan J, Keady J. *The senses framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Sheffield: University of Sheffield; 2006.

Pantaleo R. *La sporca bellezza. Indizi di futuro tra guerra e povertà.* Milano: Elèuthera; 2016.

Piano C, Piano R. *Atlantide. Viaggio alla ricerca della bellezza.* Milano: Feltrinelli; 2019.

Pirsig RM. *Lo zen e l'arte della manutenzione della motocicletta.* Milano: Adelphi; 1981.

Redazione PARMAPRESS24. Cau, paradossi e disservizi. "Si può migliorare e come?" *PARMAPRESS24*, 27 febbraio 2024

Redazione Sanità24. Agenas: 18 milioni di accessi in Pronto soccorso nel 2023 (+6%), oltre 4 milioni sono impropri. *Il Sole 24 Ore*, 22 aprile 2024.

Regione Lazio. *Determinazione n. G18206 del 20 dicembre 2022.* Roma: Regione Lazio; 2022.

Rijnaard MD, van Hoof J, Janssen BM, Verbeek H, Pocornie W, Eijkelenboom A, Beerens HC, Molony SL, Wouters EJ. The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents. *J Aging Res.* 2016;2016:6143645. doi:10.1155/2016/6143645.

Roma Capitale, Dipartimento Trasformazione Digitale, U.O. Statistica - Open Data. *Gli spostamenti per lavoro verso la Capitale. Anno 2020.* Roma: Roma Capitale; 2021.

Roma Capitale. *Roma prima città turistica in Europa.* Roma: Roma Capitale; 2024.

Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998;317(7150):61-65. doi: 10.1136/bmj.317.7150.61.

Stichler JF, Hamilton DK. Evidence-based design: What is it? *HERD.* 2008;1(2):3-4. doi:10.1177/193758670800100201.

Tandoi G. L'ospedale del futuro, il report della piattaforma JRP HI del Politecnico. *Sanità33*, 16 febbraio 2024

Ulrich RS, Zimring C, Zhu X, DuBose J, Seo H, Choi YS, Quan X, Joseph A. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD.* 2008;1(3):61-125.

World Health Organization (WHO). *Strengthening the global architecture for health emergency preparedness, response and resilience.* Geneva: World Health Organization; 2022.

APPENDICE A
Questionari utilizzati per l'indagine

A1 - QUESTIONARIO A
per pazienti e accompagnatori

1. Come giudica l'accesso alla struttura? ad esempio è chiaro il percorso da seguire per raggiungere l'ingresso?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Riscontra la presenza di ostacoli visivi e fisici? Esempio barriere architettoniche poco visibili.

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Come valuta la visibilità e raggiungibilità del punto informazione/*triage*?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Come giudica il comfort della sala d'attesa in riferimento alla dimensione dell'ambiente e al numero di sedute?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Come giudica il comfort della sala d'attesa in riferimento alla luminosità naturale e all'arieggiamento?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Come giudica il comfort della sala d'attesa in riferimento alla temperatura dell'ambiente?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. I colori degli ambienti danno un senso di piacevolezza?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Come giudica la riconoscibilità degli ambulatori per la loro fruizione? Ad esempio i pannelli informativi sono chiari, visibili e in numero adeguato?

Negativo				Positivo
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

9. Come giudica gli ambulatori in termini di luminosità e colore? Ad esempio gli spazi degli ambulatori sono accoglienti e luminosi?

Negativo				Positivo
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

Elencare in ordine di importanza i seguenti parametri qualitativi in una Casa di Comunità ideale: luce, colore, materiali, arredo, verde

.....

A2 - QUESTIONARIO B
per personale sanitario e amministratuivo

1. Che riscontro riceve in merito all'accesso alla struttura da parte delle pazienti e dei pazienti? ad esempio lamentano difficoltà di accesso?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Che riscontro riceve in merito alla presenza di ostacoli visivi e fisici da parte delle pazienti e dei pazienti per accedere alla struttura? Ad esempio vengono segnalate nella struttura criticità riguardo la presenza di barriere architettoniche?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Che riscontro riceve in merito alla visibilità e raggiungibilità del punto informazione/*triage* da parte delle pazienti e dei pazienti?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Che riscontro riceve in merito alla riconoscibilità degli ambulatori per la loro fruizione da parte delle pazienti e dei pazienti? Ad esempio i pannelli informativi sono chiari, visibili e in numero adeguato?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Riscontrate che i colori degli ambienti diano un senso di benessere?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Come giudica la luminosità naturale e l'arieggiamento degli ambienti lavorativi?

Negativo Positivo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Giudica confortevole la temperatura dei diversi ambienti nei periodi estivi e invernali?

Negativo				Positivo
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

8. Gli spazi lavorativi della struttura sono adeguati alle funzioni da svolgere al loro interno?

Negativo				Positivo
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

Elencare in ordine di importanza i seguenti parametri qualitativi in una Casa di Comunità ideale: luce, colore, materiali, arredo, verde

.....

Quali spazi ritiene siano indispensabili per garantire una migliore qualità della fruizione della struttura da parte del personale interno?
(es.sale comuni, caffetteria, spazi per il co-working, spazi relax, spazi verdi)
(Indicare eventuali preferenze anche multiple)

.....

Serie Rapporti ISTISAN
numero di novembre 2026, 1° Suppl.

Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità

Roma, novembre 2026