

Spazi di cura: prossimità e partecipazione contro la crisi sociosanitaria

Dottorando – Daniele Pasqualetti

Tutor – professoressa Isabelle Dumont

Co-Tutor – professor Claudio Cerreti

Dipartimento di Studi Umanistici, Università Roma Tre



Indice

1. – Introduzione	5
2. – Metodologia di analisi.....	9
2.1. – Il bisogno di rispecchiare la teoria nella pratica.....	10
2.2. – Geografia critica e interdisciplinare.....	15
3. – La Geografia del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) alla prova della crisi.....	25
3.1. – Considerazioni preliminari geo-storiche.....	27
3.1.1. – L’attuale paradigma di cura: una doverosa contestualizzazione geo-storica	30
3.1.2. – Dalla 833 alla 421: la parabola del Ssn.....	32
3.2. – Il termine Ante quem: la crisi sindemica	47
3.2.1. – Sindemia o pandemia? Il distanziamento sociale e globale oltre la sanità	50
3.2.2. – L’impatto sul Ssn.....	61
4. – Una nuova riforma della sanità?.....	69
4.1. – Ripartire in confusione.....	70
4.1.1. – Il controverso d.m. 77 e la riforma dei servizi territoriali	76
4.1.2. – Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità	90
4.2. – Analisi della Missione 6 C1 del Pnrr	94
4.2.1. – Distribuire la rete delle infrastrutture territoriali	100
4.2.2. – Tra il dire e il fare c’è di mezzo il neoliberale	114
5. – Partecipare alla riforma della cura.....	135
5.1. – L’azione dall’alto	141
5.1.1. – Il progetto Sentieri Metropolitani: contesto geografico e teorico.....	142
5.1.2. – Sentieri Metropolitani: dalla teoria ai fatti	159
5.2. – L’azione dal basso	184
5.2.1. – L’emergere di una rete resiliente durante il Covid	185
5.2.2. – Sportelli e ambulatori popolari	191
6. – All’interno di un caso emblematico: Villa Tiburtina e lo Sportello Mammuto	213
6.1. – Il lavoro sul terreno a Rebibbia.....	215
6.1.1. – Il rapporto complesso tra una (futura) CdC e il territorio	215
6.1.2. – Affrontare insieme i problemi della distanza	220
6.1.3. – Un’idea sperimentale: il Microdistretto.....	236
6.2. – Analisi del <i>database</i> degli accessi allo Sportello.....	241

6.3. – Rivendicare un servizio pubblico, gratuito e universale	260
6.3.1. – Il questionario: un approccio partecipativo	260
6.3.2. – I risultati dell'inchiesta.....	263
6.3.3. – Conclusioni e possibili sviluppi.....	266
7. – Conclusioni di geografia sociale	269
7.1. – Prossimità: oltre l'accesso	269
7.1.1. – Uno spazio quantificabile: modelli e GIS.....	272
7.1.2. – La complessità dello spazio: affetti e distanziamenti	281
7.2. – Partecipazione come Diritto (alla città)	288
7.2.1. – <i>Community engagement</i> : passare dalla teoria ai fatti territoriali.....	289
7.2.2. – La partecipazione è una questione di cura	294
7.3. – Le potenzialità di un approccio innovativo alla cura e alla partecipazione.....	308
7.3.1. – Sintesi delle buone pratiche individuate	319
Appendice:	327
Appendice A – Breve Geo-storia della sanità nel Lazio	329
A.1. – Un inquadramento: dall'antichità al contesto preunitario	329
A.2. – Dall'Unità all'affermazione delle casse mutue	338
A.3. – Rivendicazioni sociali, riforme e primi compromessi: verso la 833 del 1978	357
Appendice B – Il Microdistretto.....	367
B.1. – Un progetto pilota di unità sub-distrettuale	368
Bibliografia.....	385

1. – Introduzione

Questa ricerca ha avuto una genesi lunga, radicata e intrecciata al periodo emergenziale scoccato con la diffusione del Covid-19. È durante il periodo pandemico – o sindemico come vedremo più avanti (paragrafo 3.2.1) – e in conseguenza delle difficoltà materiali, fisiche, psicologiche e sociali di quel duro periodo che è nata l'idea di questa ricerca, quando ho maturato l'idea di mettere a disposizione di un generale processo di resilienza e di rigenerazione dei processi di cura le mie competenze geografiche.

Il bisogno di partecipare al rinnovamento dei processi di cura è stata una leva per trasformare un mondo che rapidamente nei primi mesi del 2020 – e poi fino a gran parte del 2022 – sembrava davvero essere giunto al collasso. In quel momento di difficoltà ciascuno ha risposto secondo la propria sensibilità e in base alle proprie possibilità, riscoprendo insieme un'incredibile resilienza. Nel composito e vivace paesaggio di resilienza collettiva che la sindemia ha disvelato è stato riscoperto un bisogno profondo di reimmaginare il nostro attuale paradigma di cura; mentre per contro emergevano più che mai tutti i limiti del sistema sanitario, del sapere medico tradizionale e delle organizzazioni preposte alla tutela della salute e del benessere collettivo, incapaci di garantire non solo i livelli essenziali di assistenza, ma il diritto stesso alla salute.

La speranza che ha ispirato questa ricerca è dunque che dal caos post-pandemico possa nascere una società rigenerata, capace di portare a termine una trasformazione profonda dei processi di cura, arginando le disuguaglianze presenti e costruendo nuove reti di cura, vicine ai cittadini, vicine alle persone. A tale scopo la ricerca è stata disegnata in modo da tentare di incidere sull'attuale e effettiva riforma della sanità italiana, inaugurata dopo la pandemia grazie ai fondi del Piano nazionale ripresa e resilienza (Pnrr). In particolare, l'obiettivo della ricerca è quindi di individuare buone pratiche partecipative per implementare la riforma dei servizi territoriali sociosanitari avviata dalla Missione 6 Componente 1 del Pnrr (d'ora in poi solo Missione 6 C1).

Nell'attuale sapere medico occidentale gli studi umanistici trovano poco spazio, se non in alcune anguste branche di discussione storica o filosofica. Al contrario, questioni un tempo – come vedremo nel paragrafo 3.1 – profondamente sociali, umane e geografiche sono oggi appannaggio quasi esclusivo di programmi di studio e di ricerca aziendalistici: il management e l'ingegneria gestionale hanno conquistato un primato nella definizione delle politiche organizzative della sanità. Eppure, la crisi ha evidenziato la necessità e il bisogno di un

approccio più umano e umanistico, che non è sfuggito a molti studiosi di geografia (paragrafo 3.2).

La presente ricerca, dunque, costituisce un esperimento di analisi geografica dei processi di cura e del sistema sanitario che intende rigenerare il rapporto tra le discipline umanistiche e quelle sociali – sottraendoli per una volta dal terreno delle scienze economiche e delle teorie manageriali. Un lavoro sperimentale che ha dovuto faticosamente rinnovare gli strumenti di analisi della salute e delle cure della geografia umana e sociale, in un contesto – quello sanitario – in cui la disciplina sembrava non esprimere ancora tutto il proprio potenziale (Evangelista, 2016a). Per rinnovare questi strumenti si è quindi ricorso ad un patrimonio interdisciplinare di saperi e tecniche di analisi (come descritto nel capitolo 2).

Se per quanto concerne l'analisi spaziale esistevano già molteplici riferimenti bibliografici e metodologici (anche se spesso provenienti, ancora una volta, più dalle scienze economiche e dall'econometria che non dalla geografia sociale e umana); per l'analisi qualitativa dello spazio vissuto, ovvero di quel coacervo di desideri, bisogni, affetti e difficoltà quotidiane che le persone affrontano per curare e curarsi i riferimenti erano più limitati e poco affini alla prospettiva di cura adottata in questa ricerca. La stessa *review* della letteratura di geografia sanitaria analizzata da Evangelista, prima della pandemia, tra il 2005 e il 2014, portava a considerare come la geografia sanitaria costituisse “un orizzonte di ricerca ancora da esplorare” (Evangelista, 2016a, p. 62), con particolare riferimento alle prospettive offerte dal concetto di *proximity*.

Pertanto, la ricerca ha sperimentato diversi campi di riattivazione dei saperi geografici umani e sociali in materia di cura e di salute, costituendo un nuovo insieme originale di analisi, ovvero quello che qua ho personalmente definito la *geografia della cura per la sanità* (cfr. capitolo 2), ispirato alla filosofia ed etica della cura e applicato all'ambito sociosanitario. Nel complesso questo lavoro è un esperimento – più pratico che teorico – di geografia della cura per la sanità, di cui qui si sono volute mostrare le varie sfaccettature e diverse prospettive.

Il capitolo 3 delinea una generale contestualizzazione geo-storica, per fondare l'analisi dell'attuale riforma della sanità in un inquadramento di lungo periodo e su scale geografiche ampie. Qui la crisi scatenata dall'emergenza Covid è stata collocata e posizionata all'interno delle più generali tendenze della medicina e della sanità occidentale, italiana e regionale. Nel ripercorrere le diverse fasi di sviluppo dell'attuale sistema di cura sono state messe in evidenza le principali teorie, leggi e idee che hanno guidato la strutturazione della sanità in

Italia, mostrando la rilevanza delle ricerche umane, umanistiche e sociali, nonché il ruolo decisivo svolto dal basso dagli abitanti del territorio, da quelle masse che inevitabilmente costituiscono il vero centro, l'oggetto di ogni discorso e possibile riforma della salute.

Nel capitolo 4 è esposta l'analisi della Missione 6 C1 del Pnrr e del relativo impianto normativo, costituito *in primis* dal d.m. 77/2022. Si tratta di un'analisi politica, sociale e ovviamente geografica, con una serie di mappature realizzate tramite GIS per descrivere la distribuzione delle nuove infrastrutture (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali) nella Regione Lazio e analizzarne qualitativamente accessibilità e prossimità.

A partire dal capitolo 5 comincia invece la restituzione della ricerca sul terreno. Qui sono presentati i tre principali casi di studio: Sportello Mammuto; Ambulatorio popolare Roma Est; progetto *Sentieri Metropolitani*. Il racconto delle attività svolte in ciascuno di questi casi di studio vuole mostrare possibili buone pratiche da replicare all'interno del nuovo disegno di riforma dei servizi territoriali sociosanitari, con particolare riguardo al ruolo partecipativo e comunitario svolto dalle Case della Comunità, in collaborazione, coordinamento e integrazione con le varie ulteriori declinazioni dei servizi pubblici.

Il capitolo 7 infine racchiude le conclusioni teoriche e pratiche del presente lavoro di ricerca, soffermandosi sui concetti di partecipazione e prossimità prima di restituire una sintesi delle buone pratiche partecipative per l'attuale riforma dei servizi sociosanitari volta verso la costruzione di un modello di medicina di prossimità.

Cura cum quendam fluvium transiret, vidit cretosum lutum, sustulit cogitabunda et coepit fingere hominem. Dum deliberat secum quidnam fecisset, intervenit Iovis; rogat eum Cura, ut ei daret spiritum, quod facile ab Iove impetravit. Cui cum vellet Cura nomen suum imponere, Iovis prohibuit suumque nomen ei dandum esse dixit. Dum de nomine Cura et Iovis disceptarent, surrexit et Tellus suumque nomen ei imponi debere dicebat, quandoquidem corpus suum praeberet. Sumpserunt Saturnum iudicem; quibus Saturnus aequus videtur iudicasse: “Tu, Iovis, quoniam spiritum dedisti, animam post mortem accipe; Tellus, quoniam corpus praeberet, corpus recipito. Cura quoniam prima eum finxit, quamdiu vixerit, Cura eum possideat; sed quoniam de nomine eius controversia est, homo vocetur, quoniam ex humo videtur esse factus”.

Igino l'Astronomo, *Fabulae*, II d.C.

2. – Metodologia di analisi

Prima di entrare nel vivo nella discussione, è bene definire i contorni e i principi teorici e metodologici su cui il lavoro di ricerca è stato strutturato. In questo capitolo verrà, quindi, affrontato l'inquadramento metodologico della presente ricerca e definito il metodo con cui si è sviluppata l'indagine sul terreno.

Se spesso simili premesse metodologiche occupano uno spazio corposo di una tesi di dottorato, qui ho scelto di adottare uno stile sintetico e chiaro, evitando di dilungarmi in una pesante dissertazione metodologica proprio all'inizio di una tesi complessa e sperimentale. Ho preferito mantenere questa parte di metodo chiara e semplice, perché in realtà l'intero elaborato finale di tesi costituisce per me un manifesto, il mio manifesto di geografia della cura per la sanità: una metodologia sperimentale che combina diverse scuole e prospettive della geografia e dell'etica della cura.

Vorrei presentare qui i lineamenti di una rinnovata costola critica della geografia sociale, umana e sanitaria: una branca epistemica che tenta di innescare una trasformazione pratica e teorica del sapere geografico, mettendolo in connessione esplicita con le teorie ecologiche, filosofiche ed etiche della cura emerse in ambito transfemminista; senza rinunciare, però, all'apporto delle tecniche analitiche qualitative e quantitative proprie della geografia sociale. La geografia della cura per la sanità, pur prefiggendosi un rinnovamento del modo in cui costruisce il sapere geografico, in realtà non inventa dal nulla una nuova teoria, ma assembla e mette in connessione diverse scuole di pensiero e tecniche di studio, attingendo da un ampio bagaglio, da un patrimonio scientifico e interdisciplinare già consolidato. Se, quindi, metodologicamente il lavoro è stato basato su tecniche di ricerca e prospettive epistemologiche ampiamente sperimentate e consolidate, l'assemblaggio complessivo è originale e può essere inquadrato in questa branca: la geografia della cura per la sanità.

A causa della novità dell'approccio adottato, l'intero lavoro è attraversato e caratterizzato dalla riflessione metodologica. Ciascun capitolo e ciascun paragrafo presenta, infatti, un'introduzione metodologica in cui sono discussi i principali riferimenti teorici utilizzati e le tecniche di ricerca impiegate nello stesso capitolo (o paragrafo). Le stesse conclusioni del lavoro di tesi toccano l'ambito teorico, epistemico ed epistemologico della ricerca geografica. Qua, invece, in questa generale introduzione metodologica, saranno elencati gli strumenti

tecniche di ricerca adoperati (interviste, *focus group*, questionari e osservazione partecipante) e i principi che hanno guidato la selezione dei casi di studio, inquadrandoli all'interno del proprio orizzonte metodologico di riferimento. Anziché fare una rassegna dei vari approcci via via adoperati e discussi, si è ritenuto opportuno descrivere in modo più sintetico e chiaro l'impianto metodologico generale che caratterizza – nella mia visione – la geografia della cura per la sanità.

2.1. – Il bisogno di rispecchiare la teoria nella pratica

È proprio la prospettiva critica ed autocritica che questa ricerca ha adottato a suggerire una metodologia trasformativa, con l'obiettivo implicito di cambiare anche il modo in cui il sapere è organizzato, sistematizzato e sfruttato, specialmente nei confronti del sapere erudito, tecnico e scientifico che domina le politiche di *governance* della salute. Quindi, pur consapevole dei limiti di questa ricerca e pur non avendo la pretesa di rivoluzionare improvvisamente il sapere geografico, la ricerca ha provato a realizzare una svolta metodologica basata su di un approccio critico alla geografia.

La metodologia adottata in questa ricerca è prima di tutto critica nel senso marxista e gramsciano che in geografia ha ispirato i lavori di Lefebvre e Harvey; ma anche in quello post-strutturalista foucaultiano di Gibson-Graham e Borghi. La prospettiva critica ha caratterizzato il procedere della ricerca, dando forma agli obiettivi, agli scopi e agli strumenti di lavoro. Una chiave di lettura critica è necessaria perché gli argomenti di ricerca toccano tematiche spinose e delicate quali salute e cura. La crisi del sistema sanitario e del sapere medico (Vicarelli, 2013; 2017; Vicarelli e Spina, 2020; Maino, 1999; Maffei, 2023; Genova e Lombardini, 2024; Giorgi, 2024) necessita, specie dopo l'emergenza del Covid-19 (Consoloni e Quaranta, 2021), di un approccio critico nei confronti del sistema sanitario e dell'attuale paradigma di cura.

Di fronte alla crisi teorica e pratica delle politiche sanitarie, il cambio di approccio rispetto alla salute che il presente lavoro vuole realizzare comincia con l'apertura della medicina e dei processi di cura ad altri saperi. La centralità dello sguardo critico e innovativo delle discipline umanistiche è un primo elemento di novità introdotto nella ricerca, con lo scopo di superare la tradizionale divisione tra scienze biomediche e discipline umanistiche. La critica è qui diretta sia contro la classica visione utilitarista della salute che tende a ridurre le discipline

umanistiche a strumenti per umanizzare la medicina, sia nei confronti della visione oppositiva che tende, invece, a posizionare le discipline umanistiche al di fuori della medicina come voce critica esterna (Viney *et al.*, 2015). In alternativa, la nozione di *critical medical humanities* suggerisce di adottare nell'analisi della salute e dei processi di cura una prospettiva *entangled*, fondata sull'intreccio e sulla co-produzione dei saperi (Viney *et al.*, 2015). In questa visione, le *medical humanities* non si limitano a interpretare la medicina, ma partecipano attivamente ai processi che definiscono la salute e la cura, riconoscendo la natura situata, politica, materiale e affettiva della conoscenza medica. Il termine *critical* non indica solo distanza o giudizio, ma una riflessività attiva capace di riformulare le condizioni stesse del sapere.

In questo senso Viney, Callard e Woods (2015) invitano a realizzare forme di ricerca collaborativa e sperimentale, aperte a pratiche ibride e intersezionali¹, dove la contaminazione tra discipline diventa una risorsa epistemica. La *critical medical humanities*, cui questa ricerca si ispira, è uno spazio di relazione e trasformazione in cui la conoscenza, la cura e la politica si intrecciano. Essa non fornisce un complemento etico alla biomedicina, ma partecipa alla sua stessa costituzione, assumendo il rischio dell'*entanglement* (intreccio) come condizione necessaria per produrre nuove forme di sapere e di azione.

È importante sottolineare come questo approccio critico non configuri una contrapposizione o un'alternativa al sapere biomedico, ma un intreccio tra diverse discipline e metodologie di analisi capace di ampliare l'orizzonte epistemico della ricerca geografica in ambito medico, sanitario e di cura. L'aggettivo "critica" non deve essere inteso come semplice sinonimo di distanza o opposizione, ma come pratica riflessiva e trasformativa. Essere critici, in questo caso, significa interrogare le condizioni stesse della conoscenza, esplorare le relazioni di potere che attraversano la cura e la ricerca, e assumere la possibilità del cambiamento come parte integrante del lavoro intellettuale. In questa prospettiva, il sapere non è stabile né neutro, ma *entangled*: intrecciato con corpi, territori, istituzioni e linguaggi.

L'impostazione critica invita a ripensare anche le modalità della ricerca empirica. Se le *critical medical humanities* intendono la conoscenza come processo relazionale, allora anche i metodi di ricerca devono riflettere tale orientamento, promuovendo partecipazione, collaborazione

¹ Per un inquadramento teorico dell'utilizzo del concetto di intersezionalità nella ricerca accademica e scientifica si può fare riferimento all'articolo di Al-Faham, Davis e Ernst (2019).

e co-produzione di significati. È in questo quadro che si colloca la scelta di adottare la *Participatory Action Research* (PAR) come approccio metodologico di riferimento per questo lavoro di tesi. La PAR rappresenta un approccio metodologico ed epistemologico che unisce produzione di conoscenza e trasformazione sociale. Essa nasce dalla convergenza di più scuole e tradizioni. Le sue radici affondano nell'*action research* sviluppata negli anni Quaranta da Lewin (1946) come forma di indagine ciclica basata su pianificazione, azione e riflessione. Da questa matrice la PAR eredita la struttura processuale e la dimensione di apprendimento collettivo.

Un secondo filone determinante per il consolidamento della PAR è quello della ricerca emancipatoria latinoamericana legata ai lavori di Freire (1988) e Fals-Borda (2001). In questo contesto la ricerca partecipata assume un carattere esplicitamente politico e rivoluzionario volto a restituire voce e potere alle comunità marginalizzate, attraverso la promozione di processi di coscientizzazione (*conscientização*) e di azione collettiva. L'obiettivo non è solo comprendere la realtà, ma trasformarla per mezzo della riflessione critica e delle forme di partecipazione attiva e proattiva comunitarie.

Infine, la PAR si è sviluppata in dialogo con gli approcci femministi, transfemministi, postcoloniali e decoloniali (Kindon *et al.*, 2007; Koch e Kralik, 2006; Breitbart, 2010), che hanno evidenziato l'importanza di riconoscere la parzialità e la *situatedness* della conoscenza. In questo senso, la PAR si oppone a una visione gerarchica e universalista della scienza, riconoscendo invece come ogni forma di sapere sia il prodotto di posizionamenti sociali, culturali, regionali e politici specifici.

Nel complesso e nel tempo, queste tradizioni hanno contribuito a fare della PAR non una semplice tecnica, ma un orizzonte metodologico che ridefinisce il ruolo del ricercatore, la relazione con i soggetti coinvolti e la funzione sociale della ricerca. La PAR, secondo Breitbart (2010), non è solo una tecnica di coinvolgimento, ma un paradigma epistemologico che ridefinisce la relazione tra teoria e pratica. Essa si fonda sull'idea che la conoscenza si costruisca attraverso cicli iterativi di pianificazione, azione, osservazione e riflessione, all'interno di processi collettivi orientati al cambiamento. In questo senso, la PAR rappresenta una strategia di ricerca situata, che combina analisi critica, sperimentazione sociale e impegno politico.

Breitbart (2010) sottolinea che uno degli aspetti distintivi della PAR è la sua dimensione etico-politica, è proprio questa dimensione che rende la PAR affine alla rivoluzione etica e

filosofica transfemminista invocata, ad esempio, nel libro *Il manifesto della cura* (Chatzidakis *et al.*, 2020) e da autrici come Fragnito e Tola (2022) o Tronto (2015) e Ahmed (2013; 2020). L'obiettivo non è soltanto comprendere le dinamiche spaziali, ma contribuire a trasformarle attraverso *response-ability*, pratiche di *empowerment* e di autorganizzazione comunitaria. Ciò implica un ripensamento radicale del ruolo del ricercatore, che da osservatore esterno diventa facilitatore e co-produttore di conoscenza. Questa trasformazione comporta anche la necessità di riflettere sulle disuguaglianze di potere insite nella relazione di ricerca e sulle condizioni materiali e istituzionali che la rendono possibile.

Nel campo della geografia, la PAR è stata impiegata in una varietà di contesti — dallo sviluppo urbano alle politiche ambientali, dalla pianificazione partecipata alla ricerca con gruppi marginalizzati. Breitbart (2010) mostra come la metodologia PAR permetta di collegare in modo innovativo spazio, giustizia e partecipazione, offrendo uno strumento o una piattaforma di mobilitazione per integrare l'analisi critica del territorio con processi decisionali collettivi. Attraverso la mappatura partecipata, la cartografia sociale o i laboratori di quartiere, la ricerca può diventare uno strumento per restituire visibilità e potere interpretativo-rappresentativo alle comunità coinvolte.

Secondo Breitbart (2010), non esiste un modello unico di ricerca partecipata: ogni progetto deve essere adattato al contesto sociale e politico in cui si sviluppa, subendo molteplici influenze sia teoriche che pratiche. La flessibilità metodologica è quindi una condizione necessaria, ma deve essere accompagnata da rigore etico e da costante riflessività secondo l'autrice. La PAR, in quanto processo aperto, espone i ricercatori al rischio dell'incertezza e del conflitto, ma è proprio in questa dimensione di rischio che risiede la sua forza trasformativa: la capacità di mettere in moto nuovi processi rigenerativi di *world-making*.

Nel complesso, Breitbart interpreta la *Participatory Action Research* come un approccio capace di unire analisi critica, impegno sociale e produzione di sapere situato. In geografia, la PAR viene interpretata come una pratica di costruzione dello spazio sociale, dove la partecipazione si traduce in un'azione concreta sul territorio. Il luogo non è inteso come semplice sfondo delle relazioni sociali, ma come attore che partecipa alla definizione delle identità, dei conflitti e dei processi di trasformazione. La PAR costituisce un ponte tra ricerca e cittadinanza, offrendo una metodologia che non solo descrive lo spazio, ma contribuisce a trasformarlo attraverso la partecipazione, la cura e l'azione collettiva. La PAR implica, infatti, un impegno etico verso la partecipazione reale e una disponibilità ad accettare l'incertezza e il conflitto come elementi costitutivi del processo conoscitivo. Allineandosi

con i principi delle *Critical Medical Humanities*, la PAR permette di articolare una metodologia in cui ricerca, cura e trasformazione coincidono: la conoscenza non è prodotta su soggetti, ma con soggetti, attraverso un processo dialogico che riconosce la complessità dei corpi, delle esperienze, dello spazio vissuto e dei contesti territoriali.

Secondo Baum, MacDougall e Smith (2006) tre elementi distinguono la PAR dalle forme convenzionali di ricerca. Il primo è la finalità esplicita di produrre cambiamento: l'azione non è un risultato eventuale della ricerca, ma il suo obiettivo costitutivo. La conoscenza viene generata in cicli iterativi di pianificazione, azione e riflessione, dove ogni fase alimenta la successiva. Il secondo è la trasformazione dei rapporti di potere, in quanto la PAR mira a ridurre le asimmetrie tra ricercatori e partecipanti, riconoscendo a questi ultimi un ruolo attivo nella definizione dei temi, nella raccolta e nell'analisi dei dati e nelle decisioni sulle azioni da intraprendere. Infine, il terzo elemento è la centralità del contesto: a differenza delle metodologie che estraggono i dati dal loro ambiente sociale, la PAR integra la conoscenza scientifica con l'esperienza concreta dello spazio vissuto, valorizzando le specificità culturali e territoriali.

In questa prospettiva (Baum *et al.*, 2006), il tema del potere e dell'*empowerment* sono nevralgici. La PAR è concepita come un processo di riequilibrio delle relazioni di potere, per mezzo del quale le comunità diventano coautrici del sapere. La PAR richiama, quindi, la prospettiva foucaultiana del potere come relazione diffusa e produttiva, sottolineando come attraverso il controllo condiviso della conoscenza possano essere ridefinite le dinamiche di sorveglianza e subordinazione tipiche della ricerca convenzionale.

La metodologia della PAR così come è stata appena delineata appare uno strumento innovativo ed efficace di ricerca, eppure molti sono i suoi limiti ed è bene sottolinearne anche le criticità oltre che le possibilità – in linea con gli intenti non solo critici ma anche auto-critici del presente lavoro dottorale. La natura processuale, la lunga durata dei progetti, l'imprevedibilità dei risultati e la scarsa compatibilità con i criteri di valutazione basati sulla produttività e sulle pubblicazioni sono alcuni dei principali limiti della PAR (Baum *et al.*, 2006). Non sempre nella ricerca si ha la possibilità di costruire processi effettivamente partecipati, la natura relazione e collettiva della PAR impone un elevato livello di *embedness* (radicamento) e capacità culturali, intersezionali, ma anche fisiche e cognitive di *embodiment* (incarnare) della realtà sociale indagata o dello spazio vissuto dei partecipanti. Solo alcuni di questi problemi potrebbero essere risolti se istituzioni e riviste scientifiche reconsiderassero i parametri di qualità della ricerca, riconoscendo il valore trasformativo e sociale della PAR

come reclamano Baum, MacDougall e Smith (2006); mentre la lunga durata dei progetti e l'imprevedibilità dei risultati rimangono comunque limiti oggettivi della metodologia PAR. Nemmeno questo lavoro, ovviamente, è alieno a tali limiti, ma ciononostante è proprio grazie alla PAR se sono stati conseguiti i principali risultati della ricerca, ovvero l'individuazione e l'analisi di buone pratiche partecipative per riformare i servizi territoriali del Ssn e inaugurare un cambio di paradigma di cura volto alla medicina di prossimità.

In ambito sanitario e medico, proprio a fronte dell'imprevedibilità dei risultati prodotti utilizzando il metodo della PAR, la ricerca non ha avuto come obiettivo principale quello di produrre dati generalizzabili, ma di migliorare le pratiche di cura attraverso l'elaborazione condivisa di significati e soluzioni. Koch e Kralik (2006) descrivono questo approccio come un processo riflessivo e dialogico in cui i partecipanti diventano co-autori della ricerca e la conoscenza assume la forma di un sapere vissuto, strettamente legato alle proprie esperienze dirette. Questa riconcettualizzazione degli obiettivi finali della ricerca geografica nel campo della salute pubblica tende a definire i contorni di un paradigma di ricerca democratica ed emancipatoria, dove azione e riflessione diventano due momenti interconnessi: come sosteneva Freire, la conoscenza ha valore solo se produce un cambiamento concreto. Allo stesso modo, come vedremo più avanti (capitoli 6 e 7), la PAR applicata ai temi della cura e della salute è affine ad altre pratiche di ricerca sperimentate nel contesto della medicina del lavoro negli anni Settanta. Tra queste pratiche è metodologicamente significativa l'organizzazione di gruppi omogenei di ricerca composti da operai insieme a medici ed esperti. Nei gruppi omogenei l'esperienza vissuta dagli operai nel proprio luogo di lavoro (fabbrica) si traduce in forme di conoscenza e di sapere situato. Un sapere che può essere affiancato da quello tecnico, esperto o scientifico, ma non sostituito. Nei gruppi omogenei come nella presente ricerca i risultati sono volti all'azione in un particolare contesto, anziché all'elaborazione di regole e principi universali o generalizzabili.

2.2. – Geografia critica e interdisciplinare

Sebbene la metodologia applicata alla ricerca sia prima di tutto critica e corrisponda alla *Participatory Action Research*, l'intero lavoro è posizionato all'interno della cornice della geografia sociale.

Diverse sono le scuole e le prospettive della geografia sociale. Testo classico è il manuale di Loda (2008) recentemente ristampata da Carocci (nel 2021); mentre a breve sarà in arrivo un nuovo manuale curato dal gruppo *Geografie per la Società - GeSo* dell'Associazione dei Geografi italiani (AGeI), cui anche io ho partecipato. Nel nuovo manuale anziché accorpare le differenti prospettive della geografia sociale in un'unica teoria sono descritti i vari oggetti di studio, le differenti pratiche e riflessioni che animano il dibattito della geografia sociale, costituendo un orizzonte ampio e aperto al contributo di altre discipline.

La geografia sociale in Italia ha conosciuto un forte sviluppo dopo gli anni Settanta, ma tracce di geografia sociale iniziano già tra la seconda metà dell'Ottocento e i primi del Novecento, tra queste tracce è possibile annoverare il lavoro di Angelo Mariani *Geografia economica sociale d'Italia* (Cerreti, 2021). Nel trattare le condizioni dell'agricoltura, la terza parte del lavoro di Mariani dedicata ai cenni antropogeografici, etnografici e statistici si basa su un importante precedente per la geografia sociale italiana: la celebre inchiesta Jacini del 1890. Questa tradizione capace di mettere insieme l'analisi del territorio e dell'ambiente con cenni interdisciplinari di storia, economia, antropologia e statistica individua il nucleo epistemologico originario della geografia sociale. A mio parere, questo nucleo originario intrinsecamente interdisciplinare è completato da un ulteriore elemento che contribuisce a delineare i contorni della geografia sociale: una vocazione politica, nel senso di una prospettiva geografica impegnata nella lettura e messa in discussione dei rapporti di potere che si impongono sul territorio e sullo spazio vissuto. La scuola territorialista animata principalmente da Turco e Raffestin, ma anche da Magnaghi e da esponenti del gruppo Geografia Democratica come Dematteis e Quaini, insieme alla scuola francese che pone al centro della propria riflessione il concetto di spazio vissuto, di cui è massimo esponente Frémont, sono i principali riferimenti nell'ambito della geografia sociale di questa ricerca: è su quei testi e sistemi di pensiero che mi sono formato come geografo.

Molteplici sono le influenze interdisciplinari della geografia sociale. Sin dalle sue origini e prime tracce essa includeva cenni di economia, di storia, di antropologia e di statistica. Con il *cultural turn* degli anni Settanta e la crescente influenza del pensiero post-strutturalista, la geografia sociale ha acquisito ed è stata compenetrata anche da sguardi più affini all'ambito umanistico e filosofico. In autori come Turco (1988) il confine tra geografia sociale ed umana diventa molto sfumato in un complesso intreccio di geografia, filosofia e sociologia. In modo analogo, nella scuola francese di Frémont l'interesse per la conoscenza dello spazio vissuto spinge ad adottare anche prospettive e concetti derivati dalla psicologia.

La presente ricerca trae ampio contributo da una letteratura interdisciplinare che include molte delle materie qui indicate. Invece di elencare l'influenza di ciascuna disciplina, tali riferimenti saranno chiariti man mano, nei rispettivi capitoli e paragrafi. Un influsso che però merita particolare attenzione è quella della geografia medica e sanitaria (Evangelista, 2017a; Palagiano e Pesaresi, 2011; Palagiano, 1989) per la sua affinità con le tematiche oggetto della ricerca e in generale della geografia della cura. La ricerca qui presentata, infatti, ha lo scopo di migliorare la qualità dei servizi territoriali sociosanitari del Lazio, e per questo si pone l'obiettivo di individuare e studiare le *best practices* partecipative diffuse sul territorio romano. Per migliorare la qualità dei servizi pubblici, le buone pratiche individuate intendono implementare la cosiddetta riforma del Ssn in atto dopo il Covid-19, ovvero gli interventi di medicina di prossimità finanziati per mezzo della Missione 6 C1 del Pnrr denominata *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*. Per legare in modo pragmatico le buone pratiche partecipative di cura alla possibile riforma del Ssn, puntando sulla collaborazione tra comunità e nuovi servizi territoriali del Ssn (Case della Comunità, Ospedali della Comunità e Centrali Operative Territoriali), l'individuazione delle buone pratiche partecipative si è basata su una preliminare analisi della Missione 6 C1 del Pnrr, fondata su una metodologia qualitativa di geografia sanitaria, che ricopre l'intero capitolo 4.

Tornando alla geografia sociale, un ultimo elemento centrale per ricomporre il quadro teorico della geografia che definisce la cornice di riferimento della presente ricerca, mettendola in forte interconnessione con la PAR, è la vocazione a tradurre la teoria geografica in strumenti operativi per il territorio uscendo dall'ambito accademico.

“La geografia sociale, a nostro avviso, ha una vocazione e un'ambizione particolari: non limitarsi a descrivere la società nelle sue articolazioni spaziali e nel ‘farsi’ territoriale, ma anche tentare di comprendere i processi in atto, i poteri in gioco, i diversi obiettivi nella visione dei diversi attori e le strategie attivate o attivabili. Ci sembra, soprattutto, che non ci si possa né debba limitare al dibattito accademico, costruito nell'accademia e alla stessa accademia rivolto, ma che sia estremamente importante mettere a disposizione tanto della società nel suo complesso quanto dei diversi attori, concretamente o potenzialmente coinvolti, l'esito delle ricerche. Anche in considerazione del fatto che le ricerche stesse possono configurarsi come strumenti operativi in grado di entrare nel ‘gioco’ e, quindi, nel caso della geografia sociale possono contribuire alla qualità del processo territoriale”

(Amato *et al.*, 2016, p. 461).

L'impulso della geografia a contribuire alla qualità dei processi territoriali ha poi dato vita ad ulteriori scuole e prospettive direttamente fondate sull'intervento nel territorio. Tra queste ha influito sulla prospettiva della presente ricerca la *public geography* (De Spuches *et al.*, 2019; Morri, 2020a; Dumont e Gamberoni, 2020). La ricerca ha voluto contribuire allo sviluppo e al potenziamento dell'offerta di servizi pubblici territoriali sociosanitari, con particolare riguardo alle infrastrutture di prossimità e comunità finanziate dalla Missione 6 Componente 1 del Pnrr, sviluppando i tipici temi della *public geography* come privatizzazione, accessibilità e normazione dello spazio pubblico (Dumont e Gamberoni, 2020). Ma anche rispetto all'indirizzo della *public geography* la presente ricerca ha assunto una prospettiva critica, riconoscendo la necessità di prendere le distanze da alcune derive della *public geography*, il cui sguardo non di rado tende a favorire il potere delle istituzioni nella gestione dello spazio pubblico, ponendo in secondo piano il ruolo proattivo delle comunità. Pertanto, l'approccio qui adottato è più affine agli indirizzi della *community geography* (Shannon *et al.*, 2021), dove emerge appieno il bisogno di realizzare forme di ricerca geografica partecipata in "process of impatient and inclusive inquiry" (Shannon *et al.*, 2021, p. 1149). Nonostante la *community geography* riconosca le criticità insite nei concetti di comunità e di partecipazione, essa punta a superarne le contraddizioni per mezzo di un *engagement* "with place, and all the complexities that term implies, as a starting point for research and teaching" (Shannon *et al.*, 2021, p. 1150). L'*engagement* con il territorio e lo spazio vissuto si esplicita nel pragmatismo della ricerca e in un ciclo iterativo continuo tra teoria e pratica geografica, ridando senso e significato, a partire dal posizionamento del ricercatore, ai concetti di comunità e partecipazione e ponendoli al centro dell'agenda geografica.

Inoltre, come altre delle scuole che hanno influito sulla metodologia della presente ricerca, anche la *community geography* è una branca della geografia strettamente interconnessa al pensiero e al contributo "of feminist and Black geographies in order to create new pathways out of the discipline's history of masculinist, patriarchal, racist and imperialist perspectives" (Shannon *et al.*, 2021, p. 1153). La decostruzione del sapere razzista, patriarcale e imperialista-coloniale è una caratteristica che ha guidato tutto il metodo di lavoro della presente ricerca, sebbene io non possa e non voglia nascondere il mio posizionamento intersezionale di maschio bianco europeo. È proprio grazie al coinvolgimento e alla partecipazione di diverse soggettività alla ricerca che si è tentato di superare il singolo – e limitato – posizionamento del ricercatore.

Come insegna Borghi (2020), nel produrre sapere geografico bisognerebbe cominciare dal posizionare e situare lo sguardo e il corpo di chi fa ricerca. Sebbene io mi riferisca al pensiero, all'etica, alla filosofia transfemminista e decoloniale, sono un maschio bianco trentenne cresciuto e formato all'interno del ceto medio urbano romano. Di certo questo posizionamento e radicamento influiscono anche sulla mia ricerca, il privilegio rimane nonostante i buoni intenti e non posso fare altro che riconoscere i miei limiti. Ma grazie alla PAR si è cercato di superare i limiti del mio posizionamento, ampliando la prospettiva del singolo ricercatore mediante forme aperte e partecipate di ricerca. Includere altri sguardi nella definizione degli obiettivi, nella scelta del metodo e nell'analisi è una scelta dettata anche dalla speranza di non alimentare ulteriormente nessuna prospettiva mascolina, patriarcale e razzista della geografia.

In alcuni casi il privilegio di maschio, bianco e del mio ruolo accademico di ricercatore sono stati messi al servizio delle persone e delle realtà incontrate nella ricerca. I miei studi sono stati accettati da attiviste e attivisti di Rebibbia e Quarticciolo anche perché offrivano la possibilità di portare le loro istanze su un piano formale, scientifico o comunque autorevole, dal quale competere alla rappresentazione e alla narrazione del proprio spazio vissuto. Qualche volta il ricercatore può diventare anche uno strumento per fare giungere la voce delle comunità locali alle istituzioni competenti o per accedere ad ambiti di discussione privilegiati. Infatti, per svolgere il lavoro sul terreno a Rebibbia e a Quarticciolo è stato necessario stabilire dei rapporti di fiducia con le persone che animano quei territori, partecipando ad assemblee, iniziative e discussioni. Nel caso di Rebibbia è proprio da questi momenti assembleari di etnografia militante (Boni *et al.*, 2020) che sono nate le idee di realizzare un questionario e un database, di fatto dando la possibilità alle persone coinvolte di orientare la direzione della ricerca.

In altri casi, però, il privilegio connaturato nel mio posizionamento ha inficiato anche su alcune possibili direzioni della ricerca. Per quanto come soggetto ricercatore possa interrogarmi su come approcciare al diverso e ridurre il mio potere o privilegio, ci sono differenze di genere, di classe o generazionali ineliminabili. L'impatto con alcuni abitanti dei quartieri popolari è stato difficile, ad esempio non sono riuscito ad intervistare nessuna delle persone incontrate che non parlavano italiano e solo nel questionario e nel database la loro voce è emersa, ma comunque in maniera insufficiente. Per quanto mi sia sforzato di costruire un piano orizzontale nella relazione, solo con poche persone questo è davvero avvenuto,

mentre con soggettività distanti intersezionalmente da me alcune barriere (linguistiche, culturali ecc.) hanno limitato gli intenti di orizzontalità e di piena partecipazione.

Nel tentativo di adottare altri sguardi e di conoscere altri spazi vissuti, facendo ricerca su un tema delicato come quello della cura, ho attinto dalle tecniche condivise tra geografia sociale e PAR: interviste in profondità, *focus group*, questionari, mappature sensibili e parteciate e osservazione partecipante. Il carattere inclusivo della ricerca partecipata e la condivisione di spazi e attività quotidiane è stata la principale chiave per ampliare il mio sguardo di ricercatore e i limiti del mio posizionamento. Il tentativo è stato quello di contribuire alla qualità del processo territoriale mediante la sperimentazione e, quindi, l'individuazione di forme di partecipazione, *awareness* ed *empowerment* comunitarie e di prossimità, basate sulla *response-ability* e sulla cura intesa in senso transfemminista. Infatti, la geografia della cura per la sanità ha per me una natura critica e pragmatica rivolta alla trasformazione del nostro sistema mondo a partire dall'ambito personale e collettivo dello spazio vissuto.

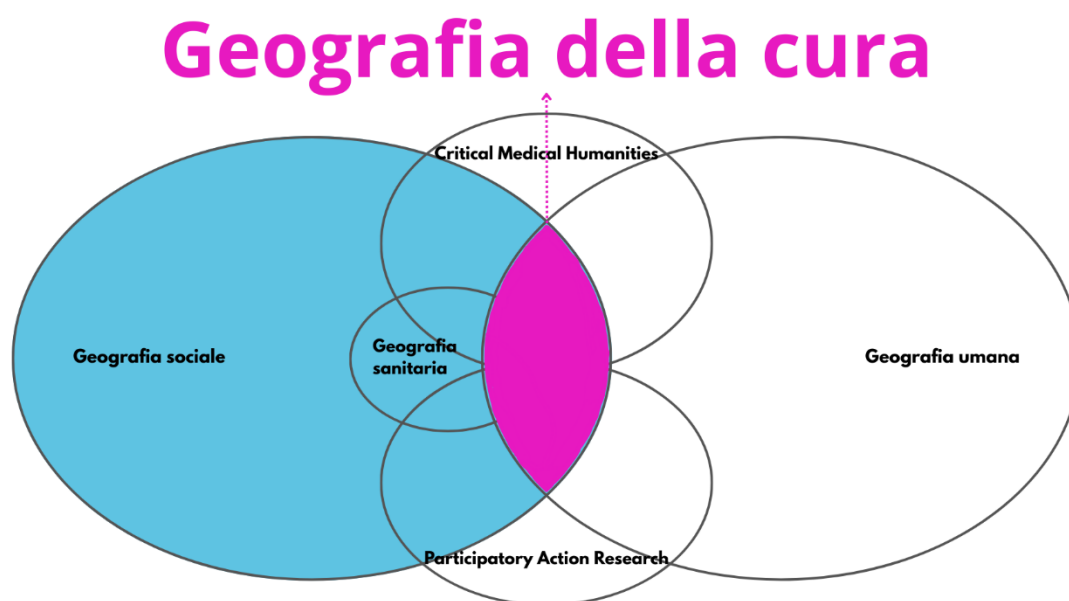


Fig. 1 – Posizionamento metodologico della geografia della cura.

Fonte: elaborazione personale.

Avendo definito e inquadrato la metodologia della ricerca, non rimane che esplicitarne il metodo. In primo luogo, la definizione dello scopo e degli obiettivi di ricerca sono stati scelti in base al mio posizionamento, alla mia conoscenza del territorio di Roma e in particolare del quartiere di Rebibbia, dove la ricerca è cominciata. Qui avevo contatto con il tessuto sociale e associativo del territorio, conoscendolo dall'interno e avendo l'occasione di prendere parte ai suoi processi di organizzazione comunitaria. A Rebibbia, nel 2020, a fronte

dell'emergenza pandemica avevo preso parte, attivandomi in prima persona, in una delle tante esperienze di distribuzione di beni di prima necessità, una forma di cura e di resilienza territoriale piuttosto diffusa durante il periodo emergenziale e più duro del Covid-19. Grazie a questa prima rete territoriale del Comitato Mammut a Rebibbia ho potuto cominciare a partecipare e ad osservare alcune buone pratiche partecipative di cura replicabili o implementabili nel contesto dei servizi territoriali del Ssn. Quindi, qui ho realizzato una prima serie di dieci interviste in profondità insieme agli attivisti del Comitato, rivolte a 7 abitanti del quartiere (*carereceiver*) e 3 *caregiver*.

In un processo iterativo ciclico di confronto tra teoria e pratica, la prima serie di interviste ha orientato la successiva azione di ricerca verso ulteriori contesti. Ho provato ad intervistare direttori e direttrici di aziende, distretti o responsabili di presidi di sanità pubblica, riscontrando forti resistenze e una sostanziale rigidità nel concedere interviste da parte dei dipendenti diretti del Ssn. La richiesta di autorizzazioni, l'indisponibilità di tempo libero e le rigide politiche aziendali della sanità italiana hanno determinato di fatto l'impossibilità di accedere allo spazio vissuto istituzionale dei servizi territoriali realizzando interviste in profondità con direttori e direttrici aziendali o distrettuali, e lo stesso può dirsi degli amministratori locali. Questi *stakeholder* della sanità pubblica sono stati indagati solo nel corso dei loro contatti con il territorio, all'interno dei momenti pubblici o partecipativi di informazione, progettazione e cura. In particolare, rispetto ai principali *stakeholder* e *policymaker* pubblici, grazie ai contatti e alla rete sviluppata a Rebibbia, ho preso parte direttamente ad una serie di incontri:

- 2 incontri con l'assessora sociale e il Segretariato sociale del IV Municipio;
- 3 incontri partecipativi con le associazioni del territorio per la realizzazione del Piano sociale del IV Municipio;
- 1 incontro con la responsabile regionale dell'integrazione sociosanitaria nel Lazio;
- 1 incontro con il garante dei detenuti di Roma;
- 2 incontri con la direzione del IV Distretto della Asl Roma 2;
- 1 incontri con la Direzione della Asl Roma 2;
- 1 incontro con la responsabile Unità operativa semplice (Uos) Integrazione sociosanitaria Asl Roma 2;
- 1 riunione con il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio (Dep);

- 4 momenti di collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e, in particolare, con l'Unità operativa complessa (Uoc) Tutela degli Stranieri e delle Comunità Vulnerabili.

In questo modo, nonostante le difficoltà a realizzare interviste con i diversi livelli amministrativi del servizio pubblico sociosanitario, la ricerca ha comunque incluso la relazione tra comunità locali e amministrazione municipale, distrettuale, aziendale, comunale e regionale. Inoltre, rispetto all'amministrazione del servizio pubblico sono riuscito comunque ad intervistare un dipendente della Regione, 5 medici del Ssn e soprattutto un ex-direttore sanitario di uno dei Distretti di Roma.

Da Rebibbia la ricerca è quindi riuscita a intercettare i diversi livelli scalari delle cure sociosanitarie della Regione Lazio, affrontando da questo particolare posizionamento i rapporti con le amministrazioni distrettuali, municipali, comunali e regionali.

Non potendo intervistare molti *policymaker* e *stakeholder* pubblici né sperimentare direttamente come medico o dipendente della Asl le buone pratiche partecipative nei servizi territoriali, la ricerca ha trovato un ulteriore canale per entrare all'interno dei progetti di cura della Asl. Grazie all'intermediazione della Società Geografica Italiana, ho partecipato alla realizzazione di due edizioni del progetto *Sentieri Metropolitani* della Asl Roma 1, come *caregiver* di ambito educativo. Il progetto rivolto a 4 scuole primarie del territorio della Asl Roma 1 ha coinvolto, in due edizioni (2023 e 2024), oltre 200 studenti. In questo modo ho potuto sviluppare, sperimentare e analizzare ulteriori buone pratiche territoriali di collaborazione tra spazi pubblici di cura, Asl e scuole (come descritto nel paragrafo 5.1). Le buone pratiche sperimentate nel progetto Sentieri Metropolitani verranno successivamente presentate (nel paragrafo 5.1) con l'obiettivo che possano essere replicate con il supporto delle Case della Comunità e in generale all'interno delle forme di partecipazione che la nuova riforma del Pnrr e del d.m. 77 prevede.

Il caso di Rebibbia ha comunque sempre accompagnato la ricerca, infatti, durante tutti e tre gli anni della ricerca ho seguito le attività del Comitato Mammuto, partecipando direttamente alla campagna per la riapertura di Villa Tiburtina, la quale ha ottenuto che la struttura abbandonata di Villa Tiburtina fosse inserita nella Missione 6 C1 del Pnrr; e, successivamente, ho proseguito contribuendo all'attività dello Sportello sociosanitario Mammuto, nato proprio per partecipare alla co-progettazione della futura Casa della Comunità a Villa Tiburtina. Dal 2023 al 2025 ho, quindi, aderito direttamente alle attività

dello sportello, tutti i martedì per due anni dalle ore 17 alle 19. Qui sono nate molteplici occasioni di osservazione, collaborazione e compartecipazione a diverse pratiche di cura territoriali: momenti di informazione, giornate di prevenzione e promozione della salute con la presenza dei servizi pubblici, questionari e inchieste partecipate, ma soprattutto occasioni di mobilitazione proattiva degli abitanti del territorio. Nel capitolo 6, dedicato proprio alle buone pratiche partecipative organizzate dal basso per la futura Casa della Comunità di Villa Tiburtina, sono analizzati in dettaglio:

- Un questionario diffuso per comprendere i bisogni di salute del territorio in vista della riapertura di Villa Tiburtina, il quale ha raggiunto circa 300 persone;
- Un *database* realizzato sulla base degli accessi allo Sportello sociosanitario Mammuto, che conta ben 469 accessi e in cui ciascun accesso corrisponde ad un problema di accessibilità del Ssn diffuso nel territorio, ovvero ad una persona che ha chiamato o è venuta fisicamente allo sportello nel corso della mia ricerca sul terreno.

Inoltre, ho organizzato un'ulteriore serie di 8 interviste in profondità e di 2 *focus group* sempre nel territorio di Rebibbia, con 4 *caregiver* dello Sportello Mammuto e 6 abitanti del territorio che avevano avuto accesso allo sportello.

Una volta notata la capacità degli spazi organizzati dal basso, come lo Sportello Mammuto, di realizzare forme partecipate di cura e di collaborazione con i servizi territoriali e sociosanitari, l'individuazione di buone pratiche si è concentrata su queste particolari tipologie di spazi di attivazione spontanea. Attraverso la prima rete di contatti creata a Rebibbia, ho proceduto ad ampliare ulteriormente l'orizzonte della ricerca verso il territorio di Quarticciolo e Pigneto, muovendo la ricerca dal caso dello Sportello sociosanitario Mammuto a quello dell'Ambulatorio popolare Roma Est e dell'associazione Radio 32. Purtroppo, non avendo avuto sufficienti occasioni per conoscere da vicino lo spazio vissuto di Radio 32 e mettere in atto appieno gli strumenti della PAR, questo caso di studio (di cui erano state realizzate 3 interviste in profondità e un *focus group*) è stato poi eliminato dal prodotto finale di tesi. Spero di avere occasione in futuro di approfondire e scrivere circa il lavoro di cura di associazioni, come Radio 32, la cui azione è basata sulla lettura critica dei *disability studies*.

Nel caso dell'Ambulatorio popolare Roma Est ho realizzato 5 interviste in profondità con operatori (*caregiver*) dell'ambulatorio, più un *focus group*. Per conoscere e sperimentare anche la prospettiva dell'utenza dell'ambulatorio (dei *carereceiver*) mi sono qui dovuto affidare all'osservazione partecipante, non potendo replicare il questionario e il *database* realizzati a

Rebibbia. Ma ho preso parte direttamente all'attività dell'ambulatorio in diverse occasioni, a tutti gli effetti sia come utente che come collega di un altro simile spazio di cura dal basso di prossimità, lo Sportello Mammuto. L'osservazione partecipante nell'ambulatorio si è concretizzata in una presenza attiva durante:

- due visite presso l'ambulatorio popolare;
- un'assemblea degli attivisti dell'ambulatorio;
- una giornata di quartiere per la promozione e la prevenzione della salute sempre presso i locali dell'ambulatorio.

La selezione dei casi di studio e delle tecniche di indagine è stata, quindi, determinata dall'effettiva possibilità di entrare a contatto con la realtà territoriale indagata, costruendo momenti di partecipazione oltre che di osservazione nella ricerca sul terreno. Chiaramente questo metodo presenta dei limiti: i dati sono multiformi, certamente non quantitativamente paragonabili, inoltre è evidente che volendo sperimentare lo spazio vissuto solo pochi ambiti di cura della Regione Lazio siano stati sperimentati; ma per contro le forme partecipate di ricerca sul terreno hanno garantito una notevole prossimità e profondità di analisi rispetto a ciascun caso di studio e, in generale, alle buone pratiche partecipative indagate.

Il limite più evidente della ricerca è che tutti i casi di studio si concentrano sulla città di Roma, poiché non sono state individuate buone pratiche di medicina di prossimità nel resto della Regione. Nonostante abbia cercato di mettermi in contatto con altre associazioni o comitati attivi al di fuori della capitale, non ho trovato nessuna forma di partecipazione rilevante e anche in questo caso le 5 interviste e un *focus group* realizzati non sono stati presi in considerazione nella tesi finale. Per individuare buone pratiche al di fuori della città di Roma, saranno necessarie ulteriori e più approfondite ricerche. Ciononostante, la ricerca ha mantenuto un'analisi storico-geografica del territorio della Regione Lazio e della distribuzione dei nuovi servizi territoriali finanziati con il Pnrr per inquadrare geograficamente i casi di studio romani e in generale l'analisi delle buone pratiche nel proprio contesto regionale, tenendo conto della sostanziale gestione regionale della sanità.

3. – La Geografia del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) alla prova della crisi

Nella produzione storiografica di ambito medico e sanitario, le grandi epidemie del passato hanno tradizionalmente ricoperto un ruolo di primo piano, spesso queste sono trattate e messe in risalto come esperienze eccezionali o straordinarie che risultano capaci di segnare un determinato momento storico; e in quanto tali devono necessariamente essere raccontate, perché sembrano in un certo qual modo capaci di influenzare l'evoluzione di un dato territorio e delle popolazioni che lo abitano. Per cogliere questo assunto, ovvero la rilevanza della malattia epidemica nella storia umana, è sufficiente guardare al caso della peste del Trecento, il cui racconto non solo caratterizza la storiografia coeva, ma si estende fino a raggiungere e, per così dire, contaminare la produzione letteraria dell'epoca: di cui il *Decamerone* di Boccaccio rimane da oltre settecento anni l'esempio più noto e, giustamente, apprezzato.

A ben pensare, si potrebbe facilmente notare come l'esperienza della malattia epidemica e pandemica ricorra ben oltre l'ambito specialistico medico, riconoscendo ad esempio la rilevanza di questo tema già nell'opera classica di storici e logografi, come Procopio di Cesarea e Paolo Diacono. Volgendo lo sguardo ancora più in là, si potrebbero ritrovare le origini di questa tendenza nella mitologia o all'interno delle sacre scritture. Nel primo caso, si può facilmente fare riferimento, ad esempio, al celebre passo del primo libro dell'Iliade, quando Apollo scatenava la sua ira contro Agamennone diffondendo la peste nel campo acheo aprendo così la lunga serie di vicende del poema epico. Mentre, per quanto riguarda le scritture sacre, tralasciando i più noti riferimenti biblici (come le terribili piaghe d'Egitto raccontate nell'Antico Testamento), si potrebbero considerare gli spunti contenuti in alcuni *hadith* del profeta Maometto, fra i quali risulta particolarmente attuale quello di 'Abd al-Raḥmān: "Ho udito il Messaggero di Dio dire 'Quando udite che in una terra vi è la peste, non vi entrate; e qualora la peste scoppi in una terra in cui vi trovate, non uscitene'. Perciò niente dovrebbe farvi abbandonare questo luogo, fuorché tali parole".

Sembrerebbe, dunque, che la consapevolezza della malattia epidemiologica sia un elemento ricorrente e caratterizzante della storia umana, ben prima della nascita dell'epidemiologia moderna, quando John Snow divenne celebre per aver scoperto le cause di un'epidemia di colera che nel 1854 infestava il quartiere di Soho, nella Londra della Seconda rivoluzione industriale (Cosmacini, 1995).

Quanto abbia influito la pandemia Covid-19 sulla vita, sulle società e sullo sviluppo del XXI secolo saranno gli storici e gli studiosi del futuro a doverlo stabilire, ma affinché sia possibile il loro lavoro sarà necessario raccogliere, prima, l'esperienza di chi ha sperimentato e contrastato il Covid personalmente, vivendo sulla propria pelle le conseguenze della diffusione della pandemia.

In Italia, l'esperienza pandemica è stata particolarmente intensa sia per quanto riguarda i numeri che le percentuali del contagio e quindi, purtroppo, anche delle morti (Geddes e Maciocco, 2021).

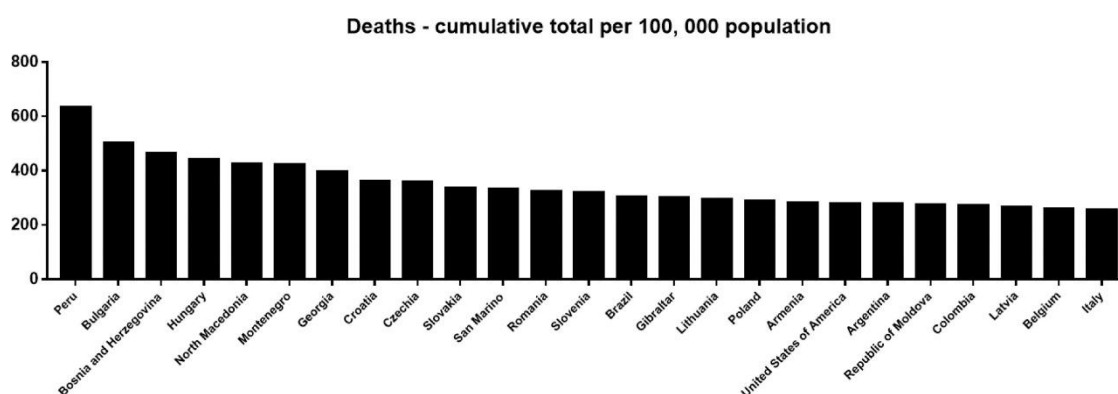


Fig. 2 – I 25 paesi con il maggior numero di decessi cumulativi ogni 100.000 abitanti al 18 febbraio 2022;
Fonte: in Zhou et al., 2022, p. 33 (dati tratti da: <https://covid19.who.int/>).

In corrispondenza a questa gravità, più intense sono state anche le misure adottate per la gestione della pandemia, ovvero le azioni di contrasto introdotte per fronteggiare la crisi pandemica: il *lockdown* prolungato e rinnovato in diverse forme, l'obbligo vaccinale, ma anche la riforma della sanità introdotta con la Missione 6 Componente 1 (Missione 6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr), nato grazie i fondi europei del Next Generation EU. A tutti gli effetti la diffusione del Covid ha rappresentato un profondo momento di crisi, tanto da aprire nel dibattito scientifico (cfr. paragrafo 3.2) una contesa riguardo a quale termine sia più corretto da utilizzare per qualificare meglio la crisi: sindemia o pandemia?

Al di là della contesa, rimane indiscusso che la portata del Covid non possa essere confinata solamente ad un ambito di salute, cura o medicina, perché le conseguenze della diffusione del contagio e delle misure straordinarie necessarie al suo contenimento si sono estese in modo dirompente su tutta la società, andando a toccare ambiti tra loro assai diversi: dallo *smart working* divenuto generalizzato, all'educazione segnata dalla didattica a distanza; dall'igiene personale agli effetti psicologici del distanziamento sociale. L'esperienza del Covid, nel complesso, ha cambiato il nostro mondo stravolgendolo (Searle et al., 2021). Ma

la crisi, come Giano Bifronte, può mostrare due facce: l'una rivolta al passato e l'altra al futuro. Il Covid non è stato solo distruzione, ma anche un'opportunità, un'occasione per un cambio di paradigma, per una riorganizzazione strutturale della società. La costruzione di nuove fondamenta inizia spesso dalle macerie della precedente struttura. La resilienza di un sistema si mostra in questi momenti di passaggio e di trasformazione come la capacità di adattarsi a nuovi contesti e sfide mutando le proprie abitudini (Sampugnaro e Santoro, 2021). In parte, l'Italia ha tentato di cogliere anche questa opportunità.

La conclusione di questa lunga premessa è che nel complesso, oggi, ci troviamo al cospetto di un'eccezionale prova per il nostro sistema di cura: la crisi già consolidata e, quindi, resa insostenibile dalla sindemia richiede per essere superata di un cambio di paradigma, uno sforzo trasformativo e rigenerativo, una geografia delle cure impostata sui principi di prossimità e partecipazione. In questa prova, lanciata quasi come una sfida dalla pandemia, sono in gioco il diritto alla salute e la qualità dell'accesso alle cure, ma anche il futuro del servizio pubblico.

Se, dunque, la pandemia ha costituito la prima premessa fondamentale per l'inizio del lavoro sul presente progetto dottorale (sia come esperienza diretta vissuta personalmente e collettivamente, che come spinta alla ricerca), d'altra parte sin dai primi sviluppi dell'attività è stato evidente quanto fosse necessario collocare questa premessa (la sindemia e il suo superamento) nel proprio contesto storico e geografico, volgendo l'indagine al passato per collegare il quadro attuale alle tendenze e alle dinamiche di lungo o medio periodo, focalizzando lo sguardo su di una precisa scala di riferimento, ovvero quella della Regione Lazio.

3.1. – Considerazioni preliminari geo-storiche

Nel dedicare quasi un intero capitolo alla ricostruzione storica e geografica dell'attuale paradigma di cura della Regione Lazio, sono doverose alcune considerazioni preliminari.

Nel complesso la Storia della medicina e la Geografia sanitaria hanno attraversato altalenanti fasi di sviluppo, alternando periodi di intensa attività e produzione bibliografica a momenti di relativa quiete, se non proprio di paralisi, del dibattito scientifico. Come osservava Luigi Faccini (1976, p. 257):

“si sono venuti progressivamente inaridendo, nel nostro secolo, quegli studi di storia sociale della medicina che pur tanta importanza avevano avuto durante l'Ottocento - si pensi, ad esempio, ai lavori del Ferraris e del Corradi - mentre al loro posto è subentrato lo studio, condotto talora in modo acritico e quindi poco fruttuoso, delle innovazioni scientifiche o delle vicende biografiche di più o meno illustri rappresentanti italiani della scienza medica”.

Non a caso Faccini avverte e lamenta una mancanza di studi di storia sociale e di storia della medicina proprio negli anni dell'intensa mobilitazione politica, sociale e civile e anche scientifica che precedettero la nascita del Ssn. È, infatti, tra gli anni Sessanta e Ottanta del Novecento che il tema della salute torna ad essere ampiamente presente, tanto nel dibattito pubblico quanto nelle piazze, ispirando una nuova stagione di studi e ricerche (Giorgi, 2024).

Se nell'Ottocento, durante il secolo delle grandi scoperte tecnologiche mediche, l'Italia era stata, nel bene o nel male, al centro del dibattito medico con autori quali Ferraris e Corradi, ma anche Lombroso e Mantegazza (Bronzini, 1983), per gran parte del Novecento questa posizione sembra affievolirsi, come nota Faccini (1976), salvo poi tornare all'apice nel corso della stagione di lotte che ha segnato la nascita della sanità pubblica italiana.

Sviluppo analogo, ma ancora più lacunoso, ha seguito la Geografia sanitaria, tanto da indurre Valentina Evangelista a domandarsi se la Geografia sanitaria non sia un'area di ricerca in declino (Evangelista, 2016a). Certamente, non lo era negli anni Ottanta, quando autori come Cosimo Palagiano iniziavano la propria attività (Palagiano, 1989). Allo stesso modo è innegabile una certa crescita, quantomeno nel numero di articoli e volumi pubblicati, negli ultimi anni, a fronte dell'esperienza pandemica.

Rimane, invece, piuttosto costante e florido il corso dell'Antropologia medica, che, specie nel contesto italiano caratterizzato dagli studi sul folklore, ha trovato ampio spazio in ambito accademico, con una grande varietà di articoli, riviste e monografie scientifiche, ma anche con una discreta fortuna nel grande pubblico (Seppilli, 1996; Quaranta, 2014; Pizza, 2005).

Al di là dei confini disciplinari, i concetti di salute, benessere e cura di cui è imperniata la riflessione medica e sanitaria tendono di per sé a superare qualunque rigido confinamento disciplinare (Gurrutxaga, 2019; Viney *et al.*, 2015), perché per propria natura toccano un insieme estremamente complesso di fattori interconnessi. Infatti, all'interno del sapere medico attuale (non solo occidentale, ma certamente italiano ed europeo) è riconosciuto

dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) a livello teorico l'approccio globale e transdisciplinare della *One Health*, che secondo l'Istituto superiore di sanità (Iss) “si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente” (<https://www.iss.it/one-health>; consultato il 10/02/2025). Se la salute è dunque globale e deve adottare la visione olistica della *One Health*, come sostiene Maciocco (2019), difficilmente sarà possibile continuare a compiere studi monodirezionali ancorati ad un unico ambito disciplinare, rendendo al contrario auspicabile l'integrazione di prospettive diverse e, dunque, discipline diverse.

L'interdisciplinarità è un principio cui questa ricerca ha tentato sempre di ispirarsi e, in particolare, sin da questo primo capitolo che, sebbene abbia una metodologia prevalentemente geo-storica, si fonda su ragionamenti e bibliografie afferenti anche ad ambiti medici, antropologici, sociologici e filosofici. D'altronde Luigi Faccini (1976) pone la Storia della medicina all'interno della storia sociale, così come Valentina Evangelista (2017) colloca la geografia sanitaria all'interno delle prospettive di ricerca della geografia sociale, ed è quindi intrinseca la necessità di estendere il quadro concettuale medico-sanitario alla più generale dimensione sociale dei fenomeni indagati.

In poche parole, salute e benessere dipendono non solo dalle cure, ma anche da fattori ambientali, economici e culturali, da determinanti e disuguaglianze sociali, da un insieme complesso, e non complicato, di cause interconnesse tra loro. Ne consegue che, proprio per l'ampiezza della materia, è bene abbandonare ogni pretesa di esaustività per quanto concerne lo studio della salute, della cura o del benessere di un dato territorio. È invece auspicabile l'adozione di una metodologia di analisi plurale ed elastica, capace di valorizzare le relazioni di un sistema territoriale estremamente complesso, interconnesso a sua volta con altri territori complessi a differenti scale geografiche (locale, regionale, europea, globale, solo per citarne alcune).

A fronte della mole di fonti a disposizione, la scelta è stata quella di focalizzare la contestualizzazione geo-storica di questa ricerca sulla ricostruzione dell'evoluzione del sistema sanitario, con particolare riferimento sia alle riforme, ovvero alla geografia amministrativa e all'assetto finanziario e organizzativo generale della sanità, sia alla distribuzione sul territorio delle infrastrutture di cura, assistenza e previdenza. Inoltre, un'ulteriore contestualizzazione è contenuta in Appendice A, per inquadrare le dinamiche di lungo periodo dell'epoca moderna e tracciare una storia delle idee che hanno segnato o dominato il dibattito scientifico, la cultura medica e l'etica della cura.

3.1.1. – L’attuale paradigma di cura: una doverosa contestualizzazione geo-storica

La peste del Trecento come l’epidemia di colera a Napoli e a Bari del 1973 sono stati, infatti, momenti chiave per la ridefinizione, in Italia, di un nuovo paradigma di cura. In modo analogo anche l’emergenza Covid sembra spingere verso una trasformazione paradigmatica della sanità, una vera e propria riforma dei servizi territoriali il cui esito è ancora incerto, rendendo dunque necessaria una scrupolosa analisi critica.

La ricostruzione geo-storica contenuta in Appendice vuole mostrare, infatti, la rilevanza delle epidemie nei processi di trasformazione dei sistemi sanitari. Sempre nell’Appendice A è stata messa in risalto anche la rilevanza del sapere geografico e della ricerca sul terreno per l’analisi e la comprensione della salute: ben prima che si diffondesse il modello della *One Health* e lo studio dei determinanti sociali della salute, la geografia aveva cominciato a disvelare le profonde interrelazioni che legano la salute al territorio.

L’interconnessione tra salute e territorio, inteso come ambiente sociale, di vita e di lavoro, oltre che fisico, è una preziosa chiave analitica della struttura che sottende un paradigma di cura (Palagiano, 1989). Il paradigma di cura di una società si esplica, si spiega e quindi si comprende nel costante, ma mutevole, rapporto che lega salute e territorio. Stare bene o essere in salute, presuppongono sempre un *hic et nunc*, uno spazio-tempo cui fare riferimento. L’uno acquisisce senso e valore in virtù dell’altro. L’ambiente influisce sulla salute e, viceversa, l’idea di salute e benessere (che alimenta un determinato paradigma sociale di cure) contribuisce a plasmare il territorio, ispirandone la reificazione e la risignificazione.

La realizzazione del Ssn è stata il frutto di un lungo, complesso e per nulla coerente processo di generale trasformazione delle cure, dove si sono mescolati su diversi piani temporali e geografici: il retaggio caritatevole e cattolico del sistema di cure dell’*ancien régime*, lo sforzo intellettuale e positivista dell’utopia igienista, le lotte sociali dei lavoratori e degli abitanti del territorio, ma anche molteplici interessi economici, politici e di dominio, al contempo interni ed esterni allo Stato. Un processo, insieme culturale e materiale, che si è provato sinteticamente a ripercorrere nelle sue direttrici fondamentali (cfr. Appendice A).

Durante gli anni Settanta, la connessione tra salute, ambiente (di vita, di lavoro, urbano, rurale e, quindi, territorio inteso come costruito di interrelazioni sociali tra elementi materiali

e immateriali) era tornata, come nella stagione delle grandi inchieste ottocentesche di cui la più nota è quella di Agostino Bertani (Carnevale e Baldasseroni, 1999), ad essere attuale e anzi si esprimeva in un frastagliato movimento di massa, composto *in primis* da lavoratori e studenti.

Sin dall'Ottocento la trasformazione delle cure e della sanità era stata guidata dalle ricerche illuminate di intellettuali igienisti come Agostino Bertani e Domenico Orano (cfr. Appendice A), che con le loro inchieste territoriali avevano mostrato le condizioni di miseria degli italiani. Attraverso la conoscenza dello spazio vissuto, della quotidianità dei lavoratori e degli abitanti del paese, l'igienismo aveva spinto ad immaginare un mondo diverso, nel tentativo di realizzare uno stato sociale capace di tutelare universalmente salute e benessere. Le inchieste territoriali frutto dell'utopia igienista non avevano solo innescato una richiesta di riforme sociali nelle amministrazioni, il risultato delle inchieste era stato quello di smuovere la coscienza collettiva degli italiani. I bisogni sociali, tenuti a lungo nascosti, adesso non potevano più essere ignorati.

Nel Novecento e specialmente con il Dopoguerra si apriva una nuova stagione di ricerca sul terreno per la salute, ma questa volta (anche grazie ai risultati delle precedenti inchieste ottocentesche) erano direttamente i lavoratori a farsene carico. A partire dal Novecento, con lo sviluppo degli strumenti e degli spazi sindacali, quali le camere del lavoro e le leghe di mestiere (Carnevale e Baldasseroni, 1999), si apriva un'intensa fase di lotta e rivendicazione. In seguito, con la caduta del regime fascista e lo sviluppo degli anni Sessanta e Settanta, nuove ricerche sul terreno tornavano ad animare il dibattito sulla salute. Grazie all'azione dei comitati di lotta contro le nocività e dei gruppi misti di ricerca, la lotta sociale per la salute e la riforma della sanità era diventata sempre più un patrimonio collettivo (Berlinguer, 1991). In particolare, la medicina del lavoro rappresentava un terreno di confronto tra il sapere quotidiano e pratico dei lavoratori e quello tecnico specialistico di medici e operatori sanitari. Le inchieste degli operai sull'ambiente di lavoro avevano contribuito alla trasformazione e socializzazione del sapere medico e, quindi, ad un cambio delle pratiche di cura. Finalmente, salute, cura e medicina non erano più appannaggio di un'élite colta, ma ritornavano ad essere un terreno di partecipazione grazie al principio della non-delega: un patrimonio comune collettivo arricchito dall'interconnessione con i movimenti ambientalisti, femministi e studenteschi.

In questo contesto le istanze dei lavoratori si erano spostate dalla fabbrica al territorio, unendo il contrasto delle nocività del proprio ambiente di lavoro con la lotta contro le

nocività del proprio ambiente di vita (Oddone *et al.*, 1977). Nel mentre, le rivendicazioni originate in fabbrica incontravano quelle dei movimenti femministi e ambientalisti, spingendo verso la definizione di un nuovo mondo, un nuovo paradigma sociale da cui ripartire (Berlinguer, 1991). Non a caso la legge fondamentale per la nascita del Servizio sanitario nazionale (Ssn), ovvero la 833/1978, era stata preceduta dalla l. 405/1975 con cui lo stato aveva dovuto ammettere l'esistenza di nuove strutture sanitarie territoriali nate dal basso, i Consultori, e ancora la 833 era stata preceduta dalla legge sull'aborto (l. 194/1978). La svolta nelle politiche sanitarie del paese di inseriva, dunque, in un processo generale di rigenerazione e trasformazione: un atto di *world-making* (Gibson e Graham, 2008) ovvero un processo di risignificazione e ricostruzione collettiva del proprio un sistema-mondo.

3.1.2. – Dalla 833 alla 421: la parabola del Ssn

La riforma sanitaria, realizzata con la legge 833 e la nascita del Ssn, era stata una grande conquista per l'instaurazione dello stato sociale, un evento epocale che però nascondeva alcuni limiti e, purtroppo, i germi del futuro declino del servizio sanitario pubblico.

La programmazione sanitaria nazionale veniva affidata dagli articoli 3 e 4 allo stato, che garantiva a tutti il servizio e fissava i livelli delle prestazioni affinché fossero uniformi su tutto il territorio nazionale. Nella programmazione si prevedevano forme di partecipazione democratica per mezzo della consultazione degli enti locali e delle organizzazioni sociali per la scrittura dei piani sanitari regionali. Sempre a livello regionale avveniva la ripartizione del Fondo sanitario nazionale (Fsn) annualmente approvato con la legge di bilancio dello Stato. Mentre una rete di Unità sanitarie locali (Usl), con una popolazione tra i 50.000 e i 200.000 abitanti, provvedeva all'uniformità del servizio su tutto il paese, distribuendo capillarmente le cure. Alle Usl, sottoposte al Comune, erano affidati gli stabilimenti ospedalieri, insieme ai relativi beni mobili e immobili. Le Usl, che dunque rappresentavano il cuore del sistema, erano gestite da un'assemblea generale e dal comitato di gestione, anche se queste erano entrambe espressione diretta del Comune, senza quindi grandi possibilità di apertura partecipativa della gestione delle cure pubbliche (Giorgi, 2024; Maino, 1999). Il modello di cura del Ssn aveva, dunque, un carattere democratico e partecipativo basato però sul principio della delega e quindi sul potere politico partitico.

Un altro degli aspetti controversi della 833 riguardava la commistione pubblico-privato. La riforma manteneva e salvaguardava gli interessi medici (espressi in particolare dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici) per l'attività libero-professionale. Insieme al personale dipendente la legge prevedeva la presenza di professionisti convenzionati, lavoratori privati che esercitavano la professione all'interno del Ssn. Una commistione pubblico-privato si esplicava, quindi, anche nella sopravvivenza di strutture sanitarie private, legittimate ancora da apposite convenzioni (Giorgi, 2024).

Il Ssn era stato sì il culmine di un lungo corso di lotte, ma già negli anni a ridosso del 1978 si era cominciato a vedere l'inizio della parabola discendente del Ssn. Quello che avrebbe dovuto essere un punto d'inizio da cui ricostruire la salute del paese, per realizzare un nuovo paradigma di cure pubbliche e universali, rischiava invece di diventare il punto d'arrivo, la fine della stagione di partecipazione e mobilitazione per la cura e la salute. Dopo la morte di Moro e con l'inizio degli anni Ottanta, l'entusiasmo e il dialogo dei decenni precedenti, alimentati dalla ridefinizione dei rapporti di forza e da inedite convergenze di interessi, sembrava essersi esaurito (cfr. Appendice A).

“Nel complesso, la riforma sanitaria del 1978 chiuse, per molti aspetti, un periodo storico segnato dalla forte presenza dei partiti politici e delle rivendicazioni sindacali, volte a raccogliere e tradurre in cambiamenti politici e istituzionali le istanze provenienti dalle mobilitazioni collettive. Gli atti riformatori degli anni Settanta avevano stabilito, attraverso intensi conflitti, un profondo raccordo tra condizioni materiali e bisogni sociali da un lato, e forme di garanzia concreta dei diritti dall'altro.

Le riforme avevano investito non solo il sistema di welfare – in sanità, psichiatria, consultori, interruzione volontaria di gravidanza –, bensì anche i diritti dei lavoratori e le relazioni industriali, i diritti civili e politici, l'assetto dello Stato, l'ambiente e il territorio³⁸⁴.

Con gli anni Ottanta, tali opportunità di trasformazione sociale e istituzionale si ridimensionarono, e il protagonismo dei cittadini trovò altre modalità di espressione e di partecipazione attiva, ridefinendo gli stessi contenuti della cittadinanza, gli strumenti di azione per la tutela dei diritti e per una qualificazione delle politiche sociali e pubbliche. Se in termini di politiche istituzionali di welfare questo decennio è stato descritto come un «paesaggio ghiacciato», la novità emersa fu la forte crescita dell'associazionismo, del volontariato e delle cooperative sociali³⁸⁵, con il risultato di fare spazio a un ampio attivismo sociale e di ridefinire, a volte anche in modo problematico, i servizi sociali, sanitari e assistenziali del paese” (Giorgi, 2024, p. 190-191).

Negli anni Ottanta molteplici cause avevano compromesso il rapporto di fiducia tra cittadini e istituzioni; tra queste bisogna annoverare le politiche di stampo reaganiano e thatcheriano volte a ridimensionare il ruolo e l'impegno dello stato sociale (Harvey, 2007; 2013) limitando la spesa pubblica. Inoltre, in Italia gli anni Ottanta avevano aperto la stagione degli scandali legati alla malagestione della sanità. La depoliticizzazione della riforma sanitaria corrispondeva al cambio di orientamento della maggioranza di governo, di cui era espressione il nuovo ministro Renato Altissimo, appartenente ad uno dei partiti più ostili alla riforma, il Partito liberale, oltre che al Governo Cossiga (Giorgi, 2024).

Durante le interviste realizzate nel corso della ricerca sul terreno con operatori sanitari, è emerso come alcuni dei lavoratori del Ssn protagonisti delle lotte degli anni Settanta fossero critici sul testo della legge 833, arrivando persino ad opporsi alla ratifica finale della riforma. È il caso dei lavoratori del Policlinico Umberto I attivi nel Collettivo lavoratori-studenti del Policlinico, il quale rappresenterà, come nota Corasanti (2021), una delle due strutture romane alla base della nascita dei Comitati autonomi operai (Cao), dunque una delle roccaforti del movimento dell'Autonomia operaia romano. In particolare, secondo il racconto di Pietro, ex-infermiere del Policlinico e membro del Collettivo, le loro preoccupazioni sulla 833 riguardavano le convenzioni e la sopravvivenza di un importante ruolo del privato all'interno della sanità pubblica.

Le preoccupazioni dei lavoratori non erano affatto infondate, nuove leggi stavano per modificare l'appena nato Ssn. Nel 1983 la legge 463 introduceva per gli utenti del servizio il pagamento di un ticket farmaceutico, pari a mille lire per ogni ricetta prescritta. La legge 595 del 1985 trasformava, invece, il Piano sanitario in un atto di indirizzo, sottraendolo quindi al normale iter legislativo. Infine, la legge finanziaria del primo governo Craxi, 1984, imponeva una distinzione e separazione dei servizi socio-assistenziali, attribuendo la competenza di spesa al Fondo sanitario nazionale solo alle attività di rilievo sanitario, affidando invece a Regioni e Comuni il finanziamento delle generali attività socio-assistenziali (Giorgi, 2024), incentivando così la divisione tra competenze di spesa sociali e sanitaria e quindi la disintegrazione sociosanitaria.

Quella concezione di salute interconnessa al territorio che aveva ispirato la lotta per una riforma della sanità e spinto alla realizzazione di ampie forme di partecipazione dal basso, con il fine di realizzare una rivoluzione della cura rendendola pubblica e universale, era ora messa in discussione dalla razionalizzazione delle risorse e dalla separazione delle competenze. Una crisi sociale, politica ed etica in cui la spesa finiva per avere la meglio sulla

salute. Il paradigma di una cura universale e pubblica, anziché corrispondere ad una concezione complessa di salute, interconnessa con l'ambiente, la società e il territorio, si indirizzava verso la massimizzazione delle cure secondo una logica di mercato. Quella che Giorgi (2024) definisce una svolta manageriale.

Nel complesso, era anche la modifica del quadro economico e politico a indurre a un generale cambio di paradigma culturale in senso conservatore, ma gli anni Ottanta furono contraddistinti ancora da intense mobilitazioni sociali, forme di partecipazione attiva e rivendicazione; nonostante la Strategia della tensione avesse compromesso il dialogo e il dibattito politico. Cresceva, infatti, il numero delle associazioni, delle cooperative e delle forme di volontariato. La spinta per la salute e per un cambio di paradigma nelle cure si spostava, in parte, sul piano della società civile e di un attivismo inteso spesso come *advocacy*, che agiva principalmente su un piano legale anziché di azione diretta (Giorgi, 2024).

A Roma il 29 giugno 1980, al cospetto del sindaco Luigi Petroselli, veniva convocato il Tribunale dei diritti del cittadino malato, attraverso il quale si permetteva ai cittadini di partecipare all'organizzazione delle cure, segnalando i problemi del Ssn. Da questa esperienza nasceva la Carta dei 33 diritti del cittadino malato. La partecipazione alla salute e alle cure non stava scomparendo, ma tendeva a seguire nuove strade. In altri casi, le forme di partecipazione rivolte ad un cambiamento del paradigma di cura si erano indirizzate su singole malattie ed erano portate avanti direttamente da associazioni di malati o familiari. Un caso certamente rilevante era stato quello della lotta all'Aids (Giorgi, 2024).

In ogni caso, all'arrivo degli anni Novanta le condizioni di salute del paese erano profondamente migliorate: cresceva l'aspettativa di vita mentre si abbassava la mortalità infantile. Stava avvenendo una transizione epidemiologica che portava il paese dalla prevalenza di malattie infettive verso la preponderanza delle malattie cronico-degenerative. Al crescere del benessere economico e delle aspettative di vita corrispondeva anche una riduzione del tasso di natalità, con un conseguente aumento della popolazione anziana. (Giorgi, 2024). In particolare, sin dagli anni Cinquanta si stava verificando un aumento delle morti legate a malattie del sistema circolatorio e ai tumori, cui corrispondeva invece un netto calo delle morti per malattie infettive e parassitarie (Istat, 1986). Inoltre, le serie statistiche raccolte dall'Istat (1986) fotografano lo sviluppo piuttosto singolare della cura in Italia nei primi anni successivi all'istituzione del Ssn: all'aumentare del personale (sia medico che ausiliario ecc.) e del numero generale dei ricoveri era corrisposta paradossalmente una diminuzione del numero degli istituti di cura e anche dei posti letto in rapporto al numero

degli abitanti (che pur crescendo a livello assoluto non riuscivano a tenere il passo del boom demografico).



Fig. 3 – Morti per grandi gruppi di cause.

Fonte: immagine da Istat (1986, p. 77).

Le preoccupazioni economiche e la razionalizzazione della spesa già negli anni Ottanta avevano rallentato lo sviluppo della sanità e portato a riorganizzarne il sistema in funzione della spesa. A pesare su queste scelte era stato, certamente, anche il netto aumento dei costi della previdenza sociale. L'importo complessivo destinato alle pensioni, in un Paese che cominciava sempre più ad invecchiare, era passato dai circa 10 milioni di lire del 1974 ai quasi 90 del 1984 (Istat, 1986). Rimanevano profonde disuguaglianze regionali, con ancora il Meridione a registrare valori più ben più bassi di quel del Nord.

A livello di geografia amministrativa la sanità pubblica si presentava come un sistema decentrato, specie se paragonato con il precedente sistema di origine risorgimentale, quando la sanità era sotto le competenze accentrate del Ministero degli Interni. Con la riforma ospedaliera di Mariotti (la legge 132/1968) del 1968 venivano demandati ad un ente non ancora istituito, le Regioni, rilevanti compiti e funzioni sanitarie, con particolare riguardo all'assistenza ospedaliera. Anzi era stata la stessa riforma a spingere per la ristrutturazione regionale dell'assetto statuale (Maino, 1999). Infatti, come osserva Maino:

“Tra le politiche sociali proprio la sanità, nel contesto italiano, ha avuto storicamente il curioso destino di anticipare o affiancare le svolte istituzionali riferite all’articolazione territoriale dello Stato, sia nelle fasi in cui hanno prevalso le spinte centralistiche (dall’unità di Italia fino agli anni sessanta ma in particolare nel ventennio fascista) che in quelle in cui hanno prevalso le spinte al decentramento (a partire dagli anni settanta). Questa tendenza sembra trovare conferma anche negli anni novanta. Il dibattito sul federalismo e sulla riforma costituzionale dello Stato, che non ha ancora trovato una sua conclusione e concretizzazione, è stato accompagnato da una serie di cambiamenti a livello istituzionale che stanno contribuendo a rafforzare i livelli subnazionali di governo e il grado di decentramento” (Maino, 1999, p. 593).

Negli anni Novanta questo processo di decentramento regionale della sanità accelerava, dando enfasi ad un processo in parte cominciato a cavallo degli anni Sessanta e Settanta (specie con la legge 132 del 1968), sebbene il primo Ssn mantenesse a livello decentrato la gestione comunale del servizio sanitario (strutturazione secolare di origine risorgimentale). Ma tale decentramento non corrispondeva ad un piano di riorganizzazione del Ssn verso la costituzione di una rete capillare locale: l’intento non era quello di ridurre la scala geografica d’azione né di avvicinare le cure al cittadino secondo un principio di prossimità. Al contrario, erano state le preoccupazioni di spesa e sostenibilità finanziaria del Ssn a determinare un arretramento dello Stato e, dunque, maggiori competenze scaricate dal livello centrale nazionale al primo livello sottostante, quello regionale (Maino, 1999).

Mentre nel 1978 la scelta del decentramento, articolata su tre livelli politico-istituzionali autonomi (Stato, Regione, Comune), era funzionale a realizzare forme più democratiche e partecipate di gestione delle cure e del servizio a fronte dell’esempio realizzato nel campo della medicina del lavoro; il decentramento degli anni Novanta non era determinato dalla volontà politica di aprire alla partecipazione. L’obiettivo delle nuove riforme dell’ultima decade del XX secolo era, anzi, affermare all’interno del Ssn la preminenza dell’indirizzo tecnico-economico su quello politico-democratico. Il ridimensionamento del ruolo della politica nel Ssn era una conseguenza – o forse la causa – del nuovo paradigma di aziendalizzazione delle cure, che all’universalità della sanità pubblica opponeva vincoli di spesa, limitazioni del servizio e una gestione manageriale, piramidale e tecnicistica dell’assistenza.

Questo cambio di registro era dovuto, oltre al mutato scenario sociale e politico, ai limiti mostrati dal neonato Ssn, e in particolare ai limiti mostrati proprio nel realizzare forme di

partecipazione politica alla gestione della sanità pubblica. La riforma del 1978 presentava diverse anomalie (Maino, 1999): le Usl, organismi che avrebbero dovuto funzionare come strumenti di apertura democratica, in realtà rimanevano espressione e appannaggio del Consiglio comunale, con una scarsa reale apertura agli abitanti del territorio. Inoltre, politici e uomini di fiducia del partito o della lista al governo non erano spesso tecnicamente preparati per assumere ruoli o responsabilità gestionali in materia di salute, tendendo invece a ricoprire ruoli di potere solo in virtù di favori e reti clientelari.

La presenza politica, anziché fungere da strumento di apertura alla partecipazione democratica, diventava una pesante forma di controllo politico, specie all'interno dei comitati di gestione delle Usl. I partiti politici avevano visto nel neonato Ssn un potente strumento per la costruzione del proprio consenso sul territorio (Ferrera, 1995). D'altronde era imminente la fine del Prima Repubblica e già nel 1992 si apriva il maxiprocesso Mani Pulite, che avrebbe portato a scoprire la *Tangentopoli* diffusa in Italia, in cui persino la sanità pubblica era rimasta invischiata.

Un ulteriore e decisivo problema della sanità italiana era poi la scarsa qualità del dialogo e del dibattito pubblico, che scadeva in continue dispute tra i vari livelli di amministrazione e governo del territorio. La causa di questo problema era certamente connessa con i tratti specifici della cultura politica italiana e i limiti della partitocrazia, ma era pur vero che la legge 833 non aveva chiarito esattamente il rapporto tra i diversi livelli di scala (nazionale, regionale e comunale), lasciando ampi margini di autonomia nella definizione delle linee di intervento sanitarie alle Regioni e alle Usl. I primi piani sanitari regionali in molti casi, in questo groviglio di competenze e di scontro politico, non vennero mai approvati: rinnovando profonde differenze regionali (Giorgi, 2024). Allo stesso modo, a livello locale, le unità geografiche fondamentali del Ssn presentavano tra loro enormi difformità, con Usl sia al di sotto che al di sopra del già amplissimo standard previsto dalla legge nazionale (ovvero tra i 50.000 e i 200.000 abitanti).

La malagestione della sanità, che fosse per mancanza di competenze o per la prevalenza di interessi elettorali e speculativi, comportava un aumento delle spese e una crescita del deficit di bilancio, utilizzato anche strumentalmente a fini elettorali. A loro volta le preoccupazioni per il debito pubblico provocavano, in risposta, una soluzione tecnica al problema di bilancio, rinforzando, quindi, la svolta aziendalistica e manageriale della cura e della salute in Italia.

Nel clima infervorato del 1992, tra crisi economica (legata all'aumento del debito) e Mani Pulite, il Governo Amato, con il nuovo ministro della Sanità De Lorenzo del Partito liberale italiano (Pli), si preparava a realizzare una vera e propria riforma della riforma, introducendo una decisa revisione della legge 833. Già l'anno precedente, il 1991, era stata approvata la legge 421, concedendo al governo ampi poteri di delega da parte del Parlamento sulla sanità (Maino, 1999). A questo si aggiungeva, sempre nel 1991, una legge di bilancio che mostrava l'intenzione di contenere i costi della spesa sanitaria (Giorgi, 2024).

La cosiddetta *Riforma della riforma* lasciava intravedere già nel titolo, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*, il proprio obiettivo. Significativo anche l'iter legislativo della nuova (contro) riforma, si trattava infatti di un decreto legislativo: il numero 502 del 30 dicembre 1992. Il decreto era stato anticipato dalla legge delega 421, con cui sostanzialmente si sceglieva di anteporre alla discussione parlamentare l'azione diretta del Governo, riducendo la discussione politica sul tema. In primo luogo, a fronte della crisi economica, il decreto interveniva con un taglio della spesa pubblica di circa 93.000 miliardi di lire, pari al 6% del PIL. Quindi, con l'articolo 1 introduceva un vincolo di bilancio all'erogazione delle prestazioni sanitarie, che dovevano essere rapportate al volume delle risorse a disposizione (Giorgi, 2024). Una misura del tutto difforme rispetto al principio della salute come diritto universale che aveva animato il dibattito degli anni Sessanta e Settanta.

Con il decreto 502, al governo spettava la programmazione sanitaria mediante la scrittura del Piano sanitario nazionale, divenuto adesso uno strumento di programmazione emesso d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni. Si esautorava così gran parte del ruolo del Parlamento, che poteva esprimere un parere non vincolante per mezzo delle apposite commissioni. Le Regioni vedevano rafforzati i propri poteri di programmazione, finanziamento e organizzazione della sanità. In particolare, alle Regioni spettava la definizione del Piano sanitario regionale, la ripartizione dei fondi sanitari dello stato alle Usl e, adesso, la responsabilità finanziaria del sistema, coperta dai fondi del Fsn integrati con proprie risorse.

Ma la novità maggiore riguardava, probabilmente, il livello più piccolo della geografia sanitaria: le Unità sanitarie locali tramite il decreto 502 si trasformavano in Aziende sanitarie locali (Asl), completando la transizione manageriale con l'aziendalizzazione della struttura di prossimità fondamentale del sistema sanitario. Questo cambiamento non toccava solo la natura giuridica della Asl, ma anche la sua natura sociale, politica e culturale: a cambiare era

nel complesso il paradigma pubblico e universalista della cura erogata a livello locale. E a compiere questo passo verso l'aziendalizzazione e la svolta manageriale era stato un governo di sinistra, retto dall'alleanza tra socialisti, Democrazia Cristiana e liberali. Proprio ai liberali De Lorenzo e Costa sarebbe spettato il dicastero della salute in questa profonda e delicata nuova stagione di (contro) riforma.

Con la trasformazione delle Asl in aziende il loro numero passava da 659 ²a 228 (Giorgi, 2024) secondo la Relazione sullo stato sanitario del Paese, 1996 (Doc. L n. 1, 23 luglio 1997, XIII Legislatura – Disegni di legge e relazioni - Documenti).

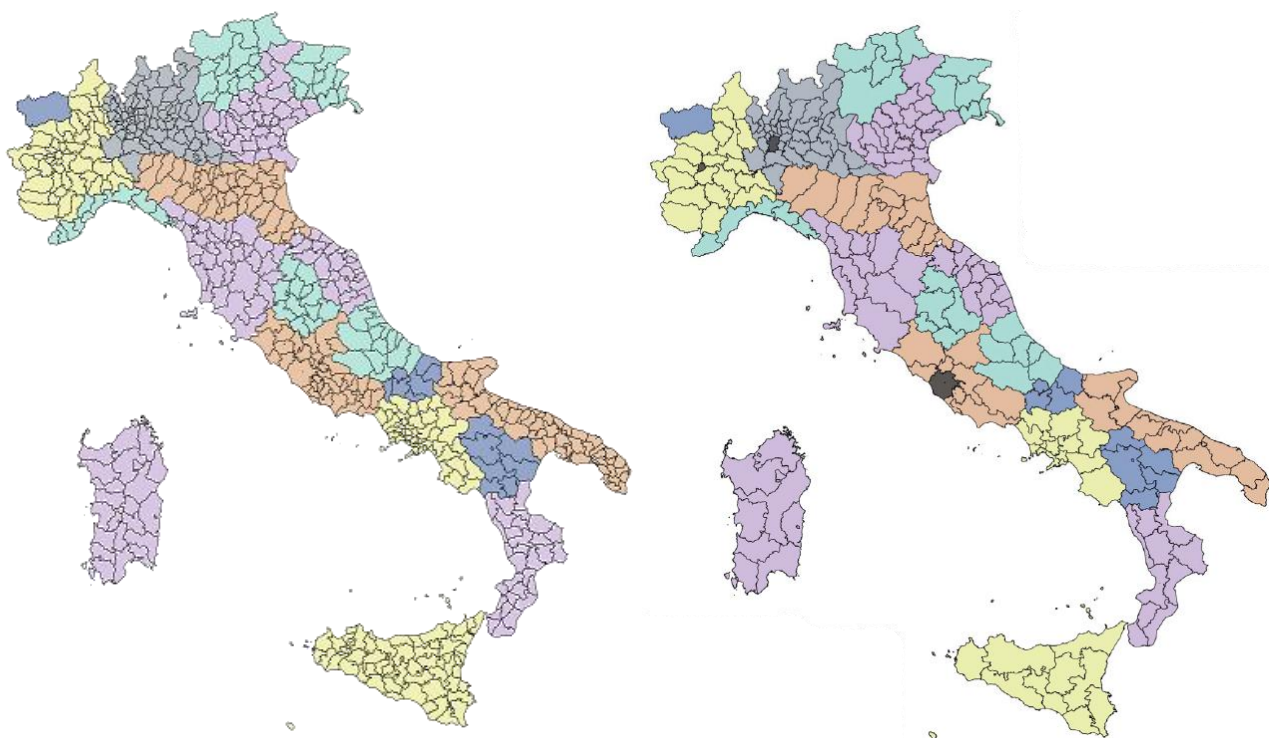


Fig. 4 – Dalle Usl alle Asl, 1983-1993.

Fonte: in *Nebo ricerche PA (a cura di Buzzzi e Mozzetta) SSN 40 Rapporto Sanità 2018. 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale*, p. 6-7.

² Non è semplice determinare il numero esatto delle Usl sul territorio italiano a causa delle oscillazioni e della mancanza di informazioni puntuali da parte delle Regioni. Per vedere completati tutti i Piani sanitari regionali bisognerà infatti attendere il 1985. Come dichiara la stessa (Doc. XXII-bis n. 2, 7 luglio 1988) Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sulle condizioni di lavoro nelle aziende: "Le informazioni attualmente disponibili si possono ricavare da tre censimenti. Il primo è stato effettuato dalle Regioni nella seconda metà del 1984, in occasione della terza Conferenza sullo stato sanitario del Paese e sui fattori di rischio nelle attività industriali, svoltosi a Torino il 30 novembre 1984. I dati raccolti riguardano 15 Regioni su 20 e si riferiscono a 503 unità sanitarie locali su 672 allora istituite. Il secondo censimento è stato effettuato dalla Società nazionale operatori della prevenzione nel 1988 e presentato in occasione del X Convegno di tale Società, svoltosi a Roma il 20 ottobre 1988. I dati si riferiscono al 31 dicembre 1987 e riguardano principalmente le Regioni del Centro-Nord (13 regioni), interessando 352 unità sanitarie locali su 396 istituite in tali Regioni. Il terzo censimento è stato effettuato dall'ISPESL, su mandato del Ministero della sanità. I dati si riferiscono al 31 gennaio 1988 e riguardano 621 unità sanitarie locali su 663".

Aumentava la distanza dei territori dal sistema di cura: il servizio pubblico cominciava già a dimenticare l'importanza della medicina di prossimità. Le Asl ridotte nel numero corrispondevano a nuovi ritagli geografici amministrativi molto più estesi: secondo il legislatore dovevano tendere a coincidere con il livello provinciale (Maino, 1999). Nonostante esistessero notevoli differenze regionali, la tendenza generale della geografia amministrativa sanitaria italiana era di far corrispondere al decentramento finanziario e organizzativo regionale (quel movimento scalare che dallo stato andava verso la Regione) un ri-accentramento sui territori della sanità mediante il riaccorpamento delle aziende erogatrici del servizio (le Asl). Si passava da un modello di zonizzazione storicamente comunale ad uno tecnicamente provinciale, sebbene la maggioranza delle Regioni avesse operato una riduzione meno drastica rispetto al disegno nazionale, mantenendo il numero delle Asl intorno al doppio del numero delle province. In ogni caso in questo passaggio la Regione Lazio veniva suddivisa in 12 Asl, anziché in 51 Usl, con un rapporto tra abitanti e Asl pari a circa 400.000 a uno e dunque più che quadruplicato (Maino, 1999).

A livello regionale, le l.l.r.r. 18 e 19 del 16 giugno 1994, sancivano la trasformazione delle Usl in aziende, dopo che la C.r. 907 adottata pochi mesi prima aveva ridotto da 51 a 12 le Usl esistenti. In questa fase venivano istituite 3 Aziende Ospedaliere (S. Camillo, Forlanini, Spallanzani; S. Giovanni Addolorata; S. Filippo Neri), che saranno successivamente integrate da altre tre, sempre in area romana. In questo nuovo quadro, i Comuni esprimevano il bisogno sanitario della propria popolazione attraverso le conferenze locali per la sanità, composte dai sindaci dei Comuni associati o dai presidenti delle circoscrizioni nel caso del Comune di Roma. In parallelo ai riassetamenti aziendalistici della Regione Lazio anche l'integrazione sociosanitaria, termometro del rapporto tra Asl e Comuni o Circoscrizioni, affrontava una fase non semplice della sua storia (Tilli, 2014).

A livello nazionale, l'articolo 9 del decreto 502 aggiungeva un'ulteriore decisiva svolta verso la privatizzazione, perché le Regioni per contenere i costi, migliorare la qualità del servizio e – secondo una prospettiva neoliberale – arginare il monopolio del pubblico potevano ricorrere a forme differenziate di assistenza (divenute poi integrative anziché differenziate con il decreto legislativo 517 del 1993), affidando incarichi a soggetti privati tramite la negoziazione del Ssn o con il concorso alla spesa da parte dell'utente del servizio (Giorgi 2024). In particolare, il decreto permetteva agli operatori di svolgere nelle strutture pubbliche, all'interno dello stesso spazio pubblico del Ssn, l'attività libero professionale *intramoenia* (Alpi). Quello che Maino (1999, p. 600) definisce un “passaggio da una gestione

burocratica ad una con caratteri di imprenditorialità” non era che la progressiva sostituzione dei principi del welfare pubblico con quelli della libertà d’impresa e di mercato.

A tutti i livelli, l’aziendalizzazione trasformava, dunque, nel profondo il Ssn, colonizzandone i fini, gli obiettivi e le modalità di gestione. Già Maino nel 1999 riconosceva le conseguenze politiche di questa trasformazione monocratica delle Asl:

“La trasformazione delle Usl in aziende segna anche il superamento di un modello organizzativo di tipo politico-rappresentativo con uno di tipo tecnico-aziendalistico. Il primo tipo di modello era posto in essere dall’esistenza di un Comitato di gestione con poteri decisionali in merito alla gestione sanitaria. I decreti di riordino sostituiscono il Comitato di gestione con un organo monocratico di natura non più politica: il direttore generale. Superato il modello politico-rappresentativo la nuova azienda sanitaria locale diviene una struttura fortemente verticistica al cui apice si trova il direttore generale, che accentra a sé tutti i poteri di gestione” (Maino, 1999, p. 603).

Ad aggravare la svolta aziendalista si aggiungeva nel 1995 l’introduzione del sistema dei *Diagnosis Related Groups* (Drg), con cui la remunerazione ospedaliera anziché basarsi sulle giornate di degenza veniva affidata ad un sistema di tariffe per raggruppamenti omogenei di diagnosi. I Drg inserendosi in quello che era ormai il mercato delle prestazioni avevano l’effetto di stimolare la ricerca, specialmente nel privato, delle prestazioni e specializzazioni più remunerative (Giorgi, 2024), promuovendo il profitto al di sopra del bisogno di salute. Nel mentre, con la legge 662 del 1996 e la successiva finanziaria del 1997 veniva introdotta l’imposta regionale sulle attività produttive (Irap), mediante la quale la fiscalità sanitaria passava concretamente alle Regioni (Maino, 1999). L’Irap sostituiva quindi i precedenti tributi sulla salute e contributi di malattia, rendendo le Regioni più autonome, responsabili ma anche imputabili in materia di salute.

Il primo Governo Berlusconi, uomo simbolo della politica manageriale e della svolta imprenditoriale del *self-made man*, aveva confermato la svolta aziendalistica della sanità, riproponendo il liberale Costa come ministro della salute. Nemmeno la caduta di Berlusconi e il primo Governo Prodi, nel 1996, avrebbero arrestato questa svolta manageriale. Dal 1996 al 2000 la ministra della salute Rosy Bindi aveva provato a compiere una timida svolta in controtendenza rispetto alle politiche neoliberiste di aziendalizzazione della sanità, ma di fatto il suo operato si inseriva come la precedente esperienza di governo del centro-sinistra del 1992 nel solco dei processi di trasformazione del Ssn, nel solco della cosiddetta *Riforma*

della riforma. In particolare, la *Riforma Bindi* ovvero il decreto 229/1999 si poneva rispetto alla *Riforma della riforma* del '92 “come un completamento di entrambi i processi di regionalizzazione e aziendalizzazione” (Maino, 1999, p. 584).

Sulle scelte politiche di quegli anni pesava l'ascesa di forti sentimenti e progetti politici regionalisti, di cui la Lega Nord rappresentava l'espressione più chiara. Ma le radici del regionalismo erano profonde e abbastanza diffuse da portare il secondo Governo Amato nel 2001 a varare la riforma costituzionale del Titolo V. Il decentramento amministrativo ispirato al principio di sussidiarietà si traduceva nel passaggio di numerose materie di legge dallo stato alle Regioni.

In particolare, con la cosiddetta *Riforma del Titolo V* (l. Cost. 3/2001) la tutela della salute sarebbe stata affidata alla legislazione concorrente tra stato e Regioni, sebbene i confini delle nuove attribuzioni non fossero sempre chiari (Giorgi, 2024). In sanità il decentramento del potere dallo stato verso le Regioni contemporaneamente corrispondeva ad accentramento regionale del potere a scapito delle istituzioni di prossimità. Sin dalle riforme del 1992, gli enti locali avevano cominciato ad essere privati dei poteri di gestione e intervento in campo sanitario che godevano sin dalla 1978 (Neri, 2008): una vera e propria privazione di potere dell'istituzione di prossimità. Mentre la tutela della salute individuale e collettiva passava alle Regioni, l'articolo 117 della nuova legge del 2001 stabiliva come materia esclusiva di legislazione dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, e proprio da questo articolo sarebbe derivato il sistema di determinazione statale dei livelli essenziali di assistenza (Lea). I livelli già introdotti da Bindi come minimi con la legge 229/1999 diventavano ora essenziali, semplificando sempre più il servizio e rispecchiando così l'impoverimento dell'azione dello stato per la salute dei cittadini. Certamente sulle scelte di aziendalizzazione di quegli anni e del centro-sinistra pesava anche l'influsso delle nuove politiche comunitarie europee: nel 1996 la scelta di aderire all'euro comportava infatti il vincolo del rispetto dei rigidi parametri di Maastricht (Giorgi, 2024).

In questo contesto di aziendalizzazione, comunque, l'organizzazione del sistema di cura dipendeva molto dalle scelte di indirizzo delle politiche regionali, in una profusione di diversi modelli di sanità. Da un lato il modello lombardo tendeva verso una forte commistione, competizione e concorrenza tra pubblico-privato, basata sulla separazione tra acquirenti e fornitori, con la quasi totalità dei presidi ospedalieri controllati da aziende ospedaliere (anziché dalle Asl) e remunerati mediante tariffe a prestazione secondo il sistema dei Drg.

Dall'altro lato il modello centro-settentrionale di Toscana e Emilia-Romagna puntava, invece, su forme di cooperazione e integrazione con il privato accreditato (non profit e profit) strutturate sulla contrattazione e su meccanismi di programmazione, anziché sulla concorrenza pubblico-privato, in modo da tutelare il pubblico interesse. Nel mezzo, il terzo modello residuale delle Regioni meridionali rimaneva ancora radicato nei tradizionali meccanismi burocratici di governo (Neri, 2008). Il Lazio, storicamente territorio con grandi interessi privati nell'erogazione delle cure, avendo oltre due terzi dei posti letto al di fuori della Asl tendeva, di fatto, verso il modello lombardo, anche se al contempo manteneva un modello di *governance* accentrata, come nel caso del Veneto e della Basilicata, differente sia dal modello puramente liberista lombardo sia da quello toscano e emiliano di concertazione della programmazione (Neri, 2008).

In ogni caso negli anni Duemila la svolta manageriale era ormai matura, il piglio tecnicista aveva definitivamente trionfato sullo spirito partecipativo e universalista della 833. I ministri della salute del Governo Berlusconi II, Sirchia e Storace, avevano cercato di annullare gli sforzi compiuti da Bindi per affermare un modello di aziendalizzazione improntato sulla cooperazione tra pubblico e privato. L'obiettivo dei due ministri di centrodestra era invece quello di puntare sul libero mercato, stimolando la competizione tra attori pubblici e privati già sperimentata in Lombardia; e di puntare sulla liberalizzazione della professione medica (Maino e Neri, 2006). Con la legge 42/2009 e il D. lgs. 68/2011 la spesa sanitaria veniva standardizzata secondo il principio della spesa pro-capite, incentivando un finanziamento non corrispondente ai bisogni di salute, e alimentando divari regionali (Giorgi, 2024). La sanità pubblica negli anni Novanta e Duemila affrontava un forte declino, un processo che ancora oggi non sembra affatto affievolirsi.

All'aumento della privatizzazione, specie nelle forme del welfare aziendale, dei fondi sanitari e dell'assistenza sanitaria integrativa, seguiva anche la crescita di un sentimento collettivo di insoddisfazione per un paradigma di cura che sembrava sempre più distante dalle persone. Infatti aumentava sempre più il numero di coloro che preferivano affidarsi alla medicina omeopatica o ad altre forme di cura. È quella che Vicarelli definisce la fine della dominanza medica (Vicarelli, 2017), ovvero la messa in discussione del primato medico e della medicina nei processi di cura. In questo processo emergeva, a fronte del declino della 833, il desiderio per un nuovo paradigma di cure.

Le politiche dei governi Berlusconi cedevano il passo ad una decisa privatizzazione della sanità e dell'assistenza mediante l'accreditamento di strutture private, l'esternalizzazione di

ampie parti dei servizi e il blocco delle assunzioni. Le politiche sanitarie berlusconiane acuivano un processo di aziendalizzazione cui anche i precedenti governi di centro-sinistra si erano prestati (inclusa Bindi). In modo analogo, nemmeno con i governi di Amato, D'Alema, Prodi, Monti, Letta, Renzi e Gentiloni sarebbe avvenuta alcuna inversione di tendenza. Dal 1991 al 2018 la spesa sanitaria pubblica non superava il 7% del Pil, attestandosi al 6,4% nel 2018, “riaprendo un divario nei confronti di paesi come il Regno Unito (7,6%), la Germania (8,2%) e la Francia (8,6%)” (Giorgi, 2024, p. 274).

In questa cornice e in un susseguirsi di pesanti crisi economiche, negli anni Duemila la strategia della Regione Lazio era quella di puntare sulla razionalizzazione delle spese e l'accreditamento. “Nel Lazio durante il governo di centro-destra (2000-2005) sono state compiute alcune scelte, come l'adozione del tetto di sistema, che rendevano piuttosto esplicito l'orientamento verso la concorrenza” (Neri, 2008, p. 110).

La crisi politica della sanità pubblica precedeva e accompagnava la lunga crisi economica che con diversi cicli stava colpendo il paese (e che non sembra ancora oggi mostrare segni di cedimento). Nel 2001, la crescita economica cominciava a diminuire rispetto alle previsioni, poi nel 2008 irrompeva definitivamente la crisi finanziaria causata dallo scoppio della bolla speculativa dei mutui *subprime* statunitensi. Seguiva la crisi del debito sovrano del 2012, e purtroppo sarebbero seguite anche due ulteriori crisi tragicamente attuali: quella legata all'esplosione della pandemia o sindemia di Covid-19 e quella attualissima della guerra.

Nel mentre, le scelte della Regione Lazio seguivano il processo di responsabilizzazione gestionale e finanziaria della spesa sociosanitaria. Le Regioni di fronte alle nuove responsabilità di bilancio tendevano ad affidare ampie parti del servizio al privato in modo da scaricare parte dei propri oneri di spesa e di gestione della sanità. Il processo di responsabilizzazione regionale veniva accelerato mediante gli Accordi tra Stato e Regioni, di cui è bene ricordare tra gli altri: quelli del 3 agosto 2000 e dell'8 agosto 2001, dedicati in modo specifico al contenimento della spesa sanitaria; l'Intesa del 23 marzo 2005; e il «Patto per la salute» del 26 settembre 2006, poi recepito nella legge 296/2006 (Finanziaria 2007). Dopo il 2000, tali Accordi e la Conferenza Stato-Regioni avevano assunto un ruolo centrale nei nuovi assetti di governance del Ssn, rispondendo all'esigenza di garantire coordinamento e concertazione tra Stato e Regioni (Neri, 2008).

Nel complesso nella Regione Lazio, regionalizzazione e aziendalizzazione corrispondevano a pesanti tagli e politiche di ridimensionamento del servizio pubblico. La legge finanziaria

del 2005 (legge 311/2004) a fronte della grave situazione in cui versavano le Regioni, aveva portato alla stipula di piani di rientro, tra cui quello siglato il 28 febbraio 2007 proprio per il Lazio (Primerano, 2023; D'Amico, 2020). Il Ssr laziale entrava in una pagina difficilissima della propria storia, disciplinato dai piani di rientro e controllato dai tavoli di monitoraggio sarebbe finito per essere commissariato dal Consiglio dei Ministri su proposta del ministro dell'Economia, a causa di inadempienze e squilibri finanziari (D'Amico, 2020). A tutti i livelli di scala la sanità del Lazio negli anni Duemila affrontava una dura crisi, una crisi che nessun cambio di governo e di colori politici sembrava – e sembra ancora – capace di allontanare. Al fondo di questa parabola discendente del modello di cura della Regione Lazio troviamo il lungo periodo di commissariamento in cui è rimasta invischiata la sanità regionale, ben 12 anni di commissariamento che accompagneranno il sistema regionale fino al pieno dell'emergenza del Covid-19. Una profonda crisi che sarà dunque acuita dall'esplosione della pandemia e della sindemia a livello globale.

Proprio nel corso del lungo commissariamento del Lazio, il primo gennaio 2016 si compiva anche l'ultimo sostanziale accorpamento delle Asl romane, sotto la presidenza Zingaretti (Decreto commissariale 30 dicembre 2015). In questa parabola discendente caratterizzata da una spinta verso forme di aziendalizzazione e di privatizzazione, il servizio pubblico si era progressivamente ritirato dal territorio, stravolgendo i principi di prossimità e di universalità che avevano portato alla 833/1978. Così nella provincia di Roma rimarranno concentrate 6 delle 12 Asl presenti sul territorio, a cui si aggiungevano quelle di Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo.

È in questo quadro e di fronte all'emergenza Covid che viene immaginata una riforma dei servizi territoriali grazie ai fondi del Pnrr. Nel complesso secondo l'Inapp (Istituto nazionale di analisi delle politiche pubbliche):

“L'Italia affronta questa nuova stagione storica con un quadro macroeconomico che appare ‘resiliente’ rispetto alle precedenti crisi. Prodotto e occupazione hanno quasi recuperato volumi e livelli pre-crisi, ma i fattori di fragilità sono strutturali e la piena attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sembra essere l'ultima possibilità di imprimere un corso diverso alle politiche pubbliche” (Deidda, Centra, Tronti, 2023, p. 38).

3.2. – Il termine *Ante quem*: la crisi sindemica

Quanto ha influito l'esperienza globale del Covid-19 sulle nostre vite? E quanto è cambiato il mondo con la pandemia? È ancora difficile rispondere a queste domande, non è possibile e forse non lo sarà mai stabilire in che modo e quanto il Covid abbia deviato il corso della storia umana. Di certo c'è solo che quell'esperienza ha modificato la quotidianità di miliardi di persone, stravolgendo affetti, relazioni, socialità, lavoro e persino il rapporto con il proprio corpo, spazio e movimento. A livello sociale e psicologico probabilmente saranno necessari ancora anni per capire quanto e come la nostra mente e il nostro corpo abbiano accusato e sofferto le conseguenze del distanziamento sociale, dello stravolgimento nella normale *routine* quotidiana, dell'impossibilità di compiere gesti tanto semplici quanto naturali come uscire di casa, incontrare o abbracciare amici e parenti. Solo sull'affettività e il contatto umano ai tempi del Covid si potrebbe scrivere un trattato, senza peraltro riuscire minimamente ad esaurire l'argomento. Le conseguenze sociali della pandemia raggiungono un livello tale di profondità, di interconnessione e di complessità da rendere impossibile stabilire con esattezza quanto e come abbia influito sulle nostre vite.

Sebbene tutte e tutti sul pianeta Terra abbiano in qualche modo sperimentato sulla propria pelle gli effetti della pandemia, sebbene sia stata quindi un'esperienza del tutto trasversale e capace di accomunare miliardi di persone, il suo impatto non è stato omogeneo né orizzontale, ma anzi, seppur con elementi comuni, ha prodotto effetti disuguali (Oxfam, 2022). Nel 2020, l'anno in cui è cominciata l'emergenza Covid, il patrimonio dei 10 miliardari più ricchi del mondo, secondo Forbes, è cresciuto del 119%, raddoppiando; mentre a fine 2021, secondo la Banca Mondiale, la pandemia aveva causato 163 milioni di nuovi poveri, che vivevano con meno di 5,50 dollari al giorno (Oxfam, 2022). La crisi ha avuto l'effetto di acuire le disuguaglianze, aggravando gli squilibri intersezionali e penalizzando le donne più che non gli uomini: nel primo mese di pandemia il reddito di 740 milioni di donne, lavoratrici nell'economia informale, è crollato del 60% (UN Women, 2020).

The pandemic exposes women's precarious economic security

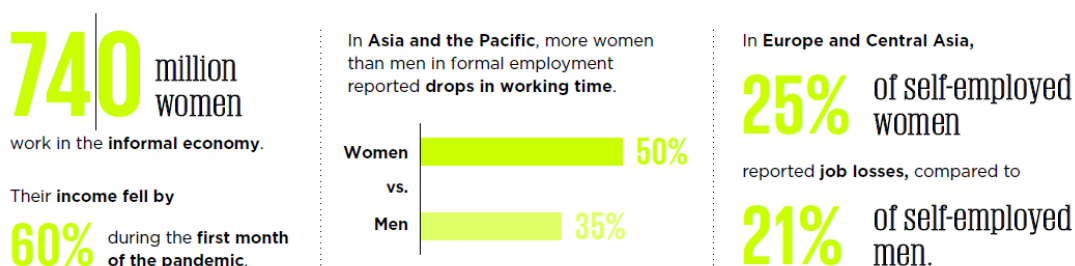


Fig. 5 – Impatto della pandemia sulle donne precarie:

Fonte: UN Women 2020, p. 5.

I dati aiutano a comprendere la portata della crisi, misurando l'ampiezza delle disuguaglianze sociali e l'accelerazione del divario intersezionale fomentate dal Covid, ma non restituiscono appieno la profondità dell'esperienza personale e collettiva, lo spazio vissuto dell'emergenza. Visualizzare 163 milioni di nuovi poveri in più rispetto al periodo pre-pandemico è difficile perché sono numeri oceanici, in cui ci è facile perdersi. E chissà poi quanti abbiano rischiato o temuto di finire in una simile classifica. Quante saranno le persone che – come me – si sono ritrovate a perdere il lavoro e d'un tratto hanno dovuto inventare un modo per mandare avanti la propria vita in una quotidianità stravolta? Ciascuno arrangiandosi a proprio modo, reinventandosi in mille modi.

Non è possibile dunque fare una ricognizione completa di tutti gli aspetti sociali su cui ha inciso il virus e non è possibile farlo né a livello quantitativo né qualitativo, perché i numeri non restituiscono fino in fondo la profondità delle differenti percezioni della pandemia, mentre un'analisi qualitativa si perderebbe nei mille rivoli e nell'oceano sterminato di miliardi di esperienze personali di vita pandemica. Queste considerazioni impongono nuove domande, una in particolare è scontata per chiunque intenda parlare del Covid: come si rappresenta la pandemia? In questa ricerca dottorale la risposta a questa domanda preliminare è stata semplice: la pandemia in quanto insieme complesso di infinite complessità soggettive e collettive non è rappresentabile. Anche in questo caso, come nel resto della ricerca, sono stati seguiti i principi della *Non-Representational Theory* (Amin, Thrift, 2002; Cadman, 2009; Macpherson, 2010). Anziché rappresentare l'irrappresentabile si proverà a spiegare perché la pandemia costituisca geograficamente un termine *ante quem*, un momento storico (Levy, 2020), un momento di passaggio epocale e nevralgico, un momento che ha segnato una chiara distinzione tra un prima e un dopo, tanto al livello globale dell'intero pianeta quanto al livello regionale su cui la ricerca è basata.

La geografia ha recepito questo cambiamento globale dell'esperienza dello spazio vissuto anche al proprio interno: esiste un'imponente bibliografia sul Covid, a livello geografico solo in Italia sono uscite numerose pubblicazioni, risvegliando anche un ambito, quello della geografia sanitaria che nel primo decennio del XXI secolo stava attraversando in Italia un momento difficile, con poche pubblicazioni nelle principali riviste di settore (Evangelista, 2016a). Con il Covid, invece, presto è diventato impossibile fare geografia senza scrivere di pandemia, proprio per la rilevanza che questa esperienza aveva su tutto il globo. In Italia, lo stravolgimento della dimensione spaziale e territoriale causato dalla pandemia ha stimolato una ricca produzione geografica già nei primi due anni della pandemia (2020-2022): dai ragionamenti epistemologici di Turco (2020) a quelli epidemiologici e patologici di Palagiano (2020), o ancora alle considerazioni di Morri sull'educazione e la didattica a distanza (Morri, 2020b). Alcuni studi si sono, poi, concentrati (Dai Prà *et al.*, 2020) sulle *policy* e le strategie adottate per fronteggiare l'emergenza.

In particolare, al centro dell'attenzione della comunità scientifica si è imposta l'analisi del rischio e della diffusione del contagio, in tal senso la cartografia Gis (*Geographic Information System*) ha svolto un ruolo nevralgico nell'analisi dei contagi, venendo ampiamente utilizzata dall'Organizzazione mondiale della salute (Oms) per descrivere la diffusione del contagio. In Italia, gli studi guidati da Casti e Riggio (Casti, 2020; Casti e Riggio, 2022) così come quelli di Borruso (*et al.*, 2020), Brunialti (*et al.*, 2020), Bertazzoni (*et al.*, 2020). o Podda e Scanu (2020) si sono concentrati sulla cartografia come strumento di individuazione e rappresentazione del contagio (e dei suoi effetti diseguali), mentre quelli di Ascani (*et al.*, 2021) sugli effetti e le variabili economiche. Un focus sulla città di Roma è stato condotto da Pesaresi, Pavia e De Vito (2022), i quali analizzano i risultati e alcuni screenshot del simulatore dinamico di diffusione spazio-temporale in ambiente Gis sviluppato per analizzare la propagazione del Covid.

Nonostante, ovviamente, non tutto sia cambiato con la pandemia, si può dire che a qualunque scala geografica sia avvenuta una modifica della vita umana e non solo umana. La trasformazione si è manifestata al livello quotidiano dello spazio vissuto in tutte le società umane globalizzate (Zignale, 2020), ma i suoi effetti direttamente o indirettamente hanno coinvolto anche l'ambito ecologico, ecosistemico della Terra. Nessun territorio, nemmeno il più remoto è stato alieno al processo di rapido cambiamento innescato dalla pandemia.

3.2.1. – Sindemia o pandemia? Il distanziamento sociale e globale oltre la sanità

Nell'immediato periodo del 2020 in cui progressivamente il *lockdown* cominciava ad estendersi – seppur con importanti differenze – a livello pressoché globale, si è aperto un ampio dibattito riguardo all'influsso dell'attività umana sul pianeta e la natura (Rutz *et al.*, 2021; Searle *et al.*, 2021). Persino sui *social media* – utilizzatissimi durante il *lockdown* (Zignale, 2020) – si è cominciato a parlare di Antropocene quando hanno iniziato ad impazzare online immagini di piante e animali tornati negli ambienti urbani e antropizzati con la momentanea assenza umana.

L'epoca che, secondo alcuni studiosi, l'umanità sta attraversando, l'Antropocene, si differenzia dalle precedenti epoche geologiche per il forte condizionamento geologico, atmosferico, biologico, paesaggistico e territoriale del pianeta causato dall'azione dell'attività umana. Dalla scala locale a quella globale l'uomo ha da tempo cominciato a modificare il nostro pianeta. Secondo Crutzen (2005), quest'epoca inizia tra la fine del XVIII secolo e l'avvento della rivoluzione industriale, momento in cui l'impatto umano, anche grazie all'invenzione del motore a scoppio, diventa rilevabile su scala globale. Giorda (2019), invece, sviluppa il concetto di Antropocene in una prospettiva geografica e culturale: l'Antropocene è, infatti, anche il contesto di trasformazione dei paesaggi, delle rappresentazioni sociali e dei modi in cui il sapere geografico interpreta la relazione Terra-società.

Sebbene il concetto di Antropocene fosse quindi diffuso già dai primi anni Duemila, il Covid ha segnato una forte accelerazione della sua diffusione: la pandemia è stata un'occasione per osservare - anche se in modo parziale - una forma di sospensione dell'attività umana; il *lockdown* ha offerto una chance più unica che rara per osservare cosa succede sulla Terra quando l'uomo "esce di scena". Al contempo, le stesse radici della pandemia man mano che sono state indagate hanno mostrato profonde interconnessioni con l'attività umana. Proprio a partire da una riflessione sul nesso pandemia-Antropocene, Mario Neve ha proposto di considerare l'emergenza pandemica in diretta correlazione con il neoliberismo e il rapporto storicamente consolidatosi tra le società umane e la natura.

“Il fatto è che il grande racconto dell'Antropocene, per quanto costituisca un banco di prova importante per la riflessione, ha teso finora a presentare la nostra epoca come un «risveglio» di consapevolezza ambientale, come se la crisi ambientale fosse una conseguenza inattesa della modernità, e le collettività che ci hanno preceduto «non

sapessero ciò che facevano». Ma in realtà, «la storia dell'Antropocene deve fondarsi sulla constatazione inquietante che la distruzione dell'ambiente non si è prodotta inavvertitamente, come se la natura non contasse, ma malgrado la prudenza [...] ambientale dei moderni» (Bonneuil, Fressoz, 2016, p. 196).

È opportuno, quindi, un breve esame di ciò che la pandemia rivela circa l'impatto delle scelte neoliberiste sul rapporto natura-società, dunque sulle *territorialità* odierne, specificando i nodi problematici sollevati dalla scissione tra *spazio* e *società*, per poi concentrarsi sul ruolo giocato dalle *infrastrutture* nelle territorialità stesse, evidenziandone il peso crescente nell'esautorare la soggettività (e responsabilità) umana, assumendone la funzione *decisionale*» (Neve, 2021, p. 29).

Come ha sottolineato anche Bruno Latour (2020), l'attuale crisi sanitaria è interconnessa alla crisi climatica ed ecologica: lo squilibrio del rapporto tra uomo e ambiente è infatti alla radice del salto di specie (*spillover*) che ha determinato la diffusione del Covid nelle società umane. Anzi, secondo Latour l'emergenza pandemica ci invita a ripensare il rapporto tra ambiente e società in modo da superare il complesso delle contraddizioni che caratterizzano l'Antropocene.

Il Covid-19 ha innescato un processo di re-immaginazione del nostro sistema-mondo che interroga ad ogni livello di scala tutta l'umanità in tutte le sue forme sociali. Certamente, al centro di questa sfida sistemica si pone il ruolo dello stato, il cui intervento per mitigare, contenere e risolvere l'emergenza è stato nevralgico e determinante in tutto il globo, e, infatti, i poteri e l'intervento dello stato hanno trovato nuova enfasi dopo una lunga stagione di politiche neoliberiste cominciata con Ronald Reagan, Margaret Thatcher e gli economisti della Scuola di Chicago. Ma al contempo a tale centralità dell'intervento pubblico si è accompagnata anche una dura critica riguardante la legittimità delle scelte politiche adottate. L'emergenza, recuperando il pensiero di Agamben (2005), può configurare anche uno stato di eccezione (Galluccio *et al.*, 2021) nel quale realizzare una sospensione dello stato di diritto.

Nonostante sia innegabile un cambiamento territoriale globale connesso all'esplosione della pandemia, questo cambiamento si inserisce ed entra in dialogo con dinamiche strutturali di lungo corso. Non si può addossare ogni responsabilità dell'emergenza pandemica ad un virus e quindi ad un ambito prettamente non umano, perché sono le attività umane ad aver creato le premesse indispensabili allo *spillover*, alla diffusione del virus, al suo mancato contrasto e quindi alla catastrofe antropocenica (Neve, 2021). Elementi non umani e umani hanno agito insieme, interconnessi e capaci di influenzarsi a vicenda. Per restituire questo intreccio di

agency umane e virali spiegandone gli effetti diseguali sulla società e la geopolitica è stato anche coniato il termine *more-than-viral* (Chan *et al.*, 2020).

Anche nell'analisi critica di stampo marxista di David Harvey la pandemia non può essere letta come un evento separato e scollegato dal suo contesto sociale ed economico:

“Da molto respingo l'idea di una “natura” come qualcosa di esterno e di separato da cultura, economia e vita quotidiana. Sostengo una visione più dialettica e relazionale della relazione metabolica con la natura. Il capitale modifica le condizioni ambientali della propria riproduzione, ma lo fa in un contesto di conseguenze non volute (come il cambiamento climatico) e sullo sfondo di forze evolutive autonome e indipendenti, che rimodellano continuamente le condizioni ambientali. Da questo punto di vista non esiste veramente qualcosa che si possa definire un disastro naturale. I virus mutano costantemente, certo, ma le circostanze per cui una mutazione diventa una minaccia per la vita dipendono dalle azioni umane” (Harvey, 2021, p. 189).

Natura, cultura, economia, territorio e vita quotidiana sono elementi che in una corretta analisi geografica devono sempre essere considerati insieme come interconnessi, specialmente nei momenti di crisi e di emergenza.

In ogni caso, sebbene la pandemia sia interconnessa con il modello di sviluppo capitalista consolidatosi nelle società occidentali e con la storia e le territorialità delle società umane, è innegabile che essa abbia prodotto un profondo cambiamento. Ci si può interrogare se il cambiamento consista in una sorta di pausa o una sospensione della normale attività quotidiana umana come suggerisce il concetto di *Anthropause* (Rutz *et al.*, 2020); oppure se, in modo analogo ma differente, questo spazio-tempo di sospensione o eccezione non rappresenti una sorta di portale capace di aprire il passaggio verso nuovi mondi possibili (Searle *et al.*, 2021).

L'interconnessione tra salute e determinanti sociali della malattia non è, d'altronde, una novità introdotta dalla geografia o dalla scuola territorialista. In ambito medico e sanitario, ben prima della pandemia, la rilevanza dell'interconnessione tra ambito della salute e ambito sociale era già ampiamente consolidata. Nella cultura igienista, ad esempio, malattie del corpo e malattie della società sono state accostate insieme e messe in relazione di causa-effetto sin dal XIX secolo. Ma in particolare, sono stati i più recenti studi di Marmot (Wilkinson,

Marmot, 2003) a catalizzare l'attuale dibattito scientifico intorno ai determinanti sociali della salute.

Il Covid rispetto ad altre malattie ha però mostrato un livello particolarmente elevato di interconnessione con la quotidianità, la struttura e l'organizzazione delle società umane, realizzando un intreccio particolarmente avviluppato tra territorio e aspetti sanitari e sociali, di cui sono testimonianza le misure eccezionali di distanziamento sociale o di limitazione della mobilità di corpi e merci. L'interdipendenza tra gli aspetti medico-sanitari della pandemia e quelli economici, culturali e geografici ha suggerito l'utilizzo del termine sindemia (Bambra *et al.*, 2020; Caron e Adegboye, 2021; Galluccio *et al.*, 2021; Neve, 2021) per rimarcare la necessità di una prospettiva olistica sulla salute, specialmente in questo momento di crisi, e per sottolineare anche le disuguaglianze sociali aggravate dall'emergenza Covid (Oxfam, 2022).

Il concetto di sindemia coniato da Singer (1996; 2009) intendeva mostrare l'interconnessione tra determinanti sociali della salute e Aids. Secondo Singer, l'utilizzo di droga e l'alto tasso di violenza finivano per perpetuare l'alta incidenza della malattia Aids, in una spirale in cui problemi di salute e problemi sociali si alimentavano in un mutuo processo, rendendo croniche le condizioni sociali nocive. Infatti, "A syndemic is a set of closely intertwined and mutual enhancing health problems that significantly affect the overall health status of a population within the context of a perpetuating configuration of noxious social conditions" (Singer, 1996, p. 99). Nel 2020 è la rivista *The Lancet* con Richard Horton (2020) ad affermare che il Covid non è una pandemia e che per uscire dalla crisi non sarebbe stato quindi sufficiente concentrarsi sulla diffusione del contagio o su modelli epidemici. Horton, adottando il concetto di sindemia, sottolinea le origini sociali del Covid e l'interazione tra condizioni sociali, determinanti sociali e stato di salute, con lo scopo di allargare la prospettiva di cura solitamente circoscritta alla malattia e al malato, per includere invece anche nel processo di cura l'educazione, il lavoro, l'abitare, l'alimentazione e il generale modello di sviluppo.

Come detto sin dal principio, il Covid ha aggravato le disuguaglianze globali, ma a sua volta ne è anche stato profondamente influenzato. Non è solo un rapporto di causa-effetto, ma un legame di interdipendenza. I tassi maggiori dei fattori di rischio del Covid in Europa e USA sono stati riscontrati tra le minoranze etniche (Bambra *et al.*, 2020). In quelle comunità la maggiore presenza di malattie cardiovascolari e diabete ha creato le premesse per l'alto fattore di rischio, ma a loro volta quelle stesse malattie e forme di comorbilità dipendono dai

determinanti della salute, ovvero da quell'insieme di condizioni sociali, economiche e intersezionali che compongono nel complesso lo spazio vissuto di ciascuna persona. Le disuguaglianze che vivono le minoranze etniche dipendono dal lavoro, dall'accesso a beni e servizi e dalla qualità della vita in cui quelle stesse comunità vivono. Certamente ciascuno è responsabile della propria salute, ma le opportunità e le condizioni sociali di partenza di ciascuno di noi non sono uguali. Non a caso spesso determinanti della salute e determinanti sociali vengono usati quasi come sinonimi. Non bisogna, quindi, incolpare o responsabilizzare le minoranze, le classi subalterne e gli abitanti del margine per i propri più alti tassi di rischio e di cronicità, perché:

“These inequalities in chronic conditions arise as a result of inequalities in exposure to the social determinants of health: the conditions in which people ‘live, work, grow and age’ including working conditions, unemployment, access to essential goods and services (eg, water, sanitation and food), housing and access to healthcare” (Bambra *et al.*, 2020, p. 965).

Come osserva l'Oxfam nei suoi rapporti (2018; 2022), nel mondo le disuguaglianze tendono ad aumentare e il Covid ha aggravato questo processo. Le disuguaglianze sociali e i determinanti di salute sono sempre strettamente interconnessi. Persino quando finalmente sono stati pronti vaccini efficaci, oltre l'80% delle dosi è stato immediatamente utilizzato dai paesi del G20, mentre pochissimi vaccini sono giunti nei paesi a basso reddito (Oxfam, 2022).

Se è vero che le condizioni sociali ed economiche influenzano i determinanti della salute, non avrebbero avuto maggior bisogno dei vaccini i paesi più poveri del mondo? Eppure, non è così che sono andate le cose: il Covid ha avuto un effetto diseguale, accelerando la produzione di disuguaglianze a scala globale e venendone a sua volta accelerato. Non una pandemia, ma una sindemia, in quanto insieme inestricabile di cause tra loro interconnesse che, come in un vortice, corre insieme senza un centro fisso. La necessità epistemica di utilizzare il concetto di sindemia in questa tesi nasce da un bisogno etico della cura, seguendo la responsabilità di trascendere oltre il confine di un sapere astrattamente non situato, oltre la medicalizzazione del dramma sociale. Mentre la pandemia ha una centralità ontologica chiara e una matrice unica sussunta nella malattia, la centralità della sindemia non grava su di un elemento fisso, essa è piuttosto un ciclo di concause.

Personalmente ritengo che l'utilizzo del termine sindemia sia più appropriato per descrivere l'emergenza Covid e soprattutto il faticoso percorso di reazione all'emergenza sanitaria,

economica, finanziaria, psicologica, pedagogica (per gli effetti della didattica a distanza) e non solo umana. Il termine pandemia mantiene un'impostazione tradizionale fondata sulla centralità della malattia, mentre al contrario il concetto di sindemia riesce meglio ad illuminare le interconnessioni tra malattia, disuguaglianze e determinanti della salute.

Sindemia mi sembra essere anche una chiave analitica più in linea con le recenti prospettive olistiche della *One Health* (Murray *et al.*, 2022; Maciocco, 2019) nelle scienze mediche e sanitarie. Certo, l'apertura di molteplici punti di osservazione, ambiti disciplinari e spazi di riflessione che il termine sindemia inevitabilmente porta con sé rischia di complessificare di molto il discorso sul Covid. Dunque, una nuova domanda sorge spontanea: come si analizza una sindemia? Come si tengono insieme i vari aspetti sociali, economici, affettivi, ambientali e di sviluppo che una sindemia porta con sé?

La risposta arriva (più o meno direttamente) da un recente filone di ricerca (Eaves e Al-Hindi, 2020; Albanese, 2021; Festa, 2021) che ha cominciato a proporre di utilizzare il concetto di intersezionalità nell'analisi dell'emergenza Covid proprio per mettere in risalto le differenze sociali, culturali e di genere che caratterizzano l'attuale crisi e superare, quindi, le diverse espressioni delle geografie del Covid.

Come già osservato precedentemente, esiste una robusta letteratura che dimostra quanto diseguale sia stato l'impatto della sindemia (Bambra *et al.*, 2020; Oxfam, 2022). Per riuscire a osservare le varie sfaccettature della questione, un approccio intersezionale può risultare molto più pertinente perché capace di mostrare le differenze sociali, di genere, di provenienza ed economiche che la sindemia ha sia subito che alimentato. L'analisi intersezionale della salute e della sindemia apre nuove prospettive di ricerca, la geografia con la sua capacità di spaziare tra diversi ambiti del sapere e di creare connessioni inedite si presenta all'interno di questo quadro come un campo aperto e quantomai necessario d'azione.

Rispetto all'utilizzo dell'intersezionalità nelle ricerche geografiche sul Covid, Eaves e Al-Hindi danno una chiara linea di indirizzo, prendendo una posizione semplice e chiara:

“we argue that intersectional analyses of the pandemic will generate better research, better scholarship, and better policies that attend to how a public health crisis shapes communities differently across scale and space.

We encourage geographers to engage with feminist theories and methods of

intersectionality thoughtfully, ‘ethically, and with care’ (Hopkins, 2017: 3; Mollett and Faria, 2018).” (Eaves e Al-Hindi 2020, p. 132).

Gli effetti della sindemia sono stati diseguali e per questo è necessario utilizzare una lente di analisi intersezionale, volgendola non solo al periodo emergenziale cominciato nel 2020, ma anche ai suoi successivi sviluppi.

Se in un primo momento l’attenzione geografica si era volta verso gli effetti immediati della sindemia (il contagio, le morti, le misure sanitarie, gli effetti della Dad o dello *smart working* e così via), progressivamente si è esteso l’interesse geografico per le dinamiche di medio e lungo periodo connesse al Covid. L’attenzione si è spostata via via dallo spazio-tempo d’eccezione della sindemia, da quella momentanea *Anthropause* che ha caratterizzato il *lockdown* e le altre misure d’emergenza del primo periodo pandemico, verso il dopo, ovvero verso le trasformazioni strutturali e sociali che la sindemia ha innescato, puntando i riflettori su quel portale verso nuovi mondi e possibilità descritto da Searle (*et al.*, 2021) come risposta alla crisi.

Nelle parole di Galluccio, Maggioli e Morri (2021, p.11) si ritrova lo sviluppo di questo ragionamento geografico che dall’analisi dell’emergenza globale sposta l’attenzione verso il mondo futuro post-pandemico:

“Quel che al fondo ci interessa comprendere sono gli effetti, non solo politici, prodotti dalla gestione del coronavirus nella fase emergenziale più grave e dall’evolvere delle misure man mano messe in campo, che verosimilmente si inverano nella trasformazione della pandemia in stato di eccezione e preludono alla strutturazione di geografie – ancora tutte da sondare – dove si ridisegnano nuovi spazi sociali, pubblici e privati, sollecitandoci a misurarsi con la probabile metamorfosi del mondo che viene annunciandosi”.

L’interesse di questa ricerca riguarda proprio questo processo di metamorfosi innescato dalla sindemia. Un processo plurale composto da innumerevoli dinamiche, sotto-processi, attori e dispositivi che è tuttora in atto e lontano dalla sua conclusione.

In un primo momento a innescare una riflessione sulla metamorfosi sindemica erano state alcune analisi critiche relative all’emergenza e, soprattutto, alle sue misure di contrasto (*lockdown*, *green pass*, distanziamento sociale ecc.), messe in atto in particolare da governi e istituzioni. Valentina Albanese, come molti altri autori, si è concentrata sulla metamorfosi del quotidiano e dello spazio vissuto obbligata dalle misure di distanziamento sociale, e su

come in questo spazio-tempo pandemico di eccezione il vuoto affettivo e spaziale quotidiano sia stato colmato da una quotidianità digitale sostitutiva.

“Le geografie dell’esteriorità e dell’alterità che si sono ridisegnate, nonché il percorso di acquisizione semantica e simbolica del territorio nuovo, quello stato di eccezione (Agamben, 2003) generato dalla pandemia, hanno portato alla co-costruzione e co-evoluzione dei termini della relazione: individuo/comunità, territorio e società (Turco, 1988). Tale complesso di relazioni è stato sublimato nella mediazione delle interazioni con supporti digitali di vario genere. Una mediazione tecnologica indispensabile e essenziale ha proiettato online la gran parte della nostra prossemica del quotidiano, dagli acquisti online, per esempio, al lavoro *smart*, agile, a distanza. È evidente come la costruzione delle routine della pandemia è stata favorita da tecnologie di vario tipo che si sono poste come necessario ponte per la ricostruzione del quotidiano in una veste virtuale, vicina alla dematerializzazione” (Albanese, 2021, p. 61).

La consapevolezza della metamorfosi in atto arriva, quindi, a partire dalla costruzione di una nuova *routine* e di una mutata prossemica. D’un tratto un quotidiano artificioso e artificiale si è dispiegato nella vita di miliardi di persone: con il *lockdown* e il distanziamento sociale è cambiato, pressoché a livello globale, lo spazio vissuto. Il primo impatto con questo quotidiano ricostruito sul distanziamento e la dematerializzazione digitalizzata è estraniante e spaventoso. *In primis*, perché è un quotidiano caratterizzato dalla paura concreta, fisica, corporea e spirituale che il contagio si diffonda, che la malattia colpisca noi e i nostri affetti, seminando morte e distruzione. In questo spazio-tempo aleggiano sensazioni e percezioni angoscianti, sembra che non solo lo spazio vissuto sia in pericolo, ma che lo sia il primo spazio che abitiamo, il corpo e, quindi, la vita stessa.

La nuova quotidianità sindemica si presenta estraniante perché relega la vita sempre di più allo spazio domestico e digitale. La mobilità e l’accessibilità sono del tutto sospese, la libertà di movimento è negata in virtù del bene superiore e comune della salute. Secondo David Bissell (2021), nel complesso con l’emergenza Covid si è aperto un periodo di enorme interesse geografico, perché sono stati scoperti alcuni dei meccanismi reconditi di produzione dello spazio e le loro molteplici interconnessioni. Di fronte alla sindemia, Bissell invoca la capacità della comunità geografica di indagare le relazioni ecologiche tra la Terra, la vita e il pensiero, tra il territorio e la società.

“I suggest that understanding the changing meaning and significance of place during the COVID-19 crisis can help us to make better sense of these changing relationships and understand what might be going on.” (Bissell, 2021, p. 150).

Nell'emergenza, mediante la sospensione degli spostamenti frenetici dell'epoca contemporanea, si è compromessa la compressione dello spazio-tempo. La compressione dello spazio-tempo è un fenomeno descritto da Harvey (2010) legato alla crescita estrema della mobilità che sin dalla metà dell'Ottocento aveva portato le società umane a ridefinire il proprio concetto di spazio, stravolgendone le distanze con un mondialismo connesso all'espansione del commercio e alla costruzione delle prime ferrovie (grossomodo gli stessi eventi e fenomeni che secondo Crutzen avrebbe portato alla costruzione dell'Antropocene). Eppure, sono rimaste anche nel cuore dell'emergenza profonde tracce dello spazio-tempo compresso, perché lavorare da casa è rimasto un privilegio che non poteva essere concesso a tutti: dai supermercati ai campi si è continuato a lavorare incessantemente, così come nel settore della logistica e in quello della cura, ovviamente, dove i ritmi addirittura sono cresciuti. È innegabile, però, che nel complesso i mesi del *lockdown* abbiano determinato uno stravolgimento spazio-temporale: uno stato eccezionale di sospensione della normale quotidianità che ha provocato un aumento delle distanze (insieme e oltre il distanziamento), mentre il ritmo persino delle più grandi metropoli rallentava. Secondo David Bissell (2021, p.152) questa condizione ha determinato “a strange sense of time-space expansion”, come quando viviamo periodi di attesa o di ritardo.

La sindemia ha riscritto il senso globale dello spazio-tempo e le nostre geografie affettive (Bissell, 2021) sia a livello individuale che collettivo. Un gigantesco coacervo di nuove emozioni, paure e affetti ha influito sulla percezione dello spazio, influenzandone quindi sia la rappresentazione che la reificazione. Per questo c'è bisogno di un lavoro di analisi geografica, “we need to listen closely to see what is happening, and we need to better appreciate – not downplay – the complexity of the situation and the new relations and associations that have formed in thi crisis” (Bissell, 2010, p. 157).

Per la Geografia, lo studio della metamorfosi sindemica può concentrarsi sia sul livello emozionale, affettivo e relazionale, osservando lo stravolgimento del quotidiano e dello spazio vissuto causato dall'emergenza, che sul livello di rappresentazione dello spazio, ovvero quell'ambito in cui si legittima l'azione di governo, di *governance* e di governamentalità del territorio. Tutti i livelli governamentali si confrontano con il rischio dello stato d'eccezione nel tentativo di gestire la crisi sindemica (Turco, 2020). È un rischio necessario:

bisogna ricorrere a misure straordinarie d'emergenza per uscire dalla crisi, ma bisogna anche evitare di normalizzare l'emergenza e di rendere permanenti i poteri straordinari concessi. È qui che si è giocato nel corso della sindemia un problema di manipolabilità della rappresentazione e delle forme di comunicazione mediatizzate.

Indipendentemente dalla ragione e dal torto, durante il *lockdown* si è palesato in tutta la sua forza il potere disciplinare della vigilanza sanitaria. Il biopotere descritto da Foucault (Foucault, 2007; 1978; 1976; Nilsson e Wallenstein, 2013) ha assunto dei tratti chiari e si è reificato, attraverso divieti, limitazioni e controllo sociale, in misure che hanno normato e disciplinato lo spazio, gli affetti, il movimento e il lavoro, raggiungendo profondamente lo spazio vissuto e sconvolgendolo, ma dimostrando anche che una vita del tutto diversa da quella che eravamo soliti vivere è possibile – nel bene o nel male.

Il *lockdown*, paradossalmente, ha dimostrato che un altro mondo è possibile. Se a livello biologico il nuovo mondo sembrava ricco di possibilità rigeneratrici, con una riscoperta della natura persino nell'ambiente antropizzato e urbanizzato dell'Antropocene; a livello sociale l'alternativa alla precedente quotidianità ha avuto a tratti un sapore più sinistro. Divieti, forme di vigilanza, dispositivi di controllo all'avanguardia e cure obbligatorie hanno aperto scenari distopici: sembravano il presagio di un mondo dominato da dispositivi istituzionali di controllo e da uno spazio personale di scelta del tutto limitato. La sospensione del quotidiano verificatasi durante la pandemia ha realizzato un globale stato di eccezione, una condizione sospesa e sconosciuta che ha suscitato sentimenti di incertezza, alienazione e spaesamento: per un momento è sembrato a molte persone che l'essere umano fosse stato ridotto alla nuda vita (Agamben, 2005), come se non ci fossero più limiti né riferimenti certi e come se qualunque cosa potesse accadere.

Quando si verifica una forte rottura del quotidiano, il mondo non risulta più essere familiare ed è in questa fine del (proprio) mondo che comincia l'apocalisse, perché l'incertezza più assoluta su ciò che sarà non può che scatenare anche panico, angoscia e paura. Nei primi periodi di contrasto al Covid si diffondeva, infatti, una sensazione di impotenza di fronte alla fine delle proprie abitudini, alla limitazione dei propri movimenti consueti. Il vuoto lasciato dallo spaesamento e dalla sospensione delle libertà personali si accompagnava poi ad un'altra presenza ingombrante: con la sospensione della libertà di movimento il controllo sociale piombava, improvvisamente e dall'alto, sullo spazio vissuto. Di questa nuova normazione basata sul biopotere e la coercizione è stato responsabile prima di tutto lo stato

e quindi il pubblico, di fronte al quale il semplice cittadino sembrava inerme, semplice nuda vita.

La paura del controllo sociale e del biopotere esercitato dallo stato ha alimentato anche la galassia No-Vax, sulla quale è stata addossata durante la sindemia la responsabilità (o la colpa, in base alle letture), tanto a livello mediatico quanto a livello politico, del contrasto e dell'opposizione alle norme e ai divieti, a partire dall'imposizione più strettamente corporea e biopolitica, ovvero il vaccino. Al di là di qualunque giudizio sul vaccino o sui No-Vax è bene non scadere in una banalizzazione del dibattito sollevato durante l'emergenza pandemica sui limiti del biopotere e dell'intervento pubblico. Di fatto, anche se non programmato, con il *lockdown* si è realizzato un enorme esperimento sociale, di cui l'Italia con il Governo Conte II è stata uno dei primi laboratori a livello globale; ed effettivamente i divieti e le misure d'emergenza così come i protocolli necessari all'approvazione del vaccino sono stati eseguiti in modo eccezionale, d'urgenza e senza alcuna certezza, con una notevole riaffermazione del potere centrale e governativo dello stato. Era logico che si sarebbero sollevate delle critiche, critiche di cui non si vuole qui entrare nel merito, ma è vero anche che di fronte alla sindemia bisognava in qualche modo reagire ed è qui che il Covid si è trasformato in un portale verso nuovi mondi possibili. La metamorfosi sindemica è anche in questo senso un ambito di grande interesse per una geografia epistemologicamente situata nella cura.

La sindemia pur stravolgendo miliardi di vite, di territori e di abitudini non è stata un evento del tutto contingente, non può essere intesa come un fulmine a ciel sereno perché affonda le proprie radici in una crisi culturale, sociale, ambientale e umana di lunga durata, di cui lo stesso concetto di Antropocene è una testimonianza. Essa è un processo di accelerazione. Lo sviluppo delle società umane sulla Terra mostrava già profonde incrinature. Nelle parole di Ernesto De Martino, pubblicate postume nel volume *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali* (De Martino, 2019) si colgono le radici di una crisi di origine culturale.

“Le rapidissime trasformazioni nei generi di vita introdotte dal diffondersi del progresso tecnico, le correnti migratorie dalla campagna alla città, da regioni sottosviluppate a regioni industriali, il salto improvviso da economie più o meno arretrate o addirittura da società tribali a economie e società ormai inserite nel mondo occidentale, hanno condotto alla crisi un gran numero di patrie culturali tradizionali senza che tuttavia la integrazione nella nuova patria culturale avesse avuto il tempo di maturarsi. I rapidi processi di transizione, le lacerazioni e i vuoti che essi comportano, la perdita di modelli culturali in una situazione

che non può più utilizzare quelli familiari, inducono crisi vistose e ripropongono nel modo più drammatico i problemi elementari del rapporto col mondo” (De Martino, 2019, p. 74).

La crisi precede e accompagna la sindemia. La sindemia nel suo incarnare un profondo cambiamento, una metamorfosi, oscilla tra la cronicizzazione della crisi in atto e l’apertura di nuovi mondi, nuovi modelli di sviluppo. Non è dato sapere se la metamorfosi (o il portale verso nuovi mondi) conduca verso esiti felici o cupi, ma è certo che in questo momento di cambiamento c’è bisogno di dispiegare e dischiudere nuove possibilità rigenerative.

Nella misura in cui ha luogo un’effettiva rinascita la deriva si trasforma in opportunità, mostrando il carattere rigenerativo della crisi, che già De Martino circa cinquanta anni fa aveva descritto.

“le apocalissi culturali ridischiudono mediatamente la operabilità del mondo, la progettabilità comunitaria della vita umana, l’attiva testimonianza di effettive opere economiche, morali, giuridiche, politiche, artistiche, scientifiche, filosofiche: in tale mediata ripresa del mondano che si compie attraverso il vario simbolismo apocalittico e che si palesa nella concreta dinamica culturale di questo simbolismo, sta il reale momento escatologico racchiuso nelle apocalissi culturali e non già nell’*escaton* paradisiaco o ultramondano considerato nella sua astratta formulazione” (De Martino, 2019, p. 539).

Nel corso della sindemia abbiamo assistito anche a numerosi esempi di “progettabilità comunitaria della vita umana” e di “effettive opere”. La crisi, come nelle esperienze romane riportate nel capitolo 5, è stata anche un motore di attivazione e resistenza. Una vasta letteratura testimonia l’emergere di forme di resilienza scaturite dall’emergenza, ed è questa resistenza ad aver scosso le forme di *governance*, di governo e *governmentality* del territorio.

3.2.2. – L’impatto sul Ssn

La sindemia ha innescato una metamorfosi a livello globale, coinvolgendo qualunque istituzione locale, regionale, nazionale o internazionale. Certamente non tutte le istituzioni possono essere definite resilienti, ma in senso lato ciascuna di loro ha dovuto reagire a proprio modo di fronte all’emergenza. Nemmeno il Ssn già in crisi (come descritto nel paragrafo 3.1.2) dopo decenni di tagli, aziendalizzazione, regionalizzazione, *austerity* e

aumento della spesa privata o convenzionata è stato alieno da un processo di metamorfosi (Giorgi e Taroni, 2020).

Tutti abbiamo ancora negli occhi le immagini trasmesse dai media – con una dovizia di particolari quasi da pornografia del dolore – dei pronto soccorso al collasso, dei corridoi ospedalieri stracolmi di malati in attesa di un posto letto, delle barelle stese per terra e degli operatori sociosanitari stremati, ma ancora lì al proprio posto, pronti a “lottare” contro il virus. Di questa resistenza estrema sono una prova le metafore belliche ampiamente utilizzate per descrivere la pandemia: gli “eroi” del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) che hanno combattuto “in prima linea”; le restrizioni della libertà di movimento come “coprifuoco”; l'utilizzo del celebre “lanciafiamme” del presidente della Regione Campania, Vincenzo De Luca, contro chi non rispettava i divieti; e, infine, l'exasperazione del conflitto tra favorevoli e contrari al vaccino (i cosiddetti No-Vax) come una vera e propria “guerra civile”.

Il Covid ha anche mostrato i limiti di un sistema sanitario già in crisi e al collasso: la mancanza di posti letti, le carenze di personale del Ssn, l'incapacità di prendersi cura di tutte e tutti, la mancanza di una rete territoriale capace di mappare e prevenire la diffusione dei contagi. Di queste criticità, divenute del tutto palesi anche ai meno esperti durante la pandemia, esistevano ampi segni in passato, ben prima della diffusione del Covid-19. Non è di certo dal 2020 che la sanità in Italia ha iniziato il suo declino, ma è in questo momento critico che finalmente si è deciso di reagire.

Durante la diffusione del Covid-19 è innegabile che sia avvenuto un cambio di *policy*, una reazione che ha permesso ad esempio la rimozione del blocco delle assunzioni del personale. Di fronte all'emergenza, l'*austerità* ha dovuto necessariamente essere messa da parte (Giorgi e Taroni, 2020), quantomeno temporaneamente. Anche se bisogna riconoscere la sopravvivenza anche durante l'emergenza di profonde tracce del vecchio paradigma e metodo neoliberista, se consideriamo, ad esempio, come osservano Brambilla e Maciocco (2022), che circa l'80% dei nuovi contratti pandemici è stato a tempo determinato o in libera professione. In ogni caso, però, da subito è stata evidente la necessità di un cambio di passo nelle politiche sanitarie.

“Nel corso della prima ondata l'intero sistema si trovò impreparato: l'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e contatti (con conseguenti isolamenti e quarantene), intervenendo a

domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha creato panico tra i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali” (Brambilla e Maciocco, 2022, p. 28).

Infatti, il d.l. 9 marzo 2020 n.14 a fronte di questa rovinosa situazione nella quale, in mancanza di un adeguato servizio territoriale capace di fungere da filtro, le persone finivano per congestionare le strutture ospedaliere, ha istituito delle apposite Unità speciali di continuità assistenziale (Usca), costituite da un medico e un infermiere ogni 50.000 abitanti, per prendere in carico le persone positive o sospette tali che presumibilmente non avrebbero avuto bisogno di un ricovero ospedaliero. Sostanzialmente era un tentativo di invertire la rotta rispetto al modello prevalentemente e storicamente ospedalocentrico del Ssn, cercando di far fronte al contagio e al collasso del pronto soccorso negli ospedali non attraverso una gestione centralizzata, ma allestendo una rete di unità locali per assistere e prendere in carico le persone sul territorio anziché in ospedale.

L'ospedalocentrismo è uno dei motivi della crisi del Ssn ed i suoi problemi si mostrano su diversi piani. Prima di tutto rappresenta un problema di organizzazione della sanità perché crea un rapporto sbilanciato e diseguale di cura sul territorio, imponendo una logica di centro e periferia: chiaramente chi si trova in prossimità di un centro ospedaliero risulta privilegiato rispetto a chi deve percorrere chilometri per raggiungere lo stesso servizio, come nel caso di chi abita in aree interne, montane, rurali ecc. Poi l'ospedalocentrismo rappresenta un problema economico, infatti le risorse già scarse tendono a venire drenate verso gli ospedali, inclusi ovviamente quelli privati e accreditati favoriti dal d.m. 70/2015 (Maffei, 2023). I Livelli essenziali di assistenza (Lea), mediante i quali si dovrebbe garantire l'uniformità delle cure essenziali sul territorio nazionale, sono divisi in tre macroaree, ovvero prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. A fronte del tetto di spesa generale e del tetto di spesa del personale imposto alle Regioni e alle aziende sanitarie dalla cosiddetta *Spending Review* e dal d.m. 70/2015 (anche noto come *decreto Balduzzi*), le tre macroaree finiscono per porsi in competizione tra loro per le scarse e limitate risorse economiche che l'articolo 27 del d.l. 6 maggio 2011 n.68 (modificato dall'articolo 35 del d.l. 25 maggio 2021 n.73) fissa al 5% per l'assistenza negli ambienti di vita e di lavoro (prevenzione), al 51% per l'assistenza distrettuale e al 44% per l'assistenza ospedaliera (Maffei, 2023).

Ma l'ospedalocentrismo è anche un problema culturale, nonostante la sindemia abbia mostrato in modo indiscutibile i limiti di un approccio di cura volto all'ospedalizzazione e, per contro, abbia mostrato la necessità di potenziare l'assistenza territoriale (come nel caso

appena descritto delle Usca), i servizi distrettuali sono ancora intesi come ancillari rispetto al centro ospedaliero.

“L’assistenza territoriale viene sempre vista come funzionale al miglior funzionamento dell’ospedale o a vicariarne alcuni ruoli a minore complessità. Ecco quindi che potenziare il territorio si traduce automaticamente in maggiore disponibilità di strumentazione diagnostica (es.: ecografi), evoluzione guidata più dalla disponibilità tecnologica che da una riflessione sui bisogni prevalenti e prioritari della popolazione assistita; ancora, si sente spesso dire che il potenziamento del territorio sia necessario per limitare gli accessi in pronto soccorso o per alleggerire il lavoro degli ospedali; nelle migliori ipotesi il territorio viene declinato come luogo adeguato alla gestione delle cronicità” (Ingrosso, 2024, p. 88).

L’ospedalocentrismo è quindi uno dei molteplici problemi che già prima del Covid-19 caratterizzavano l’organizzazione della cura in Italia, la sindemia ha solo contribuito ad aggravarne le conseguenze e ad accelerare la crisi. Un altro dei precedenti problemi del Ssn evidenziati dalla sindemia (e anche connesso al problema dell’ospedalocentrismo) è quello dell’aumento generale delle cronicità. Se negli anni Settanta quando è nato il Ssn l’Italia era da poco giunta l’esplosione demografica del *baby boom* ed era, quindi, un paese in crescita demografica e soprattutto ancora piuttosto giovane, con appena il 3,8% di popolazione sopra i 75 anni nel 1971; già nel 2011 la popolazione con più di 75 anni è arrivata al 10,4% e oggi al 12,8% secondo Istat (in base ai dati forniti nelle Serie storiche e nel censimento 2025). Il Ssn oggi si trova a dover affrontare una situazione molto diversa da quella del passato, nella quale prevalgono le malattie croniche a causa soprattutto del progressivo invecchiamento della popolazione. Questa differenza generazionale e dunque anche intersezionale impone di ripensare il servizio e il modo in cui le cure si declinano sul territorio: serve un cambio di paradigma di cura.

Durante la sindemia la mortalità, specie nel corso della prima ondata pandemica (del marzo 2020), ha colpito soprattutto le fasce di popolazione maggiormente deprivate per condizioni sociali ed economiche (Ingrosso, 2024). Due fattori particolarmente incisivi sulla mortalità del Covid sono stati l’anzianità e la presenza di patologie cronico-degenerative pregresse, infatti solo il 2,9% dei deceduti non presentava alcuna comorbidità, mentre il 67,8% ne presentava almeno tre (Ingrosso, 2024). A livello teorico, per rispondere a questa crisi demografica e immaginare modelli di cura aderenti all’attuale composizione intersezionale di una popolazione sempre più anziana e cronica, è stata elaborato in ambito medico il *Chronic*

Care Model, che rappresenta anche uno dei modelli al centro della Missione 6 del Pnrr, con particolare riguardo alla Componente 1.

L'idea del *Chronic Care Model* nasce proprio a partire dalla constatazione dell'alta incidenza di malattie croniche e di multimorbilità in Occidente. Nel 2005 la rivista *The Lancet* pubblicava un articolo provocatorio di Horton (2005) intitolato *The Neglected Epidemic of Chronic Disease*, nel quale il termine epidemia, a fronte del mutato contesto sociale, veniva accostato alle malattie croniche anziché a quelle infettive a cui tradizionalmente è legato (Francesconi *et al.*, 2021). Il sistema sanitario italiano, storicamente focalizzato sulla cura delle malattie acute, da sempre ha dedicato scarsa attenzione alla prevenzione, alla promozione della salute e alla rimozione dei fattori di rischio e dei determinanti della salute. Oggi a fronte del mutato quadro epidemiologico si rende necessario un cambio di prospettiva (Francesconi *et al.*, 2021). Il *Chronic Care Model*, elaborato a Seattle (Bodenheimer *et al.*, 2002), si basa, oltre che sulla prevenzione e la promozione della salute, sull'organizzazione delle cure primarie affidata a *team* multidisciplinari, sull'utilizzo di sistemi informativi e linee guida condivise, ma anche sull'acquisizione di una prospettiva di sanità d'iniziativa (attenzione ai bisogni di salute della comunità, continuità delle cure, coinvolgimento attivo e proattivo delle persone e interazione con le risorse della comunità), nella quale le persone e le associazioni che abitano il territorio non sono più inquadrati come destinatarie passive di un servizio (*carereceiver*), ma come parte integrante del processo di cura (Francesconi *et al.*, 2021).

Avere la popolazione mediamente più anziana d'Europa (con una mediana di 48,7 anni secondo Eurostat) è sicuramente uno dei fattori che ha inciso sull'alta mortalità registrata in Italia durante la sindemia, ma ci sono anche altri fattori che potrebbero essere stati determinanti. Analizzando il caso italiano in una prospettiva comparativa e confrontandolo con gli altri paesi europei, Genova e Lombardini (2024) notano che la più alta incidenza del Covid-19 in Italia potrebbe essere legata alla diminuzione dei medici di base e pediatri di libera scelta. Mentre in Europa si è assistito ad un generale aumento del numero dei medici di base, in Italia il processo di diminuzione, nonostante l'invecchiamento della popolazione con il 29,3% di over 65, sembra ancora inarrestabile e anzi dal 2014 al 2021 il numero di medici di base è sceso da 45.203 a 40.250 (Genova e Lombardini, 2024).

La sindemia ha reso manifesti i limiti del sistema sanitario italiano: lo hanno testimoniato, oltre alle immagini strazianti degli ospedali al collasso: l'incapacità di eseguire un tracciamento dei contagi nemmeno a due anni dalla comparsa del Covid; la mancanza di un piano epidemico e la gestione dell'emergenza attraverso DPCM e misure d'emergenza (in

assenza di un piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia aggiornato, quello italiano risaliva al 2006); i turni disumani di infermieri e dottori costretti a lavorare senza sosta per la mancanza sistemica di personale pubblico; il fallimento dei modelli sanitari fondati sul privato convenzionato come quello lombardo; le polemiche interne del sapere medico scientifico e l'incapacità di diffondere all'esterno un'informazione coerente. Non si tratta di questioni nuove (D'Eramo, 2020), ma di un terremoto che si abbatte su di un sistema già in crisi che si è retto, però, grazie alla resilienza, alla caparbia e all'autorganizzazione (Cellamare, 2019) dei suoi abitanti.

Proprio a partire dall'osservazione delle scelte di politica sanitaria per fronteggiare il Covid Giovanna Vicarelli e Stefano Neri (2021) si domandano se l'emergenza non sia stata una catastrofe vitale, quello stesso concetto evocato anche da Ingrosso (2022) facendo riferimento all'antropologo Ernesto De Martino. Il dibattito sulle misure politiche e sanitarie attuate in Italia durante la pandemia per rafforzare il Ssn è ben riassunto da Neri e Vicarelli (2021): nell'immediato della prima ondata, dopo aver praticamente negato il problema fino al 23 febbraio 2020, a maggio con disposizioni legislative urgenti (il d.l. n.18, modificato dalla legge 24 aprile 2020, n.27; e il d.l. 19 maggio n.34, *decreto Rilancio*) è iniziato un processo di aumento della spesa corrente, reclutamento del personale medico e sanitario (83.180 unità di personale) e riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, esattamente quanto per decenni era sembrato impossibile ottenere politicamente o finanziariamente. A queste misure straordinarie si sono sommate quelle altrettanto straordinarie rese possibili grazie ai fondi comunitari del *Next Generation EU*, con cui è stato finanziato il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), la cui Missione 6 è dedicata alla salute.

L'analisi di queste misure dall'alto è di enorme interesse geografico, certamente lo è per le geografie sociale, sanitaria e della cura, eppure sono quasi completamente assenti studi o approfondimenti specifici sulla Missione 6 del Pnrr. Mentre esiste una vasta letteratura medica, sociologica e antropologica sulla Missione, le ricerche geografiche scarseggiano riguardo alle misure sanitarie del Pnrr.

L'analisi delle trasformazioni territoriali e sociali legate alla pandemia si presenta quindi come un campo di studi aperto e quanto mai necessario, perché un'analisi geografica delle dinamiche sociali e delle politiche sanitarie in atto potrebbe offrire un quadro di riferimento per orientare l'azione pubblica post-sindemica. In particolare, la Missione 6 Componente 1 del Pnrr intende riformare il sistema delle reti di prossimità e dell'assistenza sociosanitaria territoriale in Italia, laddove di fatto si introduce una riforma del Ssn attraverso la

realizzazione delle nuove infrastrutture di comunità (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Territoriali Operative). È a tutti gli effetti una riforma delle cure primarie che mira a passare dal paradigma della medicina di base a quello della medicina di prossimità, realizzando sul territorio degli spazi di comunità che rappresentino il centro di nuove reti di cura territoriale. La Missione 6 del Pnrr testimonia la volontà di organizzare una ridefinizione della distribuzione dei servizi sociosanitari che apre alla possibilità di riconfigurare la geografia amministrativa del Ssn, introducendo forse qualche modifica nell'attuale paradigma di cura del Ssn.

4. – Una nuova riforma della sanità?

A distanza di quasi cinquant'anni dalla nascita del Ssn (1978), a seguito dell'esperienza pandemica, giunge con la Missione 6 Componente 1 del Pnrr una nuova riforma del servizio, e in particolare dell'organizzazione dell'assistenza sociosanitaria sul territorio e delle cure primarie. La portata di questa trasformazione deve essere ancora valutata, perché solo entro la fine del primo trimestre del 2026 le strutture di comunità previste dalla Missione entreranno quasi tutte in funzione. Eppure, già si intuisce la rilevanza di questa nuova riforma dalle questioni che si prefigge di affrontare. In primo luogo, la realizzazione sull'intero territorio nazionale di una nuova – o quasi, come vedremo in questo capitolo – rete di infrastrutture sociosanitarie che trasforma profondamente, almeno in teoria, il primo livello di accesso al Ssn. In secondo luogo, l'inserimento all'interno delle nuove strutture dei medici di base e dei pediatri di libera scelta, i quali ad oggi mantengono, in parte come retaggio del sistema della mutua, un assetto fondamentalmente privato-convenzionato che li distingue dal personale pubblico comunemente inteso. Se fino ad oggi siamo stati tutti abituati ad essere ricevuti dal nostro medico di famiglia in studi privati, nell'immediato futuro potrebbe non essere più così, e potremmo usufruire del loro servizio all'interno di uno spazio pubblico, quello della Casa della Comunità. A livello geografico, questa riforma introdurrebbe un cambio dell'esperienza quotidiana di accesso ai servizi sociosanitari molto rilevante.

Siamo, dunque, di fronte, a seguito dell'esperienza sindemica, a un nuovo e possibile intenso cambiamento del rapporto tra cittadinanza, territorio e servizi sanitari. Questa trasformazione apre una serie di interrogativi e riflessioni. Per cominciare, è l'occasione per ragionare su come viene percepito l'attuale sistema di cura, su quali siano le modifiche da apportare per rendere il servizio pubblico più corrispondente ai bisogni e alla domanda di cura della società attuale. Quindi, è l'occasione per ragionare su quali siano, per contro, le criticità e i bisogni impellenti per gli abitanti della città sindemica, considerando anche le profonde trasformazioni intercorse tra il 1978, l'anno di nascita del Ssn, e l'attualità post-pandemica, in termini sociali, demografici, economici e intersezionali. Infine, è anche l'occasione per formulare concrete proposte di intervento pubblico – auspicabilmente territorialmente fondate – per orientare le politiche di *governance* in modo da rendere efficace questa riforma dell'assistenza sociosanitaria.

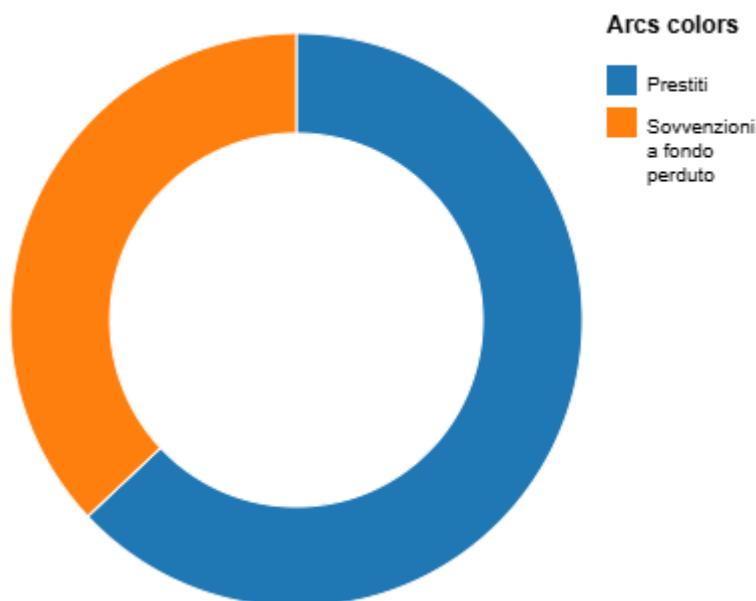
Come abbiamo visto la sindemia ha innescato un generale processo trasformativo, da cui la sanità non poteva certo rimanere esente. L'impulso trasformativo per reagire alla sindemia ha imposto una riconsiderazione del vigente paradigma di cura, spingendo verso la realizzazione di nuovi modelli. La Missione 6, timidamente, tenta di mettere un argine al connubio di crisi sociale e sanitaria, recependo un generale bisogno, che si fa strada dal basso, di costruire un nuovo paradigma di salute fondato sul principio di prossimità, nonché su di una concezione etica e partecipativa della cura capace di travalicare la barriera tra *caregiver* e *carereceiver* (Chatzidakis *et al.*, 2020).

L'analisi della Missione 6 si presenta dunque come un campo fecondo di studio per la geografia, in particolare è di grande interesse lo studio delle Case della Comunità (CdC) perché sono il luogo centrale per la riforma dei servizi territoriali del Ssn e la costruzione su ogni territorio di nuove reti comunitarie locali di prossimità. Quindi è sulla Componente 1 della Missione 6 che si concentrerà l'analisi, nel tentativo di offrire un contributo geografico su un tema ancora non sufficientemente esplorato.

4.1. – Ripartire in confusione

Con la sindemia anche in Italia sono quindi giunte le premesse giuste, tanto a livello nazionale quanto a livello internazionale, per realizzare una riforma delle cure a partire dalla sanità pubblica e dai suoi servizi territoriali. Nel marzo 2020, anche l'Oms proprio per sottolineare l'importanza delle cure primarie integrate, della prevenzione e dell'attività di monitoraggio esercitata dai servizi territoriali aveva pubblicato il documento *Global Strategy on Health, Environment and Climate Change*. L'Europa, di fronte all'emergenza, ha deciso di intervenire e stanziare, per mezzo del *Recovery and Resilience Facility* nell'ambito del progetto *Next Generation EU*, oltre 800 miliardi di euro per rilanciare una reazione alla crisi sindemica, cui si aggiungono oltre 1.200 miliardi di prestiti pluriennali, per un totale di risorse finanziarie pari a 2.018 miliardi di euro (Ingrosso, 2024). Grazie a tali investimenti comunitari l'Italia ha potuto varare il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), un piano pari a 194,4 miliardi di euro, nettamente il più oneroso d'Europa e con una netta prevalenza dei prestiti (122,6 miliardi), i quali devono necessariamente essere restituiti, sulle sovvenzioni a fondo perduto (71,8 miliardi). Questo rapporto sbilanciato tra prestiti e sovvenzioni, in favore dei prestiti,

rappresenta un primo problema di contesto generale per l'attuazione di una riforma sistemica.



*Fig. 5 – Il rapporto tra prestiti e sovvenzioni sul totale dei fondi Pnrr.
Fonte: elaborazione personale su base dati Italia Domani*

Un secondo problema è di quantità più che di qualità. A fronte dei fondi comunitari stanziati dall'Europa per rilanciare attraverso il debito una reazione alla sindemia, nel dicembre del 2020 il Governo Conte II ha presentato la prima versione del Pnrr. Si trattava, però, di un piano abbastanza deludente, specie per la sanità: venivano previsti solo 9 miliardi per la salute, ovvero appena il 4,6% del totale delle risorse del *Recovery Fund* (Brambilla e Maciocco, 2022). Nella versione definitiva del Pnrr alla Missione 6, relativa alla sanità, verranno destinati 15,6 miliardi di euro, pari a circa l'8% del totale, con un deciso aumento delle risorse che, però, sembrano ancora insufficienti per compiere una riforma sanitaria che possa imprimere un cambio di paradigma per le cure e la salute in Italia (Brambilla e Maciocco, 2022).

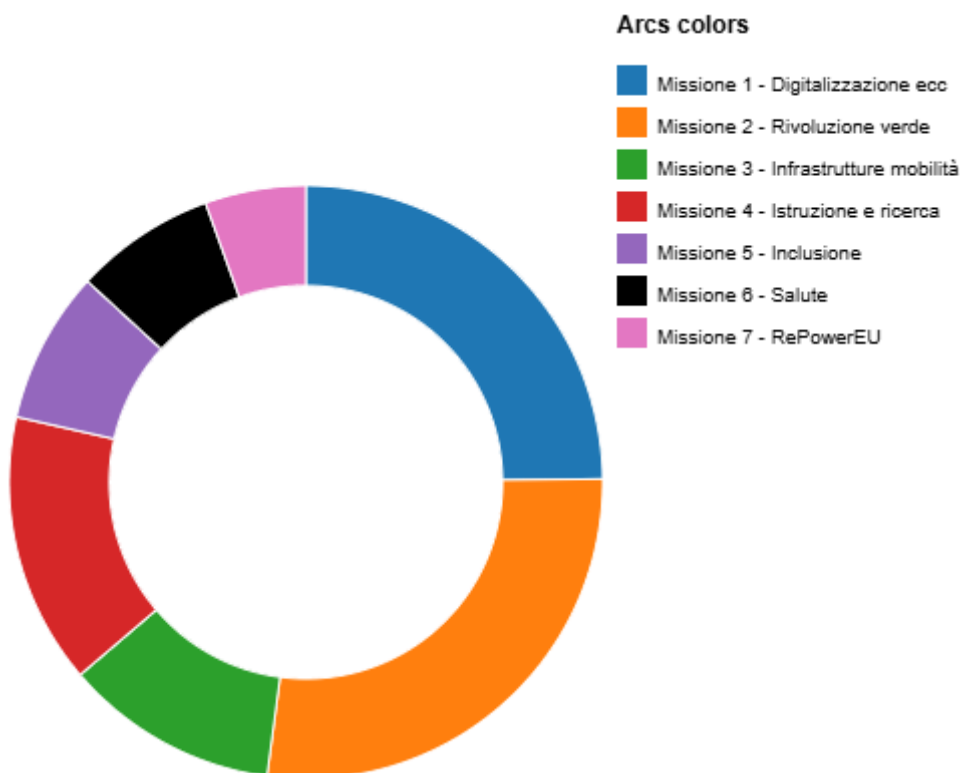


Fig. 6 - Percentuale dei fondi del Pnrr allocata per ciascuna Missione.

Fonte: elaborazione personale su base dati Italia Domani.

In particolare, solo 7,7 miliardi dei 15,6 dedicati alla Missione 6 sono messi a disposizione della Componente 1 denominata *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* in base ai dati forniti dai siti ufficiali *Italia Domani* e *Open Pnrr* su cui vengono riportate, oltre che sulla piattaforma *ReGis*, le informazioni relative al Pnrr. Le risorse complementari stanziare dalle amministrazioni sono pari a circa 500 milioni di euro per la Componente 1 e a circa 1,4 miliardi per l'intera Missione 6 del Pnrr.

All'interno della Missione 6 gran parte dei fondi è poi assorbita dalla telemedicina, confermando la centralità acquisita dal digitale dopo il Covid, come già aveva notato Albanese (2021). Alla telemedicina e alle attività di formazione connesse sono dedicati i fondi della Missione 6 Componente 1 Misura 1.2.3. denominata per l'appunto *Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici* pari a 1,5 miliardi e parte dei 4,7 miliardi di fondi della Misura 1.2. *Casa come primo luogo di cura e telemedicina*.

I fondi relativi alle tre infrastrutture territoriali su cui si basa geograficamente il nuovo modello di medicina di prossimità e la riforma dei servizi territoriali sociosanitari sono invece: i 2 miliardi dedicati alla realizzazione delle almeno 1038 Case della Comunità (CdC) previste dall'ultima modifica del Pnrr approvata il 20 giugno 2025 con decisione del

Consiglio Europeo contenuta nel Fascicolo interistituzionale 2025/0148 (Nle), il cui allegato di fatto rappresenta il più recente aggiornamento del Pnrr; i 280 milioni per le almeno 480 Centrali operative territoriali (Cot); e, infine, un miliardo di euro per la realizzazione di almeno 307 Ospedali di Comunità (OdC). Nel complesso, alle infrastrutture nevralgiche della riforma dei servizi territoriali sono, dunque, destinati poco più di 3 miliardi, nemmeno il 21% delle risorse messe a disposizione dal Pnrr per la sanità mediante la Missione 6. Un finanziamento considerevole, ma ancora piuttosto austero, che non sembra volere o potere inaugurare un concreto cambio di paradigma della cura.

Oltre ai fondi direttamente provenienti dal Pnrr, ulteriori risorse sono stanziare per la Missione 6 a integrazione o cofinanziamento delle opere. Secondo l'Ufficio parlamentare di bilancio (Nota Ufficio parlamentare di bilancio, 2025), in base ad un'analisi condotta sulla piattaforma ReGis (dati aggiornati al 21 marzo 2025), tali fondi sono pari a 4,8 miliardi, di cui 3 miliardi provengono dallo Stato, 800 milioni dalle Regioni e il restante miliardo da Enti locali o altri fondi. Su 10.110 progetti censiti dall'Ufficio parlamentare di bilancio, 201 non ricevono fondi dal Pnrr. Di questi 10.110 progetti, l'81,7% è in fase esecutiva o conclusiva, solo lo 0,7% rimane ancora in fase di programmazione. Il Lazio presenta (a marzo del 2025) il 2,2% degli interventi in fase di programmazione, l'1,6% in affidamento, il 31,8% in esecuzione, il 49,5% in fase conclusiva, il 10,7% in fase teorica e sul 4,2% non si ha nessuna informazione (Nota Ufficio parlamentare di bilancio, 2025, p.12). Sebbene non sia incoraggiante il fatto che non si abbiano informazioni su interi progetti del Pnrr, il Lazio si presenta in una situazione relativamente migliore della media regionale italiana pari al 5,5%. In ogni caso, proprio la mancanza di informazioni certe e le difficoltà di utilizzo della piattaforma ReGis sono alcuni degli elementi più critici per il monitoraggio e per la riuscita della Missione 6 del Pnrr, evidenziati anche dall'Ufficio parlamentare di Bilancio.

Il terzo problema della riforma è probabilmente quello maggiore per importanza: il personale. I fondi del Pnrr sono destinati quasi esclusivamente al conto capitale, ovvero per la realizzazione o ristrutturazione delle infrastrutture e per l'acquisto di beni e servizi (macchinari, dispositivi o consulenze e in caso prestazioni libero professionali), mentre nulla viene destinato per l'assunzione del nuovo personale che necessariamente dovrà essere aggiunto per rendere operativa la nuova rete di infrastrutture territoriali. Su questo punto critico della riforma del Ssn hanno insistito numerosi studiosi (Pesaresi F., 2022; Vallerani, 2022a; Costa e De Luca, 2023; Geddes *et al.*, 2024). Sul tema si è espresso anche l'Ufficio

parlamentare di bilancio nel Focus tematico n.3 del 22 maggio 2025, che specifica chiaramente:

“Va, tuttavia, osservato che la realizzazione degli investimenti non garantisce l’entrata in funzione a pieno regime delle nuove strutture e dei nuovi servizi. Attualmente, poche sono le attività svolte e le prestazioni assicurate nelle Case e negli Ospedali di comunità, soprattutto nel Mezzogiorno, e non è chiaro in che misura i nuovi posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva siano dotati di apposito personale aggiuntivo per assistere i pazienti. Questo dipende, in parte, dal fatto che i cantieri sono ancora in corso, ma il successo della *Missione Salute* è anche legato alla capacità di popolare di professionisti, appositamente formati, le strutture nuove o potenziate, assicurandone il funzionamento continuo. A tale proposito, si ricorda che le risorse del Pnrr sono per lo più destinate a spese in conto capitale. Un’eccezione è rappresentata dal finanziamento dell’assistenza domiciliare, volto a coprire una spesa corrente, ma solo fino all’esaurimento del periodo di validità del Pnrr. Pertanto, in una situazione di carenza di personale sanitario come quella attuale (soprattutto infermieri e alcune specialità mediche, ma anche medici di medicina generale), che persiste malgrado la ripresa delle assunzioni negli ultimi anni e soprattutto a seguito della diffusione della pandemia (come documentato dal Conto annuale con dati fino al 2022), un piano di reclutamenti appare indispensabile. Al momento dell’approvazione del Pnrr questa era apparsa come una delle più gravi lacune del progetto complessivo di rafforzamento del Ssn, tanto che le Regioni avevano fatto mancare l’Intesa sullo schema di decreto relativo ai modelli e agli standard per l’assistenza territoriale, richiedendo garanzie sull’adeguatezza delle risorse finanziarie e umane per l’attuazione degli stessi standard” (Nota Upb, 2025, p.4-5).

Le resistenze delle Regioni sono state vinte dall’autorità centrale grazie alla promessa che la progressiva implementazione dei nuovi standard dell’assistenza territoriale sarà accompagnata da un graduale aumento della disponibilità di risorse stanziare dal Governo. Finanziamenti per il potenziamento del personale sono stati quindi aggiunti nelle leggi di bilancio del 2022 e del 2024 (Nota Upb, 2025, p 5), ma questi finanziamenti non sembrano poter soddisfare gli standard della nuova rete di prossimità fissati per legge dal d.m. 77/2022. Dunque, il destino della riforma e del suo completo finanziamento è in buona parte demandato alle singole Regioni (Brambilla e Maciocco, 2022, p. 52) sia in termini operativi che in termini di capacità economiche. Così ancora una volta il peso delle cure è scaricato sulla scala regionale. Persino nell’ambito di una riforma del Ssn improntata alla medicina di

prossimità l'Italia si appresta a riprodurre profondi divari regionali, in un contesto come quello sociosanitario italiano già fortemente caratterizzato da forme di disuguaglianza, con particolare riguardo allo storico divario tra Nord e Sud del paese.

All'interno dell'enorme problematica relativa al personale del nuovo servizio territoriale si inserisce la spinosa questione dei medici di medicina generale (Mmg) e dei pediatri di libera scelta (Pls). Attualmente la loro condizione lavorativa può essere definita ibrida (Arlotti *et al.*, 2023; Ingrosso, 2022) perché non sono di fatto dipendenti del servizio pubblico, ma liberi professionisti convenzionati. Infatti, “i MMG lavorano in regime libero professionale (ma convenzionato col SSN), con compensi capitari e con incentivi per le situazioni più onerose (es. assistenza domiciliare). Ciò, in molti casi, si è tradotto in un lavoro ambulatoriale a tempo delimitato e in sempre più rare visite domiciliari” (Ingrosso, 2022, p. 38).

Mmg e Pls, dunque, non sono pienamente strutturati all'interno del Ssn e lavorano in modo più libero rispetto a qualunque altro medico dipendente dal Ssn. La presenza di Mmg e Pls all'interno delle precedenti infrastrutture territoriali del Ssn, le Case della Salute è invece stata fondamentale nelle esperienze toscane, emiliane e romagnole (Brambilla e Maciocco, 2022). Proprio per questo in teoria la Missione 6 prevede un ruolo centrale di Mmg e Pls all'interno delle strutture e degli spazi pubblici del Ssn, diventando in particolare le figure chiave all'interno dell'équipe multiprofessionale delle CdC. Mmg e Pls saranno in teoria supportati sia nella valutazione dei bisogni che nell'elaborazione dei piani terapeutici attraverso le Unità di valutazione multidimensionale (Uvm) e il Piano assistenziale integrato (Pai). In questo modo la CdC potrà quindi essere il luogo fisico dove realizzare e coordinare la presa in carico integrata delle persone, un hub di riferimento del lavoro interdisciplinare tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti sia di ambito sanitario che sociale.

Il problema è che attualmente non c'è ancora un accordo tra il Ssn (e i vari Ssr in cui si declina) e le associazioni professionali di Mmg e Pls, per cui non è possibile stabilire in quale forma si concretizzerà il coordinamento e l'inserimento di Mmg e Pls all'interno delle nuove infrastrutture di comunità. Per ora il d.m. 77 si limita ad indicare, anche in modo leggermente contraddittorio, che nelle CdC “è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei Mmg afferenti alle Aft del Distretto di riferimento”, mentre in una tabella si specifica che la presenza medica nelle CdC hub deve essere garantita 24 ore su 24, mentre in quelle spoke 12 ore su 24.

4.1.1. – Il controverso d.m. 77 e la riforma dei servizi territoriali

Nel complesso la Missione 6 si presenta come una vera e propria riforma del Ssn, ma come si può notare dai problemi finora elencati non è affatto scontato il passaggio dalla teoria alla pratica. Proprio per rendere più semplice questo passaggio e fornire dei riferimenti nazionali su cui basare l'implementazione regionale, aziendale e distrettuale della Missione, il Ministero della Salute ha faticosamente cercato di emanare un decreto in cui fissare gli standard nazionali per l'implementazione della riforma. L'iter di questo decreto non è stato però affatto semplice.

Il 23 febbraio 2022 il Ministero della Salute e il Ministero dell'economia e delle finanze hanno inviato alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano un primo schema di decreto, realizzato con il supporto di Agenas. Il 30 marzo però a fronte delle criticità sollevate dalla Regione Campania è saltata l'intesa nella Conferenza stato-Regioni (anche la successiva intesa del 21 aprile avrà esito negativo). Tuttavia, considerato che l'adozione del provvedimento di riforma dei servizi territoriali costituisce una tappa necessaria della programmazione comunitaria da raggiungere entro il 30 giugno, a fronte del piano di investimenti Next Generation EU cui il Pnrr è vincolato, il Consiglio dei Ministri ha proceduto (passati 30 giorni e rilevando le richieste del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze) ad autorizzare l'adozione del decreto con deliberazione motivata ai sensi dell'articolo 3, comma 3 del decreto legislativo 281/1997. Infatti, pur non riuscendo a trovare un'intesa tra stato e Regioni, il governo ha proseguito l'iter della riforma - in un modo che potremmo definire forzato – per evitare che gli impegni presi con l'Europa venissero disattesi. In tali circostanze, l'urgenza è stato il vero motore per l'adozione del decreto e, dopo che la prima formulazione della riforma (il d.m. 71) è naufragata, il 23 maggio 2022 è stato emanato il d.m. 77 recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

In base alla nuova formulazione del d.m. 77 ciascuna Regione ha provveduto a redigere le proprie linee guida. Nel Lazio tali linee guida sono state contenute nella deliberazione n.643 del 26 luglio 2022 intitolata *Documento Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.*

Il d.m. 77 è, dunque, il testo fondamentale della riforma dei servizi territoriali attuata con la Missione 6 Componente 1 del Pnrr. L'articolo 1 individua gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, e rimanda a due allegati per l'esposizione in dettaglio del nuovo modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Nell'articolo 1 si specifica, però, che solo l'Allegato 2 ha valore prescrittivo, mentre l'Allegato 1 ha semplice valore descrittivo. Dopo che il 10 maggio 2022 un parere del Consiglio di Stato aveva chiesto chiarimenti in merito alle disposizioni della riforma, il ministero ha adottato questa soluzione, raccogliendo tutte le parti prescrittive della deliberazione nel più sintetico Allegato 2. Se da un lato questa semplificazione ha permesso una maggiore chiarezza su quali siano gli effettivi standard delle infrastrutture da realizzare sull'intero territorio nazionale, come richiesto dal Consiglio di Stato, d'altra parte una riforma come quella dell'assistenza territoriale richiede un elevato grado di complessità e la divisione tra testo prescrittivo e descrittivo rischia di ridurre l'impatto generale del progetto, lasciando un certo margine di arbitrarietà per l'interpretazione delle norme e soprattutto per l'effettiva realizzazione delle parti del d.m. 77 che presentano semplice valore descrittivo.

L'articolo 2 del d.m. 77 affida il monitoraggio degli standard al Ministero della Salute per tramite dell'Agenas. L'articolo 3 contiene le disposizioni per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome. Infine, particolarmente rilevante è l'articolo 4 che dispone una clausola di invarianza finanziaria per l'attuazione del decreto, specificando che "Le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica" (d.m.77). Non è chiaro, dunque, come sarà possibile implementare il numero delle strutture del Ssn senza prevedere un aumento delle già scarse risorse disponibili. Questo punto è stato uno dei motivi di forte polemica tra lo stato e le Regioni (specie per l'agguerrita Campania), le quali hanno aspramente protestato contro la mancanza di adeguati fondi e personale per realizzare la riforma.

Nonostante l'iter contorto, la riforma dell'assistenza territoriale contenuta nel d.m. 77 presenta delle significative novità:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, ovvero di CdC, OdC e Cot;
- il potenziamento delle cure domiciliari;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona con un approccio olistico;
- la stratificazione della popolazione per intensità di bisogni;

- il potenziamento dei servizi digitali e di telemedicina;
- la valorizzazione della co-progettazione degli utenti del servizio;
- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità e il coinvolgimento dei diversi attori locali.

Si tratta di novità molto rilevanti perché tendono a riconfigurare l'organizzazione dei servizi sociosanitari sul territorio. Prima di tutto questa riforma comporta una ridefinizione dei rapporti scalari dell'amministrazione: con il d.m. 77, in teoria, si dovrebbe finalmente realizzare l'integrazione dei servizi regionali e aziendali della sanità con quelli comunali e municipali dell'assistenza sociale, riunendo quindi due diversi livelli di competenza distribuiti su due differenti scale della geografia amministrativa italiana. Rispetto all'attuale funzionamento dell'integrazione sociosanitaria si dovrebbe realizzare così un deciso cambio di passo, fissando nella Casa della Comunità il luogo fisico di coordinamento tra i due diversi livelli di competenza del servizio sociale e del servizio sanitario.



Fig. 7 – Il Distretto e le sue nuove articolazioni territoriali.

Fonte: elaborazione personale

Al centro del nuovo disegno di riforma dell'assistenza territoriale descritto nell'Allegato 1 si pone il Distretto (Ansaldi *et al.*, 2024), il quale rafforza il proprio ruolo di articolazione

organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale sul territorio. Per assolvere a tale funzione ciascun Distretto, le cui dimensioni dovrebbero essere di circa 100.000 abitanti, deve raggiungere i nuovi seguenti standard:

- una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- avere CdC spoke e ambulatori di Mmg e Pls in base alle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio;
- un Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti;
- una Unità di Continuità Assistenziale (Uca) ogni 100.000 abitanti;
- una Centrale operativa territoriale ogni 100.000 abitanti;
- un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Gli standard fissati per il Distretto nella prima formulazione attuativa della riforma, il d.m. 71, e nell'Allegato 1 del d.m. 77 scompaiono però nell'Allegato 2. Questa lacuna potrebbe lasciare spazio a processi di esternalizzazione e privatizzazione del servizio (Vallerani, 2022a) e in ogni caso sarebbero utili dei chiarimenti da parte del Ministero della Salute su come interpretare anche in questo caso il rapporto tra Allegato 1 e Allegato 2 del d.m. 77, tra prescrizione e descrizione (Bancheri, 2022).

La CdC secondo il d.m. 77 è “il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento”. La CdC dovrebbe essere dunque il luogo di prossimità dove la popolazione può accedere ai servizi sanitari e sociosanitari. Qui si realizza l'integrazione sociale e sanitaria ai sensi dell'articolo 1 comma 163 della legge 234/2021 e grazie alla presenza del Punto unico di accesso (Pua).

Il Pua è la porta del Ssn: ha funzioni di accoglienza, ascolto, prima lettura del bisogno, informazione e orientamento, ma anche di accompagnamento, inteso come percorso personalizzato di aiuto e sostegno (Pesaresi F., 2022). Infatti, nel Pua operano le Unità valutative multidimensionali (Uvm), in base alle cui valutazioni (con il coinvolgimento della persona e della sua famiglia) l'équipe integrata redige il Pai, ovvero il progetto di assistenza integrata (Pesaresi F., 2022). Ancora una volta però la normativa nazionale non si preoccupa di tutto il personale del Pua, lasciando alle Regioni la sua organizzazione. Il d.m. 77 si limita a fissare delle dotazioni standard di personale solo per l'intera CdC *hub*, nella quale è prevista

la presenza di 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo).

Oltre ad avere funzioni di accesso, valutazione del bisogno e integrazione socio-sanitaria, la CdC secondo il disegno del d.m. 77 rappresenta anche il luogo dove garantire sul territorio attività di prevenzione e promozione della salute (in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica), potenziando due attività storicamente sottofinanziate nel Ssn. Una delle caratteristiche della riforma dei servizi territoriali è proprio quella di puntare sulla prevenzione anziché sulla cura della malattia, cercando di intervenire prima dell'insorgere di eventuali patologie, promuovendo corrette abitudini, stili di vita e informando tempestivamente la popolazione. Speculare a questa modalità di approccio che tende a decongestionare gli ospedali è la presa in carico delle cronicità e fragilità. Sebbene il d.m. 77 non faccia riferimento al *Chronic Care Model* su cui si è costruito il precedente esperimento di riforma del servizio territoriale realizzato con le Case della Salute (CdS) e che sostanzialmente insiste sul monitoraggio e la personalizzazione delle cure per i malati cronici; anche nella CdC si pone l'accento sulla presa in carico da parte dei servizi territoriali di cronici e fragili, la cui valutazione e cura viene affidata alle nuove équipe multiprofessionali della rete di comunità. L'obiettivo è ancora una volta quello di limitare la congestione dell'assistenza ospedaliera, evitando che malati cronici e persone fragili finiscano per rivolgersi al pronto soccorso. Ma, al contempo, è anche il tentativo di offrire un luogo accessibile e prossimo sul territorio dove prendere in carico i bisogni più complessi (cronicità e fragilità) che necessitano di cure continuative e personalizzate invece di un intervento d'urgenza.

Secondo il d.m. 77 la CdC segue il modello della sanità d'iniziativa, ovvero di una sanità che non aspetta che le persone (una volta ammalate) si rivolgano ai servizi, ma che cerca di muovere il servizio verso le persone e i loro bisogni, rendendoli per quanto possibile parte (pro)attiva del processo di cura. Come dice il nome, la Casa della Comunità dovrebbe essere quindi il luogo della partecipazione e del coinvolgimento dei vari attori della comunità: amministrazioni, istituzioni, ma anche Terzo settore e associazioni formali e informali presenti sul territorio, fino ad arrivare al livello personale dei semplici cittadini, *carereceiver* o *caregiver*.

Per espletare questa lunga serie di funzioni, il d.m. 77 prevede due tipologie di CdC; hub e spoke. La CdC hub è il centro della rete di comunità cui si collegano le ulteriori CdC *spoke*,

per questo motivo nella *hub* sono previsti maggiori standard di servizio, come mostrato in figura.

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H 24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H 12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H 12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H 12, 6/7 gg

	FORTEMENTE RACCOMANDATO H 24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

*Fig. 8 – I servizi standard nelle Case della Comunità
Fonte: Elaborazione personale degli standard fissati dal d.m. 77.*

Proseguendo con la rassegna delle novità introdotte dal d.m. 77, all'interno delle CdC dovranno poi operare gli Infermieri di famiglia o comunità (Ifoc), figura chiave che ai sensi del d.m. 77 garantisce l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità promuovendo la collaborazione tra i diversi professionisti presenti nella comunità. L'Ifoc è al contempo il professionista che ha il compito di interagire con le risorse e i vari attori formali e informali del territorio (Maciocco e Brambilla, 2022).

Le Unità di continuità assistenziale (Uca), composte da un medico e un infermiere ogni 100.000 abitanti, sono un'unità d'équipe che ha lo scopo di supportare i professionisti responsabili nella presa in carico del paziente e della comunità, la loro sede operativa è la CdC hub. Sostanzialmente le Uca rappresentano il prosieguo della positiva esperienza inaugurata durante la pandemia dalle Usca per garantire la presa in carico dei contagiati o sospetti tali, in modo da evitare il congestionamento del pronto soccorso ospedalieri.

Come l'Uca, anche la Centrale operativa territoriale (Cot) nasce dalle sperimentazioni realizzate nel corso dell'emergenza Covid (Malagoli *et al.*, 2022). Infatti, questo legame emerge chiaramente anche da alcune interviste condotte con *caregiver* nel corso della ricerca sul terreno nella Regione Lazio. Tra i tecnici intervistati che hanno partecipato al processo di realizzazione delle centrali per la gestione dell'emergenza Covid-19 è in particolare un giovane medico igienista, entrato nella Asl proprio nel 2020, a esprimere con più forza la necessità di questa trasformazione organizzativa (che lo ha visto coinvolto in prima persona) del servizio territoriale sociosanitario.

Vincenzo, medico dell'Asl trentenne, giunto a Roma per studiare e poi rimasto nella capitale a vivere e a lavorare, da subito si presenta come uno che “ha iniziato col Covid” la propria carriera, suscitando in me una domanda spontanea: “Ok, allora la prima domanda, visto che mi dici che hai iniziato durante la pandemia: come è stato l'impatto con la pandemia? Perché poi nello sviluppo, nella riforma un po' attuale della medicina di base, forse quel passaggio è stato importante, che ne pensi?”

Vincenzo: “Sì allora, fondamentalmente, per quanto riguarda la gestione della pandemia le fasi sono state due. La prima era quella proprio emergenziale, l'inizio, e lì si è capito poco e si è fatto quello che si poteva fondamentalmente. I casi erano comunque pochi, la complessità era alta perché non si sapeva neanche bene come si dovesse gestire il tutto, come funzionassero alcune cose, alcune dinamiche... tutto facilitato ovviamente dal *lockdown*, senza il quale non sarebbe stato possibile assolutamente gestire alcunché. E questa prima fase, diciamo, è terminata nel momento in cui – non dal punto di vista epidemiologico, ma dal punto di vista organizzativo – sono state messe in atto una serie di misure. In particolare, nella Regione Lazio che ha visto, diciamo, un avanzamento notevole secondo me proprio nell'integrazione non solo ospedale-territorio, anzi non tanto ospedale-territorio quanto piuttosto territorio-territorio, cioè nelle competenze che il territorio ha e aveva nella gestione della pandemia, ma [anche] in generale per quanto riguarda il tema della salute, della presa in carico. In particolare, è proprio in quel periodo che sono nate le Centrali operative e le Centrali operative sono state fondamentali perché hanno fatto sì che la gestione dei casi non fosse più centralizzata a livello di Dipartimento della prevenzione, e quindi diciamo in termini solo ufficiali di notifica e gestione della prima fase, ma proprio territorializzata nella gestione delle persone a casa. Quindi, potevi seguire le persone, garantire mascherine, assistenza, tutto quanto con la presa in carico diretta da parte dei Distretti e delle Centrali operative. Cioè, come dire, organizzare tutto

quanto sulla base dei bisogni di salute e non tanto su quelle che erano le tue esigenze diciamo organizzative. Le centrali operative sono state veramente la svolta e il modello è stato poi replicato anche per quanto riguarda la gestione dei casi a scuola, che ovviamente aveva tutto un altro modello di funzionamento, perché erano casi differenti, cioè non avevi il rischio diciamo di ospedalizzazione, ecco, ma [il rischio] della diffusione della patologia.

E anche in quel caso la gestione territoriale ha permesso ai Distretti sanitari di entrare strettamente in contatto con le scuole del territorio e quindi di conoscere il territorio, e di conoscerlo proprio nell'esperienza della pratica, che voleva dire che tu iniziavi a capire quali erano le situazioni anche più problematiche, a ragionare su cosa voleva dire la presa in carico in termini di equità [generale], sia sulla singola persona. E quindi diciamo, il ragazzino straniero con condizioni di fragilità socio-abitativa come poteva fare l'isolamento in una famiglia più problematica, difficoltosa? O appunto la classe nella scuola di periferia dove avevi delle esigenze e dei bisogni particolari, insomma ragionare su questo. E questo passaggio, ovviamente per i Distretti è stato diciamo non più problematico, però è stata una scoperta [...]. La cosa interessante è che col Covid abbiamo potuto sperimentare, cioè sono stati messi i professionisti, anche gli ultimi arrivati, quelli che gestivano però le cose, nelle condizioni di poter sperimentare modelli e funzionamenti. Dinamiche che hanno funzionato molto bene. E che purtroppo non sono stati poi valorizzati dopo quando si è tornati, quando è finita la fase emergenziale”.

Dopo questa risposta il ritmo dell'intervista per un momento rallenta, la discussione sembra farsi più ermetica, il tema sembra essere gravoso. Non voglio insistere, ma sembra troppo importante per non tentare almeno un'altra domanda: “E perché dici che dopo è stata un po' abbandonata la sperimentazione virtuosa del primo periodo?”.

Vincenzo: “Perché, perché si è tornati all'ordinario. Si è tornati all'ordinario e anche, diciamo, sono state viste anche con timore alcune prese di posizione da parte di qualcuno.

Hanno rimesso la gente al proprio posto, insomma”.

Per uscire dall'ermetismo questa volta provo a procedere diversamente, aggirando l'ostacolo per puntare alle vere e proprie domande di ricerca: “E quindi rimane qualcosa di questa sperimentazione? Rimane qualcosa nell'intervento del Pnrr che prova, diciamo, dopo la pandemia a cambiare in parte il sistema con una riforma anche della medicina di base?”

Vincenzo: “Sì, sì, sì è rimasto nella misura in cui per quanto riguarda le linee di indirizzo e in particolare quelle regionali, parlo del contesto della Regione Lazio. Per quanto riguarda

le linee di indirizzo, diciamo, quei saperi e quelle pratiche sono rimaste sedimentate, cioè nel momento in cui è stato emanato il d.m. 77 sono state poi pubblicate una serie di linee di indirizzo attuative delle prime fasi, del d.m. 77, di come muoversi all'inizio. E in questi documenti c'era tanto di quello che era stato sperimentato nel Covid. Ovviamente alcune cose hanno retto, altre no anche alla prova dei fatti banalmente, cioè alla prova proprio del modello organizzativo. Però tendenzialmente la linea era quella. E poi tra l'altro ogni documento iniziava 'come visto nella pandemia questo modello funziona', quindi tutto sommato la cosa che è rimasta è l'integrazione tra le strutture della Asl, che prima cioè non si parlavano proprio: zero carbonella [...]. Questo è anche merito delle Centrali operative che soprattutto hanno permesso, cioè hanno portato, come dire, hanno fatto vedere che la gestione delle cose non doveva per forza passare per note protocollate, ma poteva anche passare per email e telefonate o banalmente fogli Excel”.

Nell'esperienza di Vincenzo la Centrale operativa è stata un'opportunità di sperimentare in piccolo un nuovo paradigma di cura. Un paradigma basato sull'avvicinare il servizio di cura alle persone e al territorio, in un passaggio scalare dal Dipartimento aziendale della prevenzione al più piccolo Distretto che corrisponde anche ad un cambio di modalità operativa, all'acquisizione di un approccio proattivo basato su ascolto e dialogo, *in primis* fra le stesse strutture e unità dei servizi e quindi nei confronti del resto del territorio. Nel cambio di approccio che le Centrali operative hanno determinato a partire dall'emergenza è stato fondamentale, secondo questo racconto diretto, anche il duplice processo di digitalizzazione e sburocratizzazione del servizio. Il passaggio realizzato con le Cot dalle note protocollate ai comuni strumenti digitali quali mail e Pec è decisivo. Questi strumenti hanno permesso uno scambio frequente e capillare tra i vari livelli e attori coinvolti, garantendo una maggiore prossimità ed aderenza all'evoluzione quotidiana (e persino domestica) dell'emergenza collettiva, individuale, locale ecc.

Dopo l'emergenza, però, sembrerebbero rimanere, perlomeno in questo racconto, delle buone pratiche sedimentate, ma non un vero e proprio cambio di paradigma di cura: sembrerebbe prevalere ancora uno spirito di conservazione dello status quo esistente. Eppure, dopo averne osservato le potenzialità durante la sindemia, la Cot è stata la prima delle nuove infrastrutture territoriali finanziate dal Pnrr ad essere stata attivata sull'intero territorio nazionale: uno strumento prezioso tanto nell'emergenza quanto nel quotidiano.

Siccome la Cot è l'unica infrastruttura già attiva e operativa, è possibile individuarne alcuni dei limiti pratici. Nel corso delle interviste realizzate per la ricerca, una critica puntuale del

funzionamento delle Cot è arrivata da un ex-dirigente, da poco in pensione, di un Distretto capitolino, Eugenio. Secondo questa voce autorevole, la Cot pur essendo stata centrale per superare l'emergenza presenta oggi alcuni limiti, a partire dal fatto che è nata come “ingegneria calata dall'alto” e che si deve confrontare con un sistema di erogazione del servizio diseguale e fortemente accentrato nell'ospedale.

Eugenio: “Allora di Cot ne abbiamo di due tipi, uno quello sul territorio, l'altro in ospedale, la Cot *b*. In realtà la Cot *b* è quella che ha più interesse a funzionare perché deve liberare i posti letto e quindi mandarli o in Rsa o in assistenza domiciliare o a casa o qualche altra cosa. E nell'altro senso invece la Cot non funziona, cioè tu non riesci a collocare – io c'ho provato – al cronico metterlo lì. Non ce la fai perché innanzitutto già la Cot ospedaliera funziona bene nella Asl dove ci sta un ospedale. Tu immagina di avere a che fare con la Cot ospedaliera del Policlinico Umberto I e tu sei la Cot del Distretto III [dove non sono presenti ospedali, ma solo servizi territoriali], cioè non conti niente, che fai vai a dire al Policlinico Umberto I fai questo per non fare quest'altro?”.

La Cot, secondo il d.m. 77, è il luogo dove si realizza il coordinamento della presa in carico della persona, mettendo in raccordo servizi e professioni afferenti ai diversi ambiti disciplinari (sanitari, sociali ecc.). Dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche la Cot coordina e ottimizza gli interventi e le transizioni da un luogo di cura all'altro. Inoltre, gestisce e monitora i dati di salute facendo anche ricorso agli strumenti della telemedicina e avendo accesso al Fascicolo sanitario elettronico (Fse), ai *database* aziendali ed essendo interconnessa con la Centrale operativa regionale 116117. In buona sostanza, la Cot nel nuovo disegno impresso dal d.m. 77, diventa il centro di coordinamento organizzativo della presa in carico e di raccordo delle cure (Maciocco e Brambilla, 2022), una sorta di cabina di regia da cui viene organizzata la presa in carico in funzione dei servizi disponibili, cercando di gestire domanda e offerta di salute in funzione dei bisogni locali.

La Centrale operativa regionale 116117, secondo il d.m. 77 è la sede del Numero europeo armonizzato (Nea) per le cure mediche non urgenti, attivo 24 ore su 24 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sociosanitarie a bassa intensità assistenziale, e presente ogni 1-2 milioni di abitanti o a valenza regionale.

Infine, l'ultima infrastruttura territoriale rilanciata con la riforma dei servizi territoriali del Ssn è l'Ospedale di Comunità (OdC). Anche in questo caso, come in quelli dell'Uca e della Cot, questa infrastruttura raccoglie direttamente alcuni insegnamenti ed esperienze

dell'emergenza sindemica, in particolare la necessità di un maggior numero di posti letto e di strutture dove eseguire ricoveri. Secondo il d.m. 77, l'OdC è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, ha lo scopo di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi dotati di assistenza e sorveglianza sanitaria continuativa. In particolare, l'OdC si rivolge a pazienti cronici, a pazienti affetti da multimorbilità, a persone che necessitano interventi di affiancamento o di supporto riabilitativo-rieducativo prima di poter rientrare al proprio domicilio. Ciascun OdC deve essere dotato di almeno 20 posti letto, con una dotazione standard di personale di 9 infermieri, 6 operatori sociosanitari, 1-2 personale sanitario e un medico per almeno 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7.

A fronte del d.m. 77 la Regione Lazio ha provveduto ad emanare con Deliberazione 26 luglio 2022, n.643 le *Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77* e, quindi, il Piano operativo regionale approvato con la Deliberazione di Giunta regionale n.332 del 24 maggio 2022 recante *Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute – Componente M6C1 e M6C2 – Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)* e più volte modificato, in ultimo con Deliberazione 29 aprile 2025, n.282.

Le Linee guida (d.g.r. 643/2022) della Regione Lazio mantengono una buona corrispondenza con l'intero disegno di riforma nazionale del d.m. 77, la differenza più rilevante appare essere, sin dalle prime pagine del documento, la peculiare attenzione posta verso i malati cronici. Nonostante i numerosi riferimenti contenuti nelle Linee guida riguardo al modello di sanità del *Community Care Model*, l'enfasi posta sull'assistenza, il monitoraggio e la cura multiprofessionale dei malati cronici sembrerebbe spostare la riforma dei servizi territoriali della Regione Lazio verso un classico modello di *Chronic Care Model*. In ogni caso, anche nelle Linee guida rimangono, come nell'Allegato 1 del d.m. 77, numerosi riferimenti alla partecipazione proattiva degli abitanti del territorio e delle comunità locali, così come a forme di *community building*, welfare di comunità, co-progettazione e co-produzione. In particolare, la rete delle CdC viene definita come: “Il «duogo» dove la comunità in tutte le sue espressioni, con l'ausilio dei professionisti e delle istituzioni, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi, inclusi gli interventi ‘non sanitari’ che è possibile realizzare in una logica di community care”; e “Il «duogo» di ricomposizione delle risorse della comunità in generale (combinazione tra servizi

erogati da istituzioni per la tutela della salute e quelli offerti dalle reti sociali e dal terzo settore) e sul singolo caso anche attraverso strumenti sviluppati ad hoc quali il budget di salute” (d.g.r. 643/2022, p. 13).

Osservando queste Linee guida regionali sembrerebbe che si intenda realizzare un cambio di paradigma della cura, coinvolgendo le comunità che abitano nel territorio a contribuire al servizio e al processo di definizione dei propri bisogni e priorità, nonché del proprio progetto di salute. Eppure, nella pratica i processi partecipativi faticano ancora a vedere la luce, mentre la riforma rimane impantanata ancora nella contrattazione di *milestone*, obiettivi e traguardi del Pnrr con l’Unione Europea.

Il ministro Fitto nell’agosto 2023 ha presentato alla Commissione Europea un piano di revisione del Pnrr, ridimensionando il numero di infrastrutture territoriali previste dalla Missione 6 Componente 1: la sua proposta era di realizzare 936 CdC, 303 OdC e 524 Cot (Ingrosso, 2024). La contrattazione è quindi ancora in corso. Il 20 giugno 2025 il Consiglio Europeo (Fascicolo interistituzionale 2025/0148) ha modificato l’esecuzione relativa all’approvazione della valutazione del Pnrr. Nel nuovo Pnrr modificato e presentato nell’Allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio, il numero delle CdC è fissato ad almeno 1038, quello degli OdC al almeno 307 e quello delle Cot ad almeno 480. In conseguenza delle modifiche nazionali, i numeri delle infrastrutture territoriali di prossimità variano necessariamente anche alla scala regionale. La Regione Lazio nelle Linee guida del dgr 643/2022 riportava il numero di 135 CdC, 36 OdC e 59 Cot; mentre nell’estate del 2025 il dgr 282/2025 fissava il numero delle CdC a 130, quello degli OdC 35 e quello delle Cot a 59.

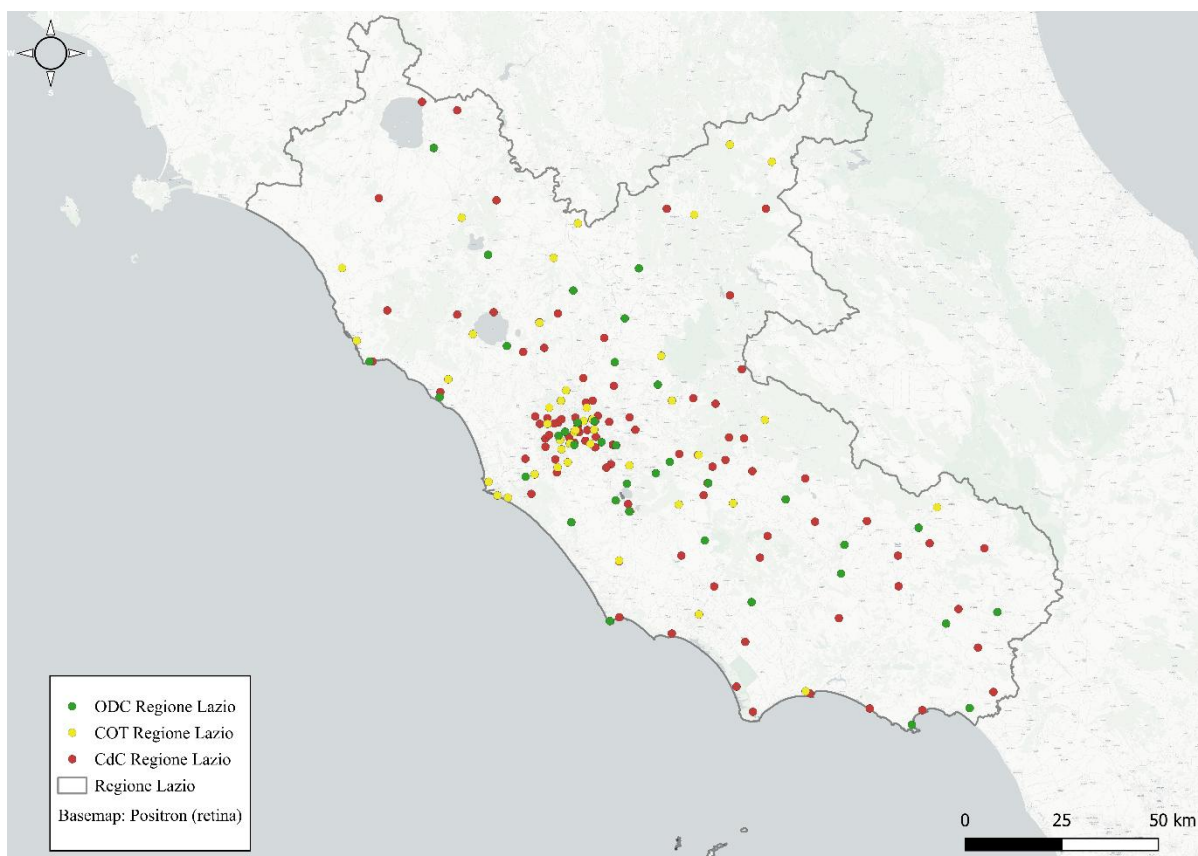


Fig. 9 – Gli interventi della Missione 6 Componente 1 del Pnrr.

Fonte: elaborazione personale su base dati Agenas.

In questa situazione, il Piano di programmazione dell’assistenza territoriale 2024 – 2026 della Regione Lazio, approvato con d.g.r. 976 del 28/12/2023 al punto 5.2 dispone gli obiettivi per la riorganizzazione ed il potenziamento dell’assistenza primaria e della continuità assistenziale. Al fine di rispondere all’obiettivo 1, cioè all’*Implementazione delle Case della Comunità (CdC)* (DM 77/2022), l’azione 3 intitolata *Definizione delle linee di indirizzo aziendali per la partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione – dicembre 2025* dispone che “Le aziende dovranno redigere linee di indirizzo per il coinvolgimento delle comunità di riferimento, la co-produzione, il community building tenendo conto delle specificità del contesto di riferimento, favorendo la stesura congiunta con istituzioni e terzo settore” entro dicembre 2025 (Piano di programmazione dell’assistenza territoriale 2024 - 2026, p. 31).

In pratica, i processi partecipativi della riforma dei servizi territoriali rimarranno ancora a livello teorico, bloccati al livello della sola definizione di linee di indirizzo fino a pochi mesi prima della completa entrata in funzione dell’intera rete di infrastrutture, prevista in base agli accordi con l’Unione Europea entro la fine del primo trimestre del 2026. In questo modo, sembrerebbero confermati i timori di una riforma a metà (Brambilla e Maciocco, 2022, p.49),

perché non viene lasciato spazio né tempo per realizzare un profondo lavoro di *community empowerment* e di creazione delle reti comunitarie prima della scadenza del primo trimestre del 2026, quando le infrastrutture dovrebbero essere già operative. Mentre per quanto riguarda co-progettazione e co-produzione sembrerebbe che i tempi non siano scarsi, ma proprio già terminati, quantomeno per quanto riguarda le infrastrutture territoriali, i cui lavori sono ormai quasi ovunque in via d'esecuzione o di conclusione ed è dunque impossibile ormai a lavori iniziati dare spazio alla partecipazione comunitaria, alla co-progettazione e a forme di coinvolgimento del territorio e delle sue comunità nella costruzione e ristrutturazione delle nuove infrastrutture.

Anziché procedere verso la realizzazione di processi di *community building*, co-progettazione e co-produzione, la riforma del servizio territoriale sta ancora affrontando la fase di contrattazione degli obiettivi con l'Unione Europea. Se il numero delle CdC ancora oggi, a distanza di qualche mese dalla scadenza del primo trimestre del 2026 continua a variare è evidente che è ancora impossibile cominciare a tessere reti comunitarie.

4.1.2. – Dalla Casa della Salute alla Casa della Comunità

La necessità di riformare la sanità italiana e in particolare i suoi servizi territoriali non è qualcosa di nuovo. Proprio a Roma nel 2003 Bruno Benigni aveva lanciato, nel convegno della Confederazione generale italiana del lavoro (Cgil), l'idea delle Case della Salute (CdS) per realizzare una riforma delle cure primarie mediante l'organizzazione di una rete di spazi fisici dove allocare i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali. L'idea interessò la ministra della Salute Livia Turco del secondo governo Prodi e fu ulteriormente affrontata nel nuovo convegno *La Casa della Salute, luogo di ricomposizione delle cure primarie e della continuità assistenziale* (Brambilla e Maciocco, 2022, p. 21).

A sua volta l'idea presentata da Benigni e sviluppata dalla ministra Turco doveva certamente il nome e almeno parte del proprio contenuto a quanto formulato da Maccacaro negli anni Settanta (Maccacaro, 1979), il quale immaginava di realizzare con la CdS un luogo non solo di assistenza di base ma anche di consultazione, informazione, educazione e partecipazione nella Usl (Ingrosso, 2022).

La Casa della Salute per passare da un'idea ad una proposta operativa ha dovuto aspettare la legge finanziaria del 2007 (legge 27 dicembre 2006, n.296), con la quale si è inaugurata la

sperimentazione di tale modello grazie all'istituzione di un fondo di 10 milioni di euro per il cofinanziamento di progetti regionali su materie di specifico interesse sanitario. Le Regioni avevano quindi la possibilità di realizzare in via sperimentale l'apertura delle CdS in base al decreto ministeriale del 10 luglio 2007 e all'Accordo Stato-Regioni del 10 agosto 2007 (Brambilla e Maciocco, 2022).

Un problema ben noto delle CdS (Brambilla e Maciocco, 2022; Ingrosso, 2022; Neri e Vicarelli, 2023; Arlotti *et al.*, 2023; Bobini *et al.*, 2022) è stato però che solo in poche Regioni il progetto è stato pienamente sviluppato. Dopo il 2007 solo Piemonte, Calabria, Veneto, Lazio, Marche, Emilia-Romagna e Toscana hanno partecipato alla sperimentazione e, in particolare, la rete ha avuto un effettivo sviluppo in sole due Regioni: Toscana ed Emilia-Romagna (Brambilla e Maciocco, 2022). Nonostante questa profonda disuguaglianza regionale, in alcune Regioni sono state realizzate strutture analoghe con diverse denominazioni, come ad esempio i Presidi territoriali di assistenza (Pta) in Abruzzo, Puglia e Sicilia (Pesaresi F., 2022). In ogni caso, la distribuzione delle CdS si presenta ancora oggi come del tutto diseguale e disomogenea.

Nonostante le disuguaglianze e la disomogeneità, si possono rintracciare numerose buone pratiche all'interno delle CdS attive sul territorio nazionale. In particolare, le CdS hanno in molti casi migliorato la qualità del servizio in termini di cura della dimensione locale, comunitaria e individuale del proprio territorio, realizzando forme di cura improntate al principio della prossimità. In Toscana, sin dagli esordi, la CdS è stata immaginata come lo spazio pubblico in cui la comunità locale si organizza per la promozione della salute, uno spazio dove sono allocati i servizi territoriali sociosanitari corrispondenti ad un determinato territorio locale. Nell'idea di uno dei pionieri delle CdS toscane, Bruno Benigni, questa porzione territoriale, definita *area elementare*, corrisponde a livello di scala geografica ad un'area sub-distrettuale, una dimensione locale e di prossimità abitata, grossomodo, da una popolazione compresa tra i 5.000 e i 15.000 abitanti (Conti e Faralli, 2022). Di questa nuova porzione territoriale più piccola sia della Asl che del Distretto, la CdS vuole essere il presidio sociosanitario, un centro di riferimento locale per le cure e la salute.

La CdS di Castiglion Fiorentino, di cui è stato promotore proprio Benigni, nasce per evitare la chiusura dell'ospedale cittadino a causa della costruzione del nuovo ospedale della Valdichiana nel 2003, la sua popolazione di riferimento corrisponde a quella cittadina pari a 13.012 abitanti ed è quindi in linea con le dimensioni dell'area elementare. Conti e Faralli (2022) descrivono in dettaglio l'organizzazione della CdS di Castiglion Fiorentino: al piano

0 si trovano il Sert (Servizio per le tossicodipendenze), i servizi di salute mentale e di veterinaria oltre ad un'ampia palestra per l'attività fisica adattata, rivolta specialmente agli anziani e alla riabilitazione; il piano terra, il luogo più frequentato dell'edificio, ospita gli ambulatori dei Mmg, quelli infermieristici e l'ambulatorio del medico della continuità assistenziale, il punto prelievi e diversi servizi amministrativi, dal front-office alle segreterie e, infine, il Centro unico di prenotazione (Cup); al primo piano sono collocati tre ambulatori di Pls, uno di neuropsichiatria infantile e diversi ambulatori specialistici, la farmacia territoriale, il Consultorio familiare e il servizio di assistenza sociale integrato tra Ausl e Comune; al secondo piano è presente la Residenza sanitaria per anziani (Rsa) con 25 posti letto; infine, al terzo piano si trovano le sedi di numerose associazioni di volontariato che collaborano con la struttura. In un simile spazio pubblico di quartiere l'utenza può accedere ad una ricca offerta di servizi, integrando professioni sanitarie con sociali. Spicca il ruolo di Mmg e Pls che lavorano direttamente all'interno della struttura, potendo così contare sul coordinamento e il supporto di diversi professionisti e specialisti, lavorando in équipe. Oltre ai professionisti, anche il ruolo delle forme associative diventa importante, specialmente per sviluppare un paradigma di cura improntato alla prossimità. Infatti, le associazioni influiscono positivamente sulla soddisfazione del servizio registrata sia tra i pazienti (*carereceiver*) che tra gli operatori (*caregiver*), e spesso conoscono gli elementi di vita quotidiana delle persone e delle loro relazioni (Costa e De Luca, 2023).

Nella CdS l'approccio di cura affine ai principi della medicina di prossimità permette di migliorare la qualità delle cure e di colmare almeno in parte i divari territoriali di accessibilità al servizio. La CdS di Bettola nell'Ausl di Piacenza è un esempio di questa tendenza: nasce per portare cure in un territorio pedemontano distante circa 80 km dall'ospedale di Piacenza. Nel 2016 per portare l'oncologo il più vicino possibile al domicilio dei *carereceiver*, viene aperto nella CdS l'ambulatorio di oncologia (Brambilla *et al.*, 2022). Su 78 pazienti oncologici, 54 hanno scelto di proseguire il proprio percorso oncologico presso la CdS anziché in ospedale, tra loro si è riscontrato non solo un altissimo indice di gradimento del servizio (il 98,5% ha preferito le cure ricevute nella CdS a quelle dell'ospedale), ma anche un netto risparmio economico dal momento che mentre prima il 65% dei pazienti necessitava di un *caregiver* per recarsi in ospedale, con la CdS i pazienti non hanno più avuto bisogno dell'accompagnamento (Brambilla *et al.*, 2022).

Il modello di medicina di prossimità definito dalle esperienze delle CdS offre ulteriori spunti per ragionare sulle buone pratiche che dovrebbero o potrebbero avere luogo nella nuova

rete di infrastrutture di comunità della Missione 6. Numerose CdS sono accomunate dall'idea che sia necessario ragionare in termini di accoglienza e non di accesso: nella CdS di Borgo Reno (quartiere di Bologna) a partire dall'accoglienza del paziente (*carereceiver*) viene strutturato il suo percorso di cura, comprendendo sia bisogni sanitari che sociosanitari; nella CdS di Palombara Sabina (in provincia di Roma), la prima accoglienza è garantita dai volontari dell'Avis e, grazie all'associazione *Centraisogno*, è attivo anche uno sportello antiviolenza, oltre ad un servizio di ascolto e di assistenza non sanitaria (Lonati, 2024).

Nell'insieme queste sperimentazioni realizzate all'interno delle CdS dimostrano che una riforma dei servizi territoriali potrebbe migliorare la qualità delle cure pubbliche, garantendo maggiore accessibilità e prossimità ai servizi da parte delle comunità locali, e inaugurando un ripensamento delle attuali logiche di cura attraverso l'integrazione strutturale (e non solo occasionale o sporadica) di nuove competenze e modalità di lavoro. Da tempo si avvertiva il bisogno di una riforma dei servizi territoriali, dopo la sindemia però la necessità di un cambio di paradigma nel modo in cui la cura si declina sui territori si è fatta travolgente, diventando una necessità inderogabile. L'urgenza di una riforma dei servizi territoriali di cura (sanitari, sociosanitari, sociali e comunitari) intesa come reazione alle gravi conseguenze della sindemia è, infatti, testimoniata da una vastissima bibliografia (Ingrosso, 2024; Ingrosso, 2022; Brambilla e Maciocco, 2022; Costa e De Luca, 2023; Neri e Vicarelli, 2023; Vicarelli e Neri, 2021; Ansaldi *et al.*, 2024; Cinelli e Fattore, 2022; Bobini *et al.*, 2022; Vallerani, 2022a; Belluto *et al.*, 2023; Del Vecchio *et al.*, 2022; Alastra *et al.*, 2022).

È proprio nel campo dei servizi sociosanitari e della loro distribuzione e interconnessione con il territorio (a diverse scale) che si gioca forse la partita più importante per fare tesoro dell'esperienza sindemica, disponendo non solo nuove forme di *preparadness* ad ulteriori eventi pandemici (Consoloni e Quaranta, 2021), ma anche una generale riorganizzazione del modo in cui la cura si struttura sul territorio nazionale, regionale, locale e persino domestico. E di questa riforma dei servizi territoriali la Missione 6 Componente 1 del Pnrr (e i relativi ulteriori sviluppi normativi, tra cui ovviamente il d.m. 77), rappresenta il più o meno grande sforzo istituzionale, compiuto dal governo nazionale e ora in fase di attuazione delle Regioni e delle rispettive aziende sanitarie.

4.2. – Analisi della Missione 6 C1 del Pnrr

Sebbene la Missione 6 Componente 1 del Pnrr non sia ancora conclusa e, dunque, non sia terminata la realizzazione delle nuove infrastrutture di comunità su tutto il territorio nazionale, è tuttavia possibile tracciare una prima analisi preliminare e generale della missione a partire dai documenti tecnici che hanno normato, organizzato e predisposto la distribuzione della nuova rete di infrastrutture di comunità.

In questo capitolo verrà dunque analizzata a livello spaziale la distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità finanziate grazie ai fondi del Pnrr nell'ambito della Regione Lazio, cercando di capire quanto sia effettivamente capillare la nuova rete di comunità e dove siano state collocate le nuove strutture. Lo scopo di questa analisi geo-spaziale è quello di comprendere attraverso un caso studio circoscritto, la Regione Lazio, quale siano stati i criteri di scelta dei territori e dei luoghi in cui realizzare le nuove strutture, ovvero quali siano stati i principi che hanno guidato il collocamento delle nuove strutture. Se in teoria la riforma dei servizi territoriali realizzata con la Missione 6 C1 del Pnrr ha l'obiettivo di costruire un nuovo modello di medicina di prossimità e di *Community Health Care*, è bene capire quali scelte abbiano determinato l'effettiva individuazione e collocazione delle infrastrutture comunitarie sul territorio regionale.

La domanda che ha guidato l'analisi geo-spaziale qui presentata è molto semplice: dove sono state realizzate le nuove infrastrutture di comunità? Attraverso questa semplice domanda si intende costituire un primo livello di analisi, diviso in più *step*, del principio di prossimità adottato con la Missione 6 C1 dal Ministero della Sanità e dalla Regione Lazio in coordinamento con le singole Aziende sanitarie locali.

Nel complesso, la prossimità non può essere concepita semplicemente in termini metrico-spaziali, perché al contrario esistono molteplici dimensioni di prossimità (Evangelista, 2016b) tra loro interconnesse. È la scuola francese del gruppo *Proximity Dynamics*, guidato tra gli altri da Torre e Gilly (2000) ad aver aperto, già dagli anni Novanta, la strada verso una concezione multidimensionale della prossimità (Boschma, 2005). Come mostra bene l'immagine in figura 10, tratta dal lavoro di Valentina Evangelista (2016b), la *Geographical Proximity* è solo una delle molteplici dimensioni della prossimità. Esistono diversi approcci per i quali si rimanda la discussione al paragrafo 7.1. In questo caso l'analisi qui presentata intende limitarsi a considerare singole variabili di prossimità geografica-spaziale, evitando una modellizzazione a favore invece di un'analisi spaziale quantitativa essenziale. A

determinare questa scelta ha inevitabilmente influito l'impossibilità di utilizzare i dati relativi all'attività delle strutture sanitarie considerate, poiché le strutture di comunità della Missione 6 C1 non sono ancora entrate pienamente in funzione nella Regione Lazio (eccetto singoli casi sperimentali). Al contrario dell'analisi di Valentina Evangelista (2016b) sulle strutture ospedaliere della Regione Abruzzo, non era possibile dunque considerare dati sull'attività delle strutture stesse, come ad esempio i trasferimenti ospedalieri (considerati per l'appunto nel lavoro di Evangelista) o le cartelle di dimissione.

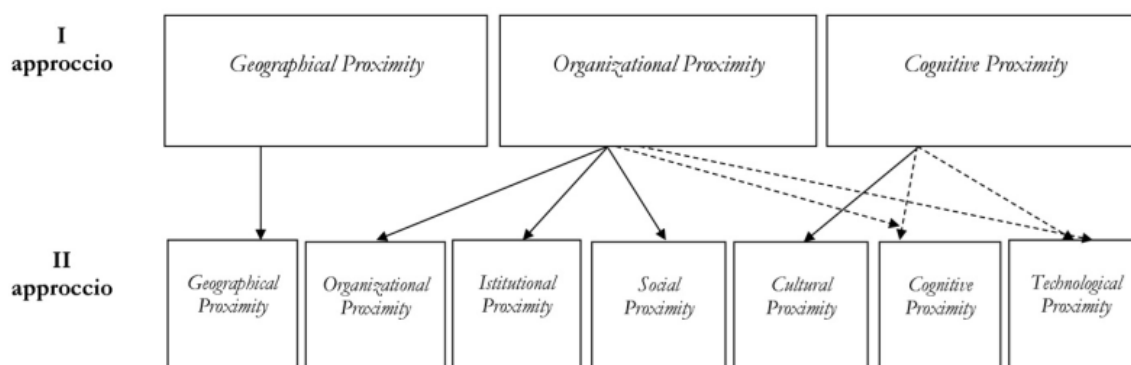


Fig. 10 – Le dimensioni della prossimità.

Fonte: in Evangelista 2016b, p. 369.

Per prossimità geografica-spaziale è stata considerata, in primo luogo, la semplice *Geographical Proximity*, intesa nel senso spaziale metrico ed isomorfo. L'analisi si è quindi focalizzata sulla distanza geografica espressa in chilometri – un indicatore ampiamente utilizzato in letteratura (Evangelista, 2016b; Laursen *et al.*, 2011) – calcolata a partire dalla georeferenziazione delle infrastrutture della Missione 6 C1 del Pnrr. La posizione delle infrastrutture fornita dal dataset ufficiale di Agenas³ (agenzia cui è affidato il monitoraggio della missione) è stata quindi confrontata con diverse caratteristiche ed elementi del territorio regionale.

L'analisi della distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità previste all'interno della Missione 6 C1 del Pnrr nella Regione Lazio è stata condotta nel rispetto dei principi metodologici che hanno guidato questo lavoro di tesi dottorale. Pertanto, sono stati adottati semplici strumenti di analisi geo-spaziale in base a variabili chiaramente leggibili, ben

³ I dati sono stati pubblicati sul sito di Agenas (<https://data.agenas.it/>) e corrispondono agli interventi previsti nel dgr 643/2022.

documentate e già ampiamente utilizzate. In particolare, l'analisi quantitativa – essenziale – della prossimità, relativa alle nuove infrastrutture di comunità del Pnrr, si è basata su:

- La distribuzione delle infrastrutture della Missione 6 C1 del Pnrr georeferenziate rispetto alla densità abitativa dei singoli Comuni della Regione Lazio. Il criterio demografico rappresenta infatti il principio utilizzato come standard di distribuzione delle infrastrutture sul territorio nazionale in base alla normativa vigente, ovvero al sopracitato d.m. 77, il quale impone che siano presenti su tutto il territorio nazionale un Ospedale di Comunità (dotato di 20 posti letto) e una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti e una Casa di Comunità ogni 40.000-50.000 abitanti. Per il calcolo della densità abitativa (il rapporto tra il numero della popolazione e il territorio espresso in chilometri quadrati) sono stati utilizzati i dati demografici che si riferiscono alla popolazione residente al primo gennaio 2025 (e del 2023 per le sezioni di censimento) nel territorio della Regione Lazio in base al censimento permanente effettuato da Istat (consultabili su IstatData al link: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,POP,1.0/POP_POPULATION/DCIS_POPRES1/IT1,22_289_DF_DCIS_POPRES1_1,1.0), e alle dimensioni dei Comuni (espressa in chilometri quadrati) secondo i dati forniti dalla Regione Lazio attraverso il portale OpenData (consultabile al link: <https://dati.lazio.it/>) e calcolati con Qgis.
- La distribuzione delle infrastrutture di comunità rispetto alla suddivisione del territorio realizzata con l'Accordo di Partenariato 2014-2020 per l'Italia, nella sezione 1A, per l'individuazione delle Aree interne, in modo da osservare la distribuzione delle infrastrutture in contesti extra-urbani o con particolare morfologia come l'Appennino laziale. L'obiettivo di questo step è comprendere se le aree già individuate come aree interne, periferiche e ultraperiferiche corrispondano anche alle aree meno servite dalla nuova Missione 6 C1. Se, dunque, la distribuzione delle nuove infrastrutture riproduca il precedente paradigma di distribuzione delle cure o, al contrario, generi una sostanziale riforma della distribuzione dei servizi territoriali.
- Il confronto con la distribuzione delle strutture ospedaliere, sia in termini di distanza (tra ospedali e infrastrutture di comunità) che di copertura dell'intero territorio regionale, grazie al calcolo dei centroidi delle strutture a partire dai dati del censimento Istat 2021.

In base alla suddivisione delle dimensioni della prossimità suggerita da Valentina Evangelista (2016b), si è fatto riferimento alla *Geographical Proximity* per quanto concerne la distanza quantitativa (il calcolo della distanza tra infrastrutture e Comuni o ospedali), e alla *Institutional Proximity* per quanto riguarda l'analisi qualitativa geo-spaziale. Quest'ultima intesa come appartenenza delle infrastrutture ad un dato ritaglio amministrativo, ovvero il Comune nel caso della Regione Lazio e la Zona urbanistica nell'approfondimento compiuto per il Comune di Roma. Come ritaglio amministrativo non è stata scelta la Asl, come invece aveva fatto Evangelista (2016b) per lo studio degli ospedali abruzzesi, perché una Asl individua un'area troppo estesa e popolata rispetto agli standard delle infrastrutture di prossimità. Il Comune, generalmente di dimensioni ben più ridotte, nell'ordinamento italiano costituisce per contro un altro pilastro dell'integrazione sociosanitaria e, inoltre, rappresenta un ritaglio del territorio non meramente amministrativo, ma carico di significato comunitario, democratico e partecipativo. La scelta di selezionare i Comuni come istituzioni di prossimità corrisponde, in sintesi, ad una prospettiva di medicina di prossimità e di attivazione comunitaria per le cure e i servizi territoriali. Solo nel caso della città di Roma, a causa delle dimensioni della capitale, l'analisi si è concentrata sulle Zone urbanistiche anziché sulla scala comunale.

Siccome lo scopo dell'analisi geo-spaziale è stato quello di osservare i criteri che hanno guidato la distribuzione sul territorio regionale delle infrastrutture della Missione 6 C1 del Pnrr; il primo obiettivo è stato l'individuazione dei Comuni serviti e non serviti dalla missione. Avendo rilevato la presenza o l'assenza di nuove infrastrutture a livello comunale, l'obiettivo successivo è stato quello di comprendere quali tipi di Comuni fossero serviti o meno in base a criteri demografici, analogamente ai criteri utilizzati dal Ministero della Salute per definire gli standard della Missione 6 C1. In secondo luogo, si è confrontata la presenza delle nuove infrastrutture con modelli ben rodati di classificazione sociale del territorio regionale, ovvero le aree individuate nell'Accordo di Partenariato Snaì 2014-2020, per osservare la distribuzione di infrastrutture di prossimità in aree interne, montane o meno urbanizzate.

L'analisi della *Geographical Proximity* si concentra sul livello più prettamente spaziale e fisico del territorio, costituendo un primo livello di analisi qualitativa della prossimità delle nuove infrastrutture di comunità in relazione al territorio regionale. Rispetto alla teoria indicata da Evangelista (2016b) e indicata in figura 10, per realizzare un'analisi di *Organizational Proximity*

e *Cognitive Proximity* bisognerà attendere la futura messa in opera della nuova rete di infrastrutture di comunità, dopo il primo trimestre del 2026.

In secondo luogo, procedendo con lo studio della *Geographical Proximity*, in via sperimentale, l'analisi si è avvalsa anche del calcolo della distanza in funzione del tempo di percorrenza, per considerare le caratteristiche morfologiche e i tempi reali di spostamento mediante isocrone costruite a partire dai dati forniti dalle Api Distance di Google Maps e TravelTime su Qgis (Dumitrache *et al.*, 2020; Christodoulou *et al.*, 2020; Weiss *et al.*, 2020; Zhao e Zhou, 2024; Wang e Xu, 2011; Elikan e Bertazzon, 2012). L'utilizzo e l'aggregazione dei dati forniti dalle Api Google e TravelTime, basati sul traffico in tempo reale raccolto quotidianamente (Wang e Xu, 2011) e aggiornato su base mensile, hanno reso possibile un calcolo cumulativo dell'accessibilità (Geurs e Van Wee, 2004; Zhao e Zhou, 2024; Kapatsila *et al.*, 2023; Christodoulou *et al.*, 2020) basato su isocrone di 30 minuti calcolate sia con mezzi pubblici che con automobile durante gli orari di picco del traffico mattutino (tra le ore 9:00 e le 11:00). L'analisi dei dati reali forniti dalle Api ha permesso di considerare nell'analisi spaziale anche l'effetto della morfologia del territorio, della densità abitativa e del traffico automobilistico.

Tradizionalmente (Geurs e Van Wee, 2004), l'accessibilità viene operazionalizzata attraverso la misurazione di diversi fattori: il potenziale di opportunità di interazione (Hansen, 1959); la facilità di raggiungere una *land-use activity* (scuola, ufficio, ospedale ecc.) a partire da un luogo e utilizzando un particolare mezzo di trasporto (bici, piedi, trasporto pubblico ecc.) (Dalvi e Martin, 1976); la libertà degli individui di decidere; i benefici offerti da un sistema di trasporti e di gestione del territorio. Ma nel presente caso – oltre al problema precedentemente ricordato, ovvero alla mancanza di dati sui volumi di attività delle infrastrutture della Missione 6 C1 – è necessario considerare un limite etico e ontologico. Le analisi di accessibilità (Geurs e Van Wee, 2004) o dei bacini di utenza (Evangelista, 2017a) più elaborate, come quelle gravitazionali, non si adattano all'analisi di infrastrutture di comunità, e questo perché “incorporano implicitamente le caratteristiche della domanda e dell'offerta” (Evangelista, 2017a, p. 63), ovvero di un sistema di mercato volto a ottimizzare e massimizzare il consumo di prestazioni. Tale limite, secondo la prospettiva critica femminista (Pioggia, 2024; Nussbaum, 2002), discende dall'impostazione neocontrattualistica (e rawlsiana) delle teorie della giustizia che – persino – nella pubblica amministrazione impone la falsa neutralità, l'individualismo e l'astratto razionalismo dell'*homo oeconomicus*. I modelli tendono a prefigurare come universali comportamenti razionali e *performance* standard che non corrispondono alla complessità reale dello spazio

vissuto. Non è detto, ad esempio, che una persona scelga di curarsi in una struttura meno affollata, più vicina o meno cara. Nei modelli contrattualistici, accessibilità e prossimità tendono a diventare strumenti per calcolare e attrarre la domanda di servizi, alimentando implicitamente una logica di mercato e di cura neoliberale (anziché un cambio di paradigma).

Nel caso delle infrastrutture di comunità della Missione 6 C1, l'accessibilità non dovrebbe essere direttamente proporzionale alla domanda assoluta o potenziale (Christodoulou *et al.*, 2020; Zhao e Zhou, 2024), perché i bacini di utenza dovrebbero corrispondere al rispettivo standard fissato dal d.m. 77, ad una popolazione (50.000 residenti per le CdC e 100.000 per OdC e COT) presa in carico territorialmente e comunitariamente dai nuovi servizi territoriali, adottando una logica di prossimità geograficamente fondata che respinge ogni scenario di competizione tra strutture (per domanda, offerta, rapporto tra costi e benefici, margine di profitto ecc.). Queste considerazioni portano ad un terzo problema, che sarà ripreso e discusso nel paragrafo 6.1.3.: la mancanza (e il bisogno) di ripartizioni amministrative che corrispondano o si avvicinino ai criteri standard del d.m. 77, le quali permetterebbero di ragionare su un insieme stabile, omogeneo e chiaro di beneficiari del servizio per i quali calcolare l'accessibilità. In mancanza di ritagli amministrativi più piccoli, al di sotto delle Asl e dei Distretti, e di una loro concreta presa in carico della popolazione locale, il servizio delle infrastrutture di prossimità rimane in realtà regionale. Infatti, le infrastrutture di comunità, come ogni ambulatorio e poliambulatorio del Ssr, operano a livello regionale. Da febbraio 2026 il Ssr proprio per limitare geograficamente questa estensione totale del servizio ha creato gli ambiti territoriali di garanzia (<https://www.salutelazio.it/ambito-territoriale-di-garanzia>), i quali ripartiscono il Ssr in 5 aree; ma in questa divisione le tre Asl romane e la relativa popolazione (praticamente la metà di tutta la Regione secondo il censimento Istat 2025) rimangono all'interno di tutte e 5 le aree. Come è emerso durante l'attività di assistenza alla prenotazione delle visite con lo Sportello Mammuto (cfr. capitolo 6), gli ambiti di garanzia non producono, quindi, una netta separazione territoriale del servizio e in pratica sono spesso disattesi.

Nella divisione dei compiti e progressiva tecnicizzazione del modello di sviluppo neoliberista, un ulteriore limite dell'approccio neocontrattualista è che l'accessibilità rischia di divenire inaccessibile. La sussunzione del concetto di accessibilità all'interno dei modelli scientifici quantitativi e, quindi, all'interno di un ambito semantico governato da un linguaggio tecnicistico rischia di confinare i veri soggetti attivi dei processi di cura al di fuori del perimetro governamentale della cura stessa. Solo pochissimi eruditi, una ristretta cerchia

di scienziati e tecnologi, sono in grado di comprendere il linguaggio specialistico della modellizzazione dell'accessibilità (Pioggia, 2024) di una struttura sanitaria: una condizione di quasi monopolio. In questo modo si viene a rafforzare l'esclusione delle comunità locali e persino dei *policy makers*, che spesso non sono in grado di comprendere e interpretare il linguaggio, i processi e il risultato dei – complicati – modelli gravitazionali di analisi dell'accessibilità (Geurs e van Wee, 2004).

Pertanto, l'analisi delle infrastrutture ha dato centralità ad un approccio chiaro, comunicabile, focalizzato all'essenziale e diviso in step progressivi, anziché basare lo studio sulla modellizzazione dell'accessibilità o dei bacini di utenza. Tuttavia, per completezza, sono state eseguite anche analisi delle infrastrutture di prossimità basate su modelli di accessibilità. Attraverso le isocrone precedentemente descritte è stata calcolata, quindi, anche l'accessibilità delle CdC della Regione Lazio, adattando la metodologia cumulativa proposta da Zhao e Zhou (2024).

4.2.1. – Distribuire la rete delle infrastrutture territoriali

Grazie ai dati forniti dal portale di Agenas è stato possibile realizzare una prima mappatura degli interventi della Missione 6 Componente 1 del Pnrr, ovvero l'insieme di CdC, OdC e Cot presenti sul territorio della Regione Lazio. La figura 11 mostra la distribuzione degli interventi della Missione, ogni intervento corrisponde ad un'infrastruttura di comunità. Chiaramente, si tratta di una distribuzione non omogenea laddove la maggiore concentrazione degli interventi, facilmente individuabile in figura, corrisponde all'area della città di Roma; mentre gli interventi si diradano in zone più periferiche come, ad esempio, le aree interne dell'Alta Tuscia e dei Monti Reatini.

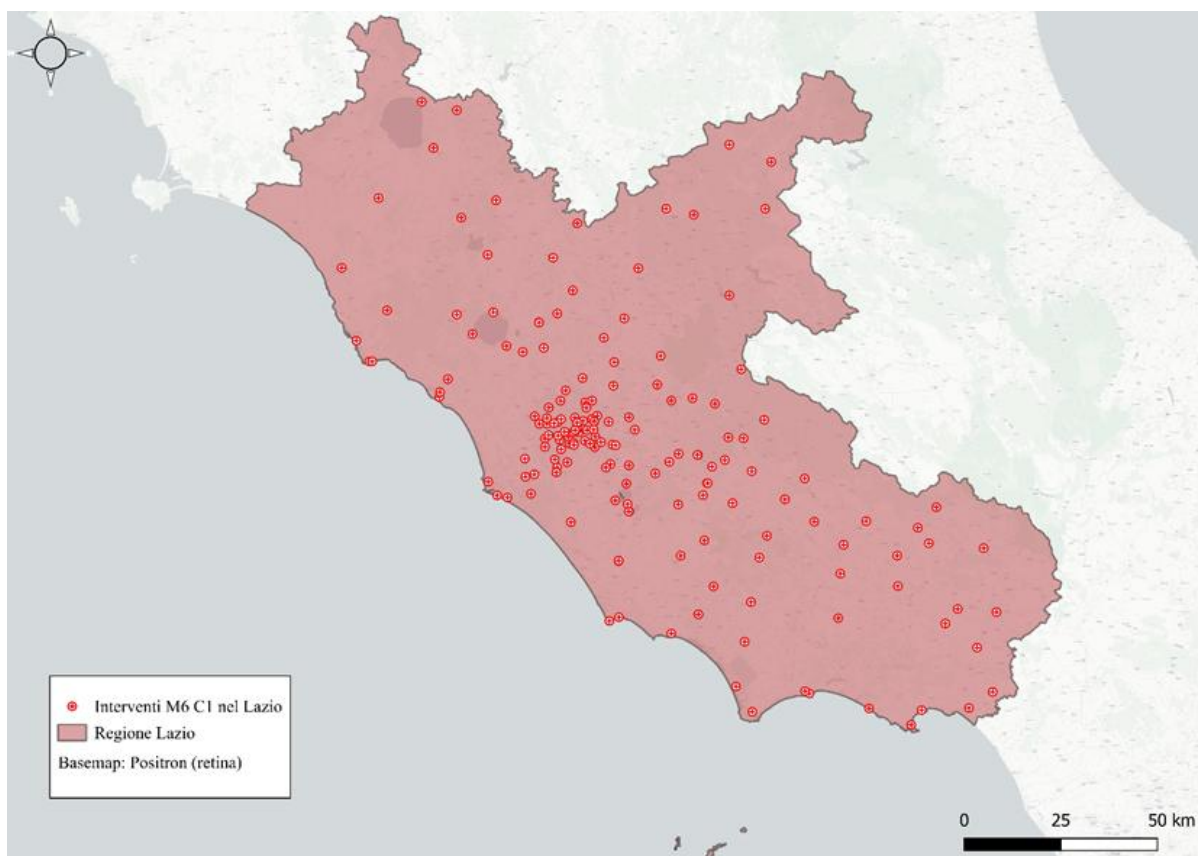


Fig. 11 – Mappatura interventi M6 C1 nella Regione Lazio;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas

Per distribuzione disomogenea si intende qui la collocazione delle infrastrutture sul territorio in senso puramente spaziale: isomorfo ed euclideo. È chiaro che la distribuzione delle nuove infrastrutture non debba necessariamente seguire un principio di questo tipo, puramente spaziale e isomorfo, prefiggendosi ad esempio di collocare una struttura ogni 50 km^2 in modo da creare una rete di punti (grossomodo) equidistanti tra loro. L'obiettivo di questa mappatura, infatti, non è tanto suggerire quale sia la migliore distribuzione delle nuove infrastrutture, quanto comprendere quali principi e criteri abbiano guidato l'attuale distribuzione e indicarne limiti e possibilità di miglioramento: un'analisi critica spaziale della rete di infrastrutture finanziate con i fondi del Pnrr.

Prima di tutto, il principio cui si riferisce la normativa vigente, ovvero lo standard definito dal d.m. 77, si basa su un criterio puramente demografico: ogni 40.000-50.000 abitanti deve essere presente una CdC, ogni 100.000 una OdC e una Cot. Teoricamente è questo il principio fondamentale su cui si è basata la distribuzione dei nuovi interventi della Missione 6 C1. In questo modo si spiegherebbe anche la concentrazione più elevata di interventi che presenta l'area corrispondente alla città di Roma. Tuttavia, è opportuno approfondire ulteriormente l'analisi critica della Missione, per esaminare con maggiore precisione i criteri e le motivazioni che sottendono alla localizzazione delle nuove infrastrutture pubbliche.

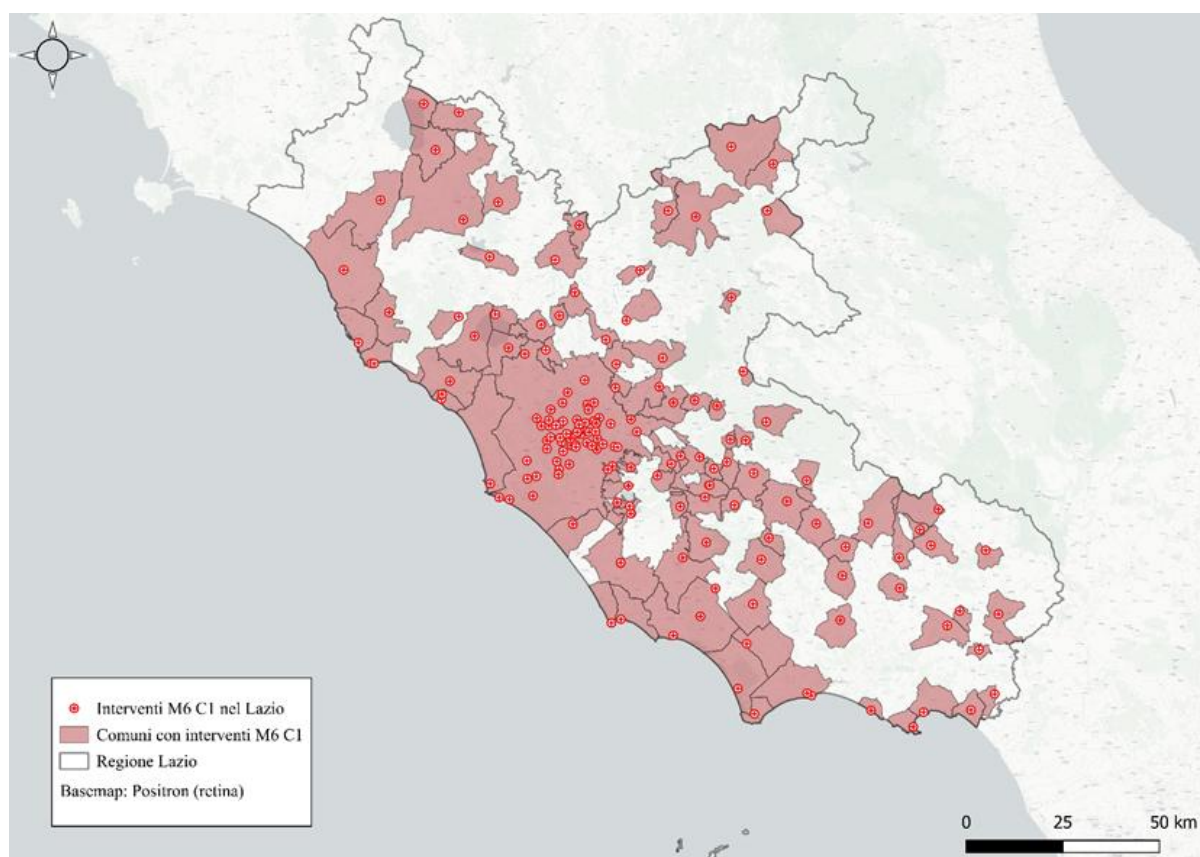


Fig. 12 – Mappatura dei Comuni con interventi M6 C1 nella Regione Lazio;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas

A livello regionale si nota facilmente (fig.12) come non tutti i Comuni siano serviti dalla Missione e quanto, quindi, siano numerosi i Comuni della Regione Lazio che non presentano alcuna nuova infrastruttura di comunità finanziata con i fondi del Pnrr. La carta geografica in figura 13 mostra proprio questa distribuzione disomogenea delle nuove infrastrutture, mettendo in risalto come a livello puramente spaziale la superficie di territorio regionale dei Comuni serviti dalla Missione 6 C1 sia minore della superficie totale dei Comuni non serviti dalla Missione. In base ai ritagli amministrativi comunali, non è presente alcuna struttura nel

57 % circa della superficie totale della Regione Lazio. Questa dinamica di distribuzione delle infrastrutture pubbliche e di comunità comporta che ampie zone risultino sprovviste di CdC, OdC e Cot. In particolare, sono le aree interne, montane, rurali e periferiche a risultare quasi sempre le più svantaggiate dal punto di vista della copertura del servizio.

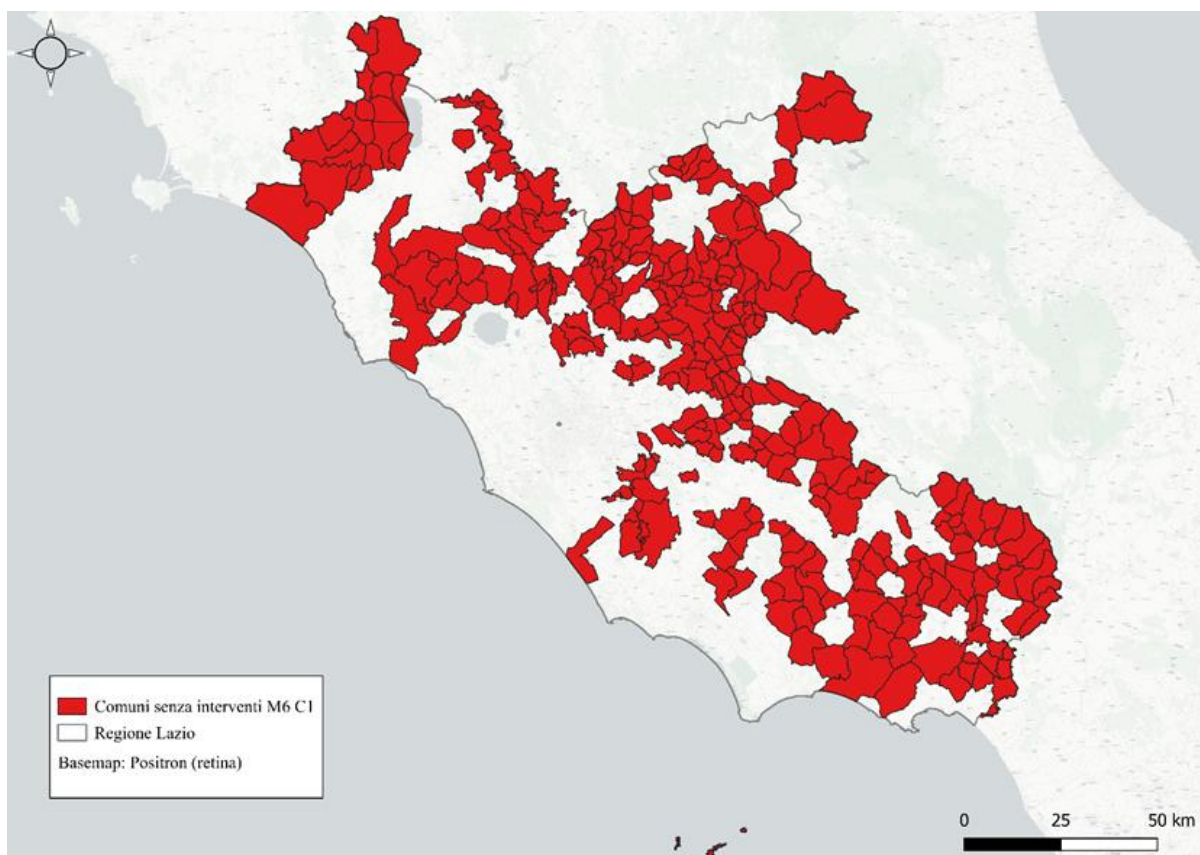


Fig- 13 – Mappatura dei Comuni senza intervento M6 C1 nella Regione Lazio;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas

Per approfondire l'area di maggiore concentrazione degli interventi della Regione Lazio, il territorio corrispondente al Comune di Roma è stato studiato singolarmente, realizzando specifiche mappature sul dettaglio metropolitano per tutta questa serie cartografica regionale. Trattandosi di un territorio densamente popolato, l'ambito comunale è stato analizzato al livello di ritagli amministrativi molto più piccoli, osservando la sua suddivisione nelle unità delle Zone urbanistiche. La scelta di considerare le Zone urbanistiche è collegata proprio al loro livello di dettaglio, perché corrispondono ad una delle unità più piccole di suddivisione del territorio romano e più coerenti in quanto composte da uno o più quartieri limitrofi. La suddivisione del territorio realizzata con i ritagli amministrativi sanitari, cioè le Aziende sanitarie locali (Asl), seppur utile ai fini dell'analisi, presenta troppe elevate differenze e troppe vaste popolazioni rispetto alle unità considerate (tra 40.000 e 100.000), come nel caso della Asl Roma 2 dove abitano circa un milione e duecentomila persone. Lo

stesso in parte può essere detto dei ritagli amministrativi municipali che, sebbene inferiori a quelli delle Asl, corrispondono ancora a qualche centinaio di migliaia di abitanti e, pertanto, devono essere ulteriormente suddivisi per osservare più in dettaglio la distribuzione delle infrastrutture nel rispettivo spazio di competenza.

La figura 14 mostra la distribuzione delle infrastrutture della Missione 6 C1 tra le Zone urbanistiche del Comune di Roma. Anche in questo caso non si tratta di una distribuzione omogenea a livello puramente spaziale isomorfo ed euclideo. Anche alla scala comunale romana alcune porzioni di territorio risultano più servite, e anche in questo caso risultano meno servite le aree più periferiche. Le nuove infrastrutture si concentrano all'interno della cintura del Grande Raccordo Anulare (Gra), mentre solo un quarto delle infrastrutture sono collocate all'esterno del Gra e nei dintorni di Roma.

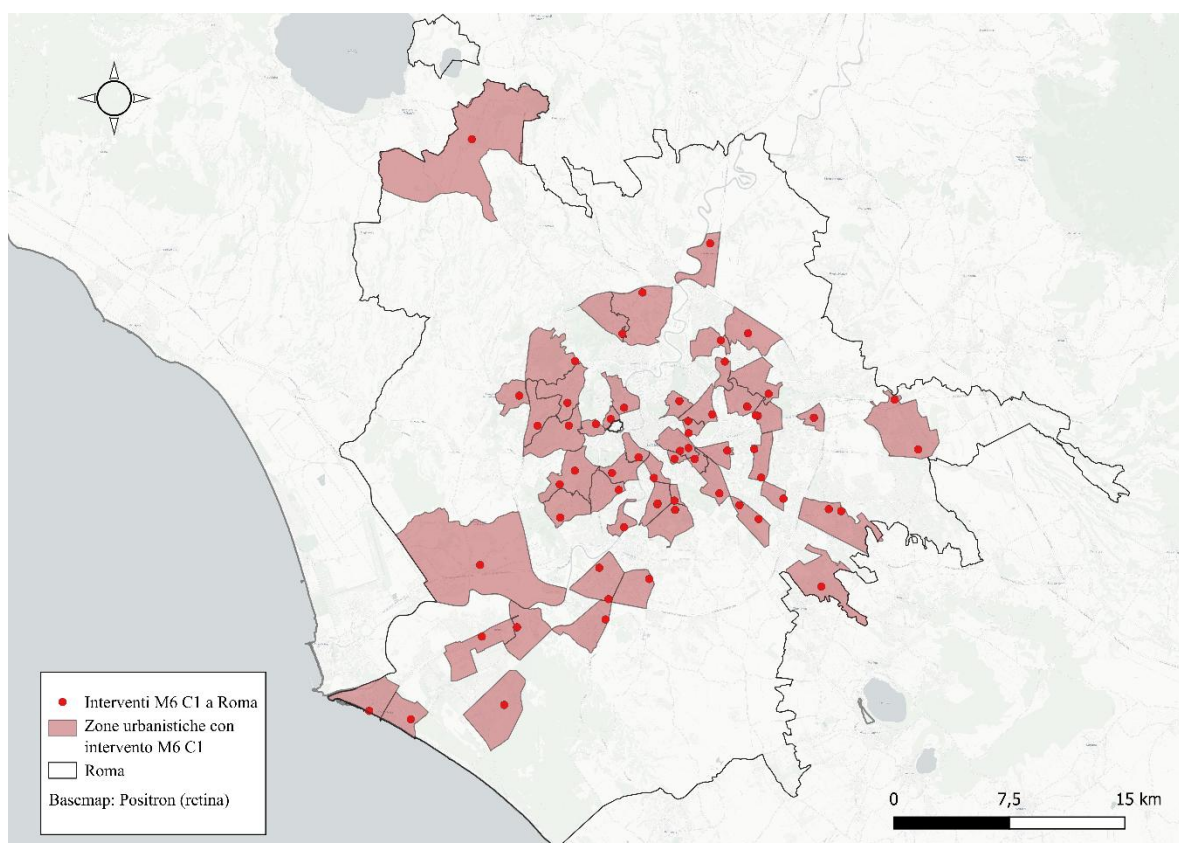


Fig. 14 – Mappatura interventi M6 C1 nel Comune di Roma;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas.

Le Zone urbanistiche collocate all'interno del Gra si trovano in aree dove la città è generalmente più compatta e dove la densità abitativa è maggiore; anche se questa tendenza generale in alcuni casi del centro storico è contrastata da processi inversi, ovvero di svuotamento, come dimostrano alcuni studi sulla popolazione temporanea, sulla gentrificazione e turistificazione e sul mercato degli affitti brevi in città (Brollo e Celata,

2023). In ogni caso è interessante provare a guardare quali siano le Zone urbanistiche che non presentano affatto interventi, ovvero quei territori dove non sono presenti nuove infrastrutture di comunità. La figura 15 presenta una mappatura di tutte le Zone urbanistiche dove non sono presenti nuove infrastrutture, pari a circa il 75% della superficie del Comune di Roma. La carta geografica in figura è del tutto speculare alla precedente (fig. 14) che mostrava invece tutte le Zone dove sono collocati interventi della Missione 6 C1 del Pnrr. Come si può notare dal confronto tra le due carte geografiche il territorio corrispondente alle Zone urbanistiche senza alcun intervento (e quindi infrastruttura di comunità) del Pnrr è molto più esteso di quello corrispondente alle Zone con intervento. Nel complesso, anche nell'area della Regione Lazio dove si concentra il maggior numero di interventi della Missione 6 C1, all'interno della città di Roma, sono dunque molto estese le zone dove non è presente alcuna nuova infrastruttura di comunità. Solo 13 Zone urbanistiche al di fuori del Gra presentano nuovi interventi.

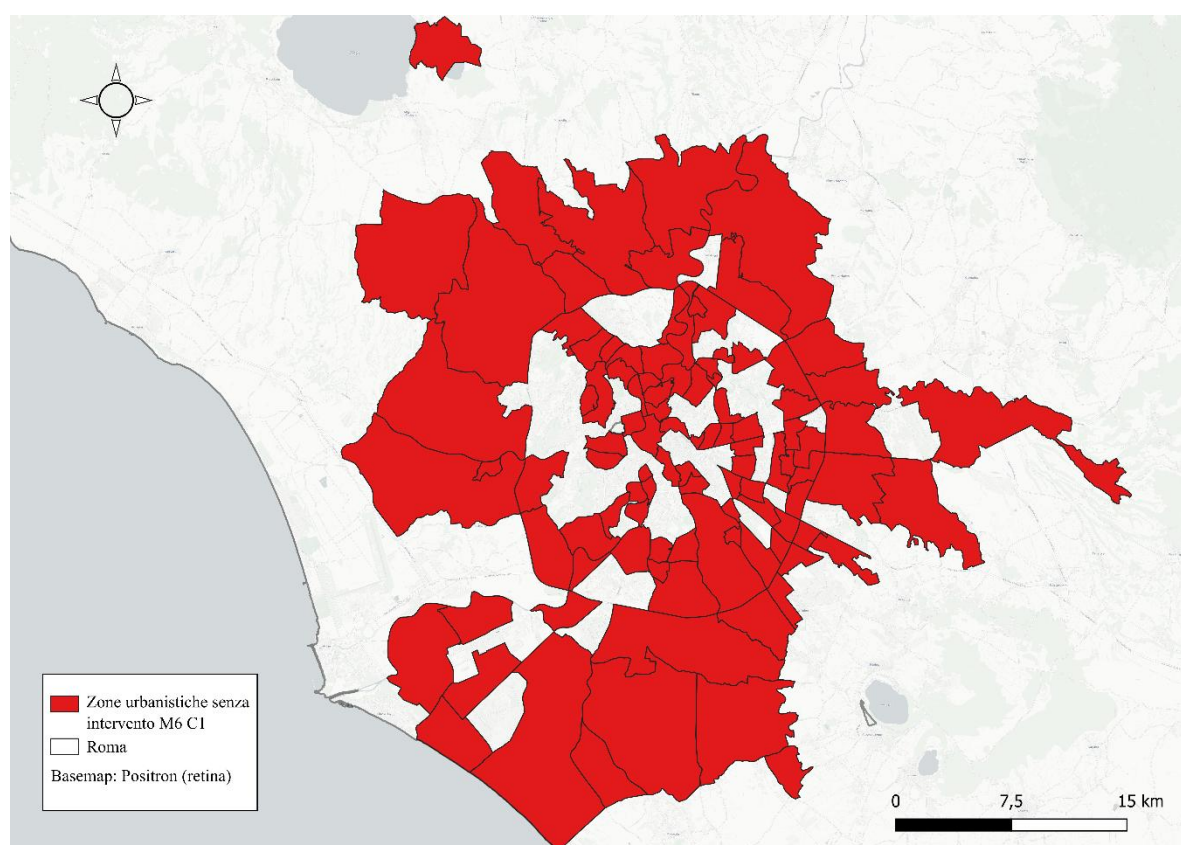


Fig. 15 - Mappatura zone senza interventi M6 C1 nella Regione Lazio;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas.

Proprio per sottolineare come esistano profonde disomogeneità nella distribuzione degli interventi della Missione 6 C1 e quindi delle nuove infrastrutture di comunità, ho scelto di

realizzare una mappatura dell'assenza: una carta geografica dove è possibile osservare l'insieme dei ritagli amministrativi (Comuni del Lazio e Zone urbanistiche di Roma) senza interventi, dove la rete di comunità non dispone di alcun presidio fisico presente sul territorio e dove quindi si potrebbe concentrare la futura realizzazione di nuovi interventi di medicina di prossimità.

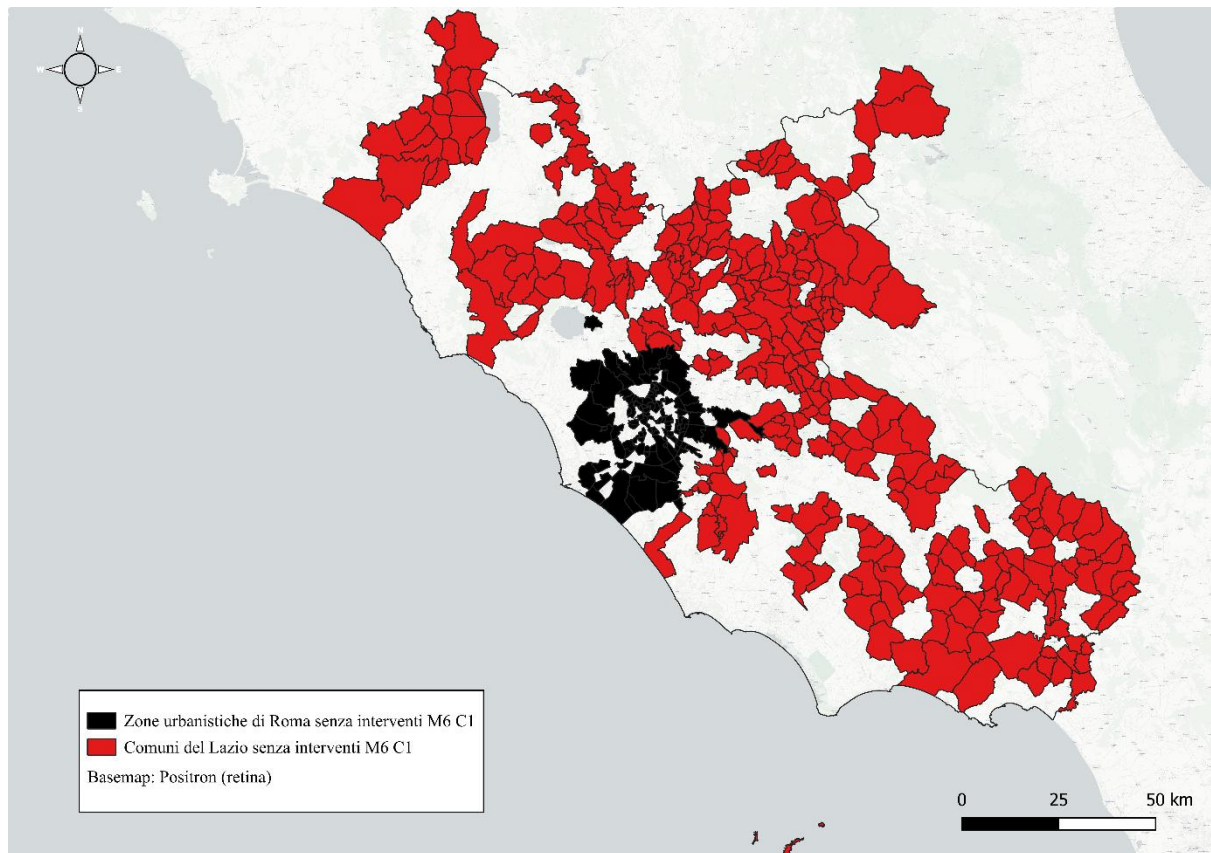


Fig. 16 – Mappatura dell'assenza, le zone senza interventi M6 C1 nella Regione Lazio e nel Comune di Roma;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas.

Per analizzare la *Geographical Proximity*, seguendo la metodologia di Evangelista (2016b) basata sulla distanza chilometrica delle infrastrutture sanitarie, sono state utilizzate due tecniche:

- in primo luogo, è stata osservata la prossimità delle nuove infrastrutture di comunità rispetto al territorio della Regione Lazio. Attraverso la funzione *buffer* di *geoprocessing* è stata creata una *buffer zone* pari a 10 km attorno a ciascuna nuova infrastruttura di comunità; quindi, sono stati individuati i territori della Regione al di fuori di ogni *buffer zone*, ovvero più distanti di 10 km dalle nuove infrastrutture;

- in secondo luogo, le nuove infrastrutture di comunità finanziate con i fondi del Pnrr sono state divise in quattro classi in base alla loro distanza dalle strutture ospedaliere mappate nel censimento Istat 2021 (<https://www.istat.it/notizia/caratteristiche-territoriali-sezioni-censimento-2021-raggruppate-in-macroaree/>).

Nella figura 17 sono rappresentate le infrastrutture di comunità con le proprie rispettive *buffer zone* di 10 km. Da qui è possibile notare come esistano diversi livelli di prossimità all'interno della rete di comunità. Infatti, mentre alcuni territori ricadono all'interno di una o addirittura più *buffer zone* (in verde), ampie porzioni del territorio della Regione Lazio sono al di fuori di qualunque *buffer zone* e dunque distanti dalla nuova rete di infrastrutture di comunità. In molti casi i territori della Regione Lazio distanti e non serviti dalla nuova rete di comunità corrispondono alle Aree interne individuate nell'ambito della Strategia nazionale aree interne (Snai) 2014-2021.

Le Aree interne individuate nel 2014 continuano, dunque, ancora oggi e anche nell'ambito della riforma dei servizi territoriali e della sanità inaugurata con la Missione 6 C1 del Pnrr ad essere considerate zone marginali, periferiche e/o interstiziali dove è più scarso l'intervento pubblico e dove rimangono più distanti i servizi sociosanitari. L'Alta Tuscia è l'area interna con la maggiore superficie di territorio al di fuori di qualunque *buffer zone* delle nuove infrastrutture, ovvero a oltre 10 km di distanza; segue l'area interna dei Monti Reatini e in particolare le zone di Accumoli, Amatrice e Borgorose; all'interno dell'area dei Monti Simbruini il territorio più distante dalle nuove infrastrutture di comunità è invece quello compreso tra Vallepietra, Filetino e Trevi nel Lazio; infine, nell'area della Valle di Comino il territorio più distante dagli interventi della Missione 6 C1 del Pnrr è quello tra Villa Latina, Picinisco e Acquafondata.

Sempre nella figura 17 si possono notare altre aree ben distanti dalle nuove infrastrutture finanziate con i fondi Pnrr, posizionate al di fuori di qualunque *buffer zone*. Le zone più distanti e quindi meno servite e meno prossime alla nuova rete di comunità sono: i territori compresi tra Blera, Barbarano, Civitella Cesi e Monte Romano; la zona di Fondi; la zona che grossomodo intercorre tra Sonnino e Priverno; il territorio compreso tra Poggio Corese, Poggio Nativo e Ornaro Basso; la zona di Ara Nova; e infine le due zone di Grotte Santo Stefano e Orte. Nel complesso, la popolazione residente nelle aree distanti oltre 10 chilometri dagli interventi supera le 170.000 persone (calcolata in base ai dati Istat 2021 delle sezioni di censimento).

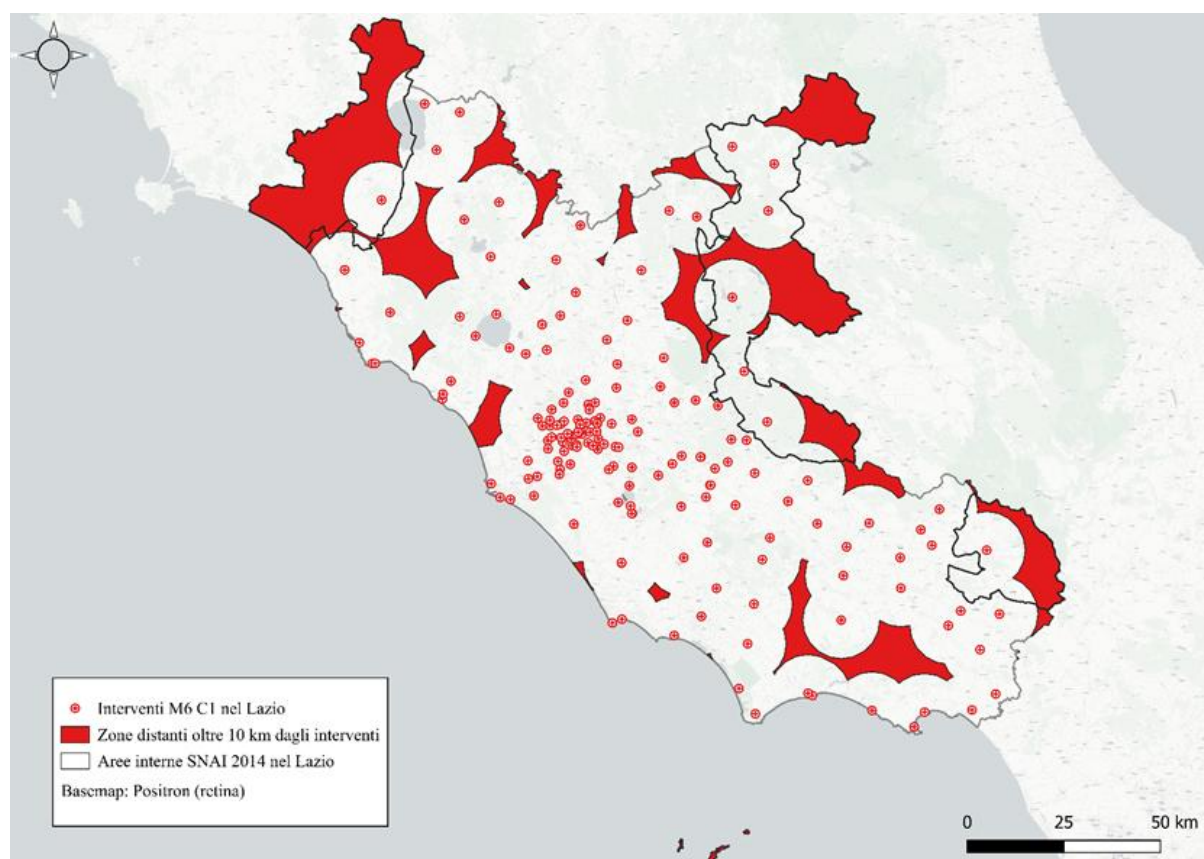
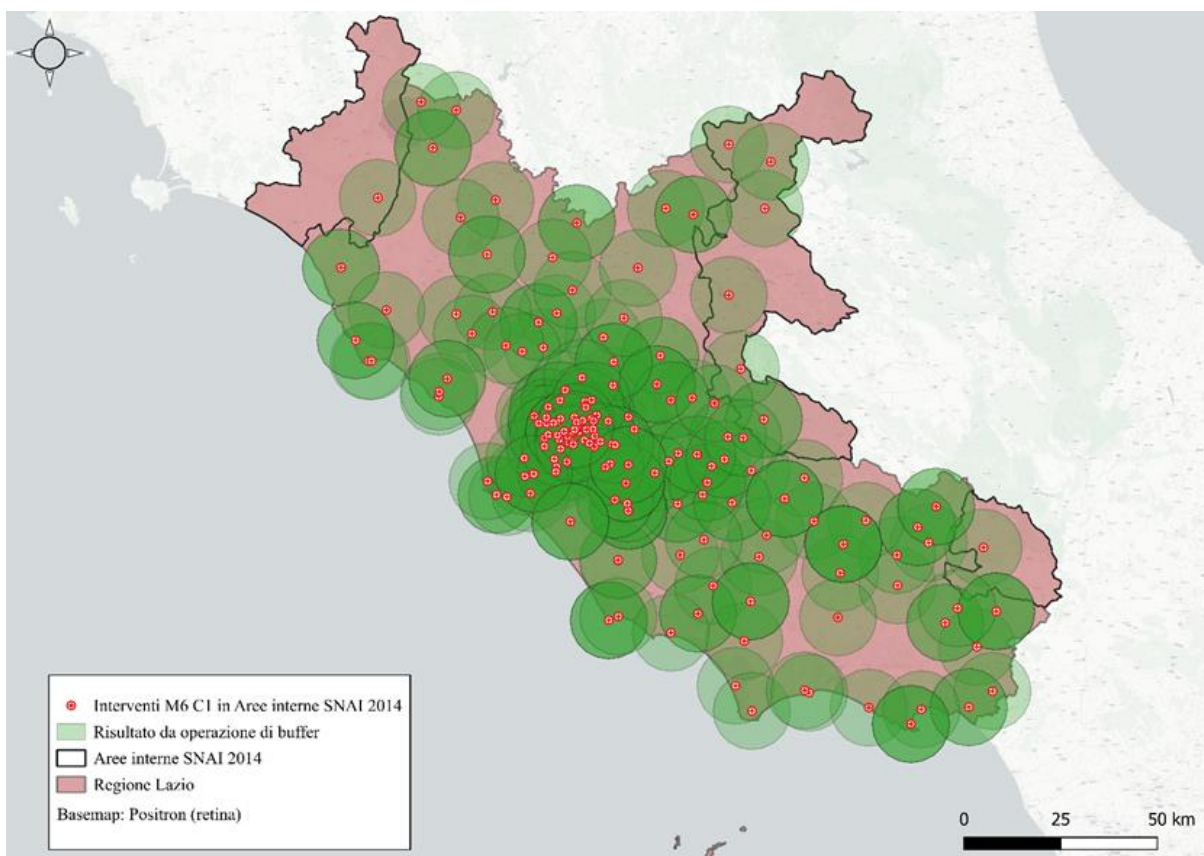


Fig. 17 – Due rappresentazioni delle zone distanti oltre 10 km dalle nuove infrastrutture;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas.

Per quanto concerne invece la prossimità delle nuove infrastrutture rispetto ai poli ospedalieri della Regione Lazio e delle Regioni limitrofe, bisogna anzitutto fare alcune considerazioni preliminari. Nessuna delle nuove infrastrutture di comunità finanziate con i fondi del Pnrr è collocata a più di 50 km da una struttura ospedaliera, anche perché l'intera nuova rete di comunità dovrebbe essere interconnessa e integrata con i servizi ospedalieri; sebbene non sia indicato alcuno standard rispetto alla distanza né tra le infrastrutture stesse né tra queste ultime e i poli ospedalieri.

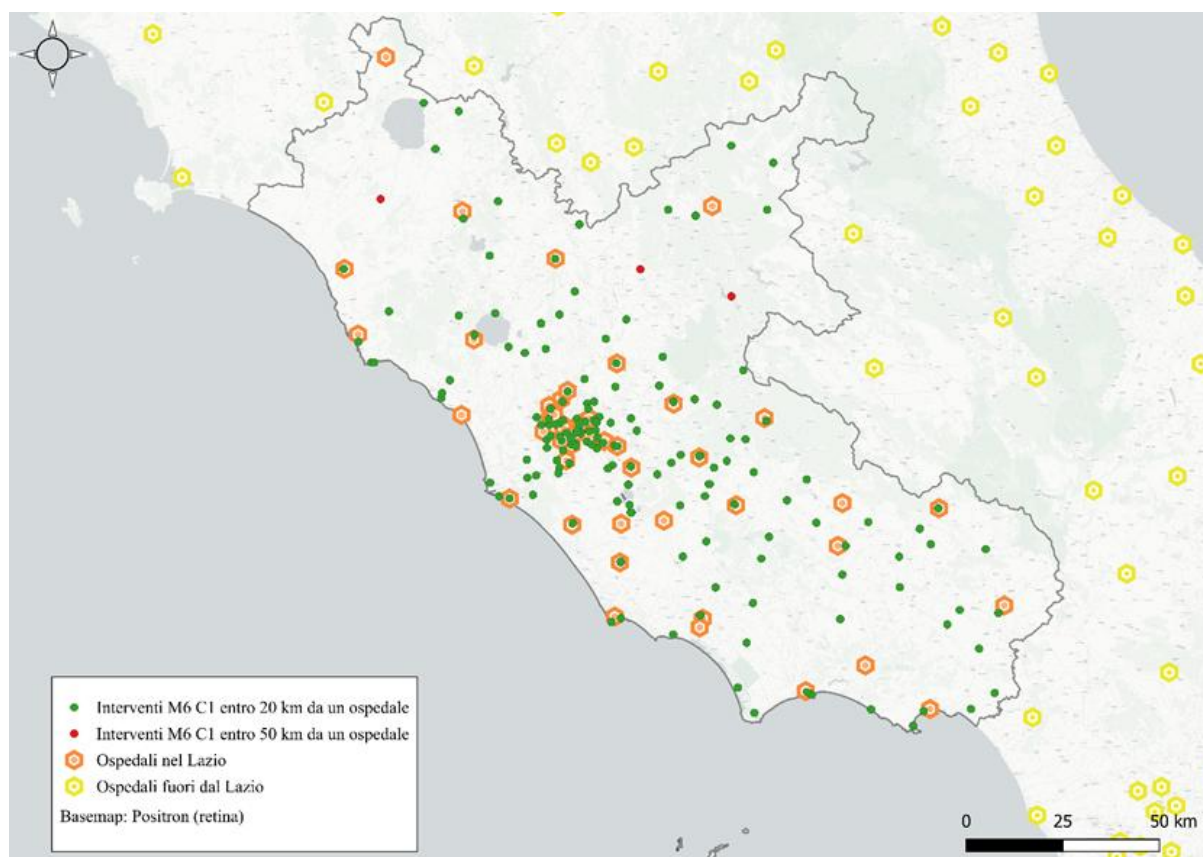


Fig. 18 – Le infrastrutture di comunità più distanti rispetto ai poli ospedalieri;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Come è possibile notare nella figura 18 solo tre nuovi interventi della Missione 6 C1 del Pnrr sono più lontani di 20 km da qualsiasi polo ospedaliero: la CdC di Tuscania, l'OdC di Poggio Mirteto e la CdC di Castel di Tora. La collocazione di queste tre nuove infrastrutture in aree molto distanti dai servizi ospedalieri, chiaramente, ne fa dei fondamentali presidi territoriali, perché la loro presenza avvicina il servizio pubblico a zone più marginalizzate e meno servite dal Ssn. In molti territori si potrebbe auspicare un simile criterio di distribuzione, posizionando almeno una delle nuove infrastrutture di comunità in modo da evitare che sul territorio regionale e nazionale (teoricamente omogeneamente coperti dai Lea) sussistano zone di grave assenza del servizio pubblico sia territoriale che ospedaliero. Al contempo,

però, la distanza da qualunque struttura ospedaliera rende più complicata l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri (Ingrosso, 2024), laddove viene a mancare una buona prossimità tra i due tipi di infrastruttura e i rispettivi differenti livelli di intensità di cure. È quindi sempre auspicabile che la rete di infrastrutture di comunità e la rete di strutture ospedaliere non siano intese come alternative l'una all'altra, ma come complementari, così da poter operare in modo integrato e sinergico come previsto nell'ambito della medicina di prossimità e del d.m. 77 (Brambilla e Maciocco 2022; Ingrosso, 2024).

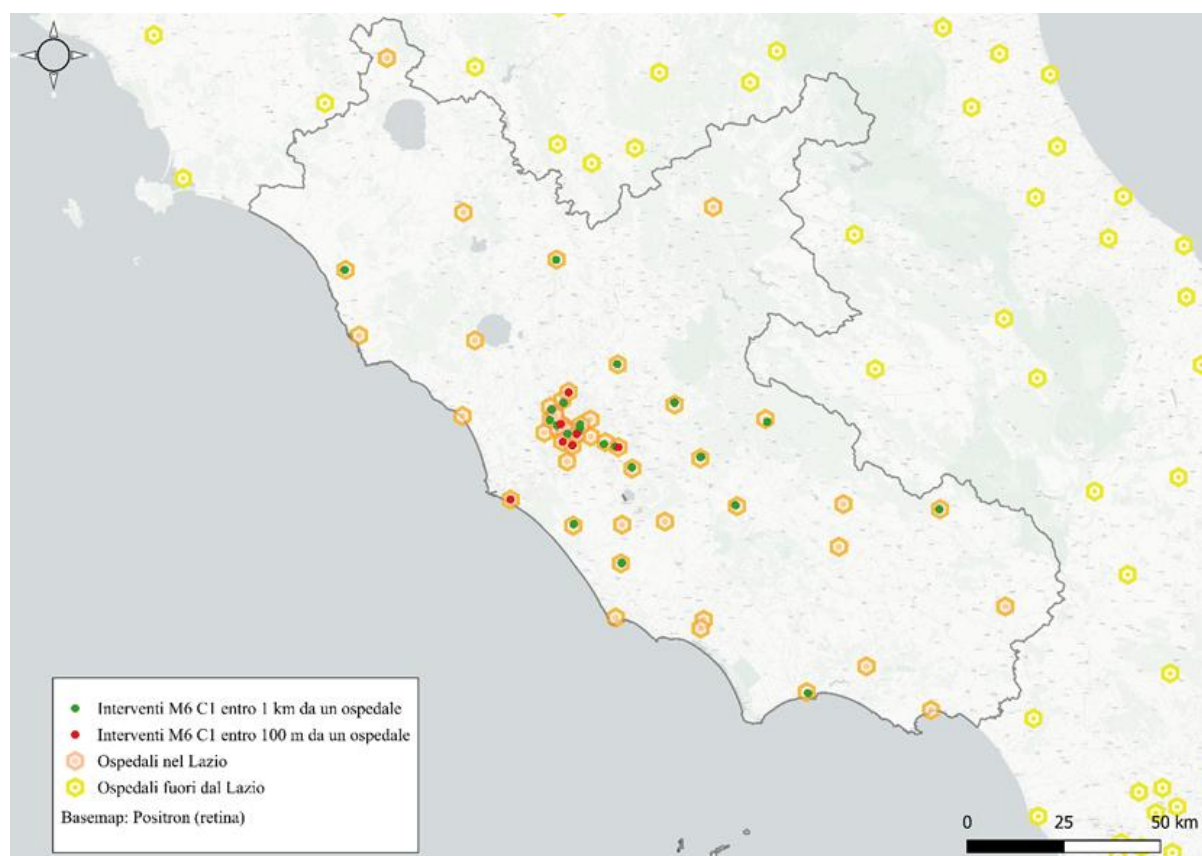


Fig. 19 – Le infrastrutture di comunità più vicine ai poli ospedalieri;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Nel secondo esempio, presentato nella figura 19, è possibile invece notare le nuove infrastrutture di comunità più vicine e quindi spazialmente più prossime alle strutture ospedaliere. La mappatura ha riguardato in particolare tutte le infrastrutture finanziate con i fondi del Pnrr distanti meno di un chilometro da un polo ospedaliero. All'interno di questo insieme di infrastrutture di comunità troviamo anche le infrastrutture vicinissime ai poli ospedalieri (in rosso), distanti meno di 100 metri da un ospedale. In quest'ultimo caso si tratta di infrastrutture direttamente connesse all'attività ospedaliera e nella quasi totalità dei casi collocate all'interno di spazi ristrutturati o precedentemente occupati dai servizi

ospedalieri. Come mostrato per le Case della Salute, anche per le Case e gli Ospedali della Comunità o le Centrali Operative Territoriali è prassi ricorrente il riutilizzo di spazi abbandonati o sotto-utilizzati del servizio pubblico, specie di quello ospedaliero. A fronte del decennale processo di *austerity* che ha coinvolto la sanità, con conseguente parziale dismissione delle infrastrutture pubbliche ospedaliere, è presente nel territorio regionale un considerevole numero di strutture che è possibile rifunionalizzare nell'ambito dei servizi territoriali e della medicina di comunità. Se da un lato si tratta di un processo virtuoso di riutilizzo dello spazio pubblico, dall'altro è doveroso sottolineare che il passaggio da reparto ospedaliero a infrastruttura di comunità generalmente comporta una diminuzione delle spese sanitarie e una conseguente diminuzione di attività specialistiche e macchinari o cure ad alto costo.

In alcuni casi come quello di Frosinone, il riutilizzo di spazi pubblici dismessi o sottoutilizzati, infatti, è legato al rinnovo del parco ospedaliero. L'apertura del nuovo Ospedale F. Spaziani a Frosinone ha portato alla progressiva chiusura dell'Ospedale Umberto I, i cui spazi però a breve ospiteranno tutte e tre le nuove infrastrutture di comunità previste dalla Missione 6 C1 del Pnrr, con la presenza di una CdC, una Cot e un OdC nei locali del vecchio ospedale. Se questo può essere considerato un esempio interessante di medicina di prossimità, perché presenta in uno stesso territorio urbano abitato da circa 40.000 persone dei servizi territoriali e ospedalieri tra loro interconnessi o quantomeno vicini; più problematico diventa il caso degli interventi della Missione 6 C1 realizzati proprio all'interno o nelle immediate vicinanze di un ospedale, cioè a circa 100 metri di distanza (in rosso in figura 19), dal momento che in questo secondo caso, anziché promuovere una rete capillare di servizi sul territorio, viene riprodotta una distribuzione delle infrastrutture caratterizzata da logiche di accentramento, ricalcando il tradizionale paradigma di cure ospedalocentriche e, dunque, non una corretta rete di prossimità. A ulteriore conferma della presenza di forti dinamiche di accentramento dei servizi bisogna considerare che tutti gli interventi della Missione all'interno o nelle immediate vicinanze di un ospedale sono collocati dentro i confini amministrativi della città di Roma (incluso l'ospedale di Ostia Lido). È chiaro che Roma viene a costituire il centro indiscusso anche dei servizi territoriali e della loro riforma, ricalcando un paradigma di cura e di distribuzione del servizio pubblico consolidato che la nuova rete di comunità non sembra aver trasformato a livello puramente spaziale.

Per comprendere meglio i differenti livelli di prossimità e di copertura del servizio, è utile confrontare quanto emerso finora con i dati demografici della Regione Lazio, in primo luogo

perché gli standard vincolanti della Missione 6 C1 definiti dal d.m. 77 si basano proprio su criteri demografici, e in secondo luogo perché attraverso l'analisi demografica emergono ancora più espliciti i principi che hanno guidato la distribuzione dei servizi sociosanitari e ospedalieri nella Regione Lazio.

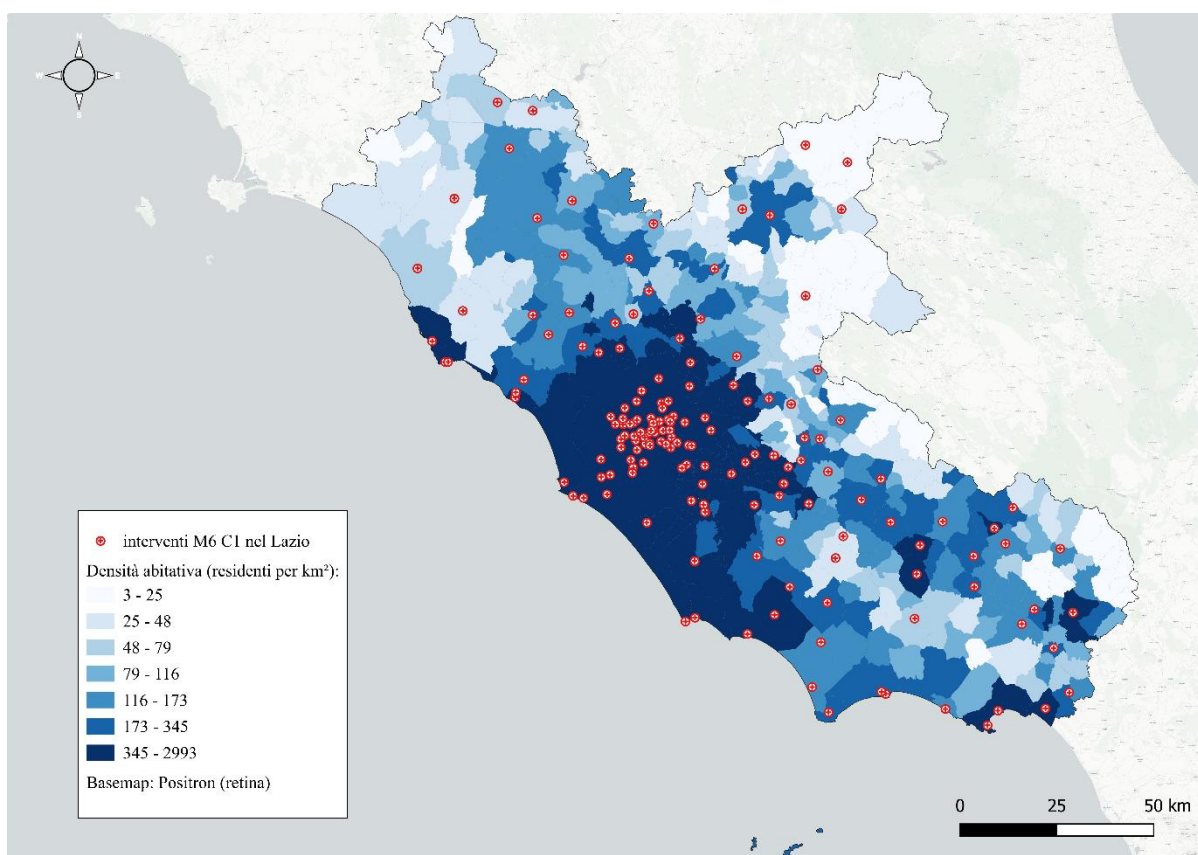


Fig. 20 – Gli interventi rispetto alla densità abitativa dei Comuni (rappresentata per quantili)

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Come si nota in figura 20, dove è rappresentata la densità abitativa dei Comuni della Regione Lazio, la distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità tende a privilegiare le aree con maggiore densità abitativa. Una tendenza che sembra ancora più forte nel caso delle strutture ospedaliere, che solo in pochi casi si collocano al di fuori delle zone più densamente abitate, raffigurate in blu scuro nella mappa (figura 21). Per contro, aree meno densamente popolate o spopolate soffrono una minore o assente copertura dei servizi pubblici. Le Aree interne individuate dalla Snai nel 2014 si presentano come zone di scarsa copertura della nuova rete di comunità finanziata con i fondi del Pnrr, con solo 8 località dove sono presenti nuove infrastrutture della Missione 6 C1. Allo stesso modo nelle Aree interne della Regione Lazio è presente un solo ospedale, ovvero solo l'Ospedale di Acquapendente.

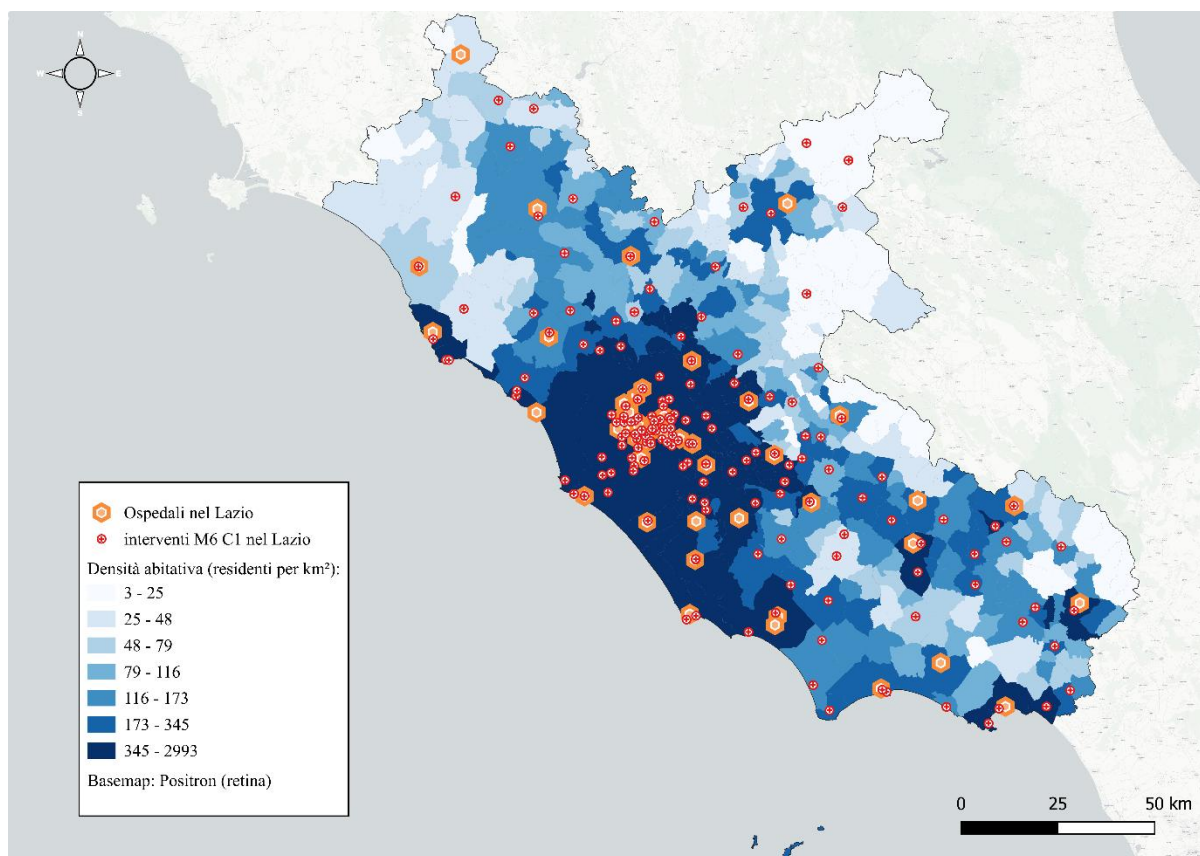


Figure 21 – Gli interventi rispetto alle strutture ospedaliere e alla densità abitativa comunale (quantili);

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Nella figura 22 si nota una concentrazione di nuove infrastrutture e ospedali nelle zone rappresentate in blu scuro, corrispondenti ai Comuni a più alta densità abitativa. Infatti, prevale chiaramente la concentrazione di infrastrutture all'interno della Provincia di Roma, che da sola conta oltre il 70% del totale della popolazione della Regione Lazio (73% secondo il censimento 2025 dell'Istat). Mentre nelle aree chiare, corrispondenti ai Comuni con una minore densità abitativa le nuove infrastrutture sono evidentemente più scarse. Le zone individuate in figura 17 continuano ad essere le zone più distanti dalla nuova rete di comunità, anche quando parte del territorio appartiene a Comuni con una densità abitativa abbastanza elevata e/o superiore alla media regionale. Confrontando le informazioni contenute nella figura 17 con quelle della figura 20, ovvero sovrapponendo le aree distanti più di 10 km da qualunque infrastruttura di comunità appartenente alla Missione 6 C1 alla mappatura della densità abitativa comunale, otteniamo un elenco di Comuni che appaiono parzialmente o completamente distanti dalle nuove infrastrutture nonostante la loro rilevante densità demografica. Tra questi Comuni spiccano certamente Fiumicino, Fondi, Alatri, la zona nord del Comune di Latina, Ardea e alcune aree dei Comuni di Viterbo e Rieti.

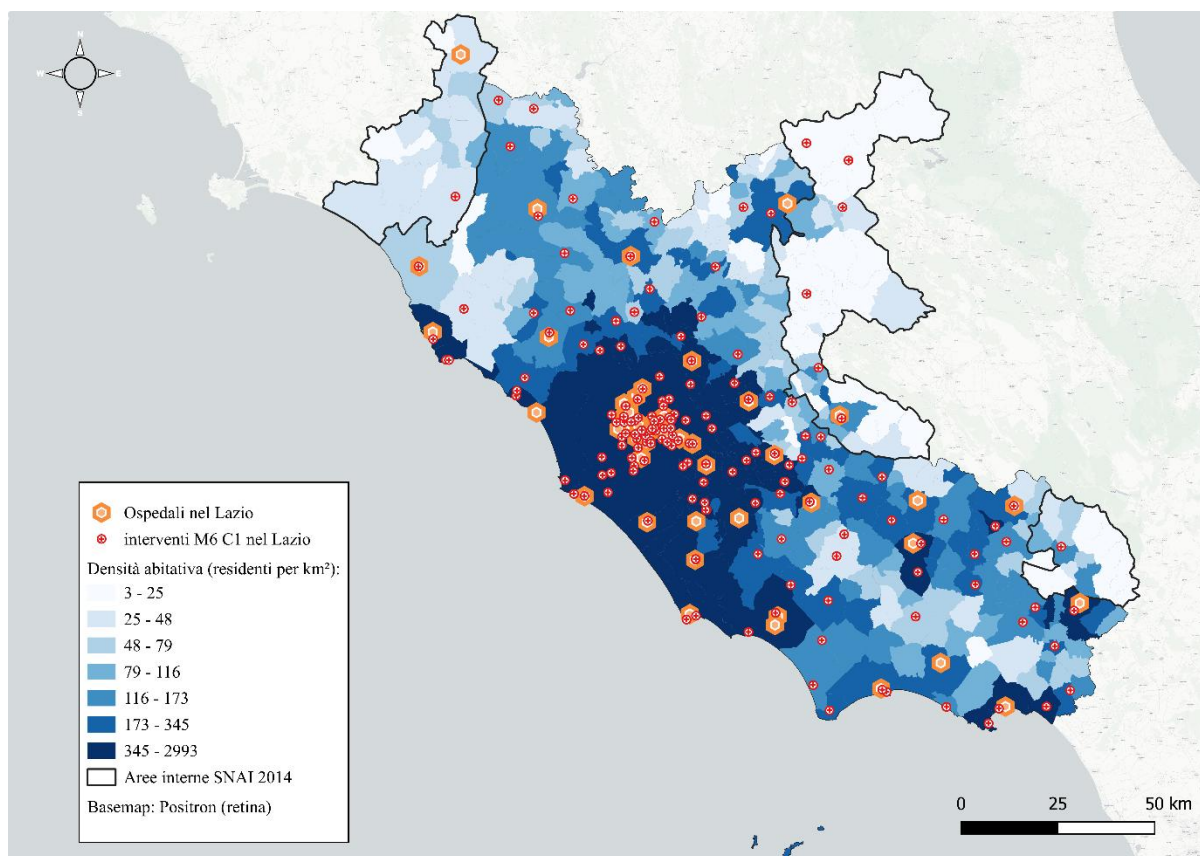


Fig. 22 – Gli interventi rispetto alle Aree interne, gli ospedali e la densità abitativa comunale (quantili);

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

4.2.2. – Tra il dire e il fare c'è di mezzo il neoliberale

Avendo osservato la distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità della Regione Lazio sia in funzione della distanza, tra le infrastrutture stesse e il territorio dei singoli Comuni, sia in funzione della densità abitativa, sono emerse alcune tendenze puramente geografiche e spaziali:

- La distribuzione sul territorio delle nuove infrastrutture non è omogenea, con una superficie totale di Comuni senza alcun intervento della Missione 6 C1 pari a circa il 57% del totale regionale;
- Le aree privilegiate sono quelle più densamente popolate, dove si verifica una tendenza all'accentramento dei nuovi servizi finanziati dal Pnrr;
- Roma costituisce una fortissima centralità, mentre le aree interne individuate dalla Snai 2014 rimangono nella maggior parte dei casi le zone meno servite e quindi più periferiche rispetto alla distribuzione dei nuovi servizi territoriali;

- La distribuzione sul territorio regionale della nuova rete di comunità solo in pochi casi è difforme rispetto alla distribuzione delle strutture ospedaliere, dunque, anche in questo caso non sembra verificarsi alcuna sostanziale modifica o riforma della distribuzione del servizio pubblico attraverso la realizzazione della nuova rete di infrastrutture di comunità;

In sintesi, è possibile osservare che i nuovi interventi della Missione 6 C1 del Pnrr realizzino sì una nuova rete di infrastrutture di comunità, ma che la distribuzione di questa nuova rete sul territorio regionale non presenta caratteri di eccezionalità, né una chiara riforma dei principi di distribuzione del servizio, ma sostanzialmente e spazialmente è confermato il tradizionale assetto sul territorio della sanità pubblica. Solo in pochi casi le nuove infrastrutture riescono a sopperire alle carenze e alle lacune geografiche del Ssn. Anche i nuovi servizi territoriali di prossimità sembrano rimanere distanti da aree periferiche, marginali, interne o interstiziali.

Le lacune della distribuzione delle infrastrutture di comunità sono confermate anche se confrontate con i tempi di percorrenza reali e medi, anziché con la distanza chilometrica isomorfa ed euclidea, osservando quindi la distanza spazio-temporale effettivamente percorribile dalle persone che accedono al servizio pubblico, e prendendo così in considerazione le condizioni reali di mobilità rispetto al tempo, al traffico e alla morfologia del territorio. In forma sperimentale, per le Case della Comunità (CdC) che costituiscono l'infrastruttura di comunità fondamentale e minima dei servizi territoriali (post-riforma), è stato condotto su Qgis uno studio dell'accessibilità tramite isocrone (*isochrone accessibility*), per aggiungere alla dimensione spaziale della distanza precedentemente considerata quella temporale. Il calcolo delle isocrone è stato effettuato con le Api di TravelTime e Google (Wang e Xu, 2011; Dumitrache *et al.*, 2020), impostando come luogo di destinazione le infrastrutture CdC e un tempo fisso pari a 30 minuti, che sono considerati in letteratura un tempo di riferimento per l'accesso a strutture sanitarie e in generale per la mobilità urbana (Lee e Miller, 2018; Christodoulou *et al.*, 2020; Alegana *et al.*, 2012; Elikan e Bertazzon, 2012). In tal modo, ciascuna CdC ha una isocrona che individua tutti i luoghi da cui in 30 minuti, con un determinato mezzo di trasporto, è possibile raggiungere quella CdC.

Un primo *snapshot* restituisce bene la condizione diseguale di accesso alle CdC con i mezzi pubblici. La figura 23 mostra una mappatura dei territori della Regione Lazio da cui è possibile raggiungere una CdC in 30 minuti, utilizzando i mezzi pubblici. Si tratta di una

proxy: la distanza è calcolata da uno standard fisso, ovvero utilizzando sempre come orario di partenza le 10 di un giovedì di dicembre (l'11). Quindi questo studio potrebbe essere replicato e statisticamente migliorato considerando i tempi medi di percorrenza annuali, mensili o settimanali ed eventuali altre forme di mobilità (in macchina, in bici ecc.); ma avendo eseguito tale operazione su un set di diversi giorni e orari, ho constatato come a livello di rappresentazione gli areali tendano a rimanere abbastanza coerenti e costanti, non inficiando dunque la rappresentazione⁴.

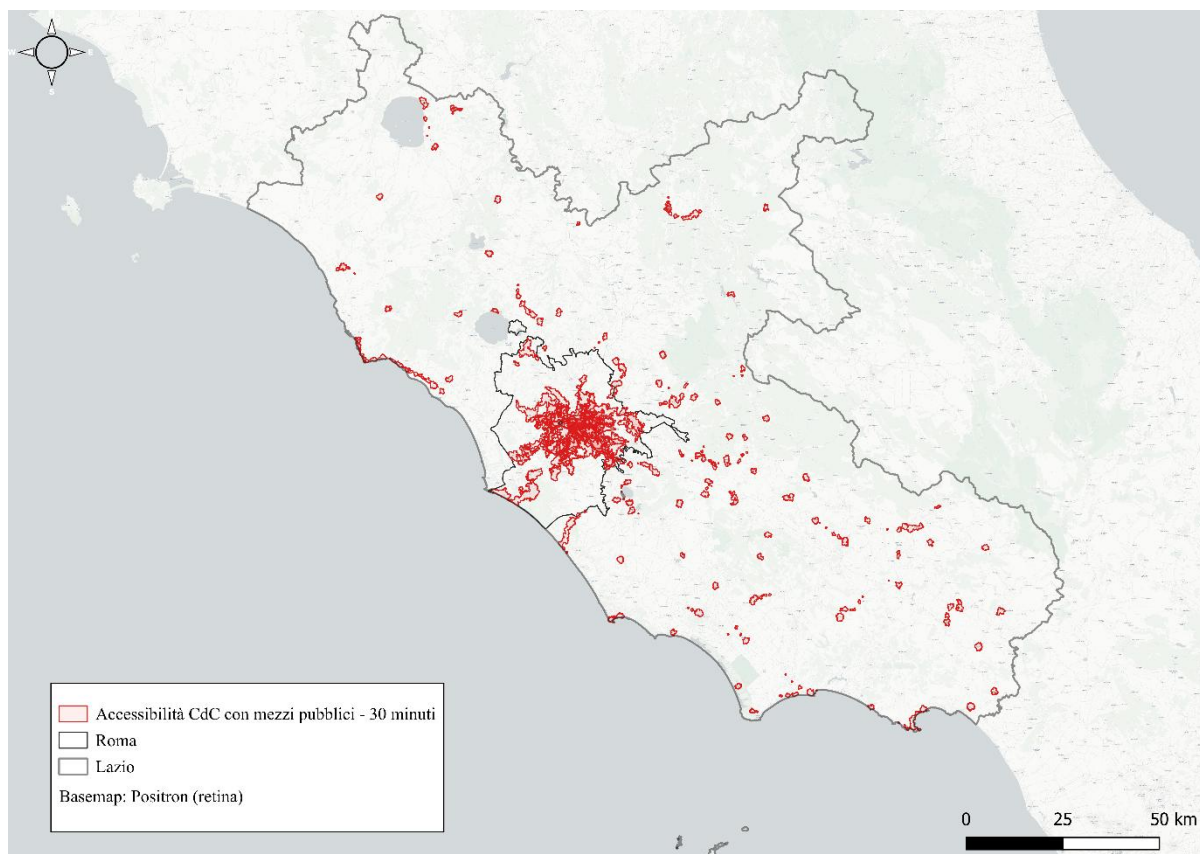


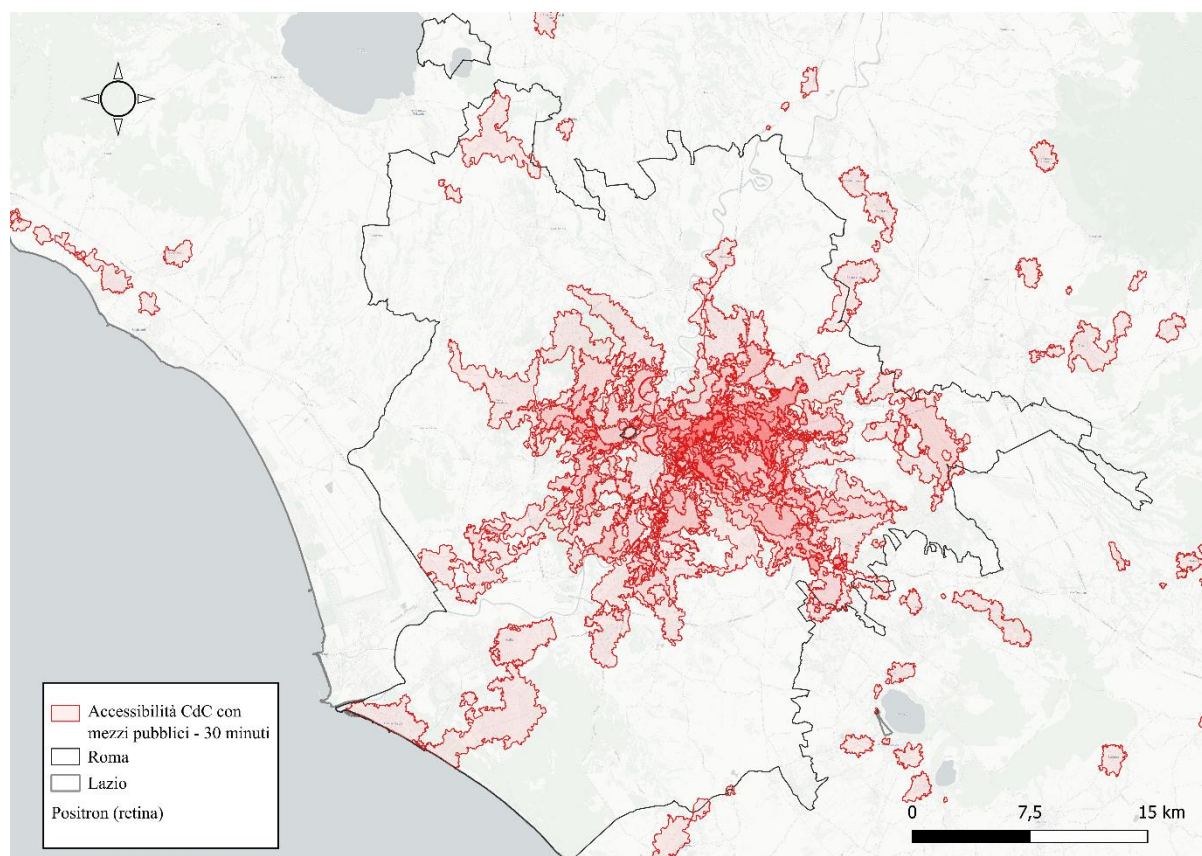
Fig. 23 – Aree del Lazio da cui è possibile accedere ad una CdC in 30 minuti di tempo utilizzando i mezzi pubblici.

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e utilizzando l'API Travel Time.

Come si nota bene in figura 23 sono pochissimi i territori della Regione Lazio da cui è possibile raggiungere una CdC. Quindi, ancora una volta si riscontrano problemi di accessibilità e di distribuzione delle infrastrutture nella nuova rete di comunità. L'area più

⁴ Gli areali sono stati prodotti utilizzando il plugin della API TravelTime, mentre solo in forma sperimentale e su singoli casi è stata testata anche la API Distance di Google. In ogni caso, questo studio potrebbe essere ulteriormente approfondito con il calcolo di medie su più rilevazioni temporali, e con ulteriori fonti di finanziamento da investire nei sistemi API per l'analisi di molteplici variabili e set di dati.

servita è chiaramente quella del Comune di Roma, ma osservando più da vicino questo territorio notiamo come anche qui siano presente ampie lacune (fig. 24).



*Fig. 24 – Aree di Roma da cui è possibile accedere ad una CdC in 30 minuti di tempo utilizzando i mezzi pubblici.
Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e utilizzando l'API Travel Time.*

Mentre il centro di Roma appare ben servito (fig. 24), partendo dalle aree periferiche al di fuori del Gra nella maggior parte dei casi non è possibile raggiungere in 30 minuti, utilizzando i mezzi pubblici, nessuna CdC. Nel confronto con le precedenti mappature emerge una buona coincidenza tra aree che alle 10:00 in 30 minuti, utilizzando i mezzi pubblici, non hanno accessibilità ad alcuna CdC e le Zone urbanistiche senza nessuno intervento M6 C1.

Se i mezzi pubblici offrono uno scenario abbastanza omogeneo su diversi set di orari e giorni feriali della settimana a fronte di un'offerta di mobilità abbastanza costante; diversamente, con i mezzi motorizzati (automobili, ambulanze ecc) il tempo tende a variare a causa del traffico. Lo studio si è quindi concentrato sul traffico mattutino, selezionando l'intervallo tra le ore 9 e le 11, per comprendere quanto e dove l'accesso alle CdC della Regione Lazio possa essere influenzato dalle condizioni di congestione del traffico automobilistico. La scelta della

parentesi oraria 9-11 è supportata dalla letteratura, ed è in particolare lo studio di Lindner, Kühnel, Schrömbges e Kuhnimhof (2024) che confrontando diversi set di orario conclude:

“In conclusion, while most studies do not assess their choice of time frame or aggregation method, this study shows that an inappropriate temporal framework can bias the results of PT accessibility analysis. While the complex calculation of a demand-weighted average may be the most representative of general PT accessibility in theory, the calculation of PT accessibility for the time period between 9–11 a.m. should be sufficient in practice. This finding allows researchers and transport planners to conduct representative studies with simple means”. (Lindner *et al.*, 2024, p. 16).

L'intervallo 9-11, oltre ad essere considerato sufficientemente rappresentativo delle condizioni quotidiane di traffico, corrisponde anche, secondo il Rapporto Mobilità 2025 del Comune di Roma (Roma Servizi per la Mobilità, 2025), alla condizione di stress da traffico descritta da Lindner subito al disotto del massimo picco giornaliero delle 8. Sono quindi state realizzate isocrone sia per l'orario delle 9 che per quello delle 11, calcolate in base all'utilizzo di mezzi motorizzati, con lo stesso tempo standard di 30 minuti. L'orario delle 9 rappresenta in questo intervallo il picco della condizione di traffico mattutino analizzata; mentre le 11 rappresentano una condizione di relativa normalità, abbastanza vicina alla media giornaliera romana (escluso l'orario notturno) secondo il Rapporto.

Anche in questo caso un semplice *snapshot* restituisce in modo chiaro e diretto alcune delle informazioni fondamentali dello studio sull'accessibilità e la mobilità tramite automobile. Sono ancora una volta le aree interne e in particolare le aree montane a non accedere in 30 minuti ad alcuna CdC sia alle 9 che alle 11 (in figura 25 in alto, le due mappe delle isocrone mostrano sostanzialmente le medesime zone senza accesso). Per evidenziare il rapporto con le caratteristiche morfologiche del territorio, la figura 25 indica i principali gruppi montuosi della Regione Lazio. Un'ampia quota delle zone senza accesso a CdC è concentrata nei pressi di rilievi montuosi, in corrispondenza delle aree interne definite dalla strategia nazionale Snai. Un'altra zona dove l'accesso alle CdC è particolarmente lacunoso è, però, anche quella tra la Provincia di Roma e quella di Viterbo, che si estende tra i Comuni di Blera, Tuscania e Tolfa.

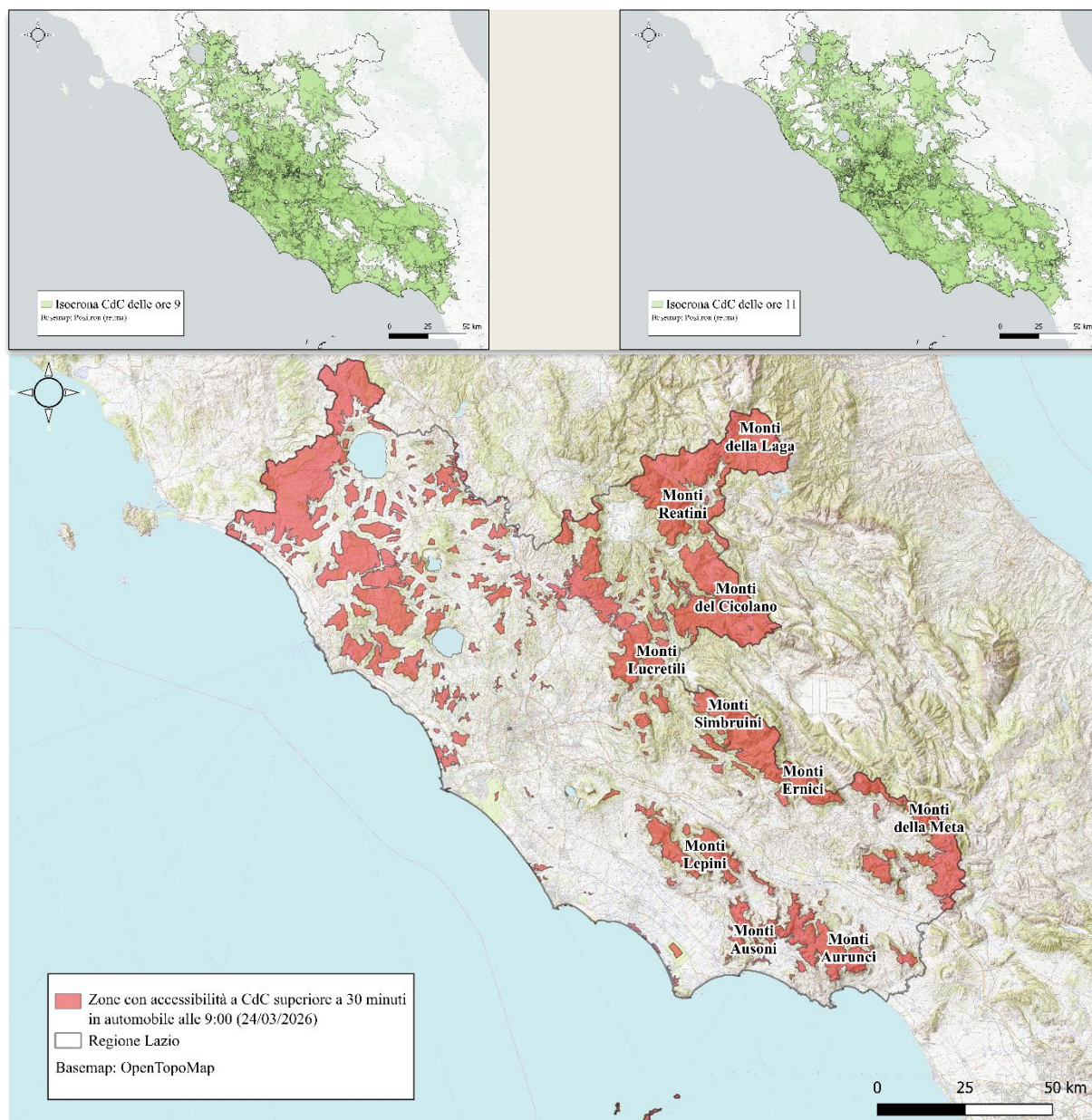


Fig. 25 – Mappatura delle aree senza accesso a Case della Comunità in 30 minuti, usando i mezzi motorizzati e partendo alle ore 9:00

Fonte: elaborazione personale elaborazione su dati Agenas e utilizzando l'API Travel Time.

Per osservare, invece, il peggioramento delle condizioni di accessibilità alle CdC legato al traffico automobilistico le isocrone delle ore 9 sono state, poi, confrontate con quelle delle 11, calcolando la differenza netta e percentuale tra i due scenari.

Al fine di realizzare l'analisi su Qgis tra i due scenari, è stato diviso il territorio della Regione Lazio in celle 100 metri per 100 metri (Zhao e Zhou, 2024; Lindner *et al.*, 2024; Christodoulou *et al.*, 2020), in modo da ottenere delle unità abbastanza piccole da poter considerare minime e poco influenti le differenze in termini di distanza e di tempi di spostamento tra tutti i punti all'interno della cella 100x100. Quindi, è stato calcolato il numero di isocrone intersecate da ciascuna cella per entrambi gli scenari. Infine, sono stati messi a confronto i due scenari, calcolando la differenza netta e percentuale in termini di numero di CdC raggiungibili da ogni cella.

Nel complesso, è stato stimato in base ai dati Istat 2021 delle sezioni di censimento che la popolazione che non riesce nemmeno in 30 minuti di macchina a raggiungere alcuna CdC è di circa 80.000 persone (calcolata sia tramite WorldPop⁵ che tramite intersezione tra la griglia 100x100 e le aree fuori dalle isocrone delle 9). Le zone che non accedono ad alcuna CdC alle 11 rimangono sostanzialmente le stesse delle ore 9 (fig. 25). Pertanto, la possibilità di avere accesso alle nuove infrastrutture fondamentali della riforma dei servizi territoriali non sembra dipendere dal flusso del traffico, ma dalla strutturale assenza di CdC in alcuni territori, tra i quali spiccano chiaramente ancora le aree interne.

Si osservano, invece, significative differenze tra i due scenari mattutini nelle aree urbane e più densamente popolate, dove l'incidenza del traffico determina una netta diminuzione del numero di CdC accessibili in macchina. Solo in casi sporadici (meno dell'1% delle celle), invece, il numero di CdC accessibili alle 11 è più basso di quello delle 9 – un fenomeno normale legato al particolare andamento del traffico locale. La mappa 26 presenta i risultati del confronto tra lo scenario delle 11 e quello delle 9, mostrando la variazione percentuale di accessibilità alle CdC (per numero di CdC raggiungibili) di tutte le – oltre un milione e mezzo di – celle in cui è stata divisa la Regione Lazio per lo studio delle isocrone.

⁵ Nell'analisi, le stime della popolazione residente nelle aree ricavate dalle elaborazioni Gis (non corrispondenti a partizioni amministrative) è stata realizzata sia in base all'intersezione dei dati delle sezioni di censimento Istat 2021 con un layer griglia del Lazio di celle 100x100 metri (interpolazione areale), che utilizzando i dati elaborati (mediante *dasymeric mapping*) da WorldPop (<https://www.worldpop.org/>), in modo da poter confrontare eventuali discrepanze tra i due risultati.

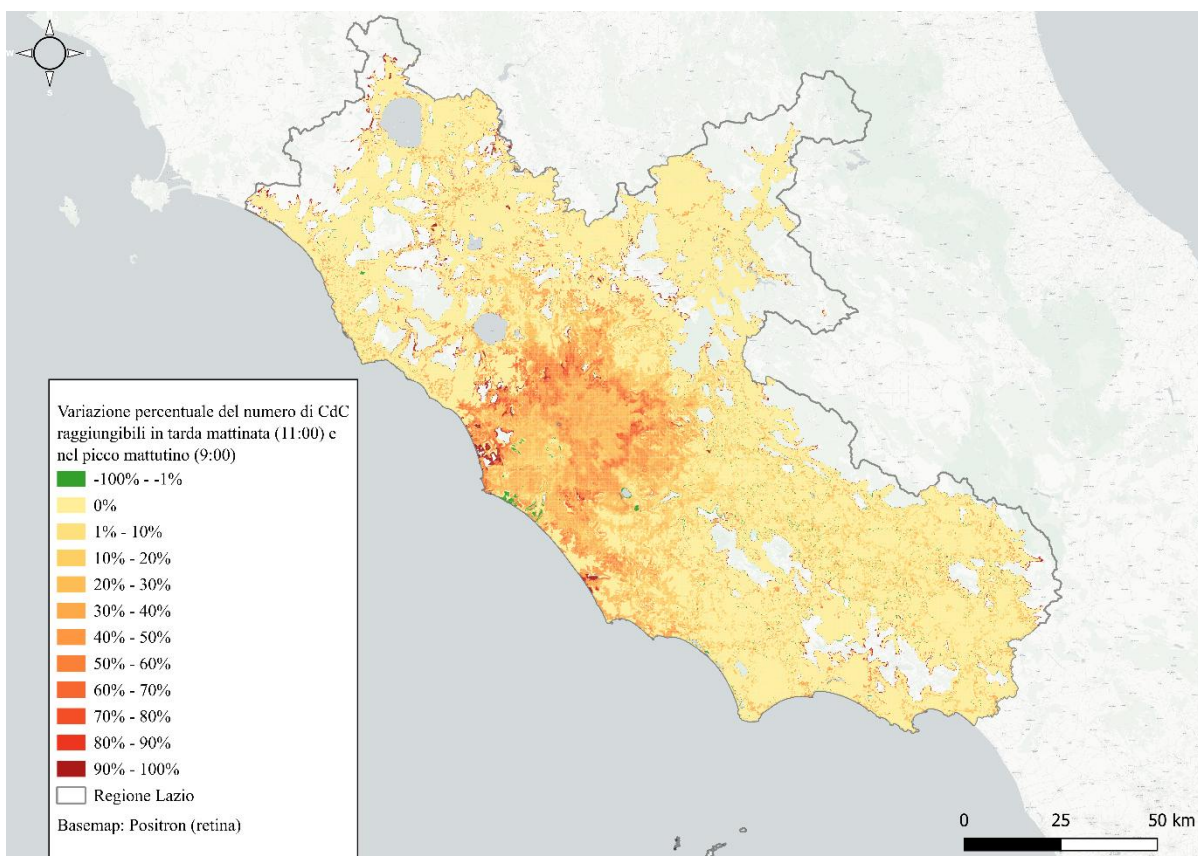


Fig. 26 – Mappatura del traffico tra le 11 e le 9: variazione percentuale del numero di CdC raggiungibili tra due scenari del traffico mattutino

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e utilizzando l'API Travel Time.

Come è possibile notare in figura 26 il traffico incide soprattutto lungo il confine che separa il Comune di Roma dai Comuni limitrofi (ben oltre il limite del GRA). Ad esempio, nelle celle al confine con Ladispoli, Fiumicino, Fiano Romano, Tivoli e Aprilia si registra una forte variazione percentuale tra lo scenario delle 11 e quello delle 9. È lungo i confini del Comune di Roma che il traffico automobilistico sembra condizionare di più l'accessibilità alle CdC. Come osservato nell'analisi delle Zone urbanistiche, nonostante Roma assorba oltre un terzo delle infrastrutture totali della Regione Lazio, la distribuzione delle infrastrutture rischia comunque di non essere sufficiente a garantire a tutti gli abitanti l'accesso alle CdC.

In figura 26, il restante territorio regionale non sembra essere condizionato dai flussi del traffico. Con medie di variazione percentuale che raramente superano il 20%, e con piccoli gruppi di celle sparsi in tutta la Regione dove si verifica, persino, un leggero miglioramento tra lo scenario delle 9 e quello delle 11.

Nonostante i limiti già evidenziati nel precedente paragrafo della modellizzazione dell'accessibilità, è stata realizzata anche un'analisi con modelli e formule derivate

dall'approccio *cumulative opportunity measure* (Geurs e Van Wee, 2004; Hansen, 1959; Elikan e Bertazzon, 2012; Zhao e Zhou, 2024; Kapatsila *et al.*, 2023; Christodoulou *et al.*, 2020), con l'obiettivo di calcolare l'accessibilità assoluta di ciascuna CdC e di sperimentare alcuni modelli di accessibilità potenziale. Utilizzando i dati delle sezioni di censimento Istat 2021 è stata calcolata la popolazione residente all'interno di ciascuna isocrona, impiegando l'interpolazione areale tra le sezioni della Regione e delle celle 100 per 100 elaborate su Qgis. Quindi è stato possibile calcolare quante persone possono accedere in 30 minuti a ciascuna CdC, per entrambi gli scenari. Conoscendo l'area delle isocrone e la loro popolazione è stato possibile poi calcolare anche la sensibilità al traffico secondo la metodologia proposta da Zhao e Zhou (2024).

In figura 27, è possibile osservare una parte dei risultati ottenuti tramite l'applicazione del metodo cumulativo ripreso dai lavori di Zhao e Zhou (2024) e di Elikan e Bertazzon, (2012), e riadattato per le Case della Comunità. Zhao e Zhou (2024) sviluppano un modello per analizzare l'equità della distribuzione di strutture sanitarie a Pechino, osservando in diversi intervalli di tempo quanto le ambulanze delle strutture coprano il territorio. Se Zhao e Zhou considerano il numero di opportunità (ambulanze) disponibili a persona in diversi momenti della giornata e intervalli di tempo; Elikan e Bertazzon (2012), in modo analogo, calcolano il rapporto tra popolazione e medici di base (sempre in base all'orario e ad un tot tempo di spostamento). Il modello di accessibilità alle CdC sostituisce al numero di ambulanze o medici raggiungibili quello di CdC raggiungibili, aggiungendo un *benchmark* di riferimento secondo lo standard fissato dal d.m.77/2022 di una CdC ogni 50.000 abitanti. In questo modo è stato possibile osservare per ciascuno scenario (9 e 11), il rapporto CdC/popolazione servita in 30 minuti standardizzato al valore limite di una CdC ogni 50.000 abitanti fissato dal d.m. 77/2022.

In primo luogo, è stata calcolata la popolazione dentro l'isocrona di ciascuna CdC, ovvero quella che riesce a raggiungerla entro 30 minuti ad un determinato orario.

$$P_j = \sum_{i \in \{d_{ij} \leq d_0\}} P_i$$

Dove d_{ij} è il tempo di percorrenza tra la cella i e la CdC j , e $d_0 = 30$ minuti è la soglia temporale adottata.

Collocazione	Popolazione ore 9	Popolazione ore 11	<i>Sensitivity to traffic</i>
Via della Rustica 218, Asl Roma 2	1.780.092	2.198.487	0,30
Via Monza 2, Asl Roma 2	1.645.924	2.102.658	0,34
Via G. Bresadola 56, Asl Roma 2	1.375.477	1.827.210	0,38
Via del Frantoio 44, Asl Roma 2	635.492	1.707.050	0,78
Via dei Frentani 6, Asl Roma 1	320.829	1.792.951	0,71
Piazza S. Zaccaria Papa 1, Asl Roma 1	507.201	950.157	0,51
Via Turanense km 27,950, Asl Rieti	10.204	10.275	0,01
Via fratelli Agosti 6, Asl Viterbo	29.778	30.080	0,03
Via IV Novembre 9, Asl Viterbo	28.313	30.989	0,07

La tabella presenta i risultati ottenuti, riportando una lista di CdC che descrive le tre CdC più accessibili e meno accessibili a livello assoluto e potenziale, insieme alle tre con maggiore indice di sensibilità al traffico. L'indice di sensibilità al traffico mattutino è stato riadattato da Zhao e Zhou (2024), e calcolato per ciascuna CdC come la differenza tra le aree delle isocrone (ovvero sottraendo l'area con minore traffico delle 11 a quella del picco delle 9) divisa per l'area dell'isocrona delle 11, lo scenario vicino al traffico medio giornaliero. Lo studio di Moya-Gómez e García-Palomares (2017) tende a confermare per Roma gli alti valori di sensibilità al traffico evidenziati in tabella, con punte di valori superiori allo 0,5, che corrisponde al dimezzamento delle aree coperte dall'isocrona.

Successivamente, è stata calcolata la ratio CdC/popolazione servita (dentro l'isocrona) per ciascuna CdC (R_j) in entrambi gli scenari (sia per le 9 che per le 11), utilizzando la seguente formula:

$$R_j = \frac{1}{\sum_{i \in \{d_{ij} \leq d_0\}} p_i}$$

La ratio esprime per ciascuna CdC (assumendo che ogni CdC valga 1) quanti residenti, in un dato scenario e intervallo di tempo, vi hanno potenzialmente accesso: il rapporto tra una CdC e la popolazione dentro la propria isocrona. La ratio CdC/residenti esprime anche la pressione demografica assoluta (o domanda) che una CdC affronta potenzialmente in un dato scenario. Non si tratta di una stima reale ma potenziale ed assoluta della domanda. È chiaro che non tutte le persone che hanno la possibilità di accedere usufruiranno del servizio – e di certo non lo faranno contemporaneamente – ma nel caso delle CdC la misura di 30 minuti esprime un limite di prossimità abbastanza realistico. In un'ottica di rete tra CdC, servizi territoriali e ospedalieri, le CdC hanno di fatto un bacino di utenza molto ampio, praticamente regionale (anche considerando gli ambiti di garanzia che includono sempre tutta Roma). La popolazione dentro l'isocrona di 30 minuti di una CdC è quella che, verosimilmente, prenotando al Recup o ad un Cup non rifiuterebbe una prestazione in quella CdC perché sufficientemente vicina.

Dopo aver calcolato la ratio di ciascuna CdC, sia per le 9 che per le 11 è stato calcolato l'indice di accessibilità potenziale per ogni cella della Regione Lazio, sommando la ratio di ciascuna CdC raggiungibile.

$$A_i = \sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_0\}} R_j = \sum_{j \in \{d_{ij} \leq d_0\}} \frac{1}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_0\}} p_k}$$

Infine, il valore ottenuto è stato convertito moltiplicando per lo standard imposto dal d.m. 77/2022, ovvero una CdC ogni 50.000 abitanti, valore fissato come *benchmark*.

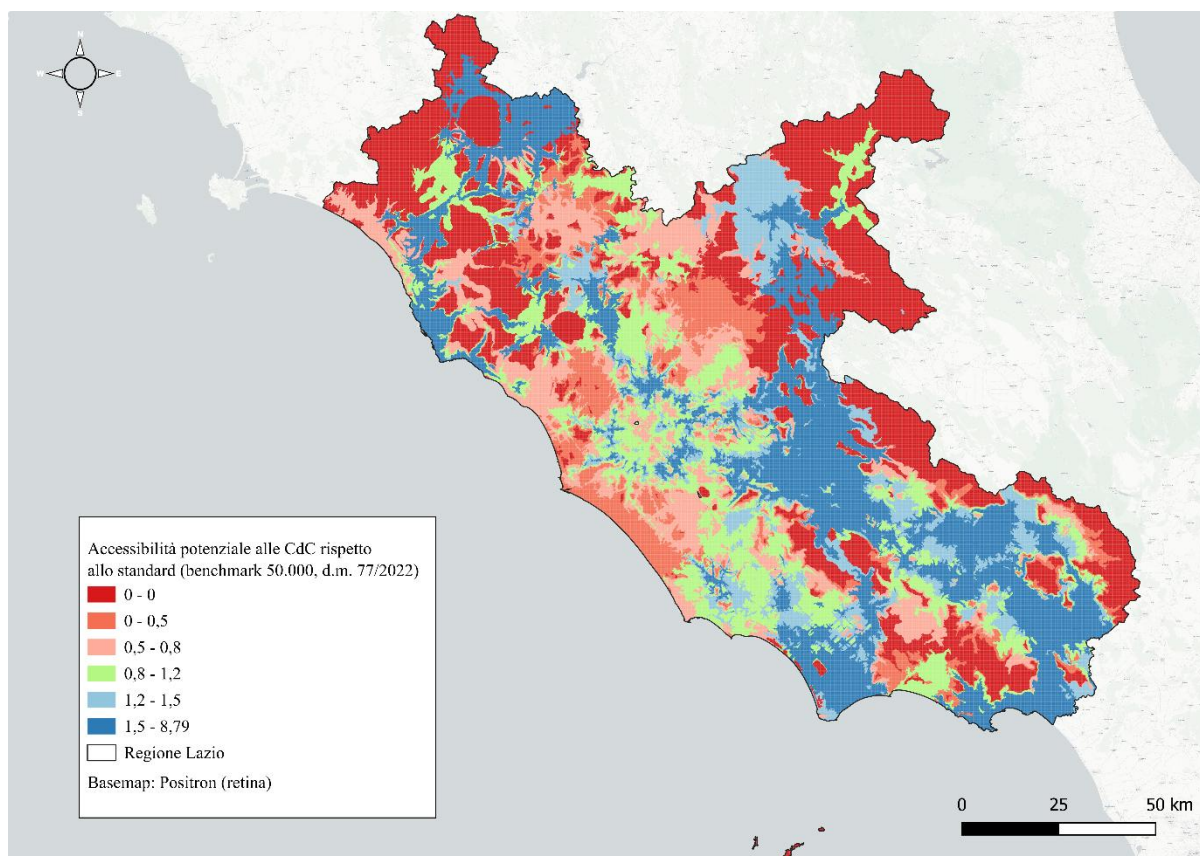


Fig. 27 – Mappatura dell'indice di accessibilità alle CdC alle ore 11 rispetto allo standard di una CdC ogni 50.000 abitanti

Fonte: elaborazione personale elaborazione su dati Agenas e utilizzando l'API Travel Time

La figura 27 mostra quindi la distribuzione regionale, per ciascuna cella 100 per 100 metri, dell'indice di accessibilità allo standard CdC (una ogni 50.000 abitanti) nello scenario delle 11. I valori vicini a 1, in verde nella mappa, corrispondono a zone dove la ratio CdC/popolazione è conforme allo standard; i valori più alti, indicati in azzurro e in blu, individuano invece un rapporto al di sotto dei 50.000 abitanti e, infatti si concentrano in zone poco popolate, come la provincia di Rieti, o molto collegate alla rete stradale e quindi a tante CdC, come l'area attorno al Grande raccordo anulare che visivamente risalta in modo evidente; le zone rosa e arancione sono quelle dove il rapporto tra CdC raggiungibili e popolazione è al di sopra dei 50.000 abitanti per CdC, dove l'offerta di CdC risulta più scarsa; infine le zone in rosso, pressoché identiche a quelle mostrate in figura 25, sono quelle che non hanno accesso ad alcuna CdC in 30 minuti nel dato scenario delle 11.

Alcune cautele sono doverose, la modellizzazione dell'accessibilità o dei bacini di utenza presenta una serie di tipici limiti e di *bias*, cui nemmeno lo studio qui presentato è esente:

- la prima assunzione errata è che le persone compiano sempre il percorso più breve per raggiungere una CdC, perché la scelta del percorso dipende anche da conoscenza, esperienza e percezione del territorio; da una serie complessa di fattori culturali, sociali e affettivi che esulano il semplice calcolo costi-benefici o l'astratto razionalismo dell'*homo oeconomicus*.
- Il secondo problema riguarda la selezione di unità spaziali, il cosiddetto *Modifiable areal unit problem* (Maup), un classico problema della letteratura geografica (Lindner et al., 2024) che complica la scelta della scala geografica e del metodo di aggregazione dei dati, con il rischio di appiattare differenze e disuguaglianze locali e rinnovare forme di zonizzazione del territorio.
- Il terzo problema è quello del *Modifiable temporal unit problem* (Mtup), che interessa invece la scelta della dimensione temporale e delle relative unità, ovvero il limite massimo adottato come tempo di percorrenza (quanti minuti o ore) e quando misurare (quali mesi, giorni, orari ecc.) (Lindner et al., 2024).

Questi problemi degli approcci quantitativi non possono essere eliminati, ma solo ridotti adottando, ad esempio, tecniche statistiche. Ai problemi generali della modellizzazione dell'accessibilità e dei bacini di utenza si aggiunge, poi, un quarto problema specifico dell'oggetto di studio ed inerente la medicina di prossimità. Le caratteristiche intrinseche della riforma dei servizi territoriali e della *Community Health Care* rendono meno rilevante qualunque calcolo dell'accessibilità assoluta o di bacini di utenza che superi così ampiamente lo standard fissato per le CdC di 40.000-50.000 abitanti, con strutture che superano un bacino assoluto potenziale di un milione. Nel complesso, questi problemi dell'approccio quantitativo hanno spinto il presente studio verso un metodo di analisi basato su diversi step progressivi ed elementari, raccogliendo l'invito degli stessi esperti delle tecniche quantitative Lindner, Kühnel, Schrömbges e Kuhnimhof (2024) alla semplificazione e quello di Geurs e van Wee (2004) a rendere accessibili gli studi sull'accessibilità. Anziché tentare di racchiudere e sintetizzare un'analisi complessa e multidimensionale in un'unica formula o modellizzazione, l'analisi ha qui proceduto una dimensione alla volta, affrontando la dimensione puramente spaziale euclidea, quella demografica, quella istituzionale e quella spazio-temporale, e osservando la relazione con variabili chiare e collaudate come la collocazione delle strutture ospedaliere o la morfologia del territorio e le relative politiche regionali di sviluppo locale (Snai).

Il metodo di maggiore elaborazione quantitativa (il *cumulative opportunity measure*), nel presente studio, ha semplicemente inteso approfondire quanto e come influiscano le dinamiche del traffico stradale sull'accessibilità delle nuove infrastrutture. Quattro sono le conclusioni più interessanti sul traffico:

- La prima è che tra un orario di punta del traffico (9:00) e un orario di relativa normalità (11:00) non cambiano le aree che non hanno accesso ad alcuna CdC in 30 minuti di macchina. Quindi non è il traffico, ma sono condizioni strutturali, come condizioni morfologiche, distribuzione delle infrastrutture e mobilità, a determinare la suddetta condizione di inaccessibilità.
- Il traffico incide sull'accessibilità alle CdC nella Provincia di Roma e in particolare sulle zone periferiche e di confine del Comune, ma nel resto della Regione non determina grandi squilibri e in percentuale incide poco sull'accessibilità.
- Paradossalmente, a Roma il traffico migliora l'indice di accessibilità inteso come il rapporto tra CdC standard e abitanti. Con l'aumentare del traffico si riduce l'area delle isocrone, meno persone riescono a raggiungere le CdC riducendone, dunque, la domanda potenziale assoluta. Siccome il bacino di utenza potenziale in 30 minuti di macchina di ogni CdC è molto al di sopra del limite fissato dagli standard del d.m. 77/2022, con il diminuire della popolazione servita nell'orario delle 11 migliora l'indice di accessibilità rispetto al picco di traffico rappresentano dallo scenario delle 9.
- L'analisi dell'accessibilità assoluta (o domanda potenziale) delle CdC evidenzia una condizione di accentuata disparità tra le CdC del Comune di Roma e quelle collocate in aree interne o poco popolate del territorio regionale. In uno stesso tempo (30 minuti) mentre le CdC romane superano il milione di potenziali utenti anche durante il picco del traffico mattutino, alcune CdC, come quella in via Tiranense (Asl Rieti) o in via IV Novembre (Asl Viterbo), rimangono ampiamente al di sotto dello standard di 50.000. Questa condizione di forte disuguaglianza territoriale suggerisce la necessità di definire in modo più chiaro l'ambito di competenza di ciascuna CdC – quali sono i 50.000 abitanti cui la CdC è associata e che dovrebbero essere presi in carico? – ed evidenzia le criticità dell'adozione di un unico standard fisso per tutto il territorio regionale, a fronte invece di rilevanti disuguaglianze e specificità territoriali.

L'analisi della distribuzione delle diverse infrastrutture di comunità (OdC, CdC e Cot), consente inoltre di indagare un altro dei principi che ha guidato la realizzazione della nuova rete di prossimità, ovvero l'ottimizzazione. Se da un lato è evidente che ottimizzare le risorse presenti sul territorio sia un principio ampiamente condivisibile, dall'altro è possibile che in alcuni casi l'ottimizzazione induca a semplificare i criteri geografici della medicina di prossimità, cedendo ad una logica di approssimazione. In questi casi la riduzione della complessità del concetto di prossimità si può tradurre in una distribuzione approssimativa delle nuove infrastrutture: una distribuzione che non tiene in adeguato conto l'omogeneità della copertura dell'intero territorio regionale e le disuguaglianze nell'accessibilità al servizio che intercorrono tra i diversi e singoli territori. La distribuzione delle nuove infrastrutture rischia così di riprodurre le precedenti disuguaglianze.

Criteri di ottimizzazione delle risorse sono evidenti nel caso delle nuove infrastrutture concentrate in uno stesso luogo. Si tratta in molti casi, come già emerso precedentemente, di strutture pubbliche del tutto o parzialmente dismesse, specie ospedaliere (come nel caso di Frosinone). Osservando la figura 28 è semplice notare come i luoghi dove insistono in uno stesso spazio le tre infrastrutture di comunità del Pnrr corrispondono a 10 Comuni densamente popolati della Regione Lazio: centri urbani che necessitavano di un potenziamento dell'offerta sanitaria. Ciascuno di questi 10 centri supera i 20.000 abitanti, ad eccezione di Gaeta che si attesta poco sopra i 19.000. Tali centri dove sono concentrate in uno stesso luogo le infrastrutture di comunità sono: Cassino, Frosinone, Gaeta, Sezze, Anagni, Anzio, Pomezia, Marino, Guidonia e Monterotondo. A questi dieci centri si aggiungono le infrastrutture collocate al centro di Roma nei locali del Nuovo Regina Margherita. Come si evince chiaramente dalla figura 28 ciascuno di questi centri è collocato nella parte orientale e meridionale della Regione Lazio; infatti, nessun centro è collocato più a Ovest di Roma e del Presidio ospedaliero Nuovo Regina Margherita.

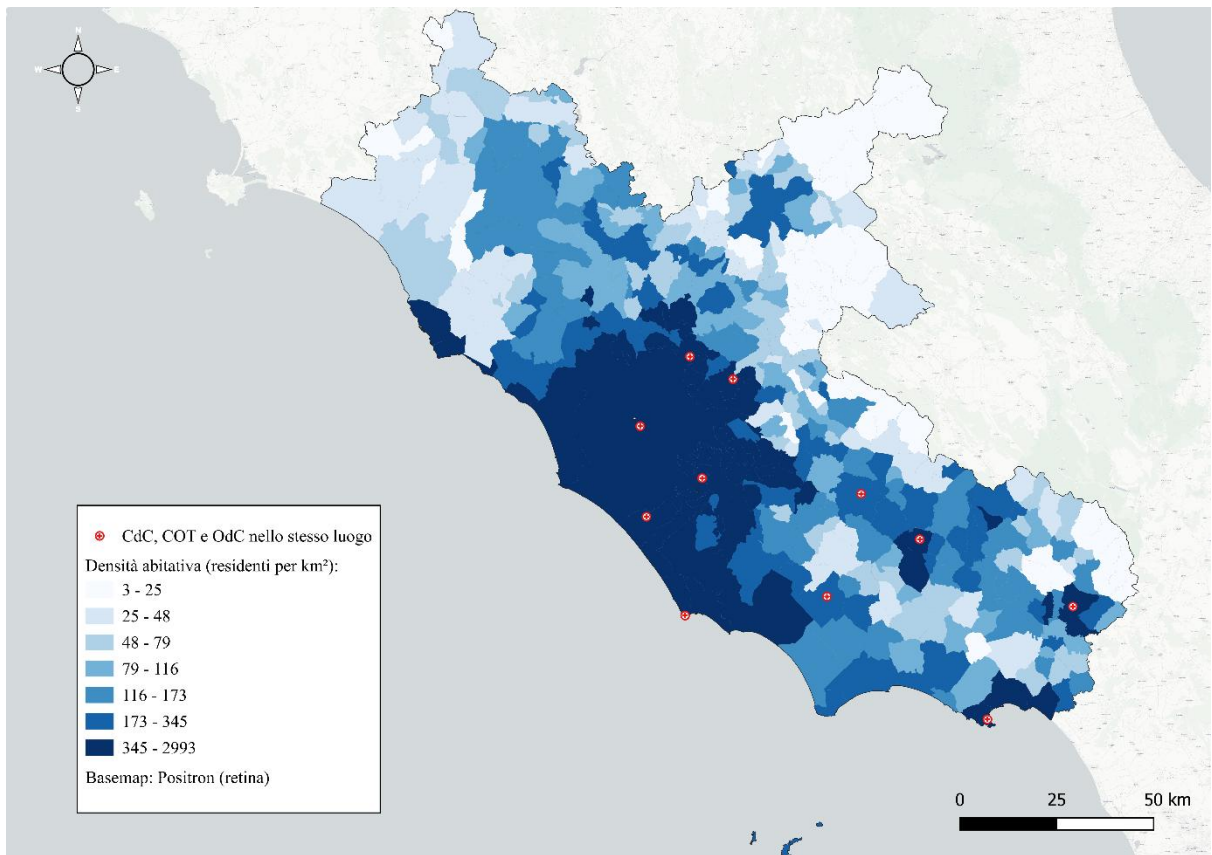


Fig- 28 – Interventi concentrati nello stesso luogo (CdC, Cot e OdC) rispetto alla densità abitativa (quantili);

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

In cinque dei Comuni dove tutte le infrastrutture insistono nello stesso luogo sono presenti ospedali: Monterotondo, Pomezia, Anzio, Frosinone e Cassino, mentre in altrettanti casi non è presente nel Comune alcun ospedale (figura 26). Ad eccezione di Cassino che si attesta attorno ai 35.000 abitanti, ciascuno di questi centri supera i 40.000 abitanti.

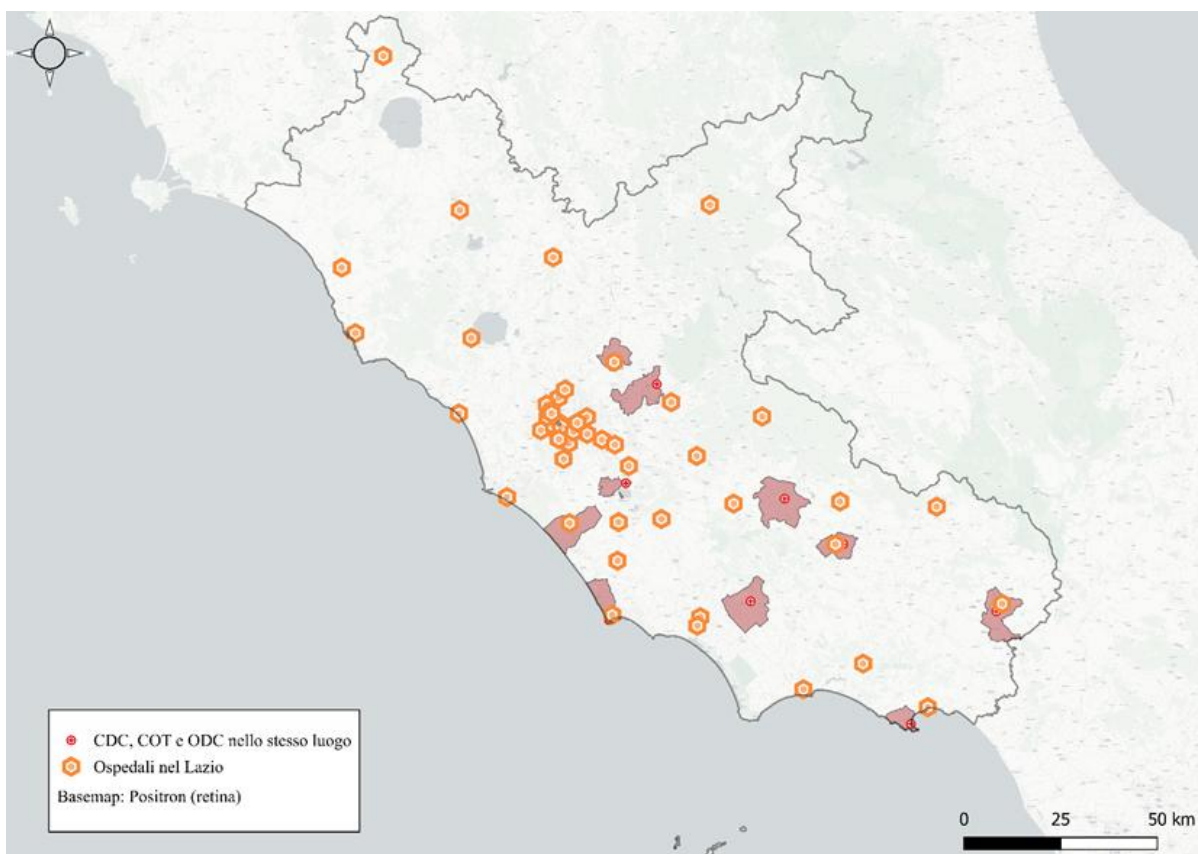


Fig. 29 – Interventi concentrati nello stesso luogo (CdC, Cot e OdC) agli ospedali;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Paradossalmente il più popoloso di questi Comuni, quello di Guidonia Montecelio, che supera gli 80.000 abitanti, non presenta alcun ospedale. Una delle possibili spiegazioni è la sua maggiore vicinanza al Comune di Roma. Anziché riuscire a generare una propria effettiva centralità, Guidonia Montecelio rimane in una posizione periferica e marginale rispetto alla più ampia centralità del Comune di Roma, uno snodo minore e periferico dove non è presente alcun ospedale. In questo caso, il criterio di distribuzione delle nuove infrastrutture sembra aver sacrificato il principio di prossimità della rete di servizi territoriali a favore dell'ottimizzazione delle risorse. In un territorio di 60 km² dove è carente il servizio ospedaliero, viene concentrata in un solo e unico luogo tutta l'offerta di servizi territoriali sociosanitari prevista dalla Missione 6 C1 del Pnrr. In questo modo, la riforma della medicina di prossimità promossa attraverso i fondi del Pnrr non sembra sufficiente a migliorare in modo sostanziale l'accessibilità e la prossimità del servizio pubblico creando una rete di servizi integrati e interconnessi. Lo stesso standard di una Casa della Comunità (CdC) ogni 40.000-50.000 abitanti previsto dal d.m. 77 come criterio minimo per la distribuzione della rete di comunità, richiederebbe in questo caso la presenza di un'ulteriore CdC su questo territorio abitato da 88.992 persone (secondo i dati del censimento Istat aggiornati al 2023:

https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/censpop/categories/CPA_POP/DCSS_POP_DEMCITMIG_TV/IT1,DF_DCSS_POP_DEMCITMIG_SETA_1,1.0). Nel caso di Guidonia la rete di comunità non viene a potenziare l'offerta di servizi presenti, ma concentra in un unico luogo isolato tutti i nuovi servizi territoriali sociosanitari, costituendo un nuovo polo lontano dagli altri servizi e livelli di cura.

L'equilibrio tra ottimizzazione delle risorse e principio di prossimità (il quale dovrebbe guidare la distribuzione della nuova rete di comunità) è difficilmente valutabile; certamente è frutto di una decisione politica oltre che tecnica. Ciononostante, l'analisi critica della distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità sul territorio regionale rivela che la disomogenea collocazione degli interventi, in alcuni casi può rinnovare le disuguaglianze di accessibilità al servizio già presenti nella Regione Lazio. La riforma del servizio finanziata con i fondi del Pnrr, Missione 6 C1, rischia quindi di non produrre appieno l'esito previsto dal d.m. 77 di riforma sostanziale – e quindi auspicabilmente paradigmatica – delle cure primarie e sociosanitarie. La medicina di prossimità rimane dunque, ancora, un modello distante dall'ottimizzazione economica delle risorse.

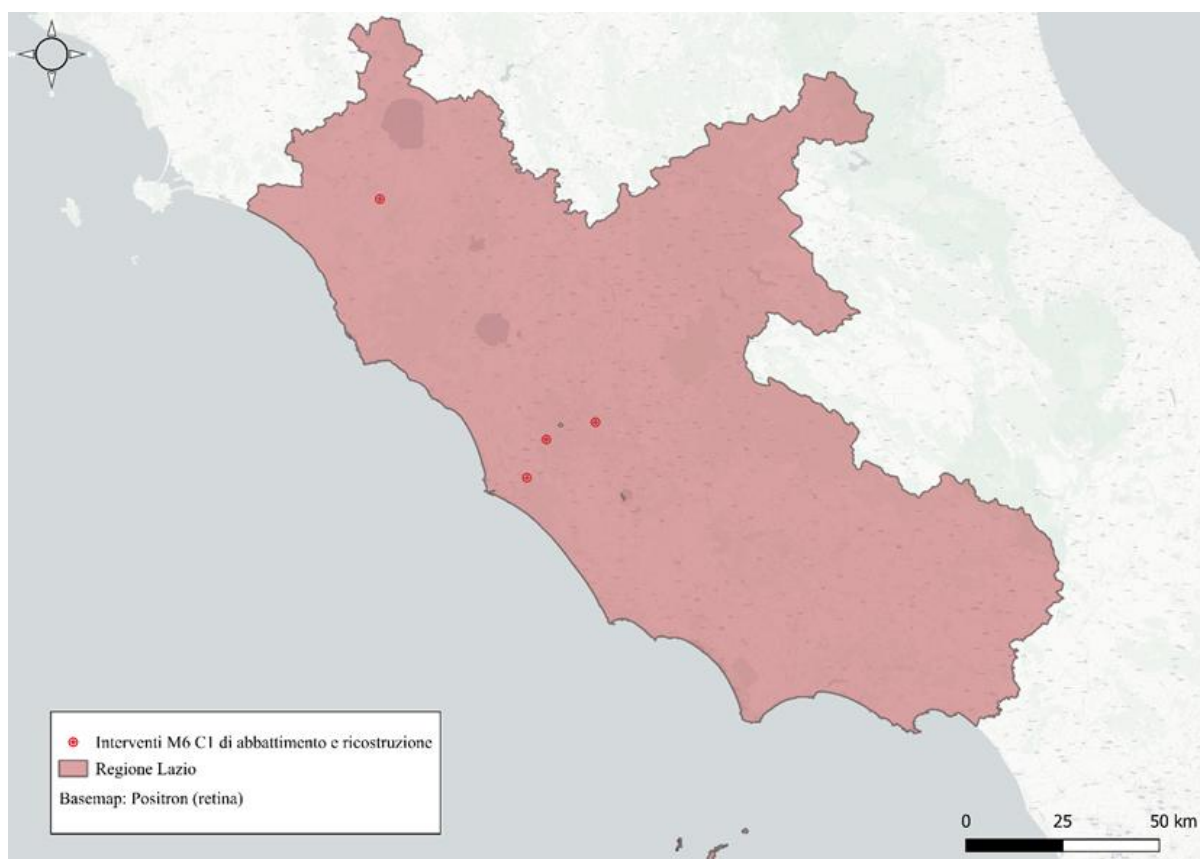


Fig. 30 – Interventi della Missione 6 C1 che richiedono l'abbattimento e la ricostruzione di strutture edilizie;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Su 231 nuove infrastrutture di comunità finanziate dalla Missione 6 C1 del Pnrr mappate, ben 216 sono interventi di semplice ristrutturazione di spazi pubblici già esistenti: nel 93% dei casi le nuove infrastrutture di comunità recuperano precedenti spazi, quasi sempre già di proprietà pubblica ed utilizzati dalle Aziende sanitarie locali. Gli interventi insistono quindi su territori già serviti, ricalcando la preesistente distribuzione del servizio. Uno dei problemi della Missione e del Pnrr è quello di riprodurre i vecchi modelli di organizzazione e distribuzione spaziale dei servizi, senza di fatto creare davvero quella sostanziale trasformazione dei servizi territoriali verso la medicina di prossimità. La Missione 6 C1 rischia quindi di rimanere una politica teoricamente accattivante che nella pratica non mette in discussione il modello di sviluppo o di organizzazione della società, ovvero una *fast policy* (Peck, 2005), esattamente lo stesso rischio in cui incappano altri modelli di sviluppo vocati alla prossimità come la *Smart City* (Vanolo, 2015) o la cosiddetta *Città dei 15 minuti* (Pozoukidou e Chatziyiannaki, 2021). Come si nota dalla figura 30 solo cinque interventi della Missione 6 C1 hanno comportato l'abbattimento e la ricostruzione di spazi pubblici, e di questi due sono nello stesso luogo ovvero il complesso edilizio di via del Frantoio nel IV Municipio di Roma.

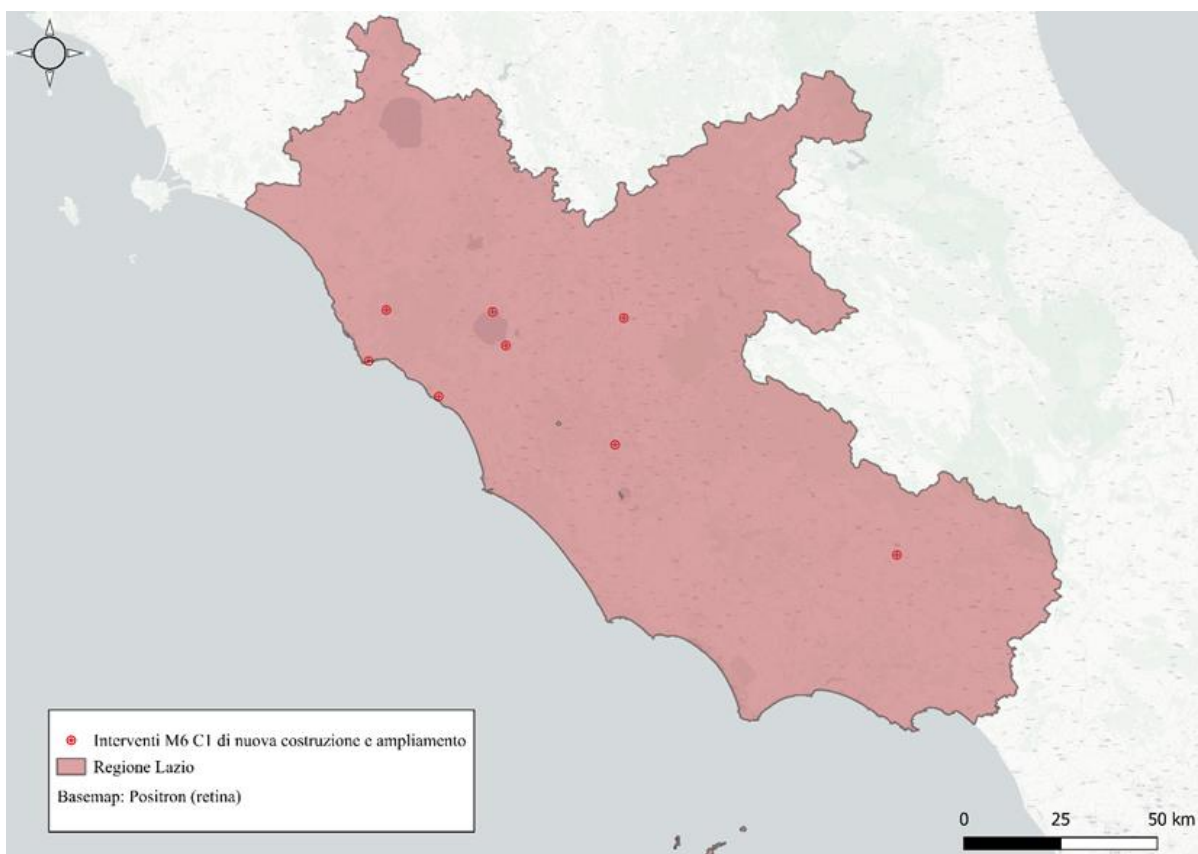


Fig. 31 – Interventi della Missione 6 C1 che richiedono la nuova costruzione o l'ampliamento di strutture edilizie;

Fonte: elaborazione personale su dati Agenas e Istat.

Nel complesso, come evidenziato in figura 31, sono solo nove gli interventi che comportano una vera e propria nuova costruzione di spazi pubblici, meno del 4%, e anche questa volta due sono nello stesso luogo, ovvero il Policlinico Tor Vergata.

L'ottimizzazione delle risorse può mettere in secondo piano la distribuzione delle risorse stesse sul territorio. La salute richiede un pensiero multidimensionale e olistico che sappia farsi carico della complessità prima di operare una semplificazione inevitabilmente riduttiva. Per questo i più moderni approcci alla medicina come quelli della *Community Health Care* o della *One Health* introducono le cure alla complessità. Al contrario, la riforma inaugurata con la Missione 6 C1 del Pnrr tende spesso nella pratica a semplificare le indicazioni della medicina di prossimità, con lo scopo di ottimizzare e risparmiare risorse. Tale semplificazione causata dal principio di ottimizzazione e dalle logiche aziendalistiche tende a ridurre la prossimità in approssimazione.

La riforma dei servizi territoriali non configura, al livello di distribuzione spaziale delle nuove infrastrutture, un cambiamento paradigmatico del livello di prossimità dei servizi stessi. La nuova rete di comunità, recuperando molte (anzi quasi solo) vecchie infrastrutture, è

distribuita sul territorio secondo vecchi paradigmi, senza realizzare un'autentica riforma geografica e spaziale della prossimità dei servizi sociosanitari, ma solo approssimandoli al territorio e lasciando pressoché inalterate le precedenti disuguaglianze e lacune territoriali del servizio pubblico.

La disomogenea distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità descritta in questo paragrafo costituisce un primo livello di mappatura della nuova rete di comunità. L'analisi della prossimità geografica e spaziale ha messo in evidenza possibili criticità della Missione 6 C1: indicando aree carenti di strutture sociosanitarie dove intervenire per migliorare gli esiti della riforma del servizio pubblico inaugurata con la Missione 6 C1 del Pnrr; e suggerendo la necessità di definire geograficamente gli ambiti di competenza e di presa in carico della popolazione delle nuove infrastrutture anziché adottare uno standard fisso e generico di migliaia di residenti.

Se l'analisi spaziale ha permesso di avanzare diverse proposte di intervento, buone pratiche di *policy* per migliorare la Missione 6 C1; per l'analisi delle dimensioni culturali, affettive, intersezionali e sociali della prossimità è necessario, nell'ottica critica della geografia della cura per la sanità, abbandonare l'approccio quantitativo, per fare emergere invece possibilità trasformativa e buone pratiche che emergono direttamente dall'esperienza territoriale locale, dallo spazio vissuto delle comunità che dovrebbero essere il nuovo attore fondamentale della riforma del servizio pubblico.

5. – Partecipare alla riforma della cura

Dopo aver ripercorso la storia del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) fino alla sindemia e dopo aver esaminato in senso prettamente geografico la riforma del Ssn implementata grazie ai fondi della Missione 6 C1 del Pnrr, osservando la prossimità tra servizi e territorio attraverso la distribuzione della nuova rete di infrastrutture di comunità prevista per l'appunto dalla missione; l'analisi prosegue ora verso l'indagine delle ulteriori dimensioni della prossimità. Infatti, come nota Valentina Evangelista (2016b) la prossimità ha una natura multidimensionale e specialmente in un campo complesso come quello della salute e delle cure sociosanitarie sono svariate le dimensioni da tenere in considerazione.

Per una ricognizione teorica dei molteplici significati legati al concetto della prossimità si rimanda al paragrafo 7.1, dove saranno discusse in modo più approfondito le implicazioni teoriche del concetto di prossimità, con riferimento a diverse scuole e teorizzazioni geografiche e sociali. L'obiettivo di questo paragrafo è, invece, introdurre il lavoro sul terreno condotto nel corso della ricerca dottorale, un lavoro che ha voluto mettere al centro dell'analisi proprio il rapporto di prossimità tra cure e territori. Prossimità intesa qui come dimensione sociale, culturale ed umana della distanza, in modo da non intendere più la distanza solo come una misura quantificabile in uno spazio isomorfo ed euclideo, solo come pura *Geographical Proximity*. Le domande fondamentali della ricerca sul terreno sono state quindi: quali dinamiche possono avvicinare o separare il servizio sanitario dal territorio? E quali pratiche di cura promuovono nuovi modelli di medicina di prossimità efficaci per riformare i servizi territoriali?

L'analisi qualitativa qui presentata segue il lavoro di ricerca sul terreno realizzato nel corso dei tre anni di attività dottorale. Se fino ad adesso, i precedenti paragrafi hanno esposto prevalentemente il lavoro dottorale della ricerca cosiddetta *on desk*, ovvero il lavoro basato su fonti bibliografiche e più in generale fonti secondarie; con questo capitolo si mostreranno invece i risultati della ricerca sul terreno, condotta in prima persona e collettivamente come prevede la metodologia della *Participatory Action Research* (PAR). Questi due differenti momenti della ricerca pur non essendo sovrapponibili sono stati intesi come complementari, in un alternarsi di fasi induttive e deduttive che ha permesso un dialogo costante tra teoria e pratica, tra letteratura ed esperienza sul terreno.

Cura, salute e sanità sono concetti estremamente complessi da analizzare geograficamente, perché al contrario della prossimità più prettamente geografico-spaziale (nel senso dello

spazio isomorfo, metrico, chilometrico e così via che è associato alla *Geographical Proximity*), le ulteriori dimensioni della prossimità sono spesso difficilmente misurabili, in quanto collegate ad aspetti personali, affettivi e anche emotivi della cura. L'analisi ha voluto continuare ad indagare in particolare una componente di grande interesse geografico della nuova riforma del Ssn e dei servizi territoriali. Oltre alla distribuzione spaziale della nuova rete di infrastrutture, c'è un altro argomento di questa riforma che può beneficiare di uno sguardo critico di geografia sociale: la prossimità intesa come processo partecipativo di coinvolgimento del territorio, delle sue comunità e delle sue risorse materiali e immateriali nel processo e nei servizi di cura. In questo caso il territorio assume un significato ampio e non limitato alla materialità e fisicità, ma comprensivo della sua dimensione sociale, culturale, storica, affettiva, umana e non solo umana (Turco, 1988). La scuola territorialista inaugurata da Raffestin e Turco ha mostrato come il territorio, il cui studio è materia privilegiata della geografia, sia costantemente costruito, decostruito e ricostruito dalle interconnessioni reciproche e mutevoli tra uomo e ambiente. Quindi, un'analisi territorialista deve tenere in conto anche la società, la cultura, l'economia e in generale l'attività umana nel suo rapporto con lo spazio. In buona sostanza, il territorio è un complesso coacervo di elementi umani e non umani (sociali, naturali ecc.) in interconnessione: il luogo dove si proiettano a terra le dinamiche sociali, culturali, emotive, economiche e insieme biologiche, geologiche e anche affettive che compongono il nostro mondo.

In questo quadro mutevole e complesso è evidente che l'analisi completa delle forme di partecipazione alla salute e ai processi di cura di un territorio sia quasi irrealizzabile. Tanto più che anche il concetto di cura necessiterebbe di un'ulteriore disambiguazione. Oggi non è più possibile intendere la cura solamente come l'attività del medico o del professionista sanitario. L'emergere della filosofia della cura e del pensiero femminista e transfemminista hanno stravolto il significato di cura. Infatti, la nuova definizione espressa, tra le altre, da Tronto (2015) include all'interno del concetto di cura tutto ciò che facciamo per mantenere, preservare e riparare il nostro mondo affinché possiamo viverci nel miglior modo possibile.

Non potendo osservare tutto, nella ricerca sul terreno ci si è scelto di concentrare su quali siano i problemi e le opportunità per realizzare un nuovo modello di medicina di prossimità nel rapporto tra servizio e comunità, tra *caregiver* e *carereceiver*, cercando di raccogliere dinamiche e casi problematici o favorevoli per il futuro sviluppo della riforma inaugurata con la Missione 6 C1 del Pnrr e il relativo d.m. 77. Come rilevato dal d.m. 77 nel territorio esiste una capacità e un insieme di risorse che possono migliorare l'offerta di cura e di servizi

sanitari, andando ad includere e a mettere in interconnessione il Ssn con le più generali capacità di cura del territorio locale (del Terzo settore, ma non solo). In questa prospettiva in cui il territorio partecipa alla propria cura assumono un ruolo determinante le specie viventi che abitano il territorio e ovviamente in particolare le persone e le comunità, con le loro pratiche quotidiane di cura. La ricerca ha quindi teso ad individuare possibili forme di compartecipazione tra cura del territorio in senso ampio e servizi sociosanitari territoriali, buone pratiche per influenzare i futuri esiti della Missione 6 C1 del Pnrr.

Oltre alle interviste generali, alla realizzazione di un questionario e di un *database* che si sono concentrati sui problemi del rapporto tra Ssn e territorio, gran parte del lavoro ha voluto guardare alle possibili occasioni e buone pratiche partecipative che potrebbero influenzare in modo positivo tanto il rapporto tra servizio e territorio, quanto gli esiti della Missione 6 C1. Sono state quindi osservate le pratiche di diversi e specifici esempi locali di cura comunitaria e di prossimità. I casi di studio individuati tra realtà associative formali e informali della città di Roma sono stati selezionati in base alla rilevanza, all'attinenza e alla concreta possibilità di farne esperienza personale e comunitaria diretta. La selezione dei casi di studio è stata realizzata in base alla possibilità di attivare appieno il metodo della PAR (descritto nel capitolo 2) e della *Community Geography* (Shannon *et al.*, 2021). In particolare, tre sono i principali casi di studio qui discussi: lo Sportello Mammuto, l'Ambulatorio popolare Roma Est e il progetto *Sentieri Metropolitani*. E quattro sono le caratteristiche fondamentali che hanno determinato la scelta di questi tre casi studio:

- *in primis*, la prossimità al sottoscritto ricercatore. Tutti i casi dovevano essere sperimentati direttamente in prima persona, realizzando interviste in profondità e *focus group*, ma anche e soprattutto partecipando alle attività di cura quotidiane delle realtà indagate. Pertanto, la scelta dei casi di studio è stata determinata dall'effettiva possibilità di entrare a contatto con persone e pratiche facenti parte delle realtà associative indagate;
- la “partecipatività”, poiché in ciascuno dei casi presentati la separazione tra medico e paziente, tra *caregiver* e *carereceiver* tende a cadere, a svanire o a non essere presente affatto. L'obiettivo è stato promuovere, invece, lo studio delle forme di partecipazione del territorio e delle comunità che lo abitano alle cure e al servizio pubblico;
- l'eccezionalità, intesa come condizione di deviazione da uno standard consolidato. Nessuno dei casi studio indagati è direttamente ascrivibile ai classici esempi di

collaborazione e partecipazione tra Terzo Settore e Ssn. Infatti, esiste già una ricca letteratura sulle Case della Salute e, in generale, su già sperimentate forme di partecipazione del Terzo Settore alle cure del Ssn. In ambito prettamente sociosanitario accade spesso che il servizio pubblico sia affidato a realtà associative formalmente riconosciute del Terzo Settore, come cooperative sociali e associazioni di sanitari. Tutti i casi indagati sono, invece, esempi singolari di associazioni formali e informali che svolgono attività partecipative di cura senza scopo di lucro e non limitandosi solo a svolgere servizi prettamente sociosanitari in forma diretta e in concorrenza con il pubblico;

- l'innovatività, in quanto i casi di studio sono stati selezionati proprio perché nel corso dell'attività di ricerca condotta sul terreno questi casi sono emersi come esperienze virtuose e innovative per un concreto cambiamento di paradigma delle cure, con particolare riguardo alle forme di partecipazione e di coinvolgimento del territorio.

Mentre le prime due caratteristiche in base a cui sono stati selezionati i casi di studio corrispondono a delle condizioni di aderenza ai principi e agli obiettivi della ricerca, in quanto la prossimità è una condizione indispensabile per la PAR e la “partecipatività” (intesa come la qualità partecipativa) è una *conditio sine qua non* della domanda di ricerca del presente studio (che per l'appunto intende concentrare l'analisi sulle pratiche partecipative di cura e del Ssn); le caratteristiche di eccezionalità e innovatività corrispondono anche a determinate scelte di posizionamento geografico. La scelta di selezionare tre casi di studio in base alla loro potenzialità trasformatrice eccezionale e innovativa deriva dalle teorie esposte dal duo di geografe Gibson-Graham (2006a; 2006b; 2008) sul ruolo propositivo oltre che critico della geografia. Lo scopo è di mettere il sapere geografico e le sue tecniche di studio del territorio, con particolare riguardo alla ricerca sul terreno, al servizio di un cambiamento del mondo (un processo di *world-making*), per un mondo più in salute, dove le cure siano riconosciute, valorizzate e condivise, a beneficio di un servizio pubblico libero, gratuito e universale.

Naturalmente, non è possibile stabilire se i casi qui presentati possano effettivamente realizzare un mondo più in salute o anche solo migliorare la qualità della partecipazione nell'ambito del Ssn; ma nel corso di un lavoro sul terreno durato più di tre anni nella città di Roma questi tre casi sono emersi come i più rilevanti, tra quelli indagati, per lo scopo della ricerca. Nulla vieta che possano esistere innumerevoli ulteriori pratiche o esperienze capaci di migliorare la qualità dei servizi territoriali sociosanitari; eppure nella letteratura geografica esistono pochi lavori di approfondimento sulle buone pratiche per la realizzazione della

medicina di prossimità, per implementare forme di partecipazione tra Ssn e comunità locali e per sviluppare metodi concreti di superamento della barriera tra *caregiver* e *carereceiver*.

Il lavoro civico, comunitario e di apertura del servizio pubblico è un elemento scarsamente considerato in letteratura (geografica e non solo), laddove invece dovrebbe costituire uno degli elementi salienti della nuova riforma inaugurata dal d.m. 77. Il potenziamento dei servizi territoriali ha anche lo scopo – espresso teoricamente dallo stesso d.m. 77 – di immaginare nuove forme di collaborazione tra servizio pubblico e territorio, potenziando attività di co-produzione, co-progettazione, informazione e formazione insieme agli utenti del servizio, i *carereceiver*, e in generale con le comunità che abitano il territorio. In queste attività eminentemente partecipative, l'obiettivo è duplice: migliorare il servizio, aprendolo alla partecipazione; e promuovere processi di *community empowerment*.

Nonostante siano scarsi gli studi geografici relativi ai processi partecipativi in ambito sanitario e di cura, la geografia sociale con le sue capacità di analisi critica del territorio e delle sue dimensioni sociali si presta a diventare uno strumento utile e prezioso per implementare i processi partecipativi contenuti nella nuova riforma dei servizi territoriali (inaugurata con la Missione 6 C1 e il d.m. 77). Pertanto, la ricerca sul terreno ha voluto indagare questo elemento nevralgico della medicina di prossimità, poco studiato e di grande interesse geografico e sociale: i processi partecipativi. L'analisi dei casi studio qui presentati si è concentrata sull'individuazione e sulla sperimentazione di *best practice* partecipative per la medicina di prossimità, nel tentativo di rispondere alle domande: quale ruolo di cura può assumere la comunità? Quali strumenti e pratiche partecipative già presenti sul territorio possono sostenere la riforma del Ssn nel suo rapporto con le comunità locali e nel suo processo di metamorfosi ispirato alla medicina di prossimità e alla *Community Health Care*? Come realizzare la partecipazione proattiva delle comunità e dei territori che il d.m. 77 prevede?

Il primo caso, presentato in questo capitolo, riguarda il progetto *Sentieri Metropolitani*, realizzato dalla Asl Roma 1 in collaborazione con la Società Geografica Italiana (Sgi). Tale progetto si inserisce nell'ambito più tradizionale del rapporto di partecipazione tra Ssn e comunità, intesa come società civile, ovvero quello del rapporto tra Ssn e Terzo Settore. Eppure, la Sgi come Ente del Terzo Settore (Ets), pur rappresentando uno dei pochi settori dove la partecipazione è abbondantemente sperimentata (Spagnuolo e Stasi, 2016; Gagliardi e Accorinti, 2014; Iannello, 2020; Pellizzari e Magliari, 2019; Costa e De Luca, 2023; Fosti *et al.*, 2012) – e anzi il ruolo di cura del Terzo Settore oggi è un elemento centrale, nel bene e

nel male, del Ssn – non costituisce il classico esempio di Ets che lavora quotidianamente in ambito sociale e sanitario. Al contrario del privato accreditato o delle cooperative che popolano ogni giorno ospedali, ambulatori e servizi sociali, la Sgi è un ente culturale, di ricerca e di promozione del sapere geografico: non proprio l'Ets che ci potrebbe aspettare lavori con un'Asl e con tecnici sanitari o medici. Tuttavia, proprio nell'ambito della sperimentazione di buone pratiche per la futura apertura delle Case della Comunità è nato il progetto pilota *Sentieri Metropolitani*, con lo scopo di mettere in pratica nuove metodologie di lavoro sinergico tra Ssn e territorio, a partire dall'ambito della prevenzione e della promozione della salute. È stato infatti il Dipartimento di Prevenzione della Asl Roma 1 a guidare il progetto pilota, coinvolgendo però da subito una serie di realtà del territorio, *in primis* le destinatarie del progetto, ovvero le scuole all'interno dei limiti geografici della Asl Roma 1. E quindi esperti di urbanistica e di geografia, tramite il Dipartimento di Storia, Disegno e Restauro dell'Architettura dell'Università La Sapienza e la Società Geografica Italiana; oltre che di divulgazione scientifica e medica, Il Pensiero scientifico editore. Ho potuto partecipare al progetto proprio tramite la Sgi di cui sono da tempo membro.

Nella seconda parte del capitolo, invece, saranno presentati due casi di studio, esempi formali e informali di attivazione spontanea dal basso, in cui (al contrario del primo caso di studio) non è direttamente la Asl ad aver avviato le pratiche partecipative di cura e di servizio indagate, ma sono state le comunità locali il primo motore delle pratiche di cura osservate. In questi due casi la partecipazione è quindi proattiva, nel senso che sono direttamente le realtà del territorio (e non solo le istituzioni preposte) ad aver organizzato l'attività di cura. Questi due casi di studio riguardano quindi l'attività dal basso di associazioni formali e informali presenti sul territorio romano, si tratta di associazioni in bilico tra una condizione di formalità e di informalità con una chiara impostazione partecipativa di autorganizzazione. In questi ultimi due casi saranno esposte le attività e le pratiche di due tipologie di spazi collettivi (Dumont e Gamberoni, 2020) che sono diventate oggi ricorrenti strumenti partecipativi per rivoluzionare la qualità delle cure e della salute sui territori: ambulatori e sportelli popolari.

Ambulatori e sportelli agiscono in maniera simile, condividendo un ricco bagaglio di pratiche comuni e di simili strategie partecipative, ma presentano anche delle differenze peculiari. Mentre gli ambulatori popolari erogano direttamente cure con la presenza anche di tecnici e professionisti sanitari, sociosanitari e clinici in generale per contrastare le disuguaglianze di salute e le carenze del servizio pubblico; all'interno degli sportelli prevale la strategia di

esercitare pressione sul Ssn senza erogare direttamente in proprio cure, operando invece azioni legali, di protesta, di ricerca, di informazione, di promozione e prevenzione della salute che siano alla portata di tutti, senza bisogno di essere riconosciuti come medici o tecnici. Questa differenza tra sportelli e ambulatori caratterizza il dibattito teorico e politico sul tema, ma, come vedremo, nella pratica quotidiana tale differenza non comporta una netta separazione tra sportelli e ambulatori.

5.1. – L'azione dall'alto

In letteratura, da tempo si parla di processi *bottom-up* e *top-down* (Picone, 2021; Dumont *et al.*, 2025), specialmente per quanto riguarda il rapporto tra istituzioni e società civile. All'interno della medicina di prossimità, si possono distinguere processi *bottom-up* e *top-down* nelle attività di partecipazione, co-progettazione, co-design e co-creazione. È il posizionamento e l'iniziativa degli attori in campo a determinare la differenza tra questi due tipi di approccio. Il termine “azione dall'alto”, utilizzato per descrivere il caso studio qui presentato e le relative pratiche, vuole indicare un'azione *top-down* di coinvolgimento e partecipazione nelle attività di cura: un'azione realizzata dall'istituzione preposta, la Asl, coinvolgendo le realtà presenti sul territorio. Al contrario, nel caso di una “azione dal basso” l'azione è realizzata direttamente dalle realtà presenti sul territorio, con una forma di partecipazione proattiva e diretta o autonoma, in cui il coinvolgimento della Asl o di altre istituzioni non è determinante e può, dunque, verificarsi o meno a seconda del contesto.

La distinzione tra azioni dall'alto e dal basso – non sempre di facile comprensione – rappresenta solo il primo livello di analisi delle pratiche partecipative di cura. Esistono ulteriori differenze tra pratiche di cura partecipative. Differenze che poggiano, ad esempio, sui principi di formalità e informalità, orizzontalità e gerarchizzazione, o ancora sugli scopi che le stesse pratiche si prefiggono, ad esempio economici, mutualistici o mutualisti. In ogni caso, questo studio non vuole avere carattere didascalico. Il lavoro di ricerca, anziché culminare in uno sforzo descrittivo del mondo e delle realtà sociali indagate, vuole concentrarsi sul processo pratico, affettivo e relazionale che sottende i processi partecipativi di cura, cercando di evidenziare criticità, opportunità e possibili esempi virtuosi di partecipazione nell'ambito delle cure sociosanitarie e territoriali.

L'intento non è rappresentativo, ma come nella metodologia proposta da Thrift e Amin, il lavoro qui presentato vuole essere non-rappresentativo (Amin e Thrift, 2002) perché le pratiche indagate non possono essere astratte dal proprio contesto territoriale, relazionale e affettivo. Quindi, anziché restituire una rappresentazione inevitabilmente sintetica e artefatta di casi studio e pratiche, in questo lavoro si è cercato di focalizzare l'attenzione sulla microfisica del quotidiano (Macpherson, 2010) che costituisce e ricostituisce ogni giorno il mondo, e quindi le sue forme di cura.

In poche parole, l'analisi ha inteso individuare e approfondire gli affetti, le emozioni, le strategie d'azione e gli strumenti che in determinati contesti realizzano forme di partecipazione alle cure e al Ssn, con particolare riguardo alle attività di associazioni formali e informali che non sono ancora pienamente inserite nel sistema del Ssn. Si tratta quindi ora di focalizzare lo studio sulle possibili buone pratiche partecipative per la medicina di prossimità, cercando di individuare elementi ancora poco indagati e sperimentati. Uno studio limitato ad alcuni casi studio e buone pratiche rilevanti, appositamente selezionati, ma che può essere replicato in ulteriori contesti per ciascuna rete di comunità che sarà realizzata dopo la piena attivazione della Missione 6 C1 del Pnrr.

La replicabilità di questa ricerca è, dunque, uno dei suoi principi fondamentali, nella speranza che, nonostante tutti i limiti, la riforma dei servizi territoriali possa migliorare la qualità delle cure. Conseguentemente, questo studio sperimentale invita la geografia sociale ad impegnarsi nello studio degli aspetti partecipativi della riforma dei servizi territoriali sociosanitari e più in generale allo studio del rapporto tra territorio, prossimità e cura. Cura intesa nel senso ampio che la filosofia della cura indica (Chatzidakis *et al.*, 2020), non solo quindi intesa come cura medica o sanitaria.

In questo paragrafo ci si concentrerà sulle forme di azione dall'alto sperimentate, osservate e vissute durante il lavoro di ricerca sul terreno, analizzando il caso studio del progetto *Sentieri Metropolitani* realizzato dalla Asl Roma 1 con la collaborazione della Sgi, e quindi del sottoscritto.

5.1.1. – Il progetto Sentieri Metropolitani: contesto geografico e teorico

Sentieri Metropolitani è un progetto di promozione e prevenzione della salute in ambito educativo, pedagogico e ludico. Il progetto ha coinvolto, nell'arco di due anni e due edizioni,

quattro scuole primarie e oltre 200 giovani studenti e studentesse del territorio della Asl Roma 1.

Qui saranno presentati i risultati del primo anno di attività (2023-2024). A livello pedagogico, la metodologia degli incontri geografici con gli studenti delle scuole primarie è stata basata sui principi della pedagogia trasformativa (Freire, 2024; bell hooks, 2020), la quale ha l'obiettivo di rendere la scuola un ambiente democratico dove tutti sentono la responsabilità di contribuire. Per stimolare nei giovani studenti e studentesse questa responsabilità, le attività educative di promozione e prevenzione della salute sono state messe in relazione con la nuova concezione filosofica, ecologica ed etica della cura che emerge dalle riflessioni femministe e transfemministe (Chatzidakis *et al.*, 2020; Fragnito e Tola, 2022; Tronto, 2015). Inoltre, la metodologia didattica si è basata ovviamente sui principali riferimenti per l'educazione geografica e l'inclusione in Italia (Giorda, 2014; Pasquinelli D'Allegra *et al.*, 2017; Morri, 2022) per la selezione dei contenuti e temi geografici adatti alla scuola primaria.

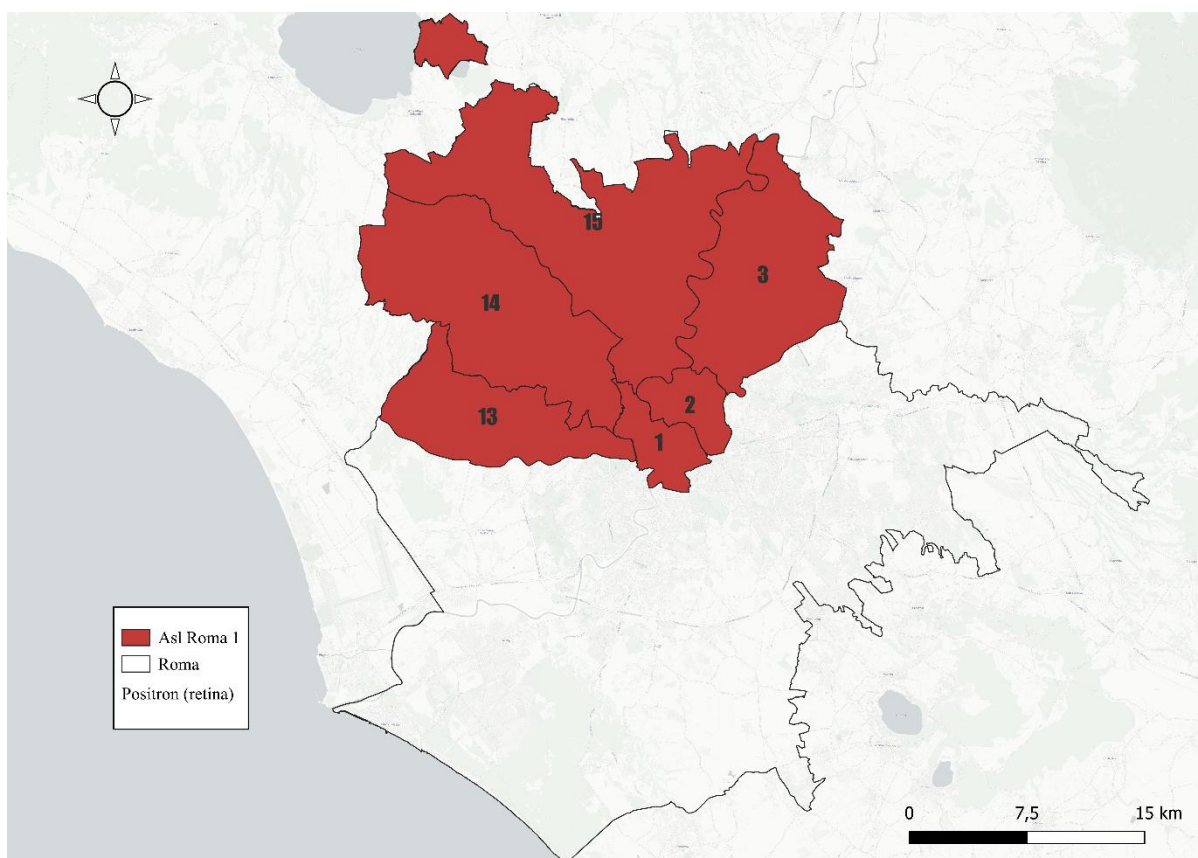


Fig. 32 – La Asl Roma 1 e i Municipi di Roma da cui è composta;

Fonte: elaborazione personale.

Il progetto *Sentieri Metropolitani* nasce su iniziativa del Dipartimento di Prevenzione della Asl Roma 1 nel 2023. La Asl Roma 1 insiste su un ampio territorio della città di Roma corrispondente ai Municipi I, II, III, XIII, XIV e XV, qui mostrato nella figura 29.

La Asl Roma 1 ha un bacino di utenza di circa un milione di abitanti, residenti nei suddetti Municipi della città di Roma, come riporta anche nel suo sito (<https://www.aslroma1.it/mission>). Quello della Asl è dunque un territorio ampio, disomogeneo e assolutamente molto variegato, che presenta certamente disuguaglianze profonde, dal momento che include oltre un terzo di tutti i residenti della più grande metropoli italiana.

Pur non potendo sintetizzare le disuguaglianze presenti in tutta la Asl Roma 1, è bene provare a delineare un quadro d'insieme che possa restituire in minima parte il contesto territoriale in cui si inserisce il progetto *Sentieri Metropolitani*. Osservando il territorio della Asl Roma 1 più in dettaglio, a livello dei Municipi e delle Zone urbanistiche, notiamo come esistano profonde differenze. I lavori di mappatura delle disuguaglianze presenti nella città di Roma tendono a confermare l'esistenza di queste profonde differenze. L'*Atlante delle disuguaglianze* (Celata e Lucciarini, 2016) descrive, nel 2016, alcune delle tendenze fondamentali che caratterizzano le disuguaglianze a Roma:

“Le zone centrali godono evidentemente di un maggiore benessere rispetto alle periferie, ma al centro emerge una situazione alquanto variegata. Il centro storico, per esempio, risulta essere ancora una zona relativamente mista dal punto di vista socio-economico. Le aree dove le capacità di reddito sono in media maggiori sono invece tutte le zone immediatamente esterne al centro storico, e in particolare nel quadrante nord” (Celata e Lucciarini, 2016, p. 10).

La Asl Roma 1 insiste proprio tra il centro e il quadrante nord di Roma e presenta dunque, se considerata nel suo insieme, un reddito superiore alla media cittadina, come testimoniano anche gli studi di Lelo, Monni e Tomassi (Lelo *et al.* 2019). Eppure, questo indice di benessere e quindi di salute in senso lato, il reddito, non si presenta affatto come omogeneo o uniforme su tutto il territorio della Asl: il reddito pro-capite nei Municipi XIII, XIV e XV, infatti, è mediamente ben inferiore di quello dei Municipi I e II, mentre il III si colloca tra questi due gruppi. Zone come Primavalle, Boccea o Bufalotta (evidenziate in figura 33) non superano la fascia reddituale compresa tra 7.500 e 10.000 euro annui; e Zone urbanistiche ubicate in aree periferiche e meno urbanizzate o rurali, come ad esempio Cesano, si attestano al di sotto di un reddito medio pro-capite annuo di 7.500 euro (Celata e Lucciarini, 2016).

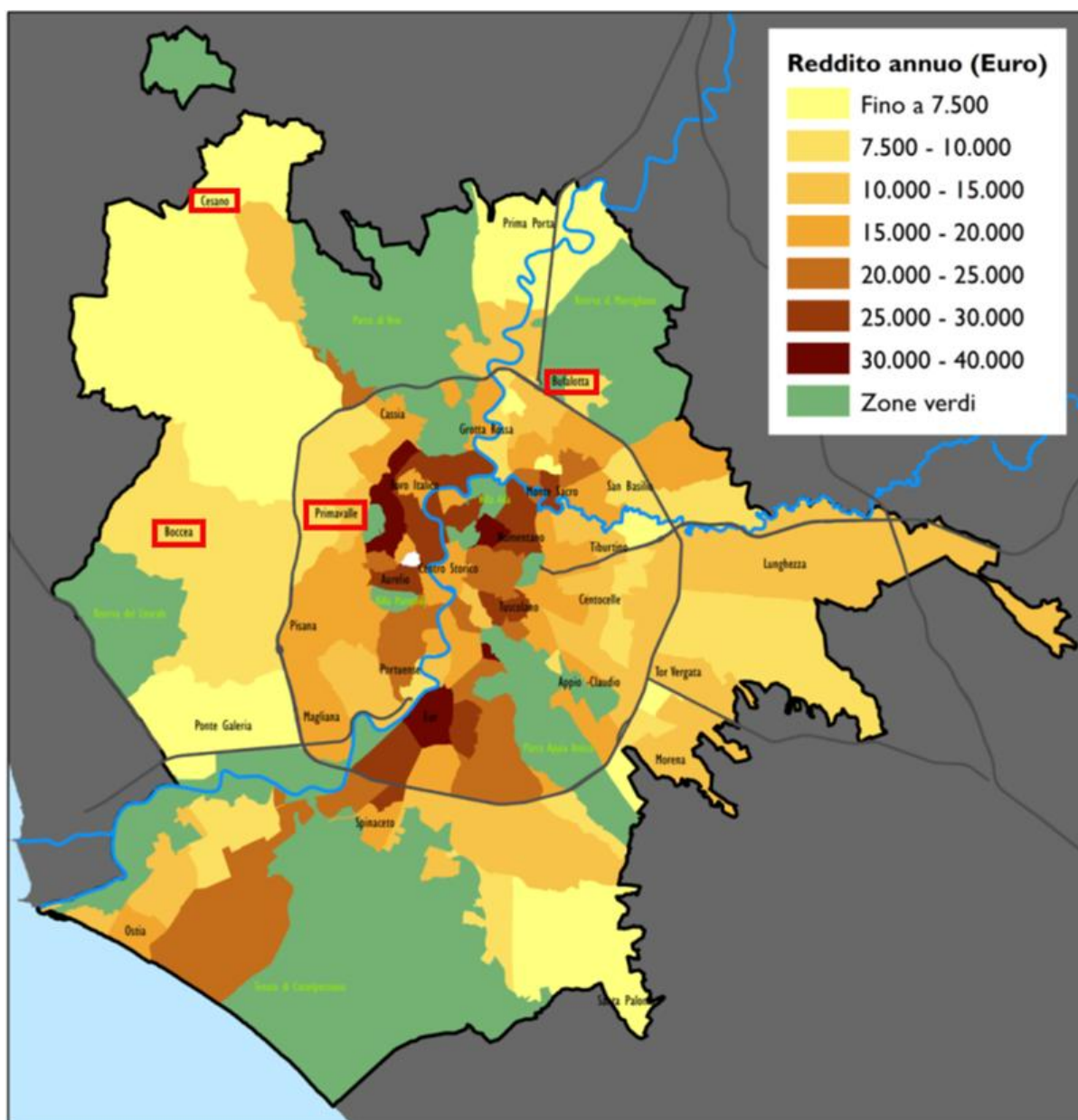


Fig. 33 – Reddito totale procapite nelle zone urbanistiche di Roma
Fonte: fonte rielaborazione carta geografica di Celata e Lucciarini 2016, p. 10.

Le generali disuguaglianze tra i territori municipali – o distrettuali, siccome, come già ricordato in precedenza ogni Municipio di Roma corrisponde come numero e confini a un Distretto sanitario – della Asl Roma 1 sono confermate anche dall'analisi dell'invecchiamento della popolazione realizzata nel 2024 da Ketì Lelo, Salvatore Monni, Cecilia Reynaud e Federico Tomassi per Mappa Roma (<https://www.mapparoma.info/mappe/mapparoma45-invecchiamento-famiglie-e-stranieri-nei-censimenti-dal-1981-al-2021/>). Come nel caso del reddito pro-capite, anche per l'invecchiamento è possibile osservare una sostanziale differenza tra i Municipi I e II collocati in aree più centrali e quelli più periferici, ovvero XIII, XIV e XV; mentre il III Municipio

rimane un caso limite a cavallo tra questi due sottogruppi. Come per il reddito anche per l'indice di vecchiaia, calcolato in base ai dati Istat 2021, sono i Municipi più centrali a presentare i tassi più alti nella Asl Roma 1: le aree centrali del I e del II Municipio presentano dunque una popolazione più ricca, ma anche più anziana rispetto alle zone del XIII, XIV e XV Municipio (fig. 34).

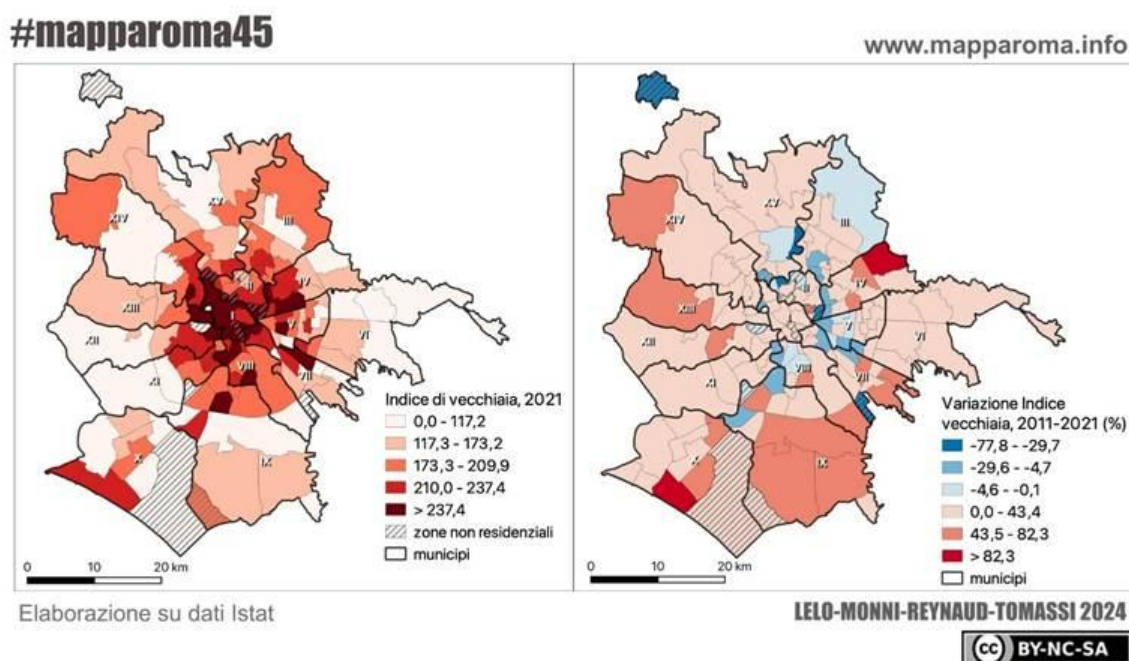


Fig. 34 – Vecchiaia nella città di Roma;

Fonte: Mappa Roma di Lelo, Monni e Tomassi (2024) su base dati Istat.

Nelle figure 35, 36 e 37, ancora tratte da Mappa Roma (numero 44) e realizzate da Lelo, Monni e Tomassi nel 2024 sulla base dei dati Istat 2021, è possibile notare come esistano ulteriori disuguaglianze tra i territori della Asl Roma 1. Anche in questo caso, come nei precedenti, le zone periferiche risultano essere quelle più svantaggiate, presentando sia una minore percentuale di laureati che di occupati rispetto alle zone del centro, nonostante la variazione della percentuale di laureati, in base ai dati Istat dal 2011 al 2021, mostri una tendenza all'aumento percentuale dei laureati in gran parte del XIII, XIV e III Municipio. Queste disuguaglianze devono essere analizzate anche in chiave intersezionale, come la figura 37 mostra, nelle periferie, dove i laureati sono meno che nel centro, è presente però una maggiore prevalenza di donne laureate, come ad esempio nel XIV Municipio. Le differenze maggiori tra uomini e donne occupati sono invece soprattutto nelle periferie fuori dal Grande raccordo anulare (Gra), tra le zone dove la disuguaglianza è massima troviamo uno dei territori della Asl Roma 1, ovvero Santa Maria di Galeria nel XIV Municipio.

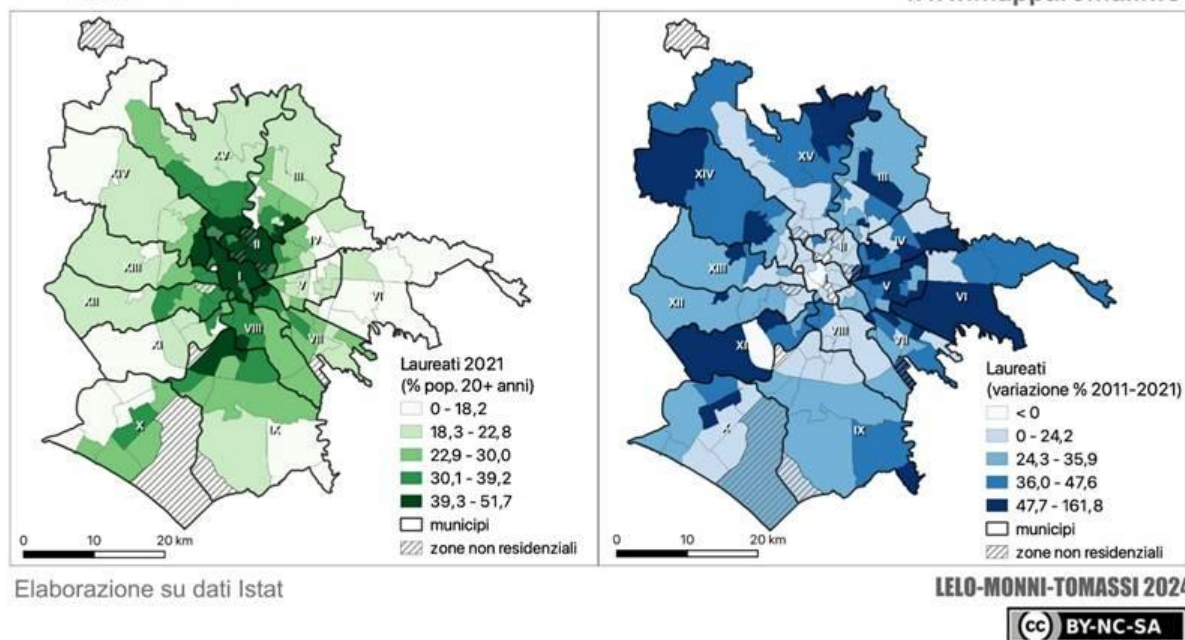


Fig. 35 – Perone laureate nella città di Roma;

Fonte: Mappa Roma di Lelo, Monni e Tomassi (2024) su base dati Istat.

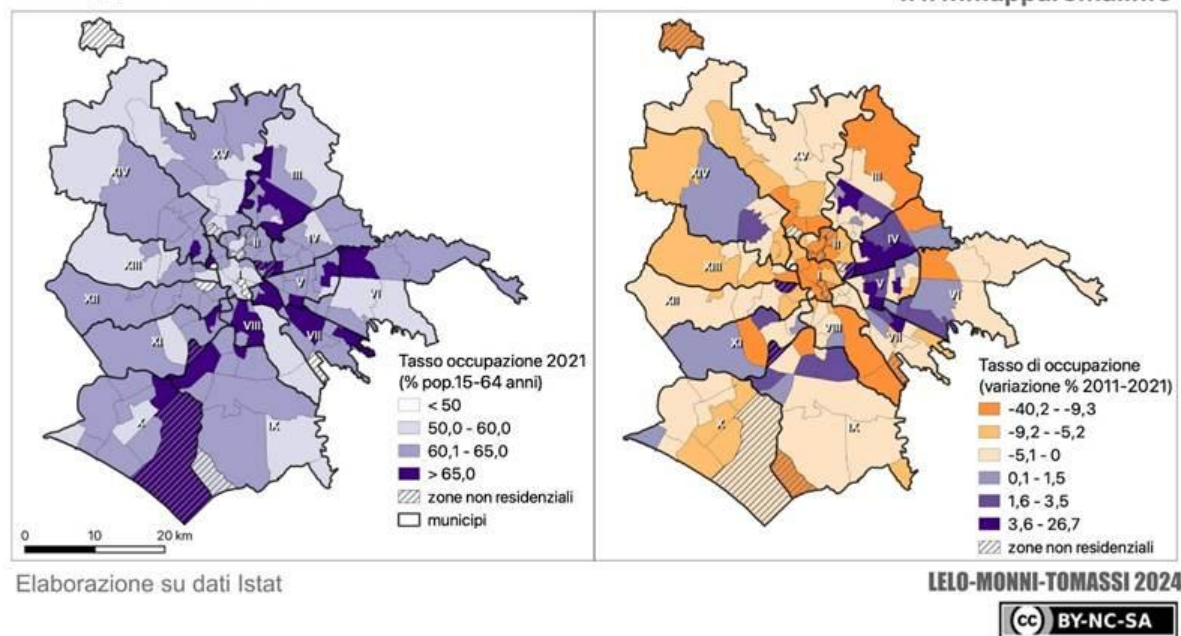


Fig. 36 – Occupazione nella città di Roma;

Fonte: Mappa Roma di Lelo, Monni e Tomassi (2024) su base dati Istat.

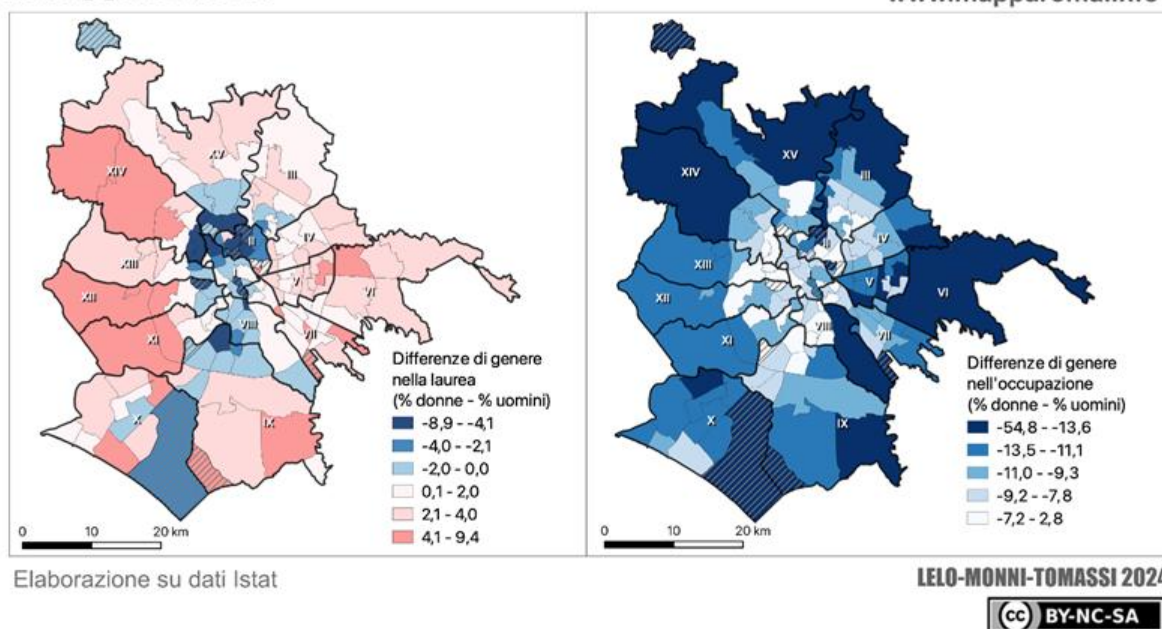


Fig. 37 – Differenze di genere nella laurea a Roma;

Fonte: Mappa Roma di Lelo, Monni e Tomassi (2024) su base dati Istat.

Per concludere questo inquadramento territoriale, possiamo osservare un'ultima serie cartografica presa dai lavori di Mappa Roma. In questa serie del 2018 mostrata in figura 38, Lelo, Monni e Tomassi osservano l'esclusione sociale nei quartieri di Roma. La prima mappa della serie (fig. 38, in alto a sinistra) mostra la percentuale di popolazione che non ha completato il ciclo di scuola secondaria di primo grado, tra i territori dove il tasso di non completamento della scuola secondaria è mediamente alto troviamo in generale le Zone urbanistiche al di fuori del Gra, come Santa Maria di Galeria nel XIV Municipio (con un tasso di non completamento del 4,5%), Tor San Giovanni nel III Municipio (3,8%) e Casalotti Boccea nel XIII (3,6%); ma in alcune zone del centro si possono notare anche tassi di esclusione maggiori, come ad esempio al Centro Storico (4,3%), all'Esquilino (6,3%) e a Trastevere (8,8%). Analoga risulta la mappatura dell'esclusione sociale nei quartieri di Roma (fig. 38, in alto a destra) anche per quanto riguarda la presenza di abitanti *Not in Education, Employment or Training* (i cosiddetti Neet), ovvero di giovani fuori dal mercato del lavoro e della formazione. La terza mappa della serie (fig. 38, in basso a sinistra), come nel lavoro di Celata e Lucciarini (2016), si concentra sugli aspetti economici, mostrando la percentuale di famiglie in condizioni di potenziale disagio economico. Nell'ultima mappa (fig. 38, in basso a destra) il disagio sociale è calcolato sulla base di disoccupazione, occupazione, concentrazione giovanile e scolarizzazione. La media romana è pari a zero, i valori peggiori risultano distribuiti prevalentemente in diverse zone periferiche sia interne che esterne al

Gra. A Nord, nel territorio della Asl Roma 1 presentano valori elevati nel Municipio III Tufello (7,1) e Tor San Giovanni (4), mentre a Nord-ovest nei Municipi XIV e XV spiccano Santa Maria di Galeria (5,9) e Cesano (4). I valori migliori di disagio sociale registrati nella Asl Roma 1 si collocano, invece, nei quartieri residenziali e borghesi o nei nuovi insediamenti intorno al Gra: nel Municipio I troviamo il Centro Storico (-5,1) e Tre Fontane (-5); nel Municipio II, Parioli (-5,7) e Salaria (-5,4); nel XV Acquatraversa (-6,6) (<https://www.mapparoma.info/mappe/mapparoma25-esclusione-sociale-quartieri-roma/>).

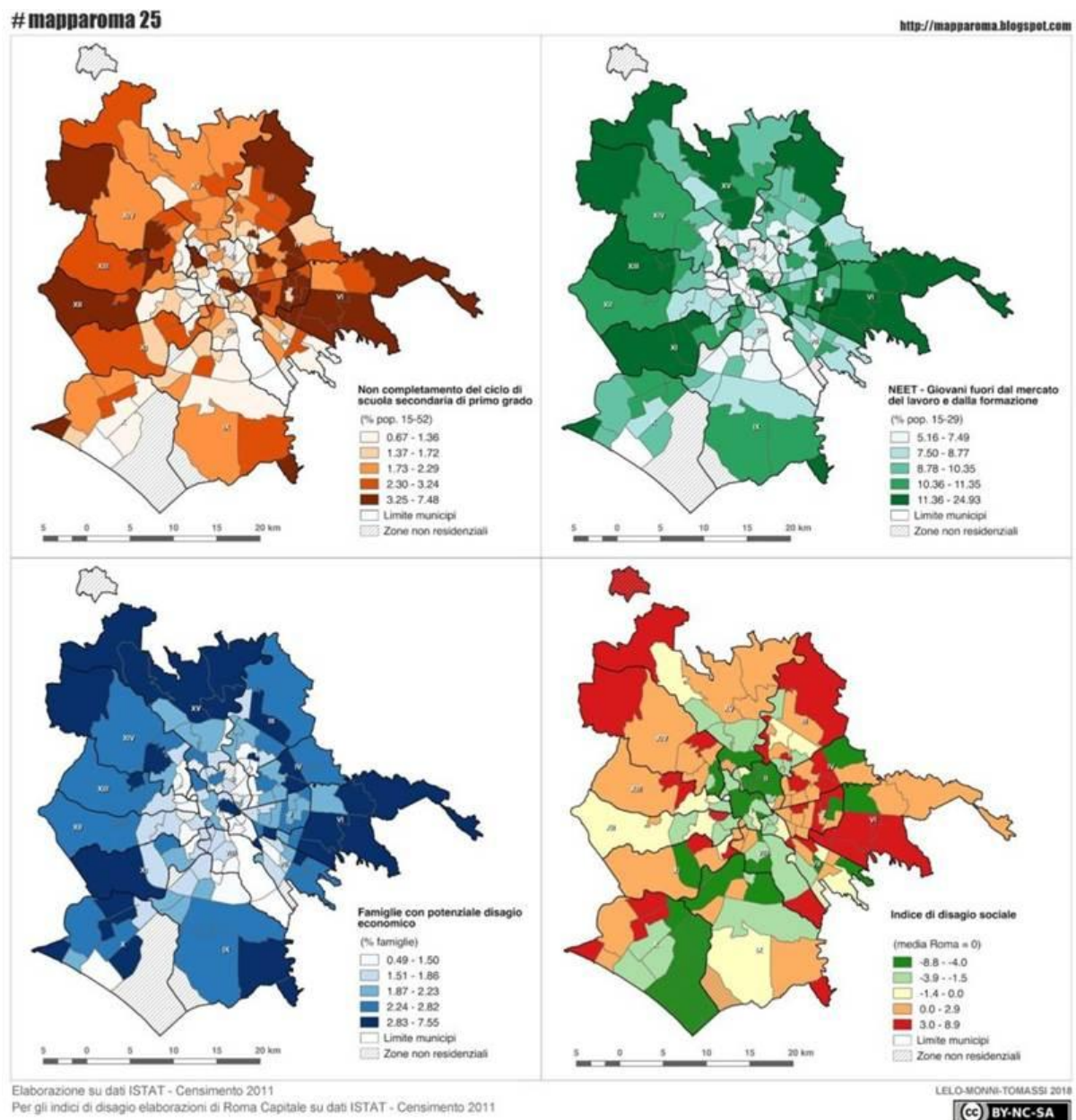


Fig. 38 – Il disagio sociale a Roma
Fonte: Fonte: Mappa Roma di Lelo, Monni e Tomassi (2024) su base dati Istat.

In sintesi, questi diversi indicatori concordano nell'evidenziare che nella Asl Roma 1 i problemi di ordine sociale ed economico sono concentrati nelle periferie che sorgono intorno o fuori dal Gra, ma presentano elevato disagio (superiore alla media) anche alcuni quartieri centrali con caratteristiche peculiari come Esquilino e Trastevere. I quartieri intorno al centro storico, invece, mostrano spesso minori criticità e indici di disagio sociale, eccetto alcuni casi come quello del quartiere Della Vittoria.

In questo quadro complesso, in cui il territorio di riferimento appare sterminato, disomogeneo e diseguale, l'intervento della Asl per il progetto *Sentieri Metropolitani* ha dovuto confrontarsi con un primo problema di ordine geografico: l'individuazione dei quartieri e delle scuole beneficiarie del progetto. La scelta dei plessi e degli istituti di primo grado da inserire nel progetto *Sentieri Metropolitani*, che rappresenta a tutti gli effetti una buona pratica per la medicina di prossimità, ha dunque tenuto conto di due aspetti fondamentali: le profonde disuguaglianze presenti sul territorio della Asl Roma 1, connesse a loro volta a differenti bisogni e determinanti di salute; e l'opportunità o la capacità di stabilire rapporti e relazioni proficue tra Asl e scuole, con particolare riguardo alla possibilità di fare rete con il corpo docente, vero e proprio motore delle iniziative scolastiche. L'obiettivo di evitare di riprodurre le disuguaglianze diffuse nel territorio si è dovuto, quindi, confrontare con un secondo obiettivo altrettanto importante, la possibilità concreta di fare rete e di far dialogare il servizio pubblico del Ssn con quello scolastico.

Per mille motivi scuole pur bisognose di intervento possono non avere la capacità o l'intenzione (a causa di tempo, interesse, precedenti impegni o difficoltà organizzative) di implementare progetti come *Sentieri Metropolitani*, che richiedono un'elevata partecipazione del corpo docente alle attività progettuali. L'obiettivo del progetto non era solo lo svolgimento di attività educative estemporanee, ma la creazione di più stabili e fissi legami, di una vera e propria rete tra servizi territoriali sociosanitari e scolastici. Infatti, le scuole che hanno scelto di aderire al progetto sono state coinvolte grazie alla rete di *Scuole che Promuovono Salute* (Sps). Sps è un modello promosso dall'Oms, riconosciuto sia a livello europeo che nazionale per la promozione della salute e del benessere a scuola. L'Accordo Stato-Regioni del 17 gennaio 2019 "Indirizzi di policy integrate sulla Scuola che promuove salute" indica che la salute nella sua dimensione bio-psico-sociale è un processo che vede impegnate le scuole e i servizi sanitari, in un dialogo intersettoriale e interistituzionale finalizzato alla co-progettazione e co-costruzione di ambienti educativi in grado di promuovere salute e benessere. Seguendo le indicazioni nazionali, nel 2023, Regione Lazio e l'Ufficio Scolastico

Regionale per il Lazio hanno firmato un accordo (Deliberazione Giunta Regionale n. 1258 del 29/12/2022) per l'implementazione della Rete Lazio delle *Scuole che Promuovono Salute*.

Il progetto *Sentieri Metropolitani*, nato proprio nel 2023, ha inteso sostenere, sostanziare e implementare questa rete in modo da fare comunità e da rinsaldare le relazioni con il territorio a partire da uno dei suoi spazi pubblici fondamentali, la scuola.

Le scuole sono state dunque selezionate sia in base all'adesione alla rete di *Scuole che Promuovono Salute* sia “sulla base del territorio, rappresentando contesti differenti all'interno del complesso palinsesto urbanistico del Comune di Roma, dalla cosiddetta borgata, alla città-campagna esterna al Raccordo, fino alla città compatta delle zone più centrali” (Paglione *et al.*, 2025). In questo modo sono stati individuati tre istituti: l'Istituto comprensivo (Ic) Via Micheli, nei quartieri di Flaminio e Villaggio Olimpico; la sede di Cinquina dell'Ic Uruguay all'esterno del Gra; e l'Ic Octavia, con tre classi del plesso Mazzatinti nel quartiere di Ottavia.

Sia Ottavia che Cinquina sono zone periferiche a ridosso del Gra, rispetto al quale Cinquina è esterna e Ottavia interna. Il Villaggio Olimpico, invece, è una zona del II Municipio posizionata nelle immediate vicinanze del centro, tuttavia, come è stato mostrato anche nella precedente analisi territoriale della Asl Roma 1, il Villaggio Olimpico presenta livelli di disagio sociale più alti rispetto alla media del centro. In buona parte queste caratteristiche peculiari del quartiere derivano dalla sua storia e dal suo posizionamento geografico: il Villaggio Olimpico, posizionato in una zona storicamente soggetta ad esondazioni del Tevere e comunque resa meno accessibile e più isolata dall'ansa del fiume, ha seguito uno sviluppo urbano più lento rispetto ai quartieri limitrofi. A ridosso delle Olimpiadi di Roma del 1960, la piana, ancora poco urbanizzata, venne scelta per ospitare le case destinate agli atleti dei giochi olimpici. Così, il Villaggio Olimpico fu costruito tra il 1958 e il 1959 in tutta fretta per poter accogliere gli atleti, su progetto degli architetti Vittorio Cafiero, Adalberto Libera, Amedeo Luccichenti, Vincenzo Monaco e Luigi Moretti (Ostilio Rossi, 2003; Insolera e Berdini, 2011). Successivamente, le opere edilizie furono consegnate all'Istituto nazionale per le case degli impiegati statali (Incis), per poi nel 1972 passare all'Istituto autonomo case popolari (Iacp). Nonostante la vicinanza al centro e nonostante già negli anni Ottanta gran parte delle abitazioni fossero state riscattate dagli assegnatari, il quartiere ha mantenuto nel tempo questa impronta popolare legata proprio alla presenza di case popolari.

È importante notare come in *Sentieri Metropolitani* la scelta dei territori e delle relative scuole da coinvolgere abbia preceduto la definizione delle singole attività, della rete di partenariato

e degli specifici obiettivi del progetto. Una volta definito lo scopo del progetto e inquadrato l'ambito di intervento (promozione e prevenzione della salute per *Scuole che Promuovono Salute*), la prima strutturazione del progetto è stata data non dagli esperti e tecnici della Asl, i *caregiver*, ma dai beneficiari del progetto, ovvero territori, scuole e insegnanti, che in questo modo non sono stati semplici destinatari delle cure (*carereceiver*), ma sono diventati parte proattiva del processo di cura attivato dal Ssn. Infatti, sono state le scuole e i loro relativi corpi docenti ad esprimere i propri bisogni in questo progetto di salute, definendo anche tempi e modalità per la realizzazione del progetto. Sulla base delle disponibilità e dei bisogni espressi dalle scuole si è proceduto quindi a definire la rete di partenariato del progetto e le sue singole attività.

La comunità non è stata qui intesa come semplice destinataria o beneficiaria di cure, ma come un soggetto da coinvolgere e fare partecipare all'interno del processo di cura. Chiaramente esisteva una cornice, un perimetro teorico e metodologico del progetto, ma all'interno di questa cornice spettava alle scuole, ai docenti, alle segreterie e ai genitori degli alunni minorenni esprimersi e definire insieme in che modo strutturare il progetto.

La cornice in cui *Sentieri Metropolitani* si inserisce è quella del Piano Regionale della Prevenzione (Prp) della Regione Lazio, che a sua volta si inserisce “all'interno della strategia nazionale volta a promuovere interventi di sanità pubblica, in termini di prevenzione e promozione della salute, in modo integrato e trasversale, tenendo conto dei molteplici fattori che influenzano il benessere della popolazione” (Paglione *et al.*, 2024, p. 30). Spesso si tende a limitare la prevenzione della salute alle sole cure mediche e alla prevenzione delle malattie, invece, la prevenzione secondaria e la promozione della salute coinvolgono aspetti più ampi legati al rapporto tra salute, comunità e territorio. Questi aspetti spaziano dalla promozione di stili di vita salutari, all'organizzazione degli spazi urbani e all'interazione sociale, in un'ottica di contrasto alle disuguaglianze sociali in salute.

Il progetto *Sentieri Metropolitani* ha, dunque, utilizzato un approccio innovativo di *Urban Health*, ovvero un approccio centrato sui determinanti urbani di salute, caratterizzato da pratiche comunitarie e partecipative di coinvolgimento e conoscenza del territorio. “Questo approccio è in linea, inoltre, con il concetto di One Health, che riconosce la connessione intrinseca tra la salute umana, animale e ambientale, in un'ottica di integrazione di saperi e pratiche che superano i confini della biomedicina stessa” (Paglione *et al.*, 2024, p. 30). Definita questa cornice e accolta la partecipazione delle scuole e degli insegnanti interessati, sono state dettagliate le attività del progetto.

Cosa fare per promuovere la salute nei territori in modo adatto anche ai giovanissimi studenti delle scuole primarie di primo grado? Un intervento inserito all'interno della promozione dell'*Urban Health* è quello che riguarda l'attività fisica e in particolare la camminabilità, proprio su questa tipologia di attività si è concentrato il progetto *Sentieri Metropolitani* (Paglione *et al.*, 2024). Per promuovere la camminabilità del territorio, le passeggiate in quartiere con gli studenti sono da subito state individuate, sia dai tecnici della Asl che dalle scuole, come attività adatte e necessarie da mettere in pratica. Le scuole sono generalmente pratiche di questo tipo di attività. L'organizzazione di uscite *outdoor* è una pratica ben sperimentata nelle scuole di primo grado, eppure la possibilità concreta di organizzare momenti di didattica all'aperto e al di fuori delle strutture scolastiche rimane piuttosto limitata, a fronte dello sforzo burocratico, organizzativo e della forza lavoro che richiede (Ambretti e Telese, 2022), specialmente dopo la sindemia. Per questo motivo gli insegnanti erano propensi a realizzare almeno parte delle attività del progetto *Sentieri Metropolitani* all'esterno (*outdoor*), organizzando uscite didattiche, laboratoriali e ludiche insieme alla Asl, e soprattutto potendo contare su un lavoro congiunto e su di una più ampia rete di partner.

La camminabilità è diventata in tal modo un elemento nevralgico del progetto, grazie al suggerimento e al dialogo con le scuole e grazie alla predefinita cornice teorica e normativa di riferimento (definita dagli accordi e dalle politiche europee, nazionali e regionali precedentemente descritti). È dallo stesso concetto di camminabilità e desiderio delle scuole di fare attività *outdoor* nel proprio territorio che si è definita la rete di partner coinvolti nel progetto. Il nesso tra camminabilità e territorio (nesso che è già implicito nel concetto stesso di camminabilità, la quale richiede per definizione un territorio, uno spazio camminabile) è diventato un ponte per riunire nel progetto diversi approcci disciplinari e, quindi, diversi partner.

Chiaramente un primo ambito disciplinare dove emerge il concetto di camminabilità è quello medico. Secondo gli stessi operatori della Asl Roma 1, promotori del progetto *Sentieri Metropolitani*, la camminabilità è:

“un indicatore chiave del grado di vivibilità di un'area urbana. Promuovere la camminabilità significa incentivare l'uso degli spazi pubblici, incoraggiando la mobilità attiva, migliorando la qualità dell'aria e aumentando il benessere psicofisico della popolazione, al contempo aumentando la fruibilità dello spazio urbano e le occasioni di aggregazione, presupposto per la costituzione di capitale sociale. Tutti questi fattori riverberano sulla salute di popolazione, da intendersi, quindi, non solo (ovviamente) in

termini di assenza di malattia, ma come un complesso equilibrio che si riflette nelle relazioni sociali e nell'interazione con l'ambiente circostante.

In questo contesto, il concetto di cura assume una valenza duplice: da un lato, la cura della salute attraverso la prevenzione e la formazione, dall'altro la cura del territorio e degli spazi in cui viviamo. La cura del territorio diventa così un atto collettivo che richiede partecipazione attiva e consapevolezza delle dinamiche che governano il nostro ambiente, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita, e quindi la salute, per tutte e tutti”

(Paglione *et al.*, 2024, p. 30).

La camminabilità migliora la fruibilità dello spazio urbano e offre occasioni di incontro e di aggregazione tra persone, producendo quindi capitale sociale. Strettamente connessa alla dimensione sociale della camminabilità è la dimensione ambientale, poiché la qualità dell'ambiente naturale e del territorio urbanizzato influenzano la qualità della vita e della mobilità pedonale, elemento nevralgico della camminabilità. Un ambiente *walkable friendly* e un *design woonerf*, come quello delle città olandesi dove prevale la mobilità alternativa dedicata a pedoni e ciclisti, incidono sulla camminabilità e quindi sulla qualità della vita in ambiente urbano (Fancello, 2015). Esattamente come, al contrario, una barriera architettonica influisce negativamente sulla mobilità e sulla qualità della vita di un determinato gruppo sociale, basti pensare a come gradini e pendenze possano complicare o impedire la mobilità di chiunque si muova su ruote. Inevitabilmente, questo forte legame della camminabilità con l'ambiente comporta molteplici riflessioni sulla sostenibilità. L'obiettivo di attivare queste riflessioni è promuovere lo sviluppo di corretti e sani stili di vita attraverso una forma di mobilità molto sostenibile: camminare.

La sostenibilità è stata il macrotema in cui il progetto *Sentieri Metropolitani* ha posizionato il concetto di camminabilità, unendo alla pratica concreta del camminare una riflessione teorica sull'inquinamento, il consumo delle risorse e l'impronta ecologica. In un'ottica di sostenibilità, gli studi sulla mobilità e in particolare l'urbanistica hanno rivolto grande attenzione allo studio delle modalità leggere e delle forme sostenibili di mobilità urbana, in questo campo si inserisce anche lo studio dell'indice di camminabilità. In ambito urbanistico la camminabilità consente di rilevare una delle qualità dell'accessibilità, ovvero come e quanto l'ambiente urbano favorisca il camminare (Fancello, 2015). Infatti, la “camminabilità e la possibilità di accesso e azione nello spazio con mobilità alternative sono condizioni per lo sviluppo della qualità della vita urbana e territoriale, oltre che una via per confrontarsi

concretamente con le grandi questioni del diritto alla città e della relazione tra la città e il benessere” (Fancello, 2015, p.1).

Nella camminabilità possiamo trovare anche un nesso tra sostenibilità e società. Infatti, la camminabilità è un indice della qualità di vita in ambiente urbano che può variare sia in base all’ambiente che in base ai suoi abitanti (più o meno camminatori). Una migliore camminabilità influenza positivamente la qualità della vita di un ambiente urbano e, al contempo, la qualità della vita e i determinanti della salute, come ad esempio il reddito, contribuiscono a loro volta a determinare la camminabilità. Come spiegano Colleoni, Caiello e Daconto (2017) diversi fattori influenzano la camminabilità: vi sono fattori di ordine spaziale, come la distanza dai servizi, o di ordine urbanistico, ad esempio la qualità dei marciapiedi e delle strade; sono presenti poi anche fattori sociali, come ad esempio il reddito e la proprietà di uno o più mezzi a motore per nucleo familiare; ma devono essere considerati anche fattori individuali (emotivi, affettivi, fisici, psicologici ecc.) e culturali.

“Per camminabilità (walkability) si può intendere la predisposizione dell’ambiente urbano di accogliere e incoraggiare gli spostamenti a piedi, condizione che favorisce forme del rapporto individuo-contesto più consapevoli ed inclusive [...]. Migliorare la camminabilità significa intervenire su quelle caratteristiche estrinseche alle persone che favoriscono una piena espressione ed esercizio del diritto di essere e di fare degli individui” (Bultrini, 2017, p. 65).

Spesso l’analisi della camminabilità si concentra sui fattori più propriamente spaziali e urbanistici (la distanza dalle aree verdi o la presenza di infrastrutture e marciapiedi) collegati alla mobilità e all’accessibilità pedonale, poca “attenzione è invece ancora dedicata ai fattori sociali e individuali della pedonalità. Gli effetti che le caratteristiche sociali dell’ambiente urbano hanno sul comportamento e sulla capacità a muoversi a piedi degli individui sono ancora poco studiati” (Colleoni *et al.*, 2017, p. 75). Allo stesso modo, rimane scarsa l’attenzione rivolta alle forme di appropriazione territoriale che definiscono l’accesso agli spazi pubblici in base a specifici usi, norme, popolazioni e interazioni, considerando oltre alle barriere materiali quelle immateriali che influenzano anche la mobilità pedonale (Mazzette, 2013). È bene dunque considerare anche la percezione dello spazio, quando si vuole migliorare la camminabilità di un territorio.

Il progetto *Sentieri Metropolitani* ha inteso mettere in luce anche questi aspetti culturali e affettivi della percezione dello spazio e del territorio, lasciando ai giovanissimi studenti della

scuola primaria la possibilità di esprimere il proprio sguardo sulla città e di co-progettare insieme alla Asl delle passeggiate per migliorare la camminabilità del proprio territorio. Passeggiate che sono state quindi sia strumento di attività fisica che strumento di conoscenza (e quindi di cura) del territorio. L'idea alla base di queste attività è la consapevolezza che prendersi cura del proprio territorio significa anzitutto conoscerlo, viverlo e attraversarlo secondo le sue molteplici, poliedriche, possibili e immaginarie chiavi di lettura. Attraversare un territorio attraverso lo sguardo dei suoi abitanti più giovani è un modo per conoscere le barriere materiali e immateriali che incontrano determinati gruppi sociali; ma è anche un modo per conoscere nuovi percorsi e opportunità per la città. Comunicare quali paure, quali pulsioni e quali sensazioni vivono i bambini nel camminare nello spazio urbano è utile sia a (co)progettare ambienti urbani più vivibili e sostenibili sia a prendersi cura della salute e dei bisogni di un gruppo sociale fondamentale per la riproducibilità di qualsiasi comunità territoriale.

In particolare, gli elementi della camminabilità che riguardano la percezione dello spazio sono materia di grande interesse per la geografia sociale e umana. L'apporto innovativo che la geografia ha offerto nel progetto al concetto di camminabilità è proprio quello che riguarda il capitale immateriale, culturale, simbolico e affettivo. L'analisi dello spazio urbano come paesaggio e territorio realizzata nel corso di *Sentieri Metropolitani* ha rappresentato un modo di ampliare la prospettiva puramente ambientale, con il fine di considerarne anche le radici storiche, culturali e l'insieme delle relazioni umane, non-umane e affettive che nel territorio si generano. In questo senso sono davvero tanti i possibili riferimenti bibliografici e le metodologie geografiche che possono interessare il concetto di camminabilità. Il progetto *Sentieri Metropolitani* è stato influenzato dalle teorie della scuola territorialista italiana (Turco, 1988; Magnaghi, 2013; Magnaghi e Dematteis, 2018) che vedono nel territorio un insieme complesso in perenne cambiamento, dove si alternano processi di costruzione e decostruzione del territorio. Sono soprattutto i piccoli gesti del quotidiano, le abitudini e le dinamiche consolidate a dare forma allo spazio che abitiamo (Lefebvre, 2019; Amin e Thrift, 2002; Frémont, 1999; De Certeau, 2012), ed è proprio per questo che tutti e tutte siamo costruttori, operai della città. Siccome siamo noi a costruire la città, siamo anche noi a riprodurla ed abbiamo quindi il diritto di rivendicarla e di sentirla come qualcosa di intimo da cui non possiamo essere separati o esclusi (Lefebvre, 2014).

Inoltre, il progetto ha subito anche l'influenza dei ragionamenti geografici sul paesaggio, secondo i quali il paesaggio è prima di tutto una rappresentazione dello spazio e in quanto

tale un prodotto sociale. Per comprendere il paesaggio bisogna quindi interrogarsi anche sulle sensazioni e sulle emozioni che lo spazio fisico trasmette, sui significati attribuiti da chi lo osserva e i valori che comunica a chi ci vive o lo visita (Castiglioni, 2022).

Ovviamente, la metodologia utilizzata nel progetto si è confrontata oltre che con la teoria anche con la prassi geografica. In particolare, *Sentieri Metropolitani* ha tentato di promuovere la salute all'interno delle scuole mediante la geografia, cercando di far riflettere gli studenti sui corretti stili di vita adottabili in città, sui fattori di rischio e l'attività fisica, secondo un modello consolidato di educazione geografica alla salute (Pesaresi C., 2022).

Il contributo della geografia al progetto *Sentieri Metropolitani* è stato poi soprattutto di ordine pratico, offrendo un enorme bagaglio di pratiche riguardanti l'atto del camminare. Oltre le classiche esperienze di passeggiate e *tour*, in ambito geografico sono state sperimentate numerose tecniche di (ri)scoperta dello spazio. Le tecniche della deriva urbana e della psicogeografia, concepite da Debord (1979; Debord e Knabb, 2014), hanno ispirato le camminate di *Sentieri Metropolitani*. Le uscite *outdoor* del progetto hanno voluto lasciare spazio all'immaginazione, lasciando che il percorso fosse ispirato dalle sensazioni, senza una guida rigida o una meta predefinita, ma concedendo spazio all'immaginazione e all'ispirazione, lasciando che il corpo e la mente vagassero alla deriva in una camminata che potesse diventare un gioco di scoperta del territorio. L'obiettivo di queste tecniche geografiche era quello di scatenare appieno nei bambini il desiderio di giocare, l'elemento ludico della didattica, utilizzando come stimolo la curiosità verso la scoperta di un mondo nuovo che la deriva ha la capacità di svelare.

Altra tecnica geografica di conoscenza del territorio e della sua camminabilità utilizzata nel progetto è stata la mappatura. In particolare, sono state inserite nel progetto le tecniche di mappatura partecipata e sensibile del territorio utilizzate in ambito educativo-pedagogico (Bourlessas e Puttilli, 2024; Ponce de Leon, 2023; McPhee, 2021; Caretta e Pepa, 2023; Ares e Risler, 2016; Orangotango, 2018). Attraverso il disegno del territorio, sia in senso fisico che in senso simbolico, si è cercato di suscitare negli studenti una riflessione sul proprio territorio e sul proprio rapporto con l'ambiente.

Infine, nel rapporto tra territorio e persona/comunità si sono voluti sottolineare i processi di cura, nel senso di cura delle molteplici relazioni che contribuiscono quotidianamente a rigenerare il nostro mondo. L'idea di cura del territorio ha costituito il *trait d'union* tra

territorio e salute, laddove la cura è stata intesa come processo rigenerativo del mondo, ricalcando le teorie della filosofia della cura (Tronto, 2015).

Siccome il nesso camminabilità-territorio è materia di interesse medico, geografico e urbanistico, nella rete di partner sono state inserite tre realtà che si occupano di queste materie: la casa editrice, esperta di divulgazione scientifica e medica Il Pensiero Scientifico editore; la Società geografica italiana, storico sodalizio della geografia in Italia; e il Dipartimento di Urbanistica dell'Università La Sapienza. Il coinvolgimento di queste tre realtà accademiche, di cui una pubblica, una privata e una del Terzo Settore, impegnate in ambito di ricerca e di divulgazione scientifica, ha inteso potenziare le capacità e le competenze del servizio pubblico territoriale della Asl, in modo da aprire la cura a nuove prospettive interdisciplinari. La partecipazione di realtà private o Terzo Settore alla cura è stata intesa in senso lato, non strettamente sanitario o sociosanitario, perché l'obiettivo del progetto è stato quello di ampliare, anche in forma sperimentale, il campo di intervento del servizio pubblico. Realtà private e del Terzo Settore impegnate nella cultura, nella ricerca e nella divulgazione scientifica possono ampliare la prospettiva di intervento della Asl nella promozione e prevenzione della salute, arricchendo la "cassetta degli attrezzi" a disposizione del servizio pubblico (Iannello, 2020; Pellizzari e Magliari, 2019; Costa e De Luca, 2023). In questo modo, la partecipazione del Terzo Settore a un progetto pubblico di salute arricchisce l'intervento su di un piano interdisciplinare, dove sono fatte salve le reciproche differenze e messi a valore i molteplici e diversi punti di osservazione o saperi. *Sentieri Metropolitani* attraverso questo metodo interdisciplinare di coinvolgimento del privato e del Terzo Settore ha promosso la compartecipazione anziché la competizione o concorrenza tra pubblico e privato.

A livello amministrativo, l'intervento è stato sottoscritto per mezzo di lettere d'intenti con i soggetti coinvolti e poi formalizzato successivamente con una deliberazione aziendale. La deliberazione aziendale non è la prassi ricorrente nella Regione Lazio per la realizzazione di progetti educativi e di promozione della salute della Asl all'interno delle scuole⁶. Solitamente i progetti nelle scuole che coinvolgono la Asl sono realizzati per mezzo di bandi e di fondi

⁶ L'esperienza sul terreno suggerisce che questa libertà e modalità di intervento può favorire la costruzione di una rete territoriale di comunità. Personalmente, ho partecipato a molti progetti outdoor con le scuole e a diverse attività di passeggiate e camminate, nel corso delle collaborazioni con la Società Geografica Italiana, con l'Università degli Studi Roma Tre dove ho svolto il mio corso curriculare e con diverse associazioni dove nel tempo ho lavorato. Raramente, però, è possibile sviluppare forme stabili di co-progettazione tra beneficiari e partner di un progetto educativo outdoor, perché le tempistiche di un bando e soprattutto la mancanza di certezze circa la sua effettiva realizzazione suggeriscono di concentrare l'attenzione sul presente e limitano prospettiva sul lungo periodo, che invece costituisce un elemento fondamentale della creazione di una rete comunitaria.

o finanziamenti specifici, questa volta invece è stata direttamente la Asl a deliberare, scegliendo come e dove destinare le proprie energie economiche, materiali e umane in questo progetto di promozione della salute. Questa metodologia di lavoro indica un impegno diretto della Asl, a fronte di una propria strategia di potenziamento dei servizi pubblici rivolta ai territori e alle comunità che lo abitano. Non è solo l'occasione di un bando o di un finanziamento, ma è un processo che vuole sviluppare una propria progettualità nel tempo e nello spazio. Ancora più importante è il fatto che, operando per mezzo di una propria deliberazione aziendale, la Asl abbia goduto di un elevato grado di indipendenza e di autonomia nella progettazione; al contrario, i progetti finanziati tramite bandi devono rispettare criteri (più o meno rigidi), modalità e tempistiche definite dal banditore. Nel caso del progetto *Sentieri Metropolitani*, la Asl ha potuto scegliere una propria rete di partner e di beneficiari autonomamente, privilegiando le proprie relazioni scientifiche e i propri rapporti nei territori con le scuole, senza doversi preoccupare del punteggio di un bando, ma definendo *milestone* ed obiettivi in libertà.

5.1.2. – Sentieri Metropolitani: dalla teoria ai fatti

Il mio coinvolgimento ufficiale nel progetto avviene proprio all'interno degli spazi e dei locali della Asl Roma 1, nel primo incontro conoscitivo di persona tra i componenti della rete di partner del progetto *Sentieri Metropolitani*. L'incontro era presso l'ex-manicomio del Santa Maria della Pietà dove oggi, dopo la progressiva dismissione del manicomio a fronte della cosiddetta *Legge Basaglia*, sorgono diversi uffici e sedi pubbliche sia della Asl che del Municipio XIV. Durante questa prima riunione di persona, i tecnici della Asl Roma 1 ci hanno spiegato come il progetto *Sentieri Metropolitani* intenda costituire un esperimento, un progetto pilota per implementare in futuro forme di attività della Asl in forte interconnessione con il proprio territorio e le scuole. Proprio per questo, ci viene spiegato, il progetto potrebbe interessare la futura rete di comunità realizzata mediante i fondi del Pnrr (Missione 6 C1) e, in particolare, le Case della Comunità.

Nella pratica, il progetto *Sentieri Metropolitani* è stato articolato in tre incontri e un'uscita per ciascuna scuola coinvolta, a cui si è aggiunta infine una mostra conclusiva. L'obiettivo è stato quello di “stimolare una riflessione multidisciplinare e partecipativa su temi come la geografia del territorio, l'urbanistica e la promozione della salute” (Paglione, 2024, p. 30). Ciascun incontro ha messo al centro una disciplina: il primo incontro, condotto dalla Società

geografica italiana (Sgi) ha riguardato la geografia; il secondo, condotto dal Dipartimento di Urbanistica della Sapienza, l'urbanistica; mentre il terzo è stato condotto in modo congiunto dal Pensiero Scientifico editore e dai professionisti della Asl, ed ha riguardato i temi più prettamente sanitari di salute e benessere, promozione della salute e prevenzione.

Prima degli incontri tutti i partner del progetto hanno avuto modo di conoscere sia *online* che dal vivo i docenti delle scuole, cui si è aggiunta anche parte del personale della segreteria e della presidenza di ciascun istituto. Insieme abbiamo co-progettato le attività da realizzare in aula e le camminate nel quartiere, cercando anche di rispettare modalità didattiche impostate nelle classi dai docenti, eventuali bisogni educativi speciali e il programma d'insegnamento. In questo modo, è stato più semplice promuovere la partecipazione attiva dei docenti al progetto e, al contempo, abbiamo potuto ascoltare da chi lavora quotidianamente con gli studenti la descrizione di quali spazi, problemi e opportunità avremmo trovato lungo il progetto. Questo lavoro di confronto, incontro e dialogo con le scuole ha impiegato circa tre mesi.

Nel corso di questi incontri con le scuole, abbiamo iniziato a prefigurare i possibili percorsi da realizzare nel corso delle uscite con gli studenti, individuando quali luoghi fossero già stati visitati in precedenti uscite in quartiere e quali, invece, fossero stati ancora poco esplorati. Inoltre, è stata valutata a livello empirico la camminabilità e accessibilità di strade, piazze e parchi che avremmo potuto attraversare a piedi durante le uscite in quartiere. Pur non avendo calcolato esattamente l'indice di camminabilità, abbiamo proceduto ad analizzare la camminabilità a livello empirico, in base alle precedenti esperienze dei docenti e in base alla loro conoscenza del territorio. Tale inquadramento preliminare ha permesso di valutare per ciascuna scuola quali fossero i possibili percorsi per le camminate e anche quali luoghi, beni comuni, monumenti o più in generale paesaggi, interessassero al corpo docente e al personale scolastico.

Dopo aver parlato con i docenti, come esperti delle tre diverse discipline (geografia, urbanistica e medicina), abbiamo potuto creare in modo libero gli incontri da realizzare in aula, avendo già definito insieme metodi, obiettivi e tematiche del progetto. Pur liberi di costruire il laboratorio all'interno di questa cornice, abbiamo organizzato riunioni *online* per condividere lo stato di avanzamento e gli sviluppi del lavoro di preparazione delle lezioni. In questo modo si è garantita una buona interconnessione tra gli incontri delle tre diverse discipline. L'interconnessione si è concretizzata in comuni riferimenti teorici (nel quadro delle precedentemente ricordate camminabilità, sostenibilità e cura) e in una comune

vocazione ludico-laboratoriale degli incontri. Ogni incontro ha voluto sviluppare dei giochi o degli strumenti per stimolare la fantasia, l'immaginazione e il pensiero degli studenti, evitando modalità frontali di lezione e promuovendo attività di lavoro o gioco in gruppo. Indovinelli, giochi da tavolo collettivi, mappe mentali e disegno libero sono state pratiche operative per fare promozione e prevenzione della salute. Inoltre, grazie ai supporti digitali delle scuole durante gli incontri in aula è stato possibile proiettare materiale multimediale e video, in questo modo abbiamo potuto alternare momenti di attività, momenti di parola e momenti di osservazione, spezzando con video, audio e immagini il ritmo più frenetico del gioco.

I laboratori pratici, il gioco, le attività in gruppo, il disegno libero e le mappe sensibili, ma anche l'utilizzo di materiali multimediali sono attività che facilmente possono essere modellate in base agli specifici bisogni di ciascuno studente. Infatti, a differenza di lezioni frontali, trasmissive e teoriche, una visione di apprendimento aperto, basato su metodologie didattiche attive, partecipative, pratiche e laboratoriali è coerente con una scuola inclusiva che riconosce le specificità di ciascun alunno, ma riesce anche a costruire una comunità-gruppo a cui ciascuno senta di poter partecipare attivamente (Demo, 2016). Nelle classi dove erano presenti bisogni educativi speciali è stato possibile concordare insieme agli assistenti educativi e ai docenti di sostegno, in collaborazione col resto del corpo docente, attività specifiche, sviluppando progetti educativi mirati. L'obiettivo, però, della selezione delle attività è stato quello di mantenere un piano orizzontale tra gli studenti, senza separare il gruppo in base al livello di apprendimento, ma utilizzando gli incontri come momenti per sviluppare abilità di lavoro collettivo e quindi educare alle differenze. In sostanza, la scelta di realizzare attività altamente inclusive che mettessero al centro il gioco, il disegno e diverse forme laboratoriali ha avuto lo scopo di creare un orizzonte ampio e aperto di pratiche in cui fosse possibile inserire studenti e studentesse a prescindere dal loro livello di apprendimento e dalle loro capacità cognitive o motorie.

Nelle attività di gioco e di disegno, ad esempio, è stato semplice includere studenti stranieri che avevano difficoltà con la lingua, perché il lavoro con forme di linguaggio non verbali, come giocare e disegnare, ha permesso l'integrazione anche degli studenti ancora non padroni della lingua italiana. Anche un giovane studente appena inserito in uno dei gruppi classe e proveniente dall'estero, pur non sapendo l'italiano, ha potuto partecipare alle attività laboratoriali di gioco e di disegno, incluse le mappature della città.

L'utilizzo dello spazio è stato fondamentale per lo sviluppo delle attività del progetto, non solo durante le passeggiate nel territorio, ma anche durante le lezioni in aula. Ciascun incontro ha dovuto ospitare un numero di studenti compreso tra i 40 e i 60, dovendo accogliere due o tre classi per volta. Per ospitare questi grandi numeri di studenti in ciascuna lezione, ogni scuola ha messo a disposizione un proprio spazio al chiuso ampio, come una sala teatro, una palestra o un'aula di grandi dimensioni⁷. All'interno di questi spazi sufficientemente ampi, è stato possibile dividere gli studenti in gruppo e lasciarli lavorare in modo tale che non si disturbassero tra di loro. Durante gli incontri in aula agli studenti è stata lasciata, nei gruppi e non solo, una buona libertà di movimento grazie alla disponibilità di spazio. Negli incontri non è stata mantenuta la rigida disposizione degli studenti per banchi, privilegiando invece la disposizione in cerchio e utilizzando appieno lo spazio, incluso quello per terra laddove possibile.

Tra un incontro e l'altro è intercorso grossomodo un mese, dando così la possibilità e il tempo a ciascun esperto di riorganizzare il proprio incontro in funzione degli sviluppi dei precedenti incontri. Il personale della Asl ha partecipato ad ogni lezione ed ha promosso la partecipazione agli incontri da parte di tutti gli esperti. Il ruolo della Asl di collettore delle attività e la presenza costante di un buon numero di suoi operatori (ogni incontro ha visto presenti almeno tre operatori della Asl) hanno garantito un forte coordinamento tra la Asl e il resto dei partner del progetto, nel tentativo di fare rete insieme e di sviluppare forme di sinergia tra diversi ambiti disciplinari a beneficio degli studenti.

La Asl, mediante propri finanziamenti, ha inoltre messo a disposizione di tutti gli studenti materiale da cancelleria: fogli, cartoncini colorati e *post-it* di diverse dimensioni, oltre a matite, penne e pennarelli appositamente messi a disposizione del progetto.

Il primo incontro in ciascuna scuola è stato quello condotto dalla Sgi, e dagli esperti della disciplina geografica, tra cui ero presente anche io come dottorando di geografia sociale dell'Università Roma Tre e come collaboratore della Sgi. Il titolo dato al nostro incontro è stato quello di *Geografia in pillole*. L'incontro ha inteso sviluppare negli studenti una riflessione su una serie di concetti: la cura, il territorio, l'inquinamento e l'impatto ambientale. Ciascun concetto è stato messo in relazione con la salute e la città, cercando di stimolare una riflessione a partire dalle esperienze dirette, quotidiane o eccezionali degli studenti, che sono

⁷ Lo spazio dove realizzare la didattica è un elemento essenziale per l'educazione geografica, in particolare l'utilizzo di aule teatro o anfiteatro costituisce una buona pratica ampiamente riconosciuta e sperimentata (Pasquinelli D'Allegra *et al.*, 2017).

stati invitati a raccontare ed esporre le proprie idee e percezioni durante tutto il corso della lezione. Infine, l'obiettivo finale dell'incontro era quello di co-progettare insieme agli studenti una passeggiata in quartiere.



*Fig. 39 – Il materiale della lezione con le scuole primarie;
Fonte: elaborazione personale.*

Durante gli incontri tenuti per la Sgi, abbiamo provato ad agevolare l'interesse e a stimolare l'attenzione degli studenti producendo delle *slide* molto ricche di immagini e di contenuti multimediali audiovisivi. All'inizio dell'incontro come esperti abbiamo introdotto i temi generali di geografia che avremmo affrontato durante la lezione, spiegando in modo semplice e adatto agli studenti della scuola primaria concetti complessi come quello di territorio e di cura, e utilizzando immagini e video per accompagnare la spiegazione. Durante questa parte dell'incontro, necessariamente introduttiva e frontale, abbiamo cercato di stimolare un dialogo con gli studenti, invitandoli a formulare e a rispondere alle domande affinché fossero loro stessi ad inaugurare un dialogo che potesse risvegliare curiosità e interesse, utilizzando temi ed esempi vicini alla loro realtà, vicini al loro spazio vissuto quotidiano (Moretti *et al.*, 2017).

I primi due argomenti trattati nella spiegazione sono stati la cura e il territorio. Il territorio è stato descritto come un insieme di elementi naturali, sociali e antropici, che si influenzano reciprocamente in interconnessione reciproca. Sono state esplorate le relazioni tra ambiente, città e popolazione, incoraggiando alunni e alunne a riconoscere le diverse funzioni e i diversi usi degli spazi urbani. Questo approccio ha aiutato a capire che il territorio non è statico, ma è modellato dall'interazione continua tra le persone, l'ambiente circostante e i loro reciproci rapporti. Interazione e interconnessioni tra uomo, ambiente, forme di vita ed elementi naturali costruiscono e ricostruiscono incessantemente il mondo, territorio per territorio. La riproducibilità del mondo dipende quindi dalla qualità delle sue interazioni e interconnessioni. Tale insieme di relazioni, nella misura in cui contribuisce alla rigenerazione e riproduzione del mondo, viene a costituire un paradigma o sistema di cura. In tal senso la cura è un atto collettivo che riguarda non solo le persone e la malattia, ma anche la società, l'ambiente, il territorio e il mondo.

Prendersi cura dell'ambiente (inteso sia come ambiente naturale che come ambiente urbano antropizzato) è qualcosa che viene insegnato agli studenti della scuola primaria, a fronte di un ampio sforzo internazionale sul tema dello sviluppo sostenibile, che si dispiega anche a livello educativo. Il programma d'azione dell'Agenda 2030 promuove interventi mirati sul tema della sostenibilità nelle scuole, anche in virtù di tale sforzo la didattica in Italia, con particolare riguardo all'educazione civica, prevede lezioni e laboratori specifici sul tema sin dalla scuola primaria. Da subito gli studenti hanno mostrato, infatti, una buona preparazione sul tema della sostenibilità, dell'inquinamento e del riscaldamento globale. In un'ottica di promuovere la salute nei territori, abbiamo ulteriormente stimolato queste conoscenze cercando di mostrare le relazioni che legano ambiente e territorio alla cura e alla salute.

Ogni incontro è durato tre ore, dall'ingresso a scuola fino all'orario di pranzo. L'introduzione del progetto e la spiegazione dei primi concetti geografici (territorio e ambiente), realizzate nel primo incontro, sono durate insieme circa 20 minuti, in modo da permettere di passare rapidamente alle prime attività di gioco e di laboratorio, tenendo alto il ritmo della lezione affinché potesse essere stimolante.

La prima attività prevista nell'incontro geografico aveva lo scopo di aprire la riflessione sul territorio e cominciare a lavorare sulla sua percezione. Agli studenti è stato chiesto di scrivere su un *post-it* il primo luogo all'aperto che gli venisse in mente. Quindi, ciascun *post-it* è stato raccolto e messo insieme agli altri, in modo da costituire una prima sorta di mappa di luoghi che gli studenti percepivano in modo spontaneo. Grazie a questa prima forma di mappa

sensibile basata sulla percezione immediata e spontanea, abbiamo iniziato a condividere e raccontare lo sguardo e la percezione del mondo attraverso gli occhi degli stessi bambini, potendo osservare quali fossero i luoghi che a primo impatto, senza una traccia predefinita, gli studenti sceglievano di rappresentare. Alcuni luoghi si ripetevano, come ad esempio alcuni parchi vicini o il campo da calcio, ma gli studenti hanno reagito soprattutto in modo fantasioso inserendo numerosi luoghi fisicamente lontani, ma emotivamente, affettivamente o simbolicamente vicini, come ad esempio il bosco di una bella vacanza in montagna, la campagna dove abitano i nonni o il proprio luogo del cuore. In questa prima rappresentazione del mondo sono emerse e sono state discusse questioni di localizzazione e di scala geografica: la differenza tra luoghi specifici, come ad esempio un parco indicato con il proprio toponimo, e luoghi tipici più generali, come invece il mare, il bosco ecc.; oppure la differenza tra paesi di provincia e stati-nazione scritti sui *post-it* dagli studenti stessi. In questo modo abbiamo potuto iniziare a mostrare l'ampiezza e la varietà dei concetti geografici discussi.

Avendo cominciato a introdurre diversi concetti geografici e l'attività di mappatura, l'incontro, dopo l'attività laboratoriale sulla percezione e la composizione di una prima raccolta di luoghi, è proseguito con l'approfondimento di un primo e fondamentale strumento di analisi e rappresentazione dello spazio, la carta geografica. Questa volta la spiegazione non è stata tenuta da noi esperti, ma abbiamo invitato gli studenti a riflettere su che cos'è una mappa e a condividere le nozioni sulle diverse tipologie di carte geografiche apprese durante le precedenti attività didattiche. La distinzione tra carta politica, fisica e tematica rientra infatti nel programma di geografia delle scuole primarie, quindi gli studenti avevano già avuto modo di imparare a distinguere diverse tipologie di carta geografica e forme di rappresentazione del territorio con i propri maestri e maestre. In questo modo, gli studenti in forma collettiva e partecipata hanno potuto esporre gli argomenti geografici già precedentemente appresi; mentre il ruolo di noi esperti è stato quello di provare ad offrire ulteriori spunti di approfondimento. In particolare, ci siamo occupati di semplificare un discorso geografico altamente complesso: la presenza di simboli e sistemi di riferimento all'interno delle carte geografiche.

Spostare l'attenzione sui simboli e sui sistemi di riferimento delle carte geografiche è stato un modo per mostrare agli studenti come ogni rappresentazione del mondo imponga una scelta e un punto d'osservazione. Lo stesso luogo o paese può, dunque, essere rappresentato in diversi modi, perché il risultato della rappresentazione dipende dal posizionamento, dagli

scopi e dallo sguardo di chi la rappresenta. Per spiegare questo meccanismo astratto e complesso, abbiamo semplicemente mostrato agli studenti che la mappatura è sempre un'opera di selezione di elementi del territorio, perché rappresentare tutto non sarebbe possibile e neanche le mappe Gis più sofisticate – tra cui l'ormai celebre anche tra i giovanissimi Google Maps – riescono a rappresentare tutti i dettagli e le infinite sfaccettature del territorio. Per questo mappare è sempre un'operazione di selezione e di scelta, e in quanto tale è fortemente influenzata dallo sguardo e dal posizionamento di chi mappa.



Fig. 40 – I materiali cartografici della lezione con le scuole primarie;

Fonte: rielaborazione personale.

Durante questa seconda spiegazione geografica e cartografica, grazie ai supporti tecnologici abbiamo proiettato o mostrato una serie di carte geografiche. Tra queste anche le due carte mostrate in figura 40. In quella a sinistra è mostrato un mondo capovolto, in cui l'emisfero australe appare sopra e quello boreale appare sotto, così come sono invertite le posizioni di Occidente ed Oriente. È in tutto e per tutto il contrario delle rappresentazioni del mondo a cui noi tutti, qui in Italia, siamo abituati. Eppure, è solo per un'astrazione umana legata al contesto politico, sociale e scientifico, cioè per una pura convenzione, che siamo abituati a questo tipo di rappresentazione del mondo, perché in teoria nulla vieta di guardare la Terra rappresentandola secondo questa prospettiva rovesciata. In questo modo, abbiamo spiegato che l'idea e l'immagine che abbiamo dello spazio sono influenzate dal nostro posizionamento, e che il punto d'osservazione del mondo può sempre cambiare, dipende da

dove ci posizioniamo e da cosa scegliamo di rappresentare. Nella seconda carta, a destra in figura, abbiamo ulteriormente approfondito la questione della rappresentazione, mostrando come la carta geografica contenga sempre segni e simboli per rappresentare il mondo. Attraverso questi segni e simboli emerge la percezione e la prospettiva del mondo/territorio di chi realizza la carta geografica. Nella mappatura non solo la rappresentazione è sempre una questione di scelta e di posizionamento, ma anche quello che scegliamo di rappresentare non può essere completamente raffigurato nella mappa. Segni e simboli sono utilizzati per operare una semplificazione del territorio, affinché sia possibile rappresentarlo nella carta geografica, ovvero su un piano bidimensionale e su dimensioni di scala ridotte. Tutto non può entrare nella carta e per questo operiamo delle scelte su cosa inserire e cosa no, mappare comporta sempre una riduzione, ovvero una scelta di quali elementi selezionare e come rappresentarli. Ancora una volta la carta geografica e la rappresentazione del mondo dipendono, quindi, dal punto di osservazione e dal posizionamento.

Con la spiegazione sulle carte geografiche, è terminata ogni volta la prima parte dell'incontro geografico, lasciando un poco di tempo (circa venti minuti) agli studenti per fare una meritata pausa con merenda, in modo da spezzare una lezione di circa tre ore, che sarebbe potuta risultare troppo impegnativa per i giovani studenti della scuola primaria. La pausa è anche un'occasione per socializzare e confrontarsi tra studenti e studenti, tra studenti ed esperti o tra esperti e corpo docente. In questo modo, noi organizzatori degli incontri abbiamo avuto anche la possibilità di ricevere *feedback* da parte di alunne, insegnanti e operatrici.

Dopo aver osservato diversi tipi di carta geografica, affrontando direttamente e indirettamente la questione del posizionamento e della rappresentazione del territorio, abbiamo lasciato agli studenti la libertà di esprimere la propria posizione e la propria percezione del mondo, stimolando il confronto, la partecipazione e la sensibilità degli studenti nella creazione di una mappa sensibile ed emotiva del proprio quartiere. Anche in questo caso la mappatura è stata un processo estremamente libero, con una sola e semplice indicazione: disegnare il proprio quartiere. Abbiamo anche specificato che l'obiettivo di questa rappresentazione era che ciascuno cercasse di fare emergere il proprio punto di vista e il proprio posizionamento, concentrandosi su sensazioni, emozioni e affetti che compongono la propria personale percezione dello spazio e la propria mappa sensibile del quartiere (Mondi *et al.*, 2021). Non era quindi importante ai fini del laboratorio rispettare le proporzioni, le geometrie e l'aspetto fisico del territorio, ma restituirne in qualche modo

quello che esso trasmette, mostrando i luoghi a cui siamo affezionati, ciò che ci piace, diverte, attira, annoia o respinge e persino quello che immaginiamo ci sia.

Gli *output* del laboratorio di mappatura sono stati sorprendenti, non è questa però la sede per discutere le centinaia di diverse rappresentazioni scaturite dagli studenti delle tre scuole coinvolte nel progetto *Sentieri Metropolitani*. Qui ci si vuole concentrare sulle pratiche didattiche e partecipative realizzate nel corso del progetto, in modo da offrire un ventaglio di buone pratiche utili per le Asl nel coinvolgimento e nel rapporto con il proprio territorio e in particolare con le scuole elementari presenti nel proprio territorio.

In generale, lo scopo dell'incontro geografico è stato quello di mostrare le molteplici interconnessioni tra processi di territorializzazione e processi di cura, mostrando come entrambi siano influenzati dal nostro posizionamento e dalle nostre conoscenze. È in questo modo che i concetti di territorio e di cura sono diventati strumenti di promozione della salute. Infatti, il modo in cui agiamo nel territorio, esattamente come quando lo rappresentiamo, è influenzato dal posizionamento. Anche le azioni di cura sono quindi influenzate dal nostro posizionamento intersezionale, in modo analogo a quanto avviene nell'attività di mappatura. Conoscere diversi, possibili e altri punti di vista è un modo per ampliare la nostra consapevolezza sulle interconnessioni e i rapporti che definiscono il mondo in cui viviamo, contribuendo a rigenerarlo. Anche la cura dipende dalla percezione che abbiamo del mondo e del territorio, per questo comprendere diversi posizionamenti e percezioni agevola la cura delle relazioni e delle interconnessioni che permettono la riproducibilità del nostro mondo. Conoscere il territorio nelle sue varie sfaccettature e possibili interpretazioni è un atto di cura, perché è dalla consapevolezza e conoscenza dell'ambiente naturale e antropizzato e dei loro reciproci rapporti in perenne divenire che comincia la responsabilizzazione individuale, collettiva ed etica alla rigenerazione del mondo.

La conoscenza del territorio diviene così strumento di promozione e prevenzione della salute. Attraverso conoscenza e coscienza collettiva possiamo attivare *responsability* e *responsiveness*. Come insegna Haraway (2010), la responsabilità è sempre situata perché dipende dal posizionamento intersezionale. Questa responsabilità è sociale, nel senso politico di lotta per i diritti civili e umani espresso da autrici femministe come Angela Davis, ma è anche e soprattutto una *response-ability* emotiva, cioè una capacità di sentire e agire in conseguenza dei propri sentimenti (Ahmed, 2013; 2020). Le emozioni e la sensibilità personale e collettiva smuovono le nostre responsabilità e innescano una reazione, una capacità di rispondere, ovvero la *responsiveness* descritta da Athanasiou e Butler (2013). Infine,

queste risposte (*responsiveness*) alle emozioni e ai sentimenti di cui sentiamo la responsabilità costituiscono secondo Gilligan (1977) pratiche di cura e di relazione. Da qui l'importanza di stimolare la sensibilità emotiva e relazionale degli studenti e di attivare attraverso la conoscenza sensibile del paesaggio e del territorio una responsabilizzazione individuale e collettiva che induca a promuovere non solo corretti stili di vita e attività motoria all'aperto, ma anche più generali processi di cura del territorio e delle persone che lo abitano, verso la costruzione di un mondo più sano e in una salute.

Chiaramente queste tematiche più complesse e filosofiche nel lavoro con gli studenti sono rimaste implicite, non sono state esplicitate direttamente per non esporre i giovanissimi studenti ad argomenti e ragionamenti troppo complessi per la loro età. Per stimolare il ragionamento e il collegamento tra la cura e il territorio abbiamo, invece, stimolato un argomento già noto agli studenti, ovvero la sostenibilità ambientale.

L'esperienza dell'inquinamento urbano è qualcosa che chiunque avverte nel proprio quotidiano, anche i più piccoli che abitano la città. È stato semplice stimolare dei ragionamenti sulla sensibilità a partire da esperienze concrete e alla portata di tutti come quella del traffico. Nel caso del traffico, ad esempio, abbiamo cercato di stimolare la riflessione sull'argomento sulla base delle sensazioni ed emozioni che questo provoca: dalla puzza che può essere connessa all'inquinamento atmosferico, al rumore che può essere connesso all'inquinamento acustico, fino al modo in cui la presenza di lunghe code di macchine influenzano la nostra voglia e possibilità di muoverci in bici o a piedi, ovvero la camminabilità. Abbiamo anche invitato a considerare quali conseguenze può avere il traffico sulle altre specie viventi, come ad esempio piccoli mammiferi o uccelli. Gli studenti hanno dimostrato da subito una grande consapevolezza sui temi della sostenibilità e persino sull'esistenza di equilibri ecosistemici, hanno anche spontaneamente messo in relazione determinati tipi di comportamento con i conseguenti effetti sull'ambiente e sul territorio. Promuovere corretti stili di vita e l'idea di cura del proprio ambiente di vita è stato, quindi, semplice e gli studenti sono riusciti ad elaborare spontaneamente molteplici idee.

Per dare spazio alla conoscenza degli studenti del proprio territorio, abbiamo concluso questa parte dell'incontro geografico con un laboratorio di co-progettazione dello spazio pubblico. L'*input* era semplice: migliorare la scuola. Agire sullo spazio pubblico del proprio territorio attraverso l'identificazione delle risorse utilizzate dalla scuola, trovando metodi per ridurre lo spreco. Così gli studenti hanno avuto la possibilità di segnalare il loro punto di vista e prendersi cura della propria scuola. Con cartelloni, disegni e *post-it*, bambini e bambine

hanno colorato lo spazio pubblico realizzando: cartelli di segnalazione per ricordare di chiudere il rubinetto ed evitare lo spreco idrico; poster su come differenziare i rifiuti; disegni sulla scuola che vorrebbero e su come migliorare questo spazio frequentato quotidianamente da centinaia di giovanissimi studenti e studentesse.

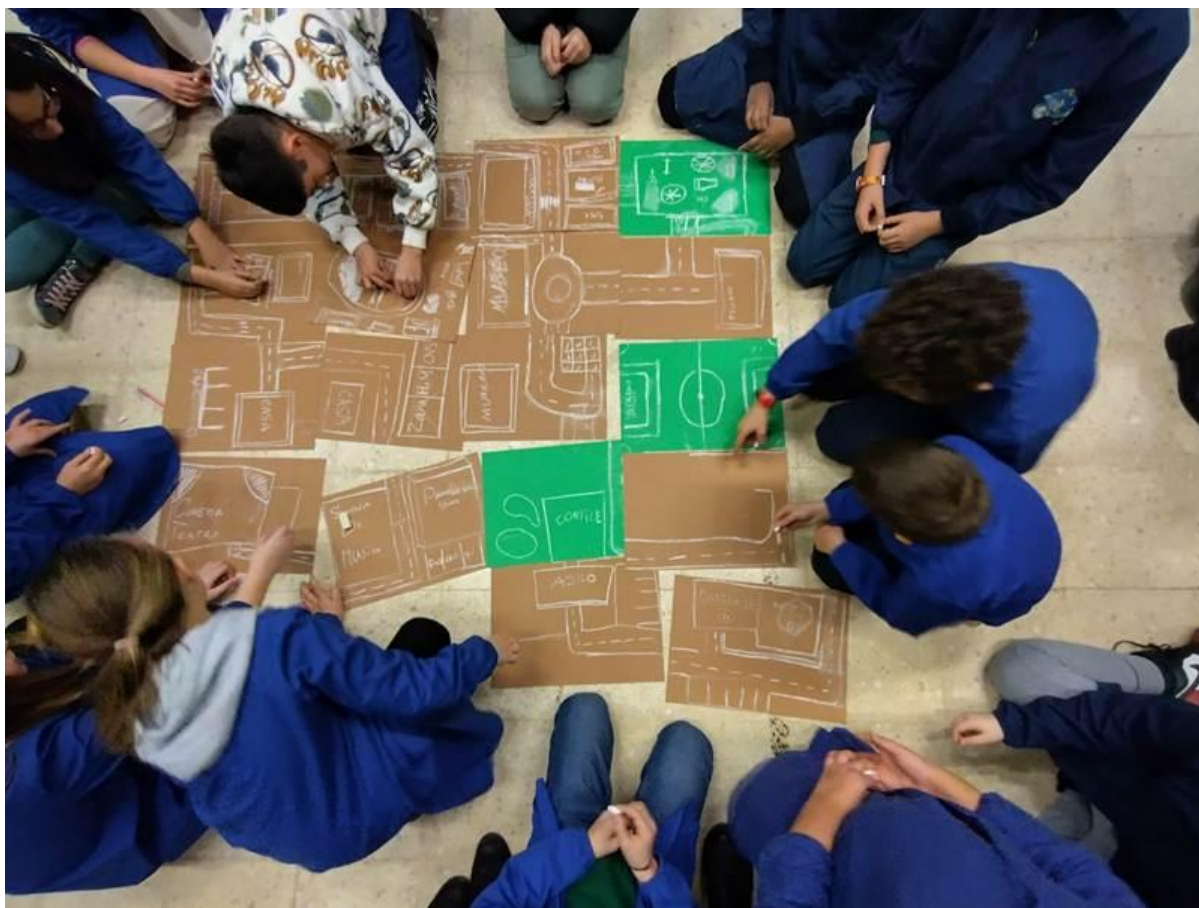


Fig. 41 – Attività e giochi di co-design della città;

Fonte: ph. Lorenzo Paglione.

Nel corso degli incontri, gli studenti hanno prodotto numerose rappresentazioni del territorio (cartografiche, scritte, disegni ecc.) e anche piccoli progetti, come quello sulla sostenibilità della propria scuola. Il materiale prodotto nel corso degli incontri didattici è stato utilizzato per organizzare la passeggiata in quartiere. Attraverso gli *output* degli incontri gli studenti hanno partecipato alla co-progettazione delle passeggiate, infatti l'individuazione dei luoghi rilevanti, interessanti, belli o brutti del quartiere è stata realizzata sulla base dei disegni, delle mappe sensibili ed emotive e dei racconti raccolti nel corso dei laboratori, in modo da osservare il quartiere secondo lo sguardo dei suoi giovanissimi abitanti. La conoscenza situata degli studenti è stata alla base del processo di apprendimento, per questo è possibile parlare di *situated learning* (Haraway, 1988). Infatti, è a partire dall'esperienza vissuta

di un gruppo di abitanti del territorio riuniti in una stessa comunità di pratiche (Wenger, 1999), quella scolastica, dal posizionamento e dal radicamento territoriale che si è sviluppato l'apprendimento situato secondo una prospettiva geografica di pedagogia trasformativa (Freire, 2024; bell hooks, 2020) e civica (Antaki *et al.*, 2024).

Per ogni scuola coinvolta nel progetto Sentieri Metropolitani è stata organizzata un'uscita nel territorio, una passeggiata in quartiere che ha cercato di includere i luoghi disegnati e mappati dagli studenti nel corso dei precedenti incontri in aula. Chiaramente le passeggiate hanno dovuto rispettare questioni di mobilità urbana segnalate già dal corpo docente nel corso delle riunioni organizzative: abbiamo dovuto costruire il percorso in base alla effettiva camminabilità di ciascun quartiere. In questo è importante ricordare che ciascun contesto territoriale presenta proprie specificità. Le passeggiate si sono svolte nei quartieri di Ottavia, Cinquina e Villaggio Olimpico, tutte zone che presentano una buona presenza di aree verdi e parchi, questa composizione del territorio ha agevolato lo svolgimento di attività *outdoor* nel quartiere. È stato facile individuare, con l'aiuto delle mappature realizzate dagli studenti, luoghi dove sostare, giocare e fare attività all'aperto. Più complicato è stato tracciare percorsi effettivamente camminabili a causa della scarsa presenza di marciapiedi abbastanza grandi da permettere il passaggio in sicurezza di decine e decine di bambini e bambine. In particolare, nei quartieri di Cinquina e Ottavia la presenza di luoghi inaccessibili o difficilmente raggiungibili, a fronte di scarse infrastrutture pedonali, ha limitato la possibilità di raggiungere luoghi prossimi alla scuola. Dopo aver identificato insieme agli studenti i luoghi di interesse di ciascun quartiere, come esperti della Sgi abbiamo svolto una serie di sopralluoghi nelle aree delle passeggiate per verificare l'effettiva camminabilità dei percorsi tracciati.



Fig. 42 – La camminabilità complessa della città di Roma;

Fonte: ph. Lorenzo Paglione.

Il calcolo dell'indice di camminabilità non è sufficiente per garantire l'effettiva camminabilità di un territorio, è sempre bene, soprattutto quando si lavora con i minori, realizzare dei sopralluoghi sul campo e osservare direttamente lo stato delle infrastrutture pedonali e in generale i possibili problemi di mobilità e accessibilità. Nel quartiere del Villaggio Olimpico, ad esempio, in teoria l'elevata presenza di aree verdi e marciapiedi garantiva un buon indice di camminabilità, ma in realtà lo stato di conservazione e manutenzione delle infrastrutture e del verde urbano non hanno consentito una semplice mobilità pedonale. È bene ricordare che il territorio è in continuo divenire e che anche la camminabilità è soggetta a questo continuo cambiamento e rinnovamento. Laddove non viene eseguita una corretta e costante manutenzione del verde, alcune aiuole o aree verdi che sarebbero adatte alla mobilità pedonale possono trasformarsi in grovigli di sterpaglie, rovi ed erba alta di difficile attraversamento.

Per compiere le passeggiate con gruppi di oltre 50 studenti (ciascuna camminata ha infatti coinvolto tre classi) abbiamo dovuto mettere insieme molti operatori. In ciascuna passeggiata erano presenti: almeno tre operatori della Asl; i docenti e il personale di servizio a scuola, dove ogni classe è stata accompagnata dai propri insegnanti e assistenti educativi;

tre esperti di geografia della Sgi, tra cui anche il sottoscritto; ed esperti del Pensiero Scientifico Editore e del Dipartimento di Urbanistica della Sapienza. Grazie a questa ampia presenza di operatori abbiamo potuto gestire in serenità i gruppi di studenti e anche dividerli nel corso delle attività all'aperto in gruppi più piccoli, ciascuno accompagnato da un docente o un adulto. Importante è stato anche definire un limite di distanza da percorrere nel corso dell'esplorazione urbana: abbiamo evitato di creare passeggiate che superassero i 3 km, affinché la camminata potesse rimanere un'esperienza piacevole e non troppo faticosa per tutti, con particolare riguardo a giovani studenti e studentesse (tra i quali come è naturale erano presenti persone più o meno propense all'attività fisica).



Fig. 43 – Attività all'aperto;

Fonte: ph. Lorenzo Paglione.

Le uscite didattiche sono state centrate sull'attività del camminare, ma non sono mancati anche qui giochi e momenti di attività ludica. L'obiettivo delle passeggiate era fare sì attività motoria, ma anche promuovere la riscoperta del proprio territorio attraverso una riflessione condivisa e partecipata sui sensi. Oltre ad aver visitato e raccontato i luoghi individuati e rappresentati dagli studenti nel corso degli incontri in aula, le uscite sono state animate da ulteriori attività disposte in base al percorso e alla disponibilità di spazi verdi di grandi dimensioni dove giocare senza pericolo. Le attività non sono state riprodotte in modo identico in ogni quartiere, l'ordine e il numero di attività è dipeso dal tempo a disposizione (che poteva variare in base alla lunghezza delle passeggiate e dalla voglia di raccontare il territorio degli studenti). Tre attività ludiche però sono state al centro di tutte le uscite.

Un'attività che ha caratterizzato tutte le uscite è stata quella del cerchio di ascolto dei sensi, nel tentativo di concentrare l'attenzione sul paesaggio sonoro (Rocca, 2020): insieme agli studenti ci siamo disposti in un grande cerchio, poi mano nella mano e ad occhi chiusi abbiamo ascoltato l'ambiente urbano. In questo modo ci siamo concentrati sui sensi dell'udito, dell'olfatto e sulle sensazioni che gli agenti atmosferici (il sole, il vento o la pioggia) possono scatenare. Per un attimo abbiamo sospeso sia la vista che la parola e lasciato che l'attenzione si spostasse sugli altri sensi. Al termine del momento di ascolto, ciascuno studente ha raccontato quello che ha sentito e insieme abbiamo potuto notare le differenze e le similitudini delle nostre percezioni. Anche in uno stesso luogo quello che percepiamo può essere differente, avere cura di queste differenze è un modo per promuovere la salute nel nostro ambiente.



Fig. 44 – Attività sensoriali e partecipative nelle aree verdi;

Fonte: ph. Lorenzo Paglione.

La seconda attività fissa delle uscite, connessa alla precedente attività sensoriale, è stata organizzata dividendo in coppie gli studenti: a turno ciascuno studente poteva guidare o essere guidato dal proprio compagno nella scoperta dell'ambiente urbano. Chi guidava doveva prendersi cura del proprio compagno, il quale invece teneva gli occhi chiusi lasciandosi guidare. La guida doveva fare entrare a contatto il proprio compagno con

elementi caratterizzanti del paesaggio e dell'ambiente locale, ciascuno poteva scegliere liberamente cosa fare toccare o odorare al proprio compagno, sapendo che poi però i ruoli si sarebbero invertiti. Dopo questa prima parte dell'attività ancora con gli occhi chiusi, le coppie di studenti hanno riaperto gli occhi per raccogliere, in base alla precedenza esperienza, oggetti che per loro caratterizzavano quel luogo e poi a turno raccontare a voce il perché di quella scelta ai propri compagni e annotare ciò che riteneva significativo sul quaderno fornito dalla Asl.

L'ultimo gioco, con cui solitamente terminavano le uscite didattiche, aveva bisogno per essere realizzato di sei gomitoli di lana per classe. Ogni classe ha scelto il proprio spazio e ciascuno studente si è collocato all'interno di quello spazio rimanendo fermo nel proprio posto. A quel punto abbiamo distribuito i gomitoli di lana: i bambini dovevano fare girare il gomitolo attorno al proprio corpo e poi passarlo ad un altro studente, senza cambiare la propria posizione. In questo modo, piano piano si è formata una rete di fili di lana che collegava tutti gli studenti della classe come in una ragnatela. Gli studenti avvolti nella rete avevano ora un legame fisicamente tangibile l'uno con l'altro, un filo diretto. Ogni movimento di un punto della rete, cioè di uno studente, produceva una reazione sugli altri: connessi in modo interdipendente gli studenti dovevano coordinare i propri movimenti e prendersi cura l'uno dell'altra. Questa rete voleva simboleggiare le interconnessioni e le relazioni che producono e riproducono il territorio. Prenderci cura dell'ambiente urbano, significa conoscere, rispettare e valorizzare i rapporti e le relazioni che lo attraversano. Il gioco, mostrando come siamo tutti interconnessi, ha voluto promuovere l'interconnessione tra salute e ambiente, tra noi e il territorio.



Fig. 45 – Il gioco dei gomitoli;

Fonte: ph. Lorenzo Paglione.

Infine, il progetto *Sentieri Metropolitani* è terminato con una restituzione collettiva e festosa nell'ambito dell'evento conclusivo svolto presso la sede della Sgi, lo storico Palazzetto Mattei situato in Villa Celimontana. Qui abbiamo invitato a partecipare tutti gli studenti delle scuole di Cinquina, Ottavia e Villaggio Olimpico. Durante l'evento conclusivo sono stati messi in mostra i materiali, i disegni, i testi e le mappe prodotte dagli studenti durante il progetto, in questo modo è stato possibile restituire al pubblico lo sguardo degli studenti sulla città. Al contempo, mettendo insieme gli studenti di differenti quartieri e scuole in un'unica grande giornata, abbiamo voluto promuovere forme di solidarietà trans-territoriale (Antaki *et al.*, 2024), sviluppando sinergie e solidarietà tra abitanti di territori diversi della stessa città.

La giornata conclusiva ha richiesto un numero importante di operatori, come nelle precedenti uscite il corpo docente e gli assistenti educativi hanno accompagnato le proprie classi, inoltre come sempre è venuta la Asl Roma 1 con gli altri partner della rete del progetto, cui si è aggiunto il personale della Sgi. In questo modo, è stato possibile dividere in tre gruppi gli oltre 150 studenti giunti a Villa Celimontana per l'evento conclusivo, e farli ruotare su tre diverse attività, evitando di creare lunghi momenti di attesa. Mentre un gruppo faceva il *tour* guidato della Sgi e dei locali di Palazzetto Mattei, un secondo gruppo andava a vedere la

mostra dei materiali prodotti dagli stessi studenti, e infine un ultimo gruppo giocava all'esterno. Per l'occasione, come esperti di geografia, abbiamo organizzato un gioco *outdoor* di *orienteering* (Castillo-Retamal *et al.*, 2019). In questo gioco di *orienteering*, mediante l'utilizzo di una carta geografica gli studenti dovevano compiere un percorso dentro il parco della Villa Celimontana, trovando alcuni elementi sparsi in quell'ambiente urbano e segnando sulla mappa la loro corretta posizione. Come in una caccia al tesoro, gli studenti, divisi in gruppi, dovevano cercare di trovare per primi tutti gli elementi indicati.

A fronte del gradimento dei beneficiari, il progetto è stato rinnovato anche nel 2025 con una scuola del quartiere Monte Sacro. Il progetto *Sentieri Metropolitani* può costituire una buona pratica comunitaria e partecipativa da replicare per rinsaldare la rete comunitaria della Asl. Potenzialmente questo tipo di progetti in futuro potrebbero essere replicati con il contributo della nuova rete di comunità finanziata con i fondi della Missione 6 C1 del Pnrr.

La possibilità di includere o fare collaborare gli operatori delle Case della Comunità in progetti come *Sentieri Metropolitani* è data dal d.m. 77, il testo che regola e definisce gli standard per la riforma dei servizi territoriali inaugurata dal Pnrr. Il d.m. 77 associa alla nuova rete di comunità i modelli operativi del Progetto di salute e della sanità d'iniziativa. La prevenzione e la promozione della salute dovrebbero agire in futuro in sinergia con la nuova rete di comunità, in modo da costruire l'educazione, la prevenzione e la promozione della salute in base agli specifici bisogni delle comunità che abitano quel territorio. Il lavoro di individuazione e stratificazione dei bisogni di salute realizzato dalle infrastrutture di comunità può orientare gli interventi di promozione e prevenzione della salute verso le specificità del territorio e delle comunità che lo abitano.

Una figura chiave in questo lavoro di passaggio dall'individuazione e stratificazione dei bisogni all'organizzazione della prevenzione e della promozione della salute, è l'infermiere di comunità secondo quanto previsto dall'Allegato 1 al d.m. 77, il quale è “coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi setting assistenziali in cui essa si articola” (Allegato 1, d.m. 77, p. 32); inoltre l'infermiere di comunità “promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di

linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge” (Allegato 1, d.m. 77, p. 33).

Altra figura a cui sono affidati compiti di prevenzione nella nuova riforma dei servizi territoriali è l’Uca (Unità di Continuità Assistenziale all’interno delle Case della Comunità), il cui supporto può essere attivato, in casi di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico, anche per “Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.” (Allegato 1, d.m. 77, p. 34). Qualora si dovesse verificare una nuova emergenza e la scuola, come durante il Covid, si trovasse in difficoltà, la nuova rete di prossimità potrebbe rappresentare un solido punto di riferimento per garantire la prosecuzione dell’attività didattica partecipando alle misure di prevenzione della salute da adottare.

Esistono quindi le basi teoriche e normative per immaginare forme di collaborazione tra la nuova rete di comunità e il Dipartimento di Prevenzione nel realizzare progetti di prevenzione e promozione della salute come *Sentieri Metropolitani*. Probabilmente, *Sentieri Metropolitani* non è la tipologia di progetto che ci si immagina sia realizzato dalla Asl con il contributo di un poliambulatorio, ma la sfida della riforma dei servizi territoriali dovrebbe essere proprio quella di rendere le Case della Comunità qualcosa di più di un semplice poliambulatorio (Ingrosso, 2024; Brambilla e Maciocco, 2022). Infatti, le Case della Comunità “prevedono tra i vari obiettivi anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dall’ équipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale” (Allegato 1, d.m. 77, p. 51). Tra gli interventi di comunità che le Case della Comunità dovranno garantire in modo coordinato con il Dipartimento di Prevenzione, in futuro, ci potrebbero essere anche quelli con le scuole, perché è evidente che le scuole siano un soggetto importante per fare “comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l’alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l’adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP” (Allegato 1, d.m. 77, p.

.51). La prevenzione e la promozione della salute, con la collaborazione dei servizi territoriali, potrebbero raggiungere in modo più efficace le comunità di studenti, giovani e giovanissimi.

La necessità di stabilire legami tra i servizi territoriali sociosanitari e scuole non è d'altronde una novità, già prima della riforma dei servizi territoriali finanziata dal Pnrr l'attività con le scuole ha caratterizzato l'operato dei Consultori familiari⁸. Infatti, l'attività educativa e partecipativa di prevenzione e promozione della salute è stata ampiamente sperimentata dai Consultori, rinsaldando la relazione tra Ssn e scuole (Cadei, 2023; Pizzi *et al.*, 2022). Il d.m. 77 prevede che anche nelle Case della Comunità possano essere presenti servizi consultoriali, il decreto sembra, quindi, suggerire ulteriormente che le Case della Comunità collaborino a progetti e attività di promozione e prevenzione della salute nelle scuole. È proprio dalla volontà di rinnovare il modello pedagogico ed educativo dei Consultori familiari che sono state elaborate le attività geografiche del progetto *Sentieri Metropolitan* qui descritte, con l'obiettivo di estendere ulteriormente il processo partecipativo e il dialogo tra i servizi territoriali del Ssn e la scuola. Infatti, le nuove teorie femministe e transfemministe della cura (Chatzidakis *et al.*, 2020; Fragnito e Tola, 2022; Tronto, 2015) hanno ampiamente dimostrato come la cura sia intrinsecamente un processo partecipativo di cui abbiamo tutti e tutte una responsabilità condivisa e collettiva. Questa responsabilità è influenzata dal posizionamento, ma anche dalla capacità di sentire noi stessi e la realtà che ci circonda, includendo insieme alle nostre percezioni la comprensione di sguardi altrui o differenti.

Riconoscere e promuovere le molteplici dimensioni della cura sin da giovani, cominciando dalla scuola, attraverso la pedagogia trasformativa è un modo di creare reti comunitarie responsabili e attive, rinnovando il legame tra servizio pubblico e territorio. Attraverso la pedagogia trasformativa e queste teorie filosofiche, ecologiche ed etiche della cura, il progetto *Sentieri Metropolitan* ha quindi rinnovato ed esteso la preziosa attività educativa di promozione e prevenzione della salute che già è realizzata all'interno di alcuni particolari servizi territoriali, i Consultori Familiari.

Nel tentativo di costruire nuove modalità partecipate e partecipative di cura nel Ssn, la metodologia pedagogica sperimentata in *Sentieri Metropolitan* ha promosso la generazione di legami di fiducia tra Azienda Sanitaria Locale e scuole del territorio, stimolando *response-ability* e *responsiveness* di giovani studenti e studentesse. Le pratiche partecipative ed educative

⁸ Nonostante i tentativi delle associazioni Pro-Vita di limitare questo tipo di intervento nelle scuole mantenendo l'educazione sessuo affettiva al di fuori dei programmi curriculari (Bruno, 2025).

sperimentate nel corso di *Sentieri Metropolitani* contribuiscono, quindi, a creare le fondamenta per una transizione verso la *One Health* e la medicina di prossimità, i modelli a cui è ispirata l'attuale riforma del Ssn finanziata dal Pnrr (Brambilla e Maciocco, 2022; Ingrosso, 2024). Mettere a sistema le buone pratiche sperimentate nel progetto pilota *Sentieri Metropolitani* (e a loro volta ispirate a quelle dei Consultori familiari) implementandole con il contributo della nuova rete di infrastrutture di comunità (e in particolare delle CdC) potrebbe essere un'opportunità per dare sostanza all'attuale riforma, evitando che rimanga una riforma a metà come molti esperti temono (Brambilla e Maciocco, 2022; Ingrosso, 2022).

La riforma necessaria al Ssn è disseminata anche in piccoli gesti e pratiche quotidiane di cura, il cambiamento post-pandemico che il Pnrr si sforza di realizzare non dovrebbe essere solo materiale, ma anche socioculturale (Alastra *et al.*, 2022; Vicarelli e Neri, 2021; Pesaresi F., 2022), ed è per questo che la scuola e l'educazione possono rappresentare ambiti privilegiati di intervento dove realizzare forme concrete di partecipazione, co-progettazione e coinvolgimento delle comunità locali.

In ogni caso, una riforma dei servizi territoriali che intenda davvero realizzare un cambio di paradigma di cura, ha bisogno di immaginare nuove forme per innovare e rinnovare le modalità di coinvolgimento delle comunità locali, nel tentativo di creare una rete di comunità stabile e proattiva. A questo scopo, le pratiche, le attività e le metodologie sperimentate in *Sentieri Metropolitani* possono tornare utili alla realizzazione di un'autentica riforma dei servizi territoriali. Infatti, l'idea sperimentale di realizzare il progetto *Sentieri Metropolitani* nasce dalla volontà di mettere in pratica forme attive e proattive di interconnessione della Asl con il territorio, facendo rete con le scuole, che del territorio sono attore fondamentale, e portando il personale della Asl direttamente sul territorio, al di fuori dei propri uffici e locali sanitari.

Ma quali sono i limiti e le opportunità di praticare progetti come *Sentieri Metropolitani*? Provo a domandarlo nel corso di un'intervista ad uno dei medici del Dipartimento di Prevenzione della Asl Roma 1.

Operatore Asl Roma 1: "Limiti è che è il progetto richiede parecchia gente e tanto lavoro sia preparatorio che poi proprio sul campo. Quindi, è una cosa che tu puoi fare se hai gente che viene pagata per farlo, come tutte le cose impegnative. Potenzialità è che riesce a interloquire con una serie di soggetti che conoscono il territorio o ti possono fornire delle competenze e conoscenze per conoscere meglio il territorio anche a te come azienda, cioè al di là dell'*output* o dell'*outcome* sulla popolazione target, gli studenti. La conoscenza del

territorio e tutta questa roba – che diciamo è autoesplicativa – sono cose che servono anche all’azienda per conoscersi meglio e conoscere meglio il territorio nel quale va ad agire. Perché poi l’abbiamo visto: coi ragazzini parlarci è fondamentale, cioè non puoi demandare questo solo agli insegnanti. Non lo puoi fare. Cioè, se vuoi parlare di salute ci devi andare, ti devi fare vedere, devi stare sul territorio, cioè, devi stare nelle cose. Devi stare nei processi, devi stare in mezzo alle persone, devi parlare con le persone. Già, devi fare proprio le chiacchiere da bar, però è quello il livello con cui poi ottieni anche la fiducia delle persone”.

Anche tra medici e operatori sanitari, la coscienza della necessità di un cambio di paradigma delle cure mediche e del ruolo di cura della Asl emerge sempre più come una necessità impellente. L’idea di migliorare in particolare il rapporto con il territorio è centrale, nell’intervista viene ribadita e rafforzata con una serie di imperativi: “devi andare”, “ti devi fare vedere”, “devi stare sul territorio”, ecc. Imperativi che assumono più che un senso morale un senso etico, di etica e filosofia della cura. Infatti, in queste parole emerge il desiderio di cambiare il modo in cui le cure si relazionano al territorio, c’è bisogno di cambiare in modo paradigmatico – e forse rivoluzionario – la cura e per farlo bisogna guardare al suo rapporto con il territorio e le comunità che lo abitano.

Il rapporto che questa nuova etica di cura dovrebbe creare con le persone è un rapporto di “fiducia”, un rapporto che ha una qualità affettiva e che si costruisce creando una cura basata sul dialogo, la partecipazione attiva e proattiva di tutti gli abitanti del territorio. Questa metamorfosi del Ssn e più in generale della cura scaturisce da una responsabilità collettiva, quella *response-ability* che è prima di tutto emotiva descritta da Haraway (2010) e Ahmed (2013; 2020), che l’emergenza Covid ha reso urgente e non più derogabile.

Il progetto *Sentieri Metropolitani* dimostra che è possibile provare a realizzare un rapporto di “fiducia” tra servizio pubblico e comunità locali mediante la promozione di attività e pratiche partecipative, di co-produzione e coinvolgimento dei diversi attori sociali. Le scuole costituiscono, in quest’ottica di trasformazione del rapporto tra servizio pubblico e comunità locali, un ambito di intervento nevralgico. Infatti, attraverso progetti partecipativi ed educativi come *Sentieri Metropolitani* è possibile promuovere anche all’interno del servizio pubblico del Ssn forme di *response-ability*, ovvero di una responsabilizzazione personale e collettiva che corrisponde ad un’attivazione (*responsiveness*) prima di tutto emotiva delle persone (Haraway 2010; Ahmed, 2013; 2020).

La ricerca qui presentata ha, quindi, dimostrato come l'utilizzo degli strumenti geografici di comprensione del territorio e l'adozione di una prospettiva metodologica di pedagogia trasformativa (Freire, 2024; bell hooks, 2020) possano, nella pratica, contribuire a rinsaldare il rapporto tra servizio pubblico e comunità locali, promuovendo per mezzo di *response-ability* e *responsiveness* la nascita di reti comunitarie proattive. Nelle scuole, attraverso la co-produzione di camminate, di attività di mappatura partecipata del territorio e di attività ludiche, è possibile promuovere la salute in modo aderente ai modelli della medicina di prossimità e della sanità d'iniziativa. Il servizio pubblico del Ssn ha così la possibilità di promuovere forme di attivazione comunitaria al processo di cura mediante la realizzazione di attività partecipative di co-produzione e coinvolgimento di studenti e studentesse, migliorando e trasformando l'attuale paradigma di cura vigente.

La crisi che la pandemia ha messo a nudo ha posto il servizio pubblico di fronte alla necessità di trasformare e riformare i propri processi di cura (Giorgi e Taroni, 2020; Vicarelli e Neri, 2021; Ingrosso, 2022; Alastra *et al.*, 2022; Deidda, Centra, Tronti, 2023), potenziando in particolare la rete dei servizi territoriali del Ssn secondo il modello della medicina di prossimità. A tale scopo, la riforma dei servizi territoriali è stata finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del Pnrr, ma nella pratica, nonostante gli sforzi normativi e finanziari, la riforma rischia di non raggiungere gli obiettivi prefissati, specialmente per quanto riguarda i processi partecipativi e le forme di coinvolgimento del territorio (Vallerani, 2022a; Pesaresi F., 2022; Brambilla e Maciocco, 2022). Al contrario, i progetti educativi di promozione della salute possono costituire una buona pratica comunitaria e partecipativa per rinsaldare le reti comunitarie del Ssn e sostenere la riforma dei servizi territoriali che il Pnrr prevede, a partire dal rapporto tra scuole e servizi di cura. Infatti, il progetto pilota *Sentieri Metropolitani* è un esempio virtuoso di creazione di reti comunitarie che può essere replicato anche all'interno della riforma dei servizi territoriali del Ssn, con il contributo delle future infrastrutture di comunità della Missione 6 Componente 1 del Pnrr e in particolare delle Case della Comunità (CdC).

In conclusione, è bene però analizzare anche i limiti delle buone pratiche realizzate nel progetto *Sentieri Metropolitani*. Diverse sono state le difficoltà che questo progetto pilota ha dovuto affrontare, nel tentativo di configurare una nuova metodologia di lavoro con le scuole per le aziende sanitarie della Regione Lazio. La prima difficoltà è stata di tipo amministrativo: l'utilizzo innovativo di una deliberazione diretta della Asl Roma 1 per il finanziamento delle attività progettuali ha comportato lunghi passaggi burocratici, a causa

della pesantezza delle procedure dell'amministrazione pubblica. In particolare, i 10.000 euro stanziati dall'azienda per il progetto sono ancora a dicembre del 2025 bloccati a causa di complicazioni riscontrate con il Mercato elettronico della pubblica amministrazione (Mepa). I fondi, peraltro, non coprivano alcuna spesa di personale, ma solo per beni e servizi, quindi, le associazioni e le realtà che hanno partecipato al progetto non hanno ricevuto alcun compenso per la propria attività, agendo in forma di puro volontariato. Se questi limiti possono essere comprensibili nel caso di un primo progetto pilota, sul medio e lungo periodo tale modalità volontaristica potrebbe risultare non sostenibile come forma di collaborazione stabile tra scuole, Asl e attori locali.

Collegato al primo problema amministrativo ed economico è stato riscontrato un secondo limite più propriamente didattico e pedagogico: il sovradimensionamento dei gruppi di lavoro. Le lezioni hanno coinvolto quasi sempre almeno tre classi e quindi non meno di 50 alunni per volta. Specialmente nelle passeggiate un numero così grande di camminatori (fino a 90 includendo il personale tecnico e i docenti) crea problemi logistici e tecnici, quindi, sarebbe preferibile ridurre il numero dei beneficiari di ciascuna singola lezione o uscita, per evitare che logiche di massimizzazione prevalgano sulla prossimità educativa.

Infine, le ultime questioni che le buone pratiche del progetto Sentieri Metropolitani pongono più che limiti sono traguardi da raggiungere. Le attività sperimentate e la progettazione sviluppata in forma sperimentale devono adesso trovare spazio nella programmazione strutturale e nella definizione delle linee guida che determinano i rapporti tra servizi sociosanitari e servizi educativi. In questo caso, si tratta di una programmazione multilivello da coordinare e mettere in interconnessione con i singoli territori e le comunità che li abitano, un compito di politica amministrativa altamente complesso. In positivo, gli ultimi riscontri con la Asl Roma 1 informalmente aprono alla possibilità che il progetto costituisca uno dei riferimenti cui si ispira l'attuale scrittura delle nuove linee guida in materia all'interno del nuovo Piano della prevenzione e delle linee guida per le CdC della Asl Roma 1.

5.2. – L'azione dal basso

L'analisi sul terreno della presente ricerca dottorale ha rivolto le proprie attenzioni soprattutto sull'azione dal basso per trasformare la cura e il suo rapporto con il territorio in senso partecipativo. Con “dal basso” si intende qui qualunque forma di attivazione sociale, formale o informale, che nasca dalle energie, dalle risorse e dal lavoro delle persone che abitano o vivono un determinato territorio. Per contro, l'azione “dall'alto” si basa, invece, su un'organizzazione realizzata da istituzioni e/o grandi soggetti privati (aziende, fondazioni, gruppi di investimento, filantropi o simili). Anche se è bene ricordare che il significato di questi due termini (dall'alto e dal basso) è ben più ricco di sfumature e tra due poli apparentemente binari esiste un mondo di possibilità ancora inesplorate.

Esistono molteplici forme ed espressioni di azioni dal basso, accomunate dalla modalità *bottom-up* di intervento e dal protagonismo di abitanti del territorio, riuniti o meno in associazioni formali e informali. La ricerca ha indagato in particolare le realtà che hanno realizzato pratiche locali di partecipazione diretta e proattiva alla cura, con l'obiettivo di osservare possibili strumenti utili ai fini dell'implementazione della Missione 6 C1 del Pnrr e di una più generale trasformazione paradigmatica della cura nella città di Roma e, dunque, nella Regione Lazio.

Questa parte della ricerca raccoglie i risultati dell'analisi sul terreno delle pratiche d'azione dal basso, illustrando i risultati dell'analisi, qui presentati e organizzati in due paragrafi, cui si aggiunge un terzo di approfondimento sul principale caso di studio della ricerca: il lavoro dello Sportello Mammuto e della Comunità territoriale Rebibbia, Ponte Mammolo e Casal de' Pazzi per la riapertura di Villa Tiburtina.

Mentre il capitolo 6 approfondisce un singolo caso di studio, nei precedenti due paragrafi (5.2.1 e 5.2.2) sono presentate due tipi di azioni dal basso partecipative tipiche della più recente medicina di prossimità. *In primis*, sono analizzate alcune esperienze territoriali di cura e partecipazione proattiva scaturite direttamente o durante il periodo pandemico. Quindi, sono analizzati i nuovi luoghi di cura di prossimità che intendono creare una rete comunitaria dal basso con il coinvolgimento attivo della popolazione locale. Questi luoghi a loro volta si dividono in due tipologie di spazi differenti, ma accomunati da molteplici pratiche: sportelli e ambulatori popolari.

5.2.1. – L’emergere di una rete resiliente durante il Covid

Oltre agli scenari distopici aperti dalla sindemia, possiamo notare nuovi paesaggi di resilienza (Sampugnaro e Santoro, 2021), di trasformazione e di *world-making* che l’emergenza ha generato. Oltre la malattia, la morte e la distruzione (con una guerra e un genocidio subito dopo le prime ondate del Covid), abbiamo assistito anche a segni di umanità, di solidarietà e di ripresa tanto al livello spontaneo e autorganizzato, quanto a livello sistemico e istituzionale. Queste metamorfosi rigenerative per la società e il territorio sono state un primo input per l’inizio della presente ricerca dottorale. L’osservazione diretta del lavoro comunitario di riterritorializzazione post-pandemica ha dunque caratterizzato la ricerca sul terreno.

Durante l’attività di ricerca sul campo, ho fatto parte di una di quelle tante esperienze di distribuzione alimentare e di generi di prima necessità (di cui sono esempi piuttosto noti gli empori solidali) diffuse sul territorio regionale e nazionale durante l’emergenza pandemica. Per circa due mesi ho fatto spesa, buttato l’immondizia e comprato l’occorrente per due signore che abitavano ad un chilometro dalla mia abitazione. È stata un’esperienza di cura importante non solo per la ricerca, ma anche da un punto di vista prettamente personale e umano: spesso si tende a trascurare lo spazio vissuto delle altre persone, si ignorano completamente le condizioni quotidiane in cui vivono i nostri vicini. E non mi riferisco a condizioni di povertà estrema o di degrado, non è mia intenzione alimentare alcuna retorica vittimizzante o stereotipata, ma mi riferisco a quella microfisica quotidiana (MacPherson, 2010) di piccoli problemi, gioie e dolori che dà colore e ritmo ad uno spazio vissuto. Le due signore di cui mi occupavo, di sessanta e settanta anni, vivevano in una zona residenziale di Roma Sud (Marconi) parte della città compatta, non uno *slum* o una baraccopoli. Per far fronte al prezzo esorbitante degli affitti romani condividevano una dignitosissima abitazione, facendo fronte insieme alle spese e alle piccole difficoltà del quotidiano, riorganizzando reciprocamente il proprio spazio vissuto e domestico affinché potesse essere convissuto.

L’arrivo della sindemia aveva però stravolto questa dimensione abitativa. In primo luogo, è stata la paura del Covid a sospendere la quotidianità delle due persone che, non volendo più uscire per evitare il contagio, avevano deciso di chiamare l’associazione di solidarietà di cui facevo parte, il Comitato Mammuto. Il *lockdown* per loro era iniziato prima (e finito dopo) le disposizioni del Consiglio dei Ministri (i famigerati DPCM) ed era nato come misura autoimposta e precauzionale: non uscivano per fare spesa né per buttare la spazzatura o

andare in farmacia. Così io le aiutavo svolgendo questi compiti che non potevano più essere espletati in quel nuovo spazio vissuto del tutto circoscritto alle mura domestiche.

Quello che per me è stato sorprendente di questa osservazione partecipante sul terreno è stata la differenza tra la loro prospettiva e la mia, una differenza certamente intersezionale e prima di tutto generazionale. Per me era naturale cercare di evadere dalla quotidianità artificiale del *lockdown* e allo stesso modo sbuffare contro i divieti. Il mio corpo di ventenne confinato dentro casa si sentiva imprigionato, avevo voglia di muovermi, di correre all'aria aperta e di sdraiarmi su un prato, quasi come mi mancasse l'aria, l'ossigeno; uscire anche se per poco, anche se solo per fare la spesa, era qualcosa di estremamente gradito. Al contrario, per Gina e Pina uscire era qualcosa di talmente angosciante o problematico da aver deciso semplicemente di non farlo più. La consapevolezza delle mie relative buone *chance* di sopravvivenza, mi impedivano di vedere quello che vedevano loro. La morte, ad esempio, per me era qualcosa di abbastanza distante da non farmi preoccupare. Vedere con i miei occhi una quotidianità e uno spazio vissuto diametralmente opposti ai miei mi ha aiutato a capire meglio le differenze e le disuguaglianze connesse alla salute e alla cura, le molteplici prospettive che su uno stesso tema aprono scenari del tutto differenti.

Il secondo aspetto che mi ha colpito di questa esperienza sul terreno è stato l'esito del tutto inaspettato della complicità, amicizia e solidarietà tra Gina e Pina. Dopo non aver messo neppure un piede fuori casa per mesi, mai mi sarei aspettato che mi avrebbero chiesto di aiutarle a fare un trasloco. Dopo aver convissuto per anni, la rottura della quotidianità causata dal Covid aveva anche iniziato ad incrinare il loro rapporto e la loro intesa. La condivisione dello spazio che era stata necessaria e gradita si era trasformata in insopportabile, così da entrambe le parti erano iniziati i commenti pungenti sull'altra coinquilina, poi le recriminazioni e qualche parola più dura. Alla fine, avevano deciso che era meglio intraprendere una separazione, trovare per Gina un nuovo spazio domestico dove ricostruire la propria quotidianità. Così io mi ero ritrovato a girare in macchina, nonostante le restrizioni e i divieti, con scatoloni e un ingombrante *gongxi* buddhista per contribuire al trasloco. Anche in questo caso vorrei cercare di rifuggire da ogni banalità e generalizzazione, non intendo alimentare alcuna lettura morale di questa esperienza, non c'è una buona parabola e non è dato sapere se sarebbe stato meglio mantenere la convivenza o traslocare inaugurando una nuova vita autonoma e indipendente, ma è certo che la sindemia anche in questo caso aveva rappresentato un momento di cambiamento e metamorfosi, un portale verso nuovi mondi (Searle *et al.*, 2021). Per le due signore il nuovo mondo era composto da due nuovi spazi

domestici, e quindi da una nuova e differente quotidianità fatta di nuovi spazi, abitudini e ritmi.

Durante la sindemia sono nate numerose esperienze di mutualismo e solidarietà connesse non solo al Terzo Settore e quindi all'associazionismo e alle forme di volontariato formalmente riconosciute, ma connesse anche a comunità e spazi informali, associazioni non riconosciute o semplicemente spontanee che abitano il territorio. L'attivazione è avvenuta non solo all'interno dei tipici ambiti del lavoro sociale e non è stata circoscritta al classico tessuto sociale del volontariato: è avvenuta una vera e propria proliferazione di iniziative e azioni sociali, una forma di cura collettiva del proprio territorio spesso non mediata da organi tecnici o istituzioni, ma emersa dal basso spontaneamente. La stessa attività assistenziale che mi sono ritrovato a svolgere durante l'emergenza Covid era nata inizialmente senza autorizzazione e nonostante i divieti, dunque senza alcuna mediazione con le istituzioni. Il Comune di Roma, in piena emergenza, anziché richiamare al rispetto delle norme e fermare il proliferare di iniziative come quella di cui facevo parte, aveva dovuto accogliere l'informale per lasciarne esprimere il potenziale rigenerativo di cura in un momento di estremo bisogno. Infatti, il numero telefonico messo a disposizione dell'associazione informale di cui facevo parte, il Comitato Mammuto, era stato inserito in un documento informativo del Comune per orientare la cittadinanza, in caso di bisogno, verso realtà (formali e informali) vicine e sparse in tutta la città di distribuzione alimentare e di beni di prima necessità. A nostra insaputa, sebbene non fossimo né medici né tecnici o *caregiver* e nemmeno volontari ufficialmente riconosciuti, nell'emergenza eravamo stati promossi dal Comune divenendo parte di un nuovo sistema di cura.

Non solo dalla sperimentazione diretta propria della *Participatory Action Research* (PAR), ma anche dalle interviste realizzate nel corso della ricerca sul terreno sono emerse ulteriori testimonianze del potere trasformativo e rigenerativo della sindemia. Una testimonianza preziosa di come la sindemia si sia trasformata in un portale aperto verso nuovi mondi e processi di *world-making* è offerta da alcune esperienze dal basso realizzate in forma spontanea e autorganizzata nei territori. Il racconto di uno dei medici dell'Ambulatorio popolare di Roma-Est che insieme a quello del Comitato Mammuto rappresenta uno dei casi di studio principali sulle forme dal basso di medicina di prossimità nel Lazio, restituisce il coacervo di desideri, resilienza e capacità di tradurre in azione la propria immaginazione che è nata in reazione alla sindemia.

Riccardo, trentenne romano e specializzando di infettivologia, è uno dei volontari dell'Ambulatorio che decide di attivarsi proprio di fronte all'esplosione della sindemia.

Intervistatore: “Per iniziare, mi interessava sapere un po’ come nasce l’ambulatorio del Quarticciolo, cosa fa e da chi è coinvolto?”

Medico Ambulatorio Roma-Est: “Nasce durante la pandemia da un gruppo di compagni e solidali intorno a tutta la raccolta delle ceste, attorno a tutto quel mondo di solidarietà che nasce con la spesa collettiva, la spesa solidale a Centocelle. Quindi una serie di compagni e poi alcuni spazi nel quadrante diciamo di Centocelle iniziano a ragionare su: ok, questa è la cesta del mercato – e poi si è continuato per tanto tempo – però poi c’è anche un problema di salute, no? Non siamo gli unici ad averci pensato, insomma ci ha pensato pure mezzo mondo. [...] Questo per dire che nasce e fa parte delle iniziative sul tampone, si chiama il tampone sospeso. Nel momento in cui i tamponi erano diventati una cosa fondamentale ma costosa, si fanno nelle piazze di Roma Est tre o quattro iniziative dei tamponi gratuiti, fondamentalmente. Quindi si attiva un mondo, una parte di medici, di solidali, di infermieri su questa roba. Io lì entro, sul tampone sospeso. Siccome sto facendo l’infettivologo entro su quella roba lì”.

Nelle parole di Riccardo c’è tutta la voglia di cambiare il mondo, di attivarlo con un processo di *world-making* collettivo, mettendo in gioco il proprio ruolo di medico, ma anche la propria coscienza critica e autocritica. Il tampone sospeso effettuato dal futuro Ambulatorio popolare di Roma-Est non è un’esperienza isolata, come dice Riccardo a simili progetti di cura “ci ha pensato pure mezzo mondo”. Rispetto al caso precedentemente riportato di assistenza domiciliare, cui avevo partecipato direttamente, qui sono stati medici, *caregiver*, tecnici ed esperti il motore fondamentale del processo di cura e di *world-making*. Un processo che ha portato alla nascita prima delle iniziative del tampone sospeso, con le quali si offrivano gratuitamente tamponi a chi ne aveva bisogno per poter controllare il proprio stato di salute e svolgere quelle attività per cui veniva richiesto di esibire la prova del proprio stato di salute negativo al contagio; e poi alla nascita dell’Ambulatorio.

Esempi analoghi di attivazione formale e informale sono stati riscontrati e analizzati in tutta Italia (Sampugnaro e Santoro, 2021), da Milano (Bifulco *et al.*, 2022) a Palermo (Vallerani, 2022b), da Catania (Privitera e Lo Re, 2020) a Torino (Vallerani, 2022a) e Bologna (Consoloni e Quaranta, 2021); e ovviamente anche a Roma (Pasqualetti *et al.*, 2023; Simone e Coletti, 2023; Vallerani, 2022a). È doveroso riconoscere notevoli differenze tra le varie

declinazioni di questa generale proliferazione di esperienze di cura. A livello di attori sociali in alcuni casi, come quello descritto con la mia esperienza di distribuzione di beni di prima necessità, sono stati gli abitanti del territorio (i *care receivers*) i soggetti protagonisti dell'attivazione; mentre in altri, come quello del tampone sospeso, è stata predominante la componente tecnica o medica con la presenza di numerosi medici, *caregiver* ed esperti di salute.

Ma è anche doveroso riconoscere che questa attivazione formale e informale è stata accomunata da almeno due tendenze:

- Una reazione alla sindemia descrivibile come un processo di resilienza (Sampugnaro e Santoro, 2021) capace di coinvolgere una ricca pletore di attori, dalle comunità locali alle istituzioni pubbliche;
- a livello territoriale le esperienze di attivazione hanno avuto una matrice locale predominante e, in particolare, una chiara vocazione alla prossimità, rivolgendo le proprie cure all'ambito geografico più vicino, uno spazio autenticamente vissuto.

La prossimità, su cui si focalizzeranno le conclusioni del paragrafo 7.1, è un concetto che necessita chiarimenti, in questo caso per prossimità si intende il modo in cui l'attivazione e la solidarietà sono state indirizzate verso il territorio più vicino, concentrandosi sul livello locale e superando solo di rado i confini municipali o comunali. Al contempo, la prossimità indica anche lo spazio più vicino in termini di affetti e relazioni: nell'attivazione sociale di reazione alla sindemia sono state decisive le conoscenze di vicinato, le amicizie personali e soprattutto le reti sociali consolidate per animare e curare il territorio.

La resilienza è un principio che la sindemia ha messo in luce anche a livello di *management* e di politiche sociali pubbliche e partecipate. Secondo McKenzie Lloyd-Smith (2020), le forme di attivazione e di adattamento messe in atto durante la pandemia hanno dimostrato che in occasioni altamente complesse è bene sacrificare un *management* votato ai principi di ottimizzazione e razionalizzazione, sostituendo le lunghe e lente catene di comande tipiche dei sistemi moderni con modalità di improvvisazione e di autonomia ben più immediate. Rossana Sampugnaro e Patrizia Santoro (2021) puntano l'accento su due aspetti della resilienza capaci di migliorare le *performance* di governo, l'adattabilità e la trasformabilità, che durante l'emergenza hanno in parte coinciso con la capacità delle amministrazioni locali di recepire possibili congiunture con autonome iniziative locali. Ma Sampugnaro e Santoro (2021) distinguono anche due differenti modalità di resilienza, una vocata alla deregolazione

e deresponsabilizzazione del governo pubblico a favore del privato sociale e in linea con il *management* aziendale e l'etica neoliberista di welfare; l'altra basata su pratiche collaborative presenti sul territorio e finalizzate semplicemente a soddisfare i bisogni sociali.

Rispetto alla resilienza innescata dalla metamorfosi pandemica, un ambito decisivo di interesse geografico è rappresentato dall'attivazione locale e partecipata di forme di mutuo soccorso sul territorio, di cui i due precedenti casi della distribuzione di generi di prima necessità e del tampone sospeso sono un esempio.

Se autori come Lloyd-Smith, Sampugnaro e Santoro sono più inclini a suggerire forme di collaborazioni tra attivismo locale e istituzioni pubbliche, alcuni studiosi rimangono invece fortemente critici rispetto alla possibile contaminazione. È il caso, ad esempio, di Mould (*et al.*, 2022) e Chevée (2022) che analizzando alcune pratiche di mutuo soccorso che potremmo definire resilienti fanno esplicito richiamo all'elaborazione teorica anarchica di Kropotkin (1987) e al motto “solidarity not charity”. Un terzo filone è costituito, invece, da autori che tentano di conciliare un'impostazione di *governance bottom-up* con l'idea anarchica di mutuo soccorso (Tiratelli e Kaye, 2020). Rimangono quindi aspetti controversi di questa metamorfosi resiliente attivata dalla sindemia, il dibattito scientifico interdisciplinare risente della carenza di sufficienti studi geografici ed etnografici condotti sul campo in profondità e capaci di ricorrere a modalità immersive di studio per fare emergere con maggiore chiarezza le peculiarità delle esperienze di resilienza originate dalla sindemia e le loro reciproche differenze.

Nel caso delle forme di mutuo soccorso della Regione Lazio, esistono però alcuni contributi analitici focalizzati sul livello locale del quartiere urbano che possono mettere in luce la microfisica e l'insieme di pratiche, idee ed emozioni che sottendono alla nascita di una rete di attivazione solidale, ne sono esempi gli articoli di Coletti e Simone (2023), di Vallerani (2022a) e di Pasqualetti, Arrighetti e Vallerani (2023). Ma questa linea di ricerca sembra appena aver cominciato il proprio percorso, che in parte – sicuramente nella presente ricerca – trova la propria autodefinizione nel concetto di *geografia della cura*, con il tentativo di mettere in relazione similitudini, differenze e opportunità delle forme di medicina di prossimità promosse dal basso e dall'alto in seguito alla sindemia.

In ogni caso, le forme di attivazione spontanea scaturite dalla sindemia o comunque capaci di attivare durante e dopo l'emergenza forme di resilienza e di cura del proprio territorio sono molteplici. Queste esperienze dovrebbero rappresentare, in base ai principi

partecipativi contenuti nel d.m. 77 e nel nuovo disegno teorico di riforma dei servizi territoriali (tradotto anche nelle linee guida regionali), un interlocutore importante nella realizzazione e co-progettazione della rete comunitaria delle nuove infrastrutture territoriali previste dalla Missione 6 Componente 1 del Pnrr, con particolare riguardo al ruolo di luogo della partecipazione assunto dalle CdC.

La CdC non solo potrebbe o dovrebbe dialogare con queste esperienze locali e dal basso di attivazione, ma potrebbe anche immaginare forme di collaborazione più stretta e persino ospitare all'interno dei propri spazi pubblici iniziative pratiche come quelle della distribuzione di beni di prima necessità e del tampone sospeso. La medicina di prossimità mira ad integrare risorse, competenze e capacità diffuse sul territorio, dentro e oltre il Terzo Settore. La natura dal basso e volontaria e le modalità di coinvolgimento degli abitanti del territorio nelle pratiche precedentemente descritte durante la pandemia, inoltre, offrono un esempio utile al Ssn per implementare modalità aperte e partecipate di cura, integrando all'interno dei servizi territoriali le spinte, le pratiche e le comunità che sono già attive in materia di cura sul territorio. La costruzione delle reti comunitarie propria della Missione 6 C1 del Pnrr potrebbe avvalersi di molte delle buone pratiche ed esperienze originate in seguito alla sindemia come empori solidali, tamponi solidali o forme di distribuzione dal basso di generi di prima necessità.

5.2.2. – Sportelli e ambulatori popolari

Alcune delle esperienze territoriali di cura dal basso che si sono distinte durante la sindemia hanno poi alimentato e animato due categorie di luoghi di cura di prossimità particolarmente rilevanti nell'ambito dei servizi territoriali sociosanitari: sportelli e ambulatori popolari. La distribuzione di beni di prima necessità del Comitato Mammuto e il tampone sospeso a Roma-Est, le due esperienze nate nel pieno dell'emergenza Covid come processi spontanei di resilienza e metamorfosi descritte nel precedente paragrafo sono evolute e si sono consolidate proprio in uno sportello e un ambulatorio popolare, costituendo dopo la sindemia due esempi di attivazione spontanea e dal basso riconosciuti a livello locale, cittadino e persino nazionale.

Due esperienze che, sebbene applichino differenti strategie di riutilizzo dello spazio abbandonato, sono accomunate da pratiche di riappropriazione e da una comune

rivendicazione di cura e di salute nei propri rispettivi territori: Quarticciolo e Rebibbia, nella città di Roma. Prendiamo dunque in considerazione i casi dell'Ambulatorio popolare di Roma-Est e dello Sportello popolare Mammuto, due realtà che affondano le proprie radici nel contesto antagonista dei movimenti sociali e nascono da una medesima pratica di riappropriazione dal basso di spazi e pratiche partecipative di cura.

LO SPORTELLLO POPOLARE

Lo Sportello popolare Mammuto⁹, nel quartiere di Rebibbia, nasce nel 2019 (Pasqualetti *et al.*, 2023) all'interno degli spazi di un luogo occupato nelle case popolari Ater che ospita il comitato di quartiere, il Comitato Mammuto. Come già anticipato la pandemia è stato l'evento scatenante del processo di attivazione che ha portato alla nascita dello sportello: dopo aver distribuito pacchi alimentari durante il *lockdown*, gli attivisti e le attiviste del Mammuto decidono di intervenire in modo più diretto sui servizi pubblici sociosanitari del quartiere, mobilitandosi per la riapertura del presidio medico locale abbandonato, Villa Tiburtina.

Se durante il periodo pandemico era sembrato naturale attivare forme di solidarietà come quella della distribuzione di generi di prima necessità e di supporto alle persone in difficoltà, una volta terminato il periodo emergenziale il Comitato ha iniziato a ragionare su quali fossero gli strumenti e le pratiche più adatte per proseguire il proprio intervento di cura in quartiere. Dopo l'emergenza, sembrava necessario trasformare l'attività solidale di mutuo soccorso (Mould *et al.*, 2022; Chevée, 2022; Tiratelli e Kaye, 2020) del Comitato in un intervento diretto sui servizi pubblici del territorio, per trasformare la resilienza sindemica in una mobilitazione strutturale capace di migliorare la cura e salute del quartiere. In particolare, la questione che ha animato il dibattito interno al Mammuto era quella inerente il proprio ruolo di cura: per il Comitato era importante non sostituirsi in nessun modo al Ssn, ma al contempo modificare profondamente il modo in cui attraverso il servizio pubblico le cure venivano erogate nel proprio territorio.

La presenza di un presidio abbandonato della Asl, la vecchia struttura di Villa Tiburtina, nel corso di questo ragionamento in seno al Comitato, aveva riacceso la voglia di attivazione dal basso. La memoria per un luogo di cura che era stato efficace e di prossimità era molto viva in quartiere, un patrimonio emotivo, sensibile e di desideri che ha smosso il Comitato verso

⁹ Analizzato più in dettaglio nel paragrafo dedicato a Villa Tiburtina e allo Sportello Mammuto (capitolo 6).

l'immaginazione di una nuova forma di mobilitazione: realizzare una campagna per la riapertura di Villa Tiburtina (Pasqualetti *et al.*, 2023; Vallerani, 2022a).

La mobilitazione, rinnovando anche l'esperienza di riappropriazione dello spazio del Comitato – oltre ad una serie multiforme di pratiche partecipative e mobilitative riguardo alle quali si rimanda a Pasqualetti (2020) – è culminata in due occasioni di occupazione simbolica degli spazi abbandonati di Villa Tiburtina, riuscendo ad imporre attraverso la riappropriazione, simbolica e fisica, dell'infrastruttura locale un cambio nei piani di governo del territorio delle istituzioni locali, regionali e nazionali. Villa Tiburtina nei primi piani regionali non era stata inserita nella lista di infrastrutture da riqualificare per la Missione 6 C1, ma anche grazie alla pressione esercitata attraverso questa azione partecipatissima di recupero e di contrasto dell'abbandono è entrata a pieno titolo nella lista regionale, divenendo una delle infrastrutture finanziate dal Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Oltre ad occupare simbolicamente lo spazio pubblico per chiedere alle istituzioni di riaprire l'infrastruttura abbandonata di Villa Tiburtina, il Comitato Mammuto ha attivato una ricca serie di pratiche partecipative: pratiche vertenziali come l'organizzazione di presidi e assemblee; realizzazione di forme di ricerca partecipata, come ad esempio la distribuzione di un questionario (i cui risultati saranno discussi nel paragrafo 6.2) per capire quali fossero i desideri e i bisogni del territorio rispetto ai servizi territoriali che Villa Tiburtina avrebbe dovuto ospitare (Pasqualetti *et al.*, 2023). Ma lo strumento di partecipazione proattiva che più ha impegnato attiviste e attivisti del Comitato è stato l'omonimo sportello popolare sociosanitario, chiamato per l'appunto Sportello Mammuto.



Fig. 46 – Segni di riappropriazione dello spazio di Villa Tiburtina;

Fonte: Campagna Riapriamo Villa Tiburtina.

Per oltre tre anni ho partecipato attivamente allo Sportello tutti i martedì presso la sede del Comitato, imparando tutte le pratiche tipiche dello sportello popolare sociosanitario. Per analizzare il lavoro dello Sportello, insieme al gruppo di ricerca del Mammuto abbiamo costruito un piccolo *database* con un'interfaccia operativa online.

Nel *database* abbiamo inserito e mappato quasi 500 casi di accesso allo Sportello. Sebbene non possa affermare che chiunque sia entrato a contatto con lo Sportello sia stato registrato nel *database*, siamo riusciti a raccogliere la quasi totalità dei problemi riscontrati dal Mammuto. I risultati dell'analisi del *database* saranno mostrati per intero nel capitolo 6. In sintesi, lo Sportello ha lavorato su cinque categorie di problemi:

- il mancato rispetto dei tempi di priorità indicati dal medico (e scritti sulla ricetta) per le prime visite nel Ssn;
- l'indisponibilità completa di alcuni servizi e prestazioni, ovvero la cosiddetta "agenda chiusa";
- la mancata presa in carico dei pazienti del Ssn;
- i problemi di accesso al Ssn per cittadini stranieri;
- i problemi di accesso legati alla dimensione sociale dell'assistenza, dell'informazione e del supporto delle persone da parte del Ssn e dei servizi sociali.

L'obiettivo dello Sportello è in generale quello di affrontare insieme ai diretti interessati - in stragrande prevalenza abitanti del territorio limitrofo al Comitato - i problemi di accesso alle cure del Ssn. Insieme alle persone che si recano allo sportello, attivisti e attiviste del Mammut cercano di comprendere e risolvere le problematiche che impediscono una corretta cura nel Ssn e, quindi, negano che il diritto alla salute sia pienamente realizzato nel territorio di Rebibbia e dintorni.

Per ciascuno dei problemi sopra elencati, lo Sportello nel tempo ha sviluppato delle specifiche strategie di soluzione del problema:

- nel caso del mancato rispetto della priorità, è possibile fare ricorso alle norme di legge contenute nel d.l. 124/1998 (in alcune Asl come la Roma 1 e la Roma 2, è lo stesso servizio pubblico a fornire i moduli per richiedere che la prenotazione della prima visita non conforme alla priorità indicata dal medico sia anticipata oppure che la visita sia effettuata intramoenia e rimborsata dal Ssn). Questa azione che necessita solamente di una Posta elettronica certificata (Pec) e di qualche minima competenza informatica permette quasi sempre che la visita sia anticipata dal servizio del ReCup, evitando di dover ricorrere a forme di attività privata intramoenia più onerose per il Ssn.
- L'agenda chiusa è un problema analogo al problema del mancato rispetto della priorità, sebbene più grave in quanto la prenotazione risulta del tutto indisponibile, in questi casi la procedura è la medesima, ma è necessario sottolineare la maggiore gravità e il possibile non rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e non solo del d.l. 124/1998.
- Per la mancata presa in carico, l'operazione è più complessa e dipende dalla singola struttura a cui è legata la mancata presa in carico. In generale il meccanismo è analogo al precedente, inviare una Pec e chiedere che la persona sia correttamente presa in carico, anche minacciando o adottando misure legali.
- Nel caso dei problemi di accesso relativi ai diversi ambiti dei servizi sociali e sociosanitari, le soluzioni elaborate dallo Sportello sono del tutto specifiche e variano da caso a caso e da servizio a servizio. Nei casi più semplici di mancanza d'informazione, comunicazione o competenze minime digitali, informatiche, linguistiche e psico-cognitive, lo Sportello interviene direttamente aiutando le persone (caso classico è l'assistenza alla prenotazione di una visita mediante ReCup telefonico). In altri casi più complessi, il problema è comunicato e posto alle

istituzioni competenti tramite i canali ufficiali e quelli diretti che nel tempo lo Sportello ha sviluppato con i vari servizi pubblici.

Tra problemi legati all'assistenza vi è poi una sottocategoria, ovvero i problemi di accesso al servizio legati alla cittadinanza e alla lingua. I problemi di accesso relativi a cittadini stranieri non sono risolti dallo Sportello, il quale però li individua e fa da filtro per l'Unità Operativa Complessa (Uoc) Tutela degli Stranieri e delle Comunità Vulnerabili. Nel tempo il canale diretto stabilito con tale Dipartimento ha permesso di sviluppare un'autentica forma di lavoro sinergico e partecipato, frutto anche di una specifica formazione realizzata nei locali della Asl Roma 2: autentica buona pratica partecipativa diretta dalla Asl Roma 2 che potrebbe essere replicata, ad esempio, in ciascuna CdC.

Oltre a risolvere problemi, lo Sportello Mammuto si occupa di informare la popolazione rispetto al servizio pubblico, facendo attività di orientamento e diffondendo anche materiali della Asl di prevenzione alla salute. In materia di prevenzione, inoltre, lo Sportello ha realizzato uno *screening* in forma autonoma e dal basso, grazie alla partecipazione di un dentista solidale e di un campione di 50 bambine e bambini del territorio.

Infine, tra le attività dello Sportello c'è anche quella di ricerca, come già precedentemente indicato. Questa stessa ricerca dottorale costituisce un lavoro di PAR ed ha dialogato e incluso ampiamente il gruppo di ricerca dello Sportello Mammuto durante il lavoro sul terreno a Rebibbia. Per promuovere dal basso la salute nel proprio quartiere e migliorare la qualità delle cure, lo Sportello sviluppa progetti di studio territoriali in sinergia con singoli ricercatori e ricercatrici, istituti di ricerca pubblici, esperti, utilizzando modalità di lavoro partecipative che includono e sono attivate dagli stessi abitanti del territorio. Il questionario analizzato nel capitolo 6 è un esempio dei risultati della ricerca realizzata dallo Sportello Mammuto.

Attraverso queste attività di sportello popolare, gli abitanti del territorio hanno l'occasione di risolvere i propri problemi insieme, ma soprattutto trovano un luogo di prossimità e di aggregazione dove attivare un processo comunitario di analisi dei propri bisogni, di attivazione e di compartecipazione alla propria cura. Problemi e bisogni sono intimamente collegati, perché ad ogni problema di accesso alle cure del Ssn è legato un bisogno di salute insoddisfatto.

Mediante la co-costruzione di uno spazio di cura e di prossimità autogestito dal basso, le persone che animano lo Sportello Mammuto esprimono i propri bisogni e desideri di cura e, insieme, si attivano per realizzarli.

Questo spazio di cura e di prossimità, lo sportello popolare, potrebbe ispirare o trovare spazio all'interno della riforma dei servizi territoriali inaugurata dalla Missione 6 C1 del Pnrr. Questa è una delle richieste del Comitato Mammuto per la futura CdC del proprio territorio, Villa Tiburtina, in un'ottica di realizzazione degli intenti partecipativi del d.m. 77, e più in generale della medicina di prossimità: che ci sia uno spazio per le comunità nella nuova rete dei servizi territoriali. Il senso non è solo quello di influire sull'analisi e sulla stratificazione dei bisogni locali di salute, ma soprattutto quello di sperimentare concrete forme di partecipazione, co-creazione e co-progettazione dei servizi pubblici territoriali all'interno delle Case della Comunità.

L'AMBULATORIO POPOLARE

L'ambulatorio popolare è un altro tipo di spazio di cura realizzato dal basso e non direttamente dalle istituzioni, dove l'attivazione nasce con l'obiettivo di influire direttamente sulla salute del proprio territorio, erogando anche quelle cure necessarie che il Ssn non riesce a fornire.

La differenza principale tra sportelli e ambulatori è quindi operativa: negli ambulatori sono presenti medici ed esperti o tecnici della salute che possono erogare direttamente e in proprio cure alla popolazione. Al contrario, in teoria negli sportelli non viene effettuata nessuna visita, prestazione o azione diretta di cura medica, sanitaria o sociosanitaria. Nella pratica, però, il lavoro quotidiano di sportelli e ambulatori popolari può anche essere molto simile, *in primis* perché entrambi realizzano degli spazi di prossimità per la cura e la salute del proprio territorio, quindi, entrambi svolgono attività partecipative e di coinvolgimento degli abitanti e delle comunità locali. Poi, perché quotidianamente sportello e ambulatorio ricorrono a un comune bagaglio di pratiche: dalla ricerca partecipata all'organizzazione di occasioni d'informazione, formazione e dibattito culturale. Infine, capita che le buone pratiche tipiche dello sportello siano utilizzate anche negli ambulatori popolari e viceversa, è il caso ad esempio degli *screening* o delle azioni legali e burocratiche che si basano sull'invio di mail e Pec.

Come descritto precedentemente in questo capitolo, anche lo Sportello Mammuto ha realizzato uno *screening* dal basso, nonostante questo abbia significato coinvolgere medici e operatori sanitari realizzando direttamente delle prime visite a scopo di prevenzione della salute, esattamente come avviene all'interno di un ambulatorio popolare. Viceversa, anche nell'ambulatorio popolare del Quarticciolo, l'Ambulatorio Popolare Roma Est vengono riprodotte tutte le pratiche dello sportello per risolvere i problemi legati alle liste d'attesa, alla mancata presa in carico e ai problemi delle persone che non hanno la cittadinanza italiana. In pratica, anche l'Ambulatorio di Roma Est invia Pec in modo del tutto analogo a quello dello Sportello Mammuto, anzi tra i due esiste una collaborazione e un reciproco scambio di competenze, buone pratiche e idee per migliorare la qualità delle cure nel proprio territorio.

Per capire meglio cosa fa un ambulatorio popolare e quali pratiche e strumenti partecipativi potrebbero essere utili per una riforma delle cure volta alla medicina di prossimità, non rimane che analizzare direttamente le parole degli attivisti dell'Ambulatorio popolare di Roma Est. La prima domanda dell'intervista semistrutturata e dei *focus group* realizzati all'Ambulatorio ha riguardato il processo che ha portato alla nascita dell'ambulatorio popolare.

Nell'intervista con Gaia, emerge chiaramente come anche l'Ambulatorio di Roma-Est, come lo Sportello Mammuto, sia un'esperienza nata da quella pulsione che l'emergenza Covid ha riattivato. Il tampone sospeso realizzato nelle piazze del quadrante Est di Roma si era evoluto dopo l'emergenza nella creazione di un vero e proprio spazio comunitario di cura, l'ambulatorio popolare grazie a quella spinta trasformativa che la sindemia ha innescato a livello cittadino, nazionale e globale.

Gaia: “[Durante la pandemia] c'è stato un grande fermento e attivismo da parte di realtà territoriali e di persone che si sono trovate appunto orfane di quei servizi di sanità territoriale e di cure primarie che erano importantissimi per chi aveva problemi di patologie croniche, chi aveva bisogno di fare degli esami, chi aveva bisogno di un accesso, nel momento in cui la dimensione appunto emergenziale della gestione dell'accesso ai servizi della Asl, degli ospedali rendeva difficile poter mantenere le cure e poter andare avanti. Ciò ha portato ad una grossa attivazione”.

Dall'emergenza nasce anche un moto che dal basso si diffonde nei territori, creando una rete di esperienze e di pratiche condivise che si diffondono nella città di Roma e si connettono anche con altre esperienze simili di diversi contesti regionali, tra cui in particolare quello

palermitano. A livello internazionale, esistono ulteriori esempi di come la resilienza e la reazione all'emergenza Covid abbiano alimentato nuove forme di mutualismo e di mutuo soccorso (Mould *et al.*, 2022; Chevée, 2022; Tiratelli e Kaye, 2020). L'attivazione per la salute e la cura, ovvero per il bene comune, ha portato dopo l'emergenza a cercare di trasformare il proprio mondo in modo autonomo e diretto, organizzando dal basso uno spazio dove trasformare e rivoluzionare la cura del proprio territorio. In questo passaggio dall'attivazione mutualistica alla ricostruzione diretta di uno spazio di cura emerge il legame dell'Ambulatorio con un'accezione libertaria delle pratiche di mutuo soccorso e di mutualismo (Kropotkin, 1987): c'è il desiderio di poter creare liberamente un proprio mondo, un proprio modello di cura territoriale.

Gaia: “L'esperienza dell'Ambulatorio popolare Roma Est nasce anche questa durante gli anni del Covid, all'interno all'inizio di un'Assemblea di mutualismo. Infatti, durante il Covid dal Nord al Sud dell'Italia davanti alle carenze di organizzazione istituzionale, davanti sia all'emergenza alimentare, all'emergenza sanitaria, legata a molti problemi dell'affitto che ha provocato il *lockdown*, c'è stato un ritorno dei *commons*, ma anche un ritorno del mutualismo che potremmo dire proprio molto importante. Nella Libera assemblea di Centocelle si crea questo gruppo che, oltre a portare i pacchi alimentari raccogliere i bisogni alimentari e di... appunto di sopravvivenza delle persone del quadrante Est di Roma, che ha cominciato a offrire anche dei servizi di assistenza psicologica, all'inizio al telefono. [...] Quindi la questione del Tampone sospeso ha maturato la necessità di capire come costruire una dimensione radicata all'interno del territorio, quindi, non più solo una forma organizzativa legata a un'assemblea, ma proprio trovare un luogo fisico in cui si potesse costruire [qualcosa], anche in linea con quello che già accadeva in altri luoghi d'Italia – come, ad esempio, Palermo dove c'è uno degli ambulatori che ha una storia più radicata negli ultimi anni – e si è deciso di radicare l'ambulatorio nel quartiere di Quarticciolo. Dove erano già presenti da quasi dieci anni una serie di azioni dirette alla costruzione di un modo diverso di vivere una borgata in cui, appunto, la pianificazione, come si diceva prima, istituzionale, urbanistica e che riguarda l'accesso ai servizi era sostanzialmente assente”.

Come per lo Sportello Mammut, l'evento scatenante è stata l'emergenza sindemica, ma poi il processo di attivazione si è sedimentato radicandosi geograficamente. Infatti, è dalla pratica del Tampone sospeso iniziata durante la sindemia che è “maturata la necessità di capire come costruire una dimensione radicata all'interno del territorio”. In questo modo, grazie ad un

processo partecipativo e dal basso è avvenuto quel “ritorno dei *commons*” di cui parla Gaia, un processo e uno spazio collettivo di cura.

I *commons* in questione sono spazi, pratiche e relazioni territoriali (sociali, culturali e di cura) creati dal basso nel proprio territorio. Un patrimonio che è insieme materiale e immateriale e che diventa uno strumento per tradurre bisogni, desideri e immaginazione di una (o più) comunità in azione diretta, ovvero in quella trasformazione del proprio territorio e del proprio mondo (inteso come spazio vissuto quotidiano) che è un atto di *worldmaking*. Questi luoghi dove reimmaginare la società, il territorio, le cure e il proprio mondo rinnovano i *commons* (Hardin, 1968; Ostrom, 1990; Harvey, 2008; Linebaugh, 2008; Bollier, 2020), sono il prodotto materiale e immateriale di un processo di *commoning*. Negli sportelli e ambulatori popolari quel bene comune non è altro che una rete comunitaria proattiva. Qui il valore d’uso, di scambio relazionale e affettivo e, ancora, la coesione nell’affrontare collettivamente i problemi locali rifiutando logiche di mercato e di discriminazione creano le basi per immaginare, a partire dalla cura, un cambio di paradigma fondato su *diverse economies* (Gibson-Graham, 2006a; 2006b; 2008), ovvero un mondo altro.

L’ambulatorio popolare, come emerge da queste interviste, non nasce solo come spazio di denuncia e di protesta o di pressione sul Ssn, ma anche come spazio di immaginazione e co-produzione di un nuovo mondo. Se questo può essere vero anche per lo Sportello Mammuto, perché anche lì viene attivato un processo di trasformazione del proprio territorio e del modo in cui vengono erogate le cure, bisogna però riconoscere che nell’Ambulatorio la spinta trasformativa, sperimentale e immaginativa è ancora più profonda. Infatti, le interviste fanno emergere una volontà di immaginare e ricostruire la cura nel proprio territorio in modo più libero e indipendente. Il riferimento al servizio pubblico rimane e anche le attività di pressione politica e sociale rimangono, ma inevitabilmente, questo posizionamento comporta un legame con il Ssn che almeno in parte è diverso rispetto ad uno sportello popolare, perché qui il servizio pubblico non è sempre un punto di riferimento imprescindibile né l’unico referente. Anche perché all’interno di un ambulatorio popolare sono presenti degli operatori, dei tecnici e dei medici che nella loro vita curano direttamente e quotidianamente per professione, quindi non solo sono in grado di curare, ma nell’ambulatorio trovano anche uno spazio per sperimentare forme differenti di cura, dando forma a propri desideri, aspirazioni e bisogni che non sempre sono soddisfatti nel Ssn, come racconta Demetra.

Demetra: “Quindi niente, sono anestesista, ma sono tornata da poco a Roma ad agosto.

Diciamo che in realtà mi è sempre piaciuto... più che altro sì, l'aspetto umanitario, nel senso, mi è sempre piaciuto partire per missioni, un po' per l'interesse a quello che è molto lontano e diverso, un po' perché mi piaceva mettermi in gioco in cose che fossero, che avessero per me un senso maggiore. E quindi sono stata fuori e una volta però rientrata a Roma ho capito che quello che facevo in ospedale non era abbastanza, mi sembrava di fare poco per la società, nel senso che credo che ci sia bisogno di un aiuto maggiore e che c'erano appunto tante carenze e gravi carenze sul territorio, appunto. E quindi mi sono messa a cercare, ho trovato questo ambulatorio qui e mi sembrava una bellissima iniziativa perché era qualcosa che partiva dal quartiere stesso, che quindi capiva i bisogni di una popolazione che era un po' stata abbandonata dalle istituzioni. Quindi, [ho trovato] un gruppo di persone che si volevano mettere in gioco, portare un'alternativa e allora ho detto vabbè finché sto qui e cerco di capire che fare nella mia vita, mi piacerebbe affacciarmi, scoprire come funziona, come lavorano. E mi è piaciuto e ho detto, beh, provo a contribuire nel mio piccolo, nel senso che poi il mio lavoro sì, sono un medico, [ma] di base faccio altro. Però le mie poche competenze ce l'ho, cerco di sfruttarle. E quindi è tutto nuovo però per me. Anche ad esempio la signora di oggi, il numero la prenotazione e.... mi trovo comunque in difficoltà perché... però in difficoltà come si trovano loro, quindi a maggior ragione capisco anche le problematiche che ci sono e quindi mi piace ancora di più questo posto perché, appunto, vedo che serve”.

L'ambulatorio nasce anche come esperienza di attivazione degli stessi tecnici sanitari, medici e dipendenti pubblici che vogliono sperimentare paradigmi differenti di servizio e di cura. In queste forme differenti assume un ruolo nevralgico la conoscenza del territorio, non intesa come sola stratificazione e individuazione dei bisogni di salute, ma come una più generale comprensione delle dinamiche quotidiane che le persone del quartiere affrontano per essere curate.

Durante l'osservazione sul terreno delle attività dell'Ambulatorio di Roma Est ho partecipato ad un circolo di parola organizzato dagli attivisti, in maggioranza psicologi e psichiatri, dell'ala di psicanalisi detta *PsicoLac* dell'Ambulatorio. Come racconta Gaia, *PsicoLac* è uno spazio “di ascolto psicologico, quindi, che si prende in carico la questione della salute mentale, anche qua con un'opera di aiuto, ma anche di indirizzamento rispetto alle istituzioni che si possono prendere in carico – o non si possono prendere in carico – le situazioni”.

Nel circolo di parola organizzato durante la giornata di promozione e prevenzione della salute *Core a Core* presso l'Ambulatorio, abbiamo discusso dei bisogni e delle motivazioni che avevano portato ciascuno di noi presenti a partecipare, raccogliendo pareri e *feedback* sulla stessa attività del circolo di *PsicoLac* e dando modo alle persone di immaginare insieme questo spazio di cura. Nell'Ambulatorio gli attivisti di *PsicoLac* trovano uno spazio collettivo dove sperimentare un'organizzazione territoriale e partecipata del proprio servizio, quello psicologico e psichiatrico. La capacità di sperimentare nuove forme di cura sul territorio è fondamentale nell'ambulatorio tanto per dipendenti pubblici che si vogliono mettere in gioco o che sentono di non fare abbastanza per la società quanto per professionisti che trovano poco spazio nel Ssn e hanno bisogno, quindi, di trovare spazio altrove. La composizione dell'Ambulatorio è variegata.

Gaia: “Noi siamo un gruppo di persone di diversa provenienza. Ci sono sia persone che vengono da un *background* sanitario con medici, infermieri, ma anche psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, sociologi, antropologi e bio-giuristi. E abbiamo anche delle dimensioni generazionali diverse. Abbiamo un gruppo molto importante, nutrito di persone che vengono dalla scuola di specializzazione in medicina di comunità, persone che hanno vissuto insomma il diventare professionisti proprio nel momento del Covid e quindi c'è anche una necessità di poter ritrovare un altro modo di essere anche operatore sanitario, medico, medica fuori da quello che è stato il vivere un'emergenza anche con una dimensione di disciplinamento, come anche per i lavoratori è stato il Covid. Abbiamo delle persone che sono appunto precarie della ricerca. Abbiamo persone che sono libero-professioniste, ma vengono sempre da altre esperienze in cui si cerca di costruire un altro modo di vedere la salute. E poi [abbiamo] un'importante quota di donne medico e psicologhe in pensione, che quindi hanno vissuto invece nella loro giovinezza tutto il movimento dei consultori, di lotte sulla salute al lavoro e tutta la mobilitazione dagli anni Settanta fino ad adesso; e che quindi hanno anche un portato, un'esperienza e un punto di vista su come sono cambiati, nella loro traiettoria biografica, quelli che erano i loro sogni, i loro desideri. Come sono stati disattesi. E adesso, invece, in questo lavoro proprio dal basso si riescono un po' anche a ricostruire, anche a ricomporre queste differenze generazionali e anche queste differenze di collocazione; sia nel mondo della pensione sia nel mondo di chi si mette nel mercato del lavoro e nella ricerca. Insomma, cerchiamo un po' di ragionare su questo, su questo piano”.

Gli attivisti dell'Ambulatorio sono, come racconta Gaia, un gruppo misto di esperti delle più varie discipline mediche, sanitarie e psicologiche che però collaborano con gli abitanti di quartiere e il comitato, il doposcuola, la palestra popolare: tutto quel tessuto sociale che costituisce una comunità molto attiva nel territorio del Quarticciolo. Come racconta Fulvio, dopo l'emergenza Covid e l'esperienza di attivazione del tampone sospeso a Centocelle, medici e attivisti decidono di aprire stabilmente un nuovo spazio di cura dove proseguire l'attività radicandosi al territorio e alle comunità che lo abitano.

Fulvio: “Però si dice in una casa? dove lo facciamo [l'ambulatorio]? Dove non facciamo? E quel gruppo, la collettività, si impantana un po' su questa situazione, perché obiettivamente una dimensione di quartiere – tolto Quarticciolo – a Centocelle non c'è troppo. Allora, dove lo mettiamo [l'ambulatorio]? E da lì nasce la proposta di spostarsi a Quarticciolo, no? Quindi, sul discorso ok abbiamo fatto il tampone sospeso, abbiamo fatto questo, però c'è una necessità di salute importante, evidentemente, su cui possiamo agire con l'idea di costruire un ambulatorio popolare, fondamentalmente, che era in due parole un contenuto tutto da costruire. E quindi si decide di spostarsi a Quarticciolo e iniziare una dialettica con i compagni che stavano qua dentro, con una dinamica dove [loro] stavano già nel quartiere con il doposcuola, la palestra, il comitato di quartiere, quindi la parte della casa, l'antisfratto e insieme costruivano un po' un'idea di quartiere, un'idea di territorio differente”.

Aprire un luogo di cura dal basso è una forma di creazione di *commons* e qualunque *commons* ha bisogno di una o più comunità che lo alimentino. Ora è importante sottolineare, anche per la futura attivazione delle reti di comunità finanziata con i fondi del Pnrr (Missione 6 C1) che nelle esperienze di cura dal basso qua analizzate la comunità e la sua rete non vengono create da zero. Un processo di *commoning* (Bollier, 2020) non è immediato, nelle esperienze dal basso osservate questo processo è alimentato con un profondo radicamento. In teoria, infatti, anche il d.m. 77 contiene politiche di co-progettazione oltre che di partecipazione comunitaria.

Un elemento geograficamente nevralgico che è bene sottolineare è che nei modelli di medicina di prossimità dal basso analizzati sul terreno non c'è un'idea artefatta di comunità da mettere insieme, perché l'opera di *commoning* scaturisce già dalle comunità che abitano il territorio, a partire dal loro effettivo radicamento e dai loro legami sociali, bisogni e stimoli. La comunità non è qualcosa da costruire, ma il punto di partenza. Così, mentre lo Sportello Mammuto nasce da una serie di realtà politiche e sociali presenti a Rebibbia, tra cui il Casale Alba 2 e il Comitato Mammuto (Pasqualetti, 2020), l'Ambulatorio di Roma Est si radica nella

borgata del Quarticciolo attraverso le esperienze dei comitati locali, della palestra popolare del Quarticciolo e della rete chiamata *Quarticciolo Ribelle* (Olcuire, 2024).

Il territorio del Quarticciolo è un contesto complesso, l'immagine della borgata è anche alimentata da una certa narrazione mediatica che tende a dipingerlo come uno dei quartieri più degradati e criminali delle periferie romane. Chiaramente la realtà del Quarticciolo è ben più variegata di come viene presentata in un *talk show* o nei titoli eclatanti di un quotidiano. Sebbene sia vero che in questa borgata ufficiale costruita durante il fascismo (Cianfarani e Porqueddu, 2012) oggi si verifichino fenomeni di desertificazione commerciale, con la chiusura di moltissime serrande e di spaccio (Olcuire, 2019); dalle interviste realizzate emerge anche l'insofferenza degli abitanti e dei frequentatori del quartiere per le narrazioni corrotte e per le politiche securitarie che riducono il Quarticciolo solo ad uno luogo di degrado. Mentre su quella rappresentazione edulcorata si costruisce l'intervento istituzionale, rimangono, invece, in secondo piano nella narrazione *mainstream* del Quarticciolo le comunità attive e resilienti che abitano, valorizzano, progettano e trasformano questo territorio quotidianamente.

Gaia: “il quartiere di Quarticciolo è rientrato dal 23 dicembre del 2024 all'interno del decreto Caivano bis e questo ci ha portato come realtà e come collettivo dell'Ambulatorio a dover vedere i tempi anche della nostra assemblea essere sovradeterminati da queste ingerenze istituzionali, da questa creazione di stato d'emergenza. Quindi, noi che lavoravamo da più di un anno al trasferimento [dell'Ambulatorio nella nuova sede] abbiamo dovuto un po' correre, trasferirci e fare dei lavori velocemente, andando ad abitare in un luogo particolare all'interno del quartiere che è Via Ostuni. Identificata sia dei media che dalle persone che abitano in quartiere come uno dei luoghi meno sicuri e più pericolosi, perché è una piazza di spaccio importante. [...] Ecco, noi proprio abitiamo accanto a questa piazza di spaccio, quindi, siamo in una fase di nuova costruzione e su queste pratiche [...] del prendersi cura, di risignificare gli spazi, ecco, ci stiamo ancora lavorando, per cui non abbiamo neanche da presentare dei dati o delle cose particolari. E possiamo dire che è molto complesso evitare queste contraddizioni, è complesso certo riuscire a entrare in relazione anche con ciò, con questo rapporto tra istituzionalizzazione/autogestione/opzioni di autonomia. Dall'altra parte, però, ho bisogno di riconoscimento perché viene richiesto dalla popolazione, una popolazione che è stata abbandonata. [...] Le persone, il quartiere, non sono più abituate ad avere uno spazio di cura e di ascolto all'interno del quartiere. Chi è stato sottoposto a una condizione di scarsità così profonda,

così radicale, una violenza strutturale, sistemica, esercitata in una maniera così pervasiva è difficile che poi capisca o sviluppi la necessità di prendersi cura o di intendere la prevenzione o di sapere a chi affidarsi o di sapere che esiste questo posto e di accedervi”.

Al Quarticciolo le istituzioni non sono soltanto una fonte di soluzioni per la gestione della *res publica*, ma sono spesso percepite come una delle cause originali dei problemi di salute e di abitabilità del quartiere. In particolare, nelle interviste realizzate con l’Ambulatorio emerge chiaramente il tema dell’abbandono del quartiere da parte delle istituzioni. Il ritiro dello Stato dai territori marginali o interstiziali più complessi deve essere considerato anche dal punto di vista emotivo. L’abbandono è un trauma che tende a distruggere i rapporti di fiducia.

È chiaro che in una situazione di abbandono istituzionale sia, poi, più difficile costruire una rete comunitaria di cura di prossimità che colleghi il Ssn a chi abita il territorio. Anche per la Missione 6 C1 del Pnrr è bene considerare, nel tentativo di stabilire processi partecipativi e reti comunitarie, la percezione di abbandono da parte delle istituzioni e del Ssn che vivono molti territori. È altrettanto chiaro che in mancanza di un rapporto di fiducia con le istituzioni, la ricerca di spazi di cura non possa che concentrarsi su realtà e processi dal basso. E se sono anche gli stessi medici e dipendenti del Ssn a contestare l’abbandono delle istituzioni in territori come Quarticciolo, vuol dire che questo sentimento di sfiducia del servizio pubblico non si limita a qualche singolo fruitore, ma dilaga persino all’interno dello stesso Ssn. Sono gli stessi lavoratori del servizio pubblico a denunciare in modo chiaro l’abbandono dall’alto delle istituzioni a fronte di decenni di politiche neoliberiste e di tagli alla sanità (cfr. paragrafo 3.1). Infatti, nella discussione con Fulvio emerge la necessità di fare chiarezza: ci sono cose del Ssn che non si possono tacere, devono essere criticate, sebbene ce ne siano altre da sostenere e in generale sia importante difendere il Ssn. Non è possibile limitarsi a celebrare acriticamente l’importanza del servizio pubblico.

Fulvio: “Il Ssn è morto perché l’hanno fatto morire, perché dal ‘93 lo hanno iniziato a privatizzare, era uno dei migliori al mondo, nel ‘93 si privatizza e da vent’anni non si investe. Quindi, hai grandi eccellenze, ma hai una media molto bassa, la qualità della cura è molto bassa. Professionisti bravissimi, fantastici che reggono l’Umberto I che fa cagare, questa è la mia esperienza personale, ma è una roba che c’è molto, no? Quindi, ad oggi il privato entra, è presente. Oggi c’è il privato, oggi c’è chi lavora nel pubblico che preferisce lavorare nel privato, perché il privato ti paga di più, ti valorizza di più. Quindi, la parte del lavoratore non vuole lavorare nel pubblico perché fa cagare la struttura, fa cagare il contratto. Allora vado a lavorare in un altro paese, vado a lavorare per il privato a seconda

poi delle possibilità di quello che uno ha. Però, anche la persona che non naviga nell'oro o di qualsiasi età va al privato perché non vuole aspettare, perché casomai le liste d'attesa nella tua Asl vanno pure bene per fare le analisi, è facile, però c'è quest'idea che è una merda, no? Cioè, l'idea che fa rate. Fa rate perché sono vent'anni che effettivamente è così. Però, il buono non si valorizza, rimane solo la grande lamentela, il grande disservizio che ci sta e quindi anche poi l'utente che si fa l'analisi del sangue va al privato. Perché vado là, do venti euro e me ne vado. Anche perché adesso il pubblico costa e a volte va in competizione con un privato a livello di costi. Il privato ti coccola fundamentalmente, no? Quindi, questo è da dire... noi siamo ad oggi qui, siamo [in una situazione in cui] non possiamo difenderci il sistema sanitario nazionale, perché strategicamente difendere il sistema sanitario è perdere, perché difendi una cosa che nessuno vuole. [...] Quindi difenderlo solo non è una prospettiva strategicamente corretta e neanche a livello poi teorico, perché stai difendendo una roba che, che non... E dall'altra parte, però, non parlare al Pubblico, non rapportarsi, non relazionarsi a ciò che c'hai è fare il gioco di chi lo sta distruggendo anche! Cioè, non rendersi conto che quello che abbiamo è ancora un tesoro è anche questo sbagliato”.

Da qui con Fulvio entriamo nel vivo della riforma del servizio territoriale pubblico inaugurata dal Pnrr, cosa ne pensa chi ha costruito dal basso una propria infrastruttura di comunità della riforma della medicina di prossimità? Riprendendo la mia domanda iniziale su quale rapporto avessero con le CdC e la riforma dei servizi territoriali, Fulvio risponde:

Fulvio: “Il ragionamento che tu facevi delle infrastrutture di cura è fondamentale. Noi come ambulatorio abbiamo declinato il rapporto, questo rapporto un po' conflittuale su cui chi parla oggi deve ragionare. L'abbiamo declinato con una maniera di conflitto, cioè noi siamo fuori, facciamo un'esperienza, però, sappiamo che, se viene qualcuno, se c'è un problema dobbiamo mandarlo ad un ospedale. Dobbiamo creare una rete di prossimità che sostenga, quella rete di prossimità che sostenga le persone, li aiuti e li indirizzi nell'ospedale o il minimo è che sostenga questo cammino di cura, di avvicinamento e di entrare nel sistema sanitario. Perché ad oggi ancora se stai dentro al sistema sanitario nazionale va bene. Cioè, se c'ho il diabete i farmaci arrivano, non è scontato. Però, è difficile entrare o quando esci è difficile tornarci dentro. E quindi [il nostro ruolo è] aiutare a entrare, a bucare, perché una volta che sei dentro si riesce [ad essere curati]. Quindi, questa secondo me è una cosa fondamentale: dare strumenti al territorio e poi essere un punto di riferimento. E altra cosa, cos'è la salute? Secondo me manca come riflessione

della gente. Abbiamo lasciato la salute in mano ai medici, l'avete lasciata in mano a noi e questo non va bene. Noi [medici] ce la siamo presa, eh, non l'abbiamo lasciata ai pazienti.

Anzi, diamoci le giuste responsabilità. E quindi oggi fare un'esperienza, quello che proviamo a fare qui anche è un po' dare [un'idea di] cos'è la salute. Proprio cercare di determinarla un po' meglio, capire come affrontarla. [...] Cos'è? Che cos'è la nostra salute? Cosa la determina e come possiamo noi migliorarla, e come dobbiamo pretendere di vivere un bene [comune]? E questo è un po', un po' la sfida secondo me".

Rispetto alla riforma dei servizi territoriali gli attivisti dell'Ambulatorio hanno una percezione in parte positiva e in parte conflittuale. Se da un lato c'è un chiaro riconoscimento dell'importanza di riaprire nei territori nuove infrastrutture di cura, dall'altro il rapporto che l'Ambulatorio intende avere con la rete comunitaria dei servizi territoriali e in generale con il Ssn è conflittuale. Nel territorio esistono molteplici conflitti e non tutti hanno uno scopo distruttivo: la posizione critica degli sportelli è declinata in modo rivendicativo non distruttivo. È mantenuto l'obiettivo strategico non solo di dialogare con il Ssn, ma di indirizzare e orientare gli abitanti del proprio territorio verso il servizio pubblico: il contrario della concorrenza.

Rispetto al territorio, l'idea dell'Ambulatorio è di migliorare il Ssn e i suoi servizi territoriali, ovvero "dare strumenti al territorio e poi essere un punto di riferimento", ma per farlo è necessario lottare contro i problemi che li affliggono e sperimentare nuove forme di cura (Chatzidakis *et al.*, 2021). L'ambulatorio è fuori dallo spazio pubblico, ma le sue cure non intendono sostituire il Ssn, che rimane il riferimento fondamentale e imprescindibile per la salute anche al Quarticciolo.

L'equilibrio tra la sperimentazione autonoma di un differente paradigma di cura e la promozione della sanità pubblica è estremamente delicato, ogni ambulatorio popolare sembra declinare questo equilibrio nel proprio modo personale, stabilendo relazioni in un senso o nell'altro. In ambito geografico e in riferimento allo spazio, l'esistenza di luoghi in tensione tra una proprietà e un valore d'uso pubblico e privato ha portato ad individuare una terza categoria di spazi, gli spazi collettivi (Dumont e Gamberoni, 2020). Sia ambulatori che sportelli popolari, organizzati dal basso senza diretto intervento, proprietà o convenzione con il Ssn (o di altri enti pubblici), si inseriscono pienamente all'interno della categoria degli spazi collettivi, come luoghi dove collettivamente la comunità affronta i propri problemi di salute e lavora per trasformare il modo in cui le cure sono erogate sul proprio territorio. Né lo Sportello Mammuto né l'Ambulatorio popolare di Roma-Est possono, infatti, essere

inquadrati come spazi pubblici, ma la loro vocazione comunitaria unita alla mancanza di interessi privati e ai processi di *commoning* che qui si realizzano li rendono comunque degli spazi profondamente differenti da quelli privati. Posizionati in quest'interstizio liminale tra pubblico e privato, ambulatori e sportelli costituiscono degli esempi di spazi collettivi dove viene plasmata dal basso la cura secondo principi di prossimità e di partecipazione.

Un elemento centrale di questi spazi collettivi, in quanto espressione di *diverse economies* (Gibson-Graham, 2008), è la capacità di mettere in discussione il sistema sociale e lo *status quo*, criticando e contestando qualunque nocività del proprio territorio, sia di natura pubblica che privata. Sportelli e ambulatori per essere popolari devono poter fungere anche da piattaforme di mobilitazione proattiva degli abitanti del quartiere. La partecipazione qui è anche il rivendicare e manifestare per il diritto e l'accesso alla salute o contro le disuguaglianze, per rilanciare una visione del mondo differente e rigenerare la propria società. In questo modo, lo spazio collettivo non si presenta solo come uno spazio di resilienza da sfruttare nelle occasioni di emergenza, come ad esempio durante la sindemia, ma anche come strumento quotidiano di *worldmaking* nel senso di Gibson e Graham (2008).

È ancora Gaia, ricercatrice di antropologia medica e attivista dell'Ambulatorio, a spiegare questa vocazione rivendicativa degli spazi collettivi di cura dal basso, raccontando la vertenza per il vicino Consultorio di Via Manfredonia, di fatto l'unico servizio territoriale del Ssn al Quatticciolo. La capacità trasformativa degli spazi collettivi di cura permette di superare la divisione tra pubblico e privato per immaginare un nuovo paradigma di cura basato sull'esperienza quotidiana vissuta nel proprio territorio e, insieme, sull'immaginazione collettiva di un possibile futuro migliore.

Gaia: “Ma il nostro lavoro cerca anche di avere un'ottica di creazione di conflitto e di rivendicazione, di vertenza rispetto alle mancanze che sono sistemiche all'interno del sistema sanitario nazionale, della sua gestione sia a livello regionale che nazionale.

Abbiamo, sia nell'anno passato che ancora adesso, lavorato contro la chiusura e il ridimensionamento dell'unico presidio di sanità pubblica presente sul territorio che è il Consultorio di via Manfredonia. L'abbiamo fatto con iniziative in piazza e anche con una piccola ricerca che abbiamo somministrato sia in maniera fisica che virtualmente grazie a Google Form. Anche su questo stiamo cercando di intercettare quello che sono le varie forme di lotta e di attivazione presenti in diversi quartieri e quadranti di Roma, con un po' uno slogan che è 'noi vogliamo il consultorio di cui abbiamo bisogno', proprio anche per superare questo ragionamento su cosa c'è da salvare, da lasciare [del servizio]. Cioè, non

abbiamo bisogno solo del consultorio che esiste finora, che è un consultorio che dava solo una serie di prestazioni, per cui l'assemblea dei consultori non era più presente, in cui l'accesso era difficile; ma abbiamo bisogno di reimmaginare anche che cosa sia il consultorio. Inoltre, noi vediamo o almeno dialoghiamo tra di noi sul fatto di proporre una serie di servizi che non sono delle prestazioni. Però – per dire – la questione della psicoterapia, la questione della nutrizione, la questione della ginnastica posturale, cioè sono delle necessità identificate nella prevenzione dall'Oms, ma anche dalle linee nazionali, dai Lea come fondamentali; ma poi sono qualcosa che per le persone povere, le persone senza strumenti in generale sono impossibili da raggiungere. E anche per chi è diciamo ancora piccolo borghese o borghese è possibile accedere solo attraverso le prestazioni private. Cioè, se ti viene diagnosticato il diabete è ovvio che devi andare dal nutrizionista, no? Però, riuscire ad avere questo tipo di prestazione è molto difficile. Quindi, dal nostro punto di vista anche riuscire a costruire delle esperienze come lo sportello di ascolto nutrizionale, lo sportello di ascolto psicologico, la dimensione di prevenzione anche legata allo sport è fondamentale per riuscire poi a entrare in relazione con l'Asl in una dimensione vertenziale per dire: se noi ce l'abbiamo fatta con tre lire e tutte le nostre prestazioni sono gratuite e ad accesso libero a garantire questo servizio, come è possibile che non venga visto come qualcosa di prioritario? Anche perché, se si ragiona tanto sulla prevenzione allora bisogna davvero agire sulla prevenzione territoriale. Cerchiamo di portare queste riflessioni sempre in questo ragionamento che dicevamo prima tra dimensioni di autogestione e dimensioni di vertenzialità o comunque di rappresentazione, in questo momento di mediatizzazione che abbiamo avuto tra Propaganda Live, il Tg 2 e anche a livello di convegno e di momenti istituzionali, per riuscire a porre delle questioni che riteniamo non possano più essere unicamente gestite all'interno del mondo del movimento o della dimensione appunto di attivazione locale. Per questo abbiamo quest'anno anche costruito un primo festival dell'Ambulatorio popolare Roma-Est, *La salute che vorrei*. In cui abbiamo ospitato anche proprio un'assemblea invitando varie realtà come l'Assemblea dei consultori, Villa Tiburtina e sindacati degli infermieri per riuscire a capire insieme come costruire un percorso di vertenzialità”.

Come ricercatore e attivista dello Sportello Mammuto ho partecipato all'assemblea di *La salute che vorrei*, è stato un momento di re-immaginazione dal basso dei servizi e delle pratiche di cura della città di Roma. Certamente, il cammino che conduce ad una vera e propria rivoluzione delle cure è lungo e la distanza culturale e materiale da colmare tra diverse condizioni di salute o benessere è molto ampia, ma avere dei momenti di ragionamento e di

gestione del cambiamento dal basso restituisce una fiducia nei processi di cura e nella sanità. Tali modalità di dibattito aperto al territorio e alle comunità che lo abitano potrebbero rappresentare delle buone pratiche anche nel quadro dell'attuale riforma dei servizi territoriali introdotta con i fondi Pnrr. Questa capacità di includere e fare partecipare le persone in uno spazio prossimo, fisicamente e umanamente, è un elemento saliente delle forme dal basso di medicina di prossimità.

La domanda che rimane insoluta è però se le nuove infrastrutture di comunità finanziate dalla Missione 6 C1 del Pnrr ospiteranno simili processi partecipativi per includere gli abitanti del territorio nella riforma del servizio. Molto spesso nelle politiche partecipative realizzate dalle istituzioni il conflitto è assente, come se la partecipazione fosse un ambito del tutto pacificato e l'inclusione delle comunità e delle persone che abitano il territorio debba per forza rimanere sempre nella forma di una piacevole collaborazione, senza tensioni e opinioni divergenti. Al contrario, il dialogo può avere anche toni duri in una rete comunitaria. Se si intende far partecipare gli utenti del Ssn bisogna attendersi anche una buona dose di critiche aspre, a fronte di una diffusa percezione negativa del servizio pubblico e di ampie disuguaglianze di salute e di accessibilità alle cure. La critica, il conflitto, la vertenzialità e la lotta politica sono elementi che il Ssn dovrebbe tenere in conto per realizzare i processi partecipativi della nuova riforma dei servizi territoriali.

Negli spazi collettivi di ambulatori e sportelli popolari, la partecipazione degli abitanti del territorio utilizza la conflittualità non tanto per distruggere, quanto per innescare un cambiamento. I processi di *commoning*, di riterritorializzazione e di *worldmaking* innescano una trasformazione, creano le basi per una cura differente. Il cambio di paradigma della cura in questo modo si inserisce all'interno del processo di immaginazione e costruzione del mondo post-capitalista basato su *diverse economies* (Gibson-Graham, 2008). Spazi collettivi di cura di prossimità come sportelli e ambulatori popolari sono esempi tangibili di come immaginare la cura in un diverso sistema economico. Questi spazi sono capaci, quindi, di superare i limiti del modello neoliberista di sanità per mezzo di un differente paradigma di cura, basato su processi di *commoning* (Bollier, 2020) e di responsabilizzazione comunitaria della cura. Negli ambulatori e negli sportelli popolari la sostenibilità economica delle attività di cura si fonda prima di tutto sulle risorse comunitarie locali e sulla partecipazione proattiva al processo di cura degli abitanti del territorio, riuscendo così ad evitare che la salute sia trattata come una merce, ovvero che le logiche di profitto (liberiste, capitaliste o neoliberiste che siano) possano surclassare qualunque diritto fondamentale e interesse della collettività. La

partecipazione pone anche questioni di rapporto con le logiche aziendali proprie ormai del sistema di cura (cfr. paragrafo 3.1).

Le infrastrutture pubbliche finanziate dal Pnrr per la riforma dei servizi territoriali del Ssn, e in particolare le Case della Comunità, dovrebbero includere forme di partecipazione, co-progettazione e superamento della divisione tra *caregiver* e *carereceiver*, pertanto, potrebbero realizzare processi di *commoning* attivando risorse comunitarie nuove – che certamente non sono solo o proprio monetarie – come avviene negli spazi collettivi degli ambulatori e degli sportelli popolari. Per farlo avrebbero bisogno però di costruire un’infrastruttura sociale e umana, una rete comunitaria fatta di pratiche, di scambi, rapporti, linguaggi, relazioni, sentimenti ed emozioni (Simone, 2004), non solo una struttura fisica ed edilizia; come in parte lo stesso d.m. 77 prevederebbe in teoria.

Inoltre, a prescindere dal funzionamento effettivo dei processi partecipativi delle nuove infrastrutture di comunità, i servizi territoriali già adesso, prima che la riforma sia pienamente realizzata, incontrano e si relazionano con questi spazi collettivi e comunità. Nello svolgere attività di orientamento e indirizzamento al Ssn, sportelli e ambulatori già spingono verso la creazione di reti comunitarie con il servizio pubblico. Questi spazi collettivi creano l’infrastruttura umana, sociale e comunitaria che si connette di per sé (dal basso) al Ssn, adottando modalità proattive e dal basso di partecipazione. Quindi, le nuove infrastrutture finanziate grazie ai fondi del Pnrr non avranno la possibilità di scegliere se rapportarsi o meno con questi spazi collettivi, ma dovranno capire come farlo. La speranza è che questa ricerca possa, quindi, agevolare tale relazione, offrendo esempi pratici per un possibile cambio di paradigma della cura.

Negli anni Settanta, quando nacque il Ssn pubblico, i servizi territoriali avevano beneficiato della propulsione e delle pratiche sperimentate dal basso nei territori. Il Consultorio pubblico inaugurato nel 1975 dalla legge n. 405 nasceva dall’esperienza dei consultori autogestiti che in tutta Italia aprivano autonomamente (Barone, 2023). Un fenomeno non molto differente da quanto avviene oggi con l’apertura di nuovi spazi collettivi, sportelli e ambulatori popolari. All’epoca il servizio pubblico fu abbastanza audace da fare proprie le pratiche di cura che spontaneamente erano nate nei territori dalle rivendicazioni sociali, politiche, dalle speranze, dai bisogni e dai desideri delle donne e libere soggettività che animavano i consultori (Barone, 2023). Mentre ancora non è chiaro che tipo di relazione si possa realizzare con l’attuale riforma dei servizi territoriali finanziata con i fondi del Pnrr. Vedremo se il servizio

pubblico riuscirà a fare tesoro delle buone pratiche sperimentate da sportelli e ambulatori popolati dopo la sindemia.

In aziende che servono oltre un milione di persone e in distretti da centinaia di migliaia la cura si declina a livello di grandi numeri aggregati e non sul livello prossimo alla persona umana, al singolo utente del Ssn. Il bisogno di ridurre le distanze, di avvicinare il servizio alle persone è enorme. Le buone pratiche sperimentate da sportelli e ambulatori potrebbero aiutare i processi partecipativi e i tentativi di realizzare delle reti comunitarie attorno ai servizi territoriali, in una logica di prossimità. Nei consultori autogestiti c'era una chiarissima logica territoriale di prossimità, così come il distretto sanitario immaginato da Maccacaro (1972) negli anni Settanta si basava su dimensioni di scala geografica molto più ridotta. Dare centralità alle iniziative locali nate dal basso e, in generale, alla dimensione locale consente di sviluppare più facilmente rapporti di prossimità con il territorio e le comunità che lo abitano, per realizzare effettive forme di partecipazione democratica per la salute (Maccacaro, 1972; 1979).

In conclusione, sportelli e ambulatori popolari nel generare un nuovo paradigma di cura (e quindi, in senso lato, un nuovo mondo) recuperano un precedente patrimonio di pratiche e di idee, di cui ad esempio il consultorio è espressione, che era stato fondamentale per la nascita del Ssn. Un patrimonio che oggi dopo la sindemia e nel mezzo della riforma dei servizi territoriali costituisce un'importante risorsa per fare rinascere il Ssn e per dare sostanza agli intenti riformativi e partecipativi della Missione 6 C1 del Pnrr e del d.m. 77.

6. – All'interno di un caso emblematico: Villa Tiburtina e lo Sportello Mammuto

La storia di Villa Tiburtina è particolarmente iconica per comprendere come nel territorio esistano (specialmente dopo la sindemia) risorse, spazi, comunità e buone pratiche per implementare le cure sui territori dal basso, per migliorare il modo in cui la salute e il servizio pubblico si declinano sul territorio. Dall'analisi del caso di Villa Tiburtina si possono trarre conclusioni preliminari su quali siano le modalità di integrazione e partecipazione delle comunità e delle risorse locali nei servizi territoriali del Ssn, osservando le richieste e le pratiche di chi spontaneamente supporta la riapertura di una Casa della Comunità.

Villa Tiburtina rappresenta un intreccio diretto tra forme di autorganizzazione spontanea post-sindemica e riforma dei servizi territoriali e della medicina di prossimità inaugurata dalla Missione 6 C1 del Pnrr. Nella trasformazione del presidio sanitario abbandonato di Villa Tiburtina ritroviamo insieme azione dall'alto e azione dal basso. Qui formale e informale si incontrano perché la riapertura dello spazio abbandonato avviene (dall'alto) per mezzo di fondi pubblici e di un intervento istituzionale, ma nulla sarebbe stato possibile senza la caparbia e la resilienza degli abitanti del territorio che per primi si sono attivati (dal basso) chiedendo la riapertura del proprio presidio di salute.

Dopo aver svolto per anni un ruolo come punto di riferimento e di unico accesso al Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) per il quartiere di Rebibbia, Villa Tiburtina ha progressivamente perso gran parte dei propri servizi di medicina specialistica fino ad essere chiusa nel 2012. Ma grazie anche all'attenzione suscitata dalla campagna Riapriamo Villa Tiburtina, si è riuscita ad ottenere una riapertura della struttura entro il 2026 come Casa della Comunità (Vallerani, 2022a), all'interno della Missione 6 C1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Dal 2022 ad oggi ho seguito la vicenda di Villa Tiburtina in prima persona. Una volta terminato il periodo del *lockdown* e del distanziamento sociale – quando ormai l'emergenza Covid aveva iniziato scemare anche grazie alla diffusione del vaccino – il Comitato Mammuto, cui mi ero unito nella distribuzione di beni di prima necessità, ha deciso di concentrare le proprie energie verso la struttura abbandonata di Villa Tiburtina.

Da allora sono passati tre anni e per la riapertura di Villa Tiburtina sono state realizzate svariate iniziative, in quello che può essere definito un insieme multiforme di pratiche

proattive organizzate dal basso. Per tutti e tre gli anni ho seguito la vicenda in prima persona, partecipando alle azioni di protesta e a quelle di cura, facendo informazione e ricerca, ma soprattutto contribuendo alla vita dello Sportello Mammuto, il luogo di attivazione e di cura nato all'interno della campagna per la riapertura di Villa Tiburtina nel 2022. Così, tutti – o quasi – i martedì ho partecipato come operatore allo sportello, cercando di partecipare al processo di cura sbocciato spontaneamente a Rebibbia.

Il paesaggio dell'Agro romano ha caratterizzato per secoli il territorio di Rebibbia e Casal de' Pazzi nella città di Roma. Grazie alle rivendicazioni degli abitanti (Pasqualetti, 2020) una parte dell'agro è stata tutelata e sottratta alla speculazione edilizia e all'*urban sprawl* che dagli anni Settanta ha caratterizzato la zona, con l'istituzione delle aree verdi e delle riserve della Valle dell'Aniene prima e poi con la presenza di numerosi comitati, associazioni e movimenti locali.

L'urbanizzazione dell'area ha avuto inizio nei primi del Novecento, seguendo diverse fasi di sviluppo (sebbene le forme di costruzione spesso abusive e spontanee complichino non poco la datazione): intorno agli anni Trenta erano già presenti le borgate di Ponte Mammolo e Rebibbia (Insolera e Berdini, 2011, p. 161). Nel 1962 venne ultimata dall'Ina-Casa la costruzione di circa tremila vani per il quartiere di Ponte Mammolo (Insolera e Berdini, 2011, p. 202); infine, a partire dagli anni Settanta si è verificata una fase di massiccia espansione urbana dell'area, prima con la definitiva inaugurazione del carcere di Rebibbia, poi con l'industrializzazione della Tiburtina, prevista già dal progetto del Sistema direzionale orientale e in parte tradotta nella cosiddetta "Tiburtina Valley" (Scarpelli, 1989; Romagnoli, 1991).

Oggi, i quartieri di Ponte Mammolo, Rebibbia e Casal de' Pazzi, al capolinea della metro B, rappresentano dei territori multiculturali della città, dove ampie comunità migranti, specie dal Bangladesh, dalla Romania e dal Perù, abitano insieme ai lavoratori del carcere e a quelli delle industrie e delle aziende della Tiburtina.

La conoscenza del territorio e la sua inclusione attraverso processi partecipativi dovrebbero essere alla base della realizzazione della rete di strutture di "Comunità". Sono infatti previsti processi partecipativi, in teoria, sia nel Pnrr che nel regolamento del Lazio; eppure, fino ad adesso a Rebibbia da parte delle istituzioni competenti non c'è stata alcuna traccia di concrete forme di progettazione partecipata o di processi di inclusione della comunità nella riapertura della CdC. In assenza di una reale volontà politica a livello nazionale e regionale, la spinta

verso la costruzione di un'effettiva rete territoriale di prossimità non può che partire dal basso, dalle comunità stesse.

In aggiunta al presente capitolo in Appendice B è riportato per intero il documento prodotto dal basso per la CdC di Villa Tiburtina, frutto insieme della partecipazione comunitaria locale e delle indagini autorganizzate in forma partecipata e proattiva.

La ricerca condotta a Villa Tiburtina, collaborando con gli abitanti del territorio, ha voluto dimostrare come attivare – anche attraverso le pratiche di ricerca – un processo di *awareness* ed *empowerment* della comunità locale.

6.1. – Il lavoro sul terreno a Rebibbia

Nel continuo sforzo di comprensione – e autocomprensione – del territorio, le esperienze di attivazione e di indagine autorganizzate per Villa Tiburtina hanno rappresentato un modello di come mettere davvero al centro la “Comunità”.

In un'ottica di PAR la ricerca, che è stata condotta collaborando con lo Sportello Mammuto e gli abitanti del territorio di Rebibbia, non è rilevante solo per i dati che riesce a portare all'attenzione, ma anche come concreta forma di lotta sociale.

6.1.1. – Il rapporto complesso tra una (futura) CdC e il territorio

Maria è certamente una delle voci più preziose che ho avuto modo di ascoltare durante il lavoro sul terreno a Rebibbia, per la ricerca la sua testimonianza è stata fondamentale per tanti motivi, anche umani. In primo luogo, lei abita da oltre cinquant'anni esattamente di fronte all'edificio di Villa Tiburtina, in una casa dove sono stato calorosamente accolto per realizzare la nostra lunga e intensa intervista in profondità.

Inoltre, Maria è stata una delle persone che più spesso si sono rivolte allo Sportello sociosanitario Mammuto nell'arco dei tre anni in cui ho svolto la mia ricerca-azione partecipata, sviluppando nel tempo una relazione di fiducia e amicizia. Come anziana fragile, affetta da multimorbilità rappresenta il paziente tipo (*carereceiver*) delle Linee guida regionali del Lazio per le CdC, e invece Maria arriva allo sportello come *caregiver* del marito. È lei a

prendersi cura della casa e del nucleo familiare. In difficoltà cerca nello Sportello qualcuno che possa per una volta prendersi cura di lei e aiutarla con i suoi problemi.

Maria conosce bene il quartiere, per questo le chiedo che cosa ricorda di Villa Tiburtina.

Maria: “Molte richieste io le [visite le] facevo lì a Villa Tiburtina. Però non funzionava più come clinica, ormai funzionava come Asl. Quindi, tante cose le andavo a fare lì, per esempio anche la cura dei denti abbiamo fatto, le lastre le facevamo lì. Io ero allergica. [...] Poi avevamo scoperto che c’era su in alto, là dove facevano le malattie respiratorie, dove c’era la cosa delle allergie che io mi sono fatta. Io, essendo allergica, ho fatto diverse ricerche per le allergie sempre qui a Villa Tiburtina. E quindi poi le lastre, tutte queste cose le facevamo qui addirittura. Vabbè, tante cose facevamo e abbiamo fatto qui. Pure i ragazzi io li portavo a fare la spirometria lassù, su in alto all’ultimo piano. Insomma, anche i ragazzi li curavo lì. Facevo le richieste, facevo le cose se c’era qualche medico particolare per loro”.

Intervistatore: “Era, diciamo, il luogo vicino dove ti curavi?”.

Maria: “Sì, meraviglioso. Cioè, era... avevamo, come dire, il benessere vicino casa! E quando poi ce l’hanno tolto è stato un trauma, guarda, un trauma. E poi sono peggiorate pure le cose. Ecco, Dario che era allergico come me lo curavo qua sotto [a Villa Tiburtina], il mio ultimo figlio. Anche lui c’aveva parecchie intolleranze, addirittura c’ha avuto uno *shock* anafilattico”.

Come emerge dai ricordi di Maria, Villa Tiburtina porta con sé un trauma, una ferita: la sua chiusura ha segnato, inevitabilmente, una perdita dei legami territoriali instaurati dal Ssn con il quartiere di Rebibbia. Questa componente affettiva gioca un ruolo importante nella costruzione della nuova Casa della Comunità, c’è un passato pregresso e ci sono aspettative che hanno bisogno di essere considerate per un’efficace costruzione di una rete di comunità. È importante considerare insomma che la Missione 6 C1 qui come nella quasi totalità delle CdC del Lazio finanzia una riapertura, che è qualcosa di differente da una normale apertura perché comporta ricordi, traumi, aspettative e speranze della comunità locale, perlomeno quella che storicamente ha abitato il quartiere e vissuto le cure del precedente presidio territoriale della Asl.

Questa perdita (la chiusura e l’abbandono di Villa Tiburtina) è stata poi anche un forte motore della spinta trasformativa che dopo il Covid ha attraversato il quartiere e dato vita

ad un'ampia mobilitazione per la riapertura di Villa Tiburtina (Pasqualetti *et al.*, 2023). La memoria collettiva del passato in cui Villa Tiburtina rappresentava un centro per la salute del quartiere ha mantenuto vivo nel tempo il desiderio comunitario di riaprirla. Dopo il Covid, quando grazie al Pnrr si è presentata l'occasione per un rifinanziamento della sanità, nel quartiere molte persone hanno iniziato ad attivarsi per chiedere la riapertura di quella struttura ormai da tempo abbandonata, ma di cui era ancora vivo il ricordo.

Le persone intervistate abbastanza anziane da avere memoria di Villa Tiburtina aperta condividono una piccola ferita: la perdita di un punto di riferimento nel territorio importante per la propria cura. E al contempo condividono il desiderio di vedere quella infrastruttura riaprire. Anche Salvo, un altro degli intervistati, infatti, ricorda del servizio di cura che questo luogo un tempo centrale per la vita del quartiere svolgeva.

Salvo: “Poi anche Villa Tiburtina ne ho usufruito quando ai tempi... perché abito su via Casale dei Pazzi, quindi, dalle mie finestre vedo Villa Tiburtina che mi è stata anche molto utile... ho fatto anche lì dei controlli quando ero più giovane perché avevo difficoltà, avevo proprio dei problemi ai piedi, perché camminavo tanto lavorando in albergo e tutto. E mi avevano curato bene e spero che rinasca anche per una medicina del quartiere, per potere usufruire di qualcosa ecco”.

Altra abitante del quartiere che ricorda con affetto l'unica infrastruttura pubblica sanitaria presente a Rebibbia è Miranda, una signora allegra e piena di vita che da poco ha compiuto novant'anni, cresciuta a Piazza Bologna e venuta a Rebibbia per mettere su una famiglia qui in questo quartiere.

Intervistatore: “Conosci Villa Tiburtina? Com'era quando sei arrivata qua? Immagino fosse aperta”.

Miranda: “Ah, sì, infatti mi sono trovata molto bene quando sono venuta qua, perché dato che né io né mio marito né le mie figlie fumiamo, invece, sotto dove noi abitiamo c'era una famiglia che fumavano tutti, erano cinque o sei figli, più moglie e marito. Si mettevano tutti là in tiro, fumavano e il fumo veniva tutto su. E noi non fumando non respiravamo quel puzzo. D'estate non potevamo essere qua dietro... A un certo punto ci è venuta questa cosa che non respiravamo e mi sono rivolta lì a Villa Tiburtina, dove ci hanno curato benissimo! Ci hanno fatto soffiare dentro i palloncini, comunque ci hanno guarito”.

Fino agli anni Novanta, Villa Tiburtina era una struttura del tutto funzionante, molto apprezzata dagli abitanti di Rebibbia, come confermano in modo unanime le interviste realizzate. Tra queste c'è anche quella a Sandro, nato e cresciuto nel quartiere di Rebibbia.

Sandro: “Vabbè, Villa Tiburtina no, era centralissima, tanto bacino di utenza di tanti quartieri in zona. Quindi, funzionava bene. Infatti, non ho capito [perché è stata chiusa]... vabbè, quelli sono stati i famosi tagli della sanità che hanno fatto in età antica diciamo Prodi e insomma anni Novanta. E hanno deciso subito di...”.

Intervistatore: “E quindi tu, Villa Tiburtina, ti è mai capitato di averci accesso? E se sì racconta un po' l'esperienza”.

Stefano: “Sì, sì, sì. A ortopedia m'hanno fatto la lastra all'avambraccio che c'avevo fratturato fin da piccolo e allora abbiamo fatto la visita con tutta la documentazione che mi serviva. E poi ho fatto, invece, il vaccino allergico contro gli acari della polvere, sempre a pneumologia, sempre lì a Villa Tiburtina. Però parliamo di, insomma, gli anni che furono. Poco prima che chiudesse, anni Novanta”.

Anche Licia, che invece abita da poco in quartiere e aiuta lo Sportello come volontaria, ricorda quando Villa Tiburtina era aperta e anche per questo ha scelto di attivarsi e dare il proprio contributo.

Licia: “Mi ci sono avvicinata a Villa Tiburtina, forse una ventina di anni fa, forse anche prima, perché sia mio figlio che mia figlia li ho portati a fare dei controlli per i denti e me la ricordo [come] un posto vivo, un posto, un posto che me lo ricordo vitale. Insomma, c'era un movimento. C'era, poi dopo ho saputo... poi vabbè, poi non ci sono più andata, sono sincera. Però arrivata qua e quando facevamo il volantinaggio sentivo delle persone del quartiere che dicevano eh ma io lì c'ho curato mia figlia, lì c'ho avuto visite importanti per la pneumologia. Era un posto importante, insomma, efficiente, molto efficiente. Quindi poi se lo riaprono questa cosa è una cosa importantissima. Insomma, sembra che con questo impegno che ci hanno messo tutti i ragazzi che stanno qui [al Mammut] hanno fatto delle cose straordinarie e insomma alla fine un po' tutti si sono impegnati, insomma si riaprirà questa [struttura] e sembrerebbe anche a breve”.

Quel ricordo felice di Villa Tiburtina prima che chiudesse si traduce, oggi, a fronte dell'imminente riapertura, in grandi speranze, aspettative e desideri. L'ultima domanda, nelle interviste semistruzzurate realizzate con gli abitanti del quartiere, ha voluto indagare proprio

questo aspetto: le persone che vivono a Rebibbia come immaginano la futura Villa Tiburtina e come desidererebbero riaprisse?

Intervistatore: “E allora saltiamo all’ultima domanda, come dovrebbe essere per voi Villa Tiburtina? Come la vorreste?”

Giacomo: “La Villa Tiburtina dei sogni? Beh, io la vorrei come un presidio sanitario di quartiere, a me mi piacerebbe vederci pure i medici di famiglia lì. Cioè, senza sti poliambulatori, lì c’è il medico, accanto c’ha il cardiologo che se stai male te fa subito l’elettrocardiogramma, per dire no? E quindi tutto un po’ raggruppato, vicino. Mi piacerebbe tipo un piccolo ospedale di quartiere, ecco. Villa Tiburtina dei sogni, sì. Anche con il più piccolo pronto soccorso che si possa fare. Un piccolo pronto soccorso pure ci metterei a via Tiburtina, almeno per le cose più urgenti”.

Desideri e aspettative sono importanti per rendere un’infrastruttura qualunque un vero luogo di prossimità e di comunità partecipato, perché si tratta di creare un legame col territorio che è anche affettivo e poggia su una relazione di fiducia. Chiaramente, però, non tutti i desideri possono essere esauditi: è molto difficile che Villa Tiburtina possa ospitare al proprio interno un piccolo pronto soccorso. Altri desideri e aspettative, invece, non solo dovrebbero essere esauditi, ma presi come parametri di riferimento per un’autentica metamorfosi delle cure in questo territorio.

Come emerge dai desideri di Maria, a volte sono i piccoli gesti quotidiani, le attenzioni e, in una parola, l’umanità a fare la differenza.

Intervistatore: “Va bene, allora, l’ultima domanda è: perché sperare in una riapertura di Villa Tiburtina? E come la vorresti?”

Maria: “Eh, pressappoco come prima, insomma. Anzi meglio, perché siamo in tempi [nuovi], come dire, qualche cosa sarà pure migliorato nella sanità, no? Quindi, averla più disponibile, più attenta ai pazienti, senza opposizioni, ascoltando anche le persone anziane, perché molto spesso non vengono ascoltate. Soprattutto avere attenzione delle persone malate. E cioè queste cose: un po’ di umanità, quello! Perché ce n’è poca, insomma. Cioè, visto che devono riaprire e avere una cosa nuova, che sia nuova in tutte le cose: nella disponibilità, nell’attenzione, nell’umanità”.

Aspettative e desideri stimolano l'immaginazione di una Villa Tiburtina veramente vicina alle persone, un luogo di prossimità non solo in senso metrico, ma anche in termini di vicinanza affettiva e sociale, in termini di rapporti umani. Questi aspetti immateriali di un'infrastruttura non dovrebbero essere considerati troppo astratti e distanti dalla realtà, ma come aspetti essenziali nella costruzione di un rapporto e di un legame di prossimità tra servizio e comunità locali.

6.1.2. – Affrontare insieme i problemi della distanza

Ci sono aspetti immateriali che in nessun modo possono essere considerati astratti, è il caso delle dinamiche e dei processi del Ssn che sul territorio non funzionano, ovvero i problemi che quotidianamente le persone affrontano nell'accesso al Ssn. I bisogni di salute, che la CdC dovrebbe analizzare e stratificare secondo il d.m. 77, sono legati sia a desideri ed aspettative più o meno astratte che a concreti problemi e ostacoli che gli utenti del servizio incontrano quotidianamente nell'accesso al Ssn. Nell'analisi dei bisogni di una comunità, bisogna, dunque, tenere in conto entrambi gli aspetti (sia i desideri che i problemi) per riformare in modo autentico i servizi territoriali e le cure che vengono erogate in un quartiere.

Villa Tiburtina, una volta riaperta, dovrà affrontare diversi ostacoli per diventare il servizio territoriale della Asl che il quartiere desidera e necessita, cercando di risolvere i problemi concreti e quotidiani che ogni giorno bloccano le liste d'attesa o rendono inefficace la presa in carico, allontanando o addirittura respingendo le persone dal servizio pubblico. Sono molti i problemi di accessibilità alle cure del Ssn che gli abitanti del quartiere percepiscono, problemi che emergono chiaramente anche nel corso delle interviste realizzate durante la ricerca sul terreno.

Le interviste e i focus group, quindi, si sono soffermate a lungo su desideri e problemi vissuti dagli abitanti al quartiere nell'accesso al servizio pubblico, in modo da capire quali aspettative investono la riapertura di Villa Tiburtina. Un problema molto ricorrente è quello della distanza, non solo fisica e spaziale, ma anche temporale: i lunghi tempi delle liste d'attesa rendono più problematico l'accesso alle cure del Ssn.

Giacomo: "Il Cup ogni volta che lo chiami aspetti le ore, e quindi dopo che aspetti metti l'opzione che ti richiamano loro. L'opzione che ti richiamano loro funziona, però loro ti chiamano a qualsiasi ora. Spesso puoi pure non sentire la telefonata, capita che non la

senti... Insomma, non mi sembra proprio una cosa troppo corretta per poter prendere appuntamento per una visita, ma comunque a volte è successo che ci siamo sentiti con ReCup. E il ReCup, a differenza della Asl di competenza tua di dove abiti, il ReCup da quello che ho capito ti può trovare la visita in tutta la Regione. Cioè, se ti dice di andare a Viterbo a fare una visita – a Viterbo! – Che magari è quella più vicina alla data della ricetta, perché entro la priorità [segnata sulla ricetta medica] ti dicono di andare a Viterbo e tu gli dici: ma io come faccio a andare a Viterbo? Cioè, pure questo ReCup c’ha dei problemi”.

Intervistatore: “E come fai in questi casi?”.

Giacomo: “Eh, non la fai la visita, perché se devi andare a Viterbo uno come ce va? Cioè, io ci potrei pure andare, c’ho la macchina a gas, posso spendere solo dieci euro, ma ci metti un’ora per andare, un’ora per tornare. Ma immagina le persone più anziane che magari non c’hanno la macchina, quante difficoltà per altra gente. Quindi sto ReCup a me non mi ha mai funzionato. Preferisco andare quando devo prenotare le visite direttamente al Pertini, al Cup del Pertini. E lì, comunque sia vedono gli appuntamenti prima al Pertini se ci sono, ma poi guardano tutta la Asl Roma 2 – che da quello che ho capito è enorme, prende quasi un terzo di Roma. E quindi lì ti possono mandare. Io sono andato a fare una visita pneumologica a [Borgata] Finocchio, proprio lontanissimo, per fortuna col motorino prendi e ce vai, però è difficile trovarle [le visite], se ti vuoi curare e vuoi fare una visita, è difficile trovarla vicino casa. E se tu pensi che c’era Villa Tiburtina e che ce l’avevamo sotto casa, dove ci potevi andare proprio a piedi... un po’ te rode, non c’è niente da fa”.

Intervistatore: “Ma infatti tu andavi al Pertini perché il Cup del Pertini era il più vicino di Cup o perché avevi un rapporto con quello del Pertini e ti fidavi? Insomma, come mai?”.

Giacomo: “Andavo al Pertini perché è l’ospedale più vicino, dove potevano fare più visite possibili. Almeno da quello che penso io se tu vai lì per fare una visita, loro le faranno quasi tutte no? Cioè c’hanno dal pneumologico al cardiaco, c’hanno tutto al Pertini, andavo lì per quello”.

Nell’accesso ai servizi, i problemi legati alla distanza – e quindi anche alla prossimità – sono molteplici. Non solo è un evidente problema di prossimità raggiungere una visita a Viterbo, come racconta Giacomo, ma lo è anche scegliere e recarsi in un luogo dove prenotare. Per accedere al servizio pubblico spesso (eccetto nei pronto soccorso e in poche altre eccezioni) è necessario prenotare la visita o la prestazione richiesta. In questa fase di prenotazione si

dispiegano diversi problemi legati alla distanza: nel caso in cui l'utente preferisca prenotare di persona, come nella precedente intervista viene raccontato (anziché prenotare telefonicamente o con strumenti da remoto), la distanza che può limitare l'accesso al servizio pubblico è anche quella dagli sportelli dove prenotare. Raccogliere, analizzare e conoscere questo tipo di problemi è fondamentale per il futuro delle CdC, perché è a queste infrastrutture che gli utenti del servizio spesso si rivolgeranno a fronte della presenza obbligatoria di un Pua e di diversi sportelli e servizi amministrativi della Asl.

Il problema della distanza dei servizi dagli utenti è nevralgico sia sul piano temporale che su quello spaziale. Un cambio di paradigma delle cure improntato alla medicina di prossimità dovrebbe, in teoria, proprio cercare di ridurre questa distanza e non solo a livello geografico-spaziale. La speranza è che la riapertura di Villa Tiburtina possa ridurre questa distanza, mentre al momento molti abitanti del quartiere, in mancanza di un luogo di prossimità, sono costretti a rivolgere tutti i propri bisogni di cura all'ospedale più vicino, alimentando quell'ospedalocentrismo che costituisce un problema atavico del Ssn (Maffei, 2023).

Inoltre, è evidente che la distanza colpisca di più alcuni gruppi di persone, creando delle palesi differenze intersezionali. Sono gli anziani e le persone impossibilitate a muoversi o senza un mezzo proprio a subire le conseguenze più gravi della distanza tra territorio e servizio pubblico. La novantenne Miranda, infatti, individua subito la distanza come il principale problema del Ssn.

Intervistatore: “Quali sono i problemi che trovi nell'accedere ai servizi sanitari?”.

Miranda: “Ah, i problemi adesso, dato che siamo diventati diciamo vecchi, non possiamo andare ad un appuntamento lontano. Perché noi, qui a Roma, abbiamo le figlie che sono tutte sposate e tutte fuori Roma. Nessuno è rimasto a Roma. E noi stiamo a diventà vecchi, anch'io tra sei giorni faccio novant'anni. Mio marito pure c'ha novant'anni e andare lontano ci rimane un po' difficoltoso, perché anche lui porta ancora la macchina, però la può portare giusto quest'anno, ma non però andando lontano perché sta soffrendo un po' di memoria mio marito. E allora ci rimane difficoltoso, allora dobbiamo chiamare una figlia o l'altra, però loro lavorano, devono chiedere il permesso dove lavorano, hanno i figli che devono portare a scuola, insomma... Cerchiamo da non disturbare tanto, perché anche loro basta che noi gli diciamo un problema che abbiamo e fanno i salti mortali, arrivano, insomma ci aiutano con la macchina, ci accompagnano, però non si può fare così, perché loro anche hanno una famiglia, hanno i figli, hanno i problemi loro. Perciò se è lontano, a

noi ci crea proprio una difficoltà incredibile. Infatti, prego a Dio, speriamo che sta Villa Tiburtina la fanno, perché qui ormai è diventato un ambiente vecchio, di persone anziane qui ce ne stanno tante. Quando noi siamo venuti era tutto un ambiente giovane, eravamo tutti giovani, tutti con i bambini, ma adesso sono diventati quasi tutti anziani. Qui abbiamo proprio il bisogno, perché mica possiamo sempre chiedere i favori ai figli, i figli hanno pure la loro vita. Questo. Vedo che stanno facendo i lavori [a Villa Tiburtina] e speriamo che tu vai lì... Sicuramente per gli esami del sangue, perché noi ogni tanto dobbiamo fare gli esami del sangue. Se vogliamo vivere un po' di più ci dobbiamo curà. Io voglio vivere un po' di più, ahaha! Non mi importa che c'ho novant'anni, che sia oggi o domani che non ce so' più, quando passeranno leggeranno Miranda morta a novant'anni, me passano davanti mi dicono va be' lei c'aveva novant'anni... Ao! E che è? Novant'anni io mi sento giovane, io non voglio morì. C'ho ancora un mucchio di problemi, un mucchio di idee, anche che... delle volte mi viene un po' d'angoscia perché mi vengono delle idee e poi dico, beh, ma come faccio a fare? Per quanti anni posso campare? Allora me si smorzano [le idee]”.

In queste poche righe escono fuori le emozioni, i sentimenti e le paure legate alla cura, tra cui ovviamente anche quella per la morte. Quello che potrebbe sembrare un problema tecnico, puramente logistico, la distanza, in realtà è un problema anche di affetti e legami personali o comunitari. Il problema della distanza dei servizi si inserisce nel pieno di quella microfisica quotidiana (Macpherson, 2010) che è rappresentata non solo dalla mobilità, ma anche da legami affettivi, familiari e personali. La distanza scatena molteplici discorsi: non volere gravare sulla famiglia, non voler chiedere aiuto e, infine, non volere morire. Una riforma delle cure improntata alla medicina di prossimità e alla *One Health* deve considerare ciascuna di queste paure e farsene carico, anche se non è in grado di risolverle.

Il problema della distanza – non solo spaziale e geografica, ma anche affettiva – del Ssn rispetto al territorio e alle comunità che lo abitano compare in molte delle interviste realizzate a Rebibbia. Il racconto di Salvo è un esempio di questa distanza non solo fisica e spaziale. Nel suo caso la distanza delle cure è soprattutto culturale e affettiva, perché il servizio pubblico non è riuscito a farsi carico della sua persona e dei suoi bisogni, facendo prevalere le logiche aziendalistiche e i tecnicismi sull'umanità, la comprensione e la compartecipazione nelle cure.

Intervistatore: “Ci puoi raccontare quali sono i problemi quindi della sanità oggi e, invece, quali i desideri per cambiarla un po'?”.

Salvo: “La sanità, per cambiarla, bisognerebbe cambiarla... perché purtroppo si investe in tante cose, si aiuta tanto anche nel dispendio, negli armamenti, quando poi dopo abbiamo i dottori che sono poco pagati, gli infermieri che sono poco pagati. Io sono stato in ospedale al Pertini dieci giorni per un'emorragia, però anche lì vedevo che ero in questo grande stanzone che insomma non è che si era abbandonati, loro erano indaffarati, correvano a destra e a sinistra. Però voglio dire quando poi mi hanno detto, faccio un esempio, mi hanno detto, purtroppo non c'è posto in neurologia, la mandiamo a Villa Flavia – una cosa del genere – perché dice almeno lì la curano meglio di come la curiamo qua. Ho detto va bene, hanno chiamato l'autoambulanza, arrivo là, la caposala... Ecco anche lì sono stato gentile, però era veramente era da... Mi ha detto che è venuto a fare qua? Dico, guardi che sono venuto con l'autoambulanza mica son venuto a piedi, perché era verso Torre Maura che è distantissimo dal Pertini. [Risponde la caposala] Cosa è venuto a fare? Dico, guardi che mi hanno detto che qui mi avreste... [ancora la caposala] Ma qui non c'è urologia. Dico, allora rimandatemi dove? Ah no no, dice [la caposala], guardi adesso lei sta qui, le faremo dei lavaggi, delle cose, le faremo quello che dobbiamo fare, darle gli antibiotici e il cortisone, però guardi che se continuano le emorragie noi siamo costretti a metterlo a livello regionale dove la mandano lei deve andare. Questa è la situazione, un po' così. Però ecco i soldi, secondo me, vengono buttati in tante altre cose, aiuti di qua, aiuti di là, armi di qua, armi di là, vediamo come stanno andando le cose”.

Oltre alla distanza puramente spaziale e metrica, un altro problema ricorrente delle cure del Ssn di cui la riforma dei servizi territoriali si dovrebbe preoccupare è l'informazione. Nella CdC, infatti, la costituzione di una rete comunitaria dovrebbe avere anche lo scopo di informare, orientare e assistere gli abitanti del territorio, agevolando il confronto, il dialogo e lo scambio di informazioni tra utenti e servizi con lo scopo di migliorare la qualità delle cure, anche segnalando eventuali disservizi.

In occasione di un incontro tra lo Sportello Mammuto e la direzione del IV Distretto della Asl Roma 2, è emerso con forza il problema dell'informazione in relazione alla pubblicizzazione sul sito della Asl degli orari e dei servizi offerti dal Consultorio. In questa occasione, sono stati gli abitanti e *care receivers* del territorio, guidati dagli attivisti del Mammuto, a mostrare alla direzione che gli orari e i servizi mostrati sul sito fossero tutti sbagliati, come la stessa responsabile dei consultori aveva precedentemente ammesso.

Nonostante fosse pervenuta la richiesta di correggere gli orari e i servizi tramite una mail inviata dallo Sportello Mammuto, gli orari erano rimasti – e purtroppo rimangono ancora oggi

– sbagliati. Dalle note sul campo prese durante questo incontro, a cui ho partecipato come operatore dello Sportello Mammuto, è emersa la confusione della Asl nella gestione dei servizi territoriali. *In primis*, la comunicazione è scarsa. Infatti, la direzione distrettuale non era al corrente del problema nonostante la segnalazione del disservizio da parte degli abitanti del quartiere e nonostante la responsabile dei Consultori fosse, invece, consapevole e a conoscenza degli errori del sito. Comunque, il problema è rimasto e rimane ancora oggi irrisolto. La partecipazione comunitaria nelle CdC dovrebbe avere lo scopo di eliminare (o ridurre) anche questo tipo di problemi legati all'informazione.

La medicina di prossimità richiede un cambio di paradigma (Ingrosso, 2024), di fronte a una simile *impasse* non è sufficiente rispondere che la mancata comunicazione e diffusione dell'informazione sia stata una dimenticanza, nonostante sia vero che la direzione distrettuale e la Asl si sobbarchino una mole di lavoro enorme. In ogni caso, il problema della distanza e delle dimensioni enormi del territorio di una Asl o di un Distretto è un tema che accomuna sia pazienti che operatori del Ssn.

Per migliorare il servizio pubblico, comunque, è importante considerare le condizioni di lavoro degli operatori del Ssn. Sul taccuino che accompagna le mie ricerche sul terreno mi sono segnato una risposta iconica che ci viene data dalla direzione del Distretto durante l'incontro con lo Sportello Mammuto: “guardi noi siamo veramente pochi per la mole di lavoro che ogni giorno facciamo, le assicuro che siamo veramente pochi e facciamo una mole di lavoro che Dio solo lo sa, scusateci ma lui dice che c'è un problema di comunicazione, ma la Asl è enorme e noi siamo quattro cristiani”.

I problemi che la riforma dei servizi territoriali deve affrontare non riguardano solo gli abitanti del quartiere, le stesse criticità che vivono gli abitanti si riflettono anche sul lavoro dei dipendenti del Ssn, i quali devono affrontare una mole di lavoro enorme senza avere sufficienti risorse. Questa condizione è frutto della pesante eredità di una stagione di tagli alla sanità selvaggia e indiscriminata (cfr. 3.1), la stessa stagione in cui ha chiuso anche Villa Tiburtina, una stagione che nel tempo ha messo in ginocchio il servizio pubblico (Giorgi, 2024). Sono queste le sfide che la riforma dei servizi territoriali deve affrontare se vuole davvero migliorare la qualità delle cure, mettendo *caregivers* e *carericever* non uno contro l'altro, ma insieme. La distanza da colmare è anche questa, quella tra il personale sociosanitario che sarebbe necessario per la piena operatività del Ssn e l'effettivo numero esiguo di dipendenti. Una distanza che la partecipazione comunitaria, fondata su un dialogo costante e aperto, può contribuire a ridurre.

Invece, proseguendo con l'analisi delle interviste e dei problemi di accesso al Ssn incontrati dallo Sportello, chi di problemi ne ha fronteggiati davvero tanti è ancora una volta Maria, che nel suo strenuo lavoro di cura del marito disabile ha dovuto affrontare non solo gli ostacoli di una grave condizione di salute, ma anche le prove titaniche e le assurde difficoltà burocratiche del Ssn. Problemi che bisogna imparare a conoscere e riconoscere, se si vuole davvero migliorare la qualità delle cure nei territori. Dopo tante tribolazioni, Maria era riuscita ad attivare il servizio di assistenza domiciliare (Cad) per il marito, che ormai non era più autonomo e autosufficiente. Questo servizio di cura sociosanitaria, che dovrebbe trovare nelle CdC in un centro operativo (come per tutta l'integrazione sociosanitaria) secondo il d.m. 77, l'avrebbe dovuta sgravare dal lavoro quotidiano di accudimento del marito, migliorando la situazione. Purtroppo però anche in questo caso i problemi hanno prevalso sul cambio di paradigma.

Maria: Cioè, venne [il Cad], cioè mio marito stava proprio male, quando gli hanno fatto la quarta dose... Pensa, prima mio marito veniva qui in salotto con la carrozzina, stava qui e vedeva la televisione, mangiava qui con noi. Niente. Loro... ha fatto la quarta dose il giorno prima, era il mese di agosto e fino al giorno prima camminava. Sono venuti qui due, un medico e un infermiere, dicendo che dovevano fare a mio marito [il vaccino] e l'avrebbero fatta anche a me questa dose, per non farmi muovere [e andare fino al centro vaccinale]. Però, era talmente caldo che io gli dissi guarda, non si può rimandare? Dice eh no signora, ma poi sa deve ricominciare tutto da capo, ho detto vabbè e l'ho fatti scendere. Poi ripensando dico chissà cosa dovrò fare, poi devo riandare alla Asl e quello e quell'altro per prenotare... Allora l'ho richiamati da sotto, gli ho detto vabbè, la facciamo fare a mio marito che è più – come si dice? – è più soggetto magari a [malattie], dico tanto io me la caverò sempre. Vabbè, fatto sta che hanno fatto la quarta dose e il giorno dopo mio marito si è allettato, è finito lì. Quindi, ti puoi immaginare, ti puoi immaginare. Quindi, poi è venuto il neurologo qui a casa dove l'ha visitato, gli ha levato tutto: medicinali dell'Alzheimer... Era spacciato, capito? Gli ha levato i medicinali dell'Alzheimer, gli ha levato la fisioterapia, gli ha levato tutti i medici, tutto quanto. Io non avevo più diritto a niente capito?”.

Intervistatore: “Anche l'assistenza Cad?”.

Maria: “Tutto ci hanno levato, tutto! Perché il neurologo era proprio del coso, di largo de Dominicis [della Asl], lì c'è il Cad, era proprio di lì e quindi secondo lui mio marito moriva, capito? E quindi ha finito tutto. Per riavere poi tutte le cose... Allora la fisioterapia non me

la facevano più, non mi facevano più niente. Mi ricordo che io poi andai dal medico mio e gli dissi [tutto], e quindi gli mandò una lettera [chiedendo] di venire a visitare mio marito. Però doveva venire prima la commissione a vedere. È venuta qui la commissione, quelli del Cad, che era una dottoressa e un infermiere. Venne appunto la commissione dicendomi... cioè, gli ho fatto vedere mio marito in che condizioni era, che probabilmente anche con un minimo di attenzione, di fargli fare la fisioterapia, magari si sarebbe riabilitato un pochino, invece niente. Queste vengono e mi dicono sedute qua, dice signora ma la prenda a pagamento la fisioterapia. Dico, ma come faccio a pagamento? Noi già viviamo in questo appartamento che paghiamo un sacco di soldi. Veramente... Noi vivevamo con l'accompagnamento di mio marito, perché la pensione fra l'affitto, le bollette e tutte le cose particolari finiva. Cioè, non mi bastavano i pannoloni, non mi bastava niente e non c'avevamo granché soldi. Eh e loro, lo sai che mi dissero? Ma non c'ha niente? Che beni c'ha? Gli ho detto c'abbiamo una piccola casa al paese. Dice, beh, se la venda no? Capito? [...] Mi ricordo che dopodiché, dopo che appunto il neurologo l'aveva dato per spacciato, venne il dottore di famiglia a vederlo, chiaramente l'aveva visto pure lui che non stava un granché bene, insomma. Nel giro di un mese mio marito è rifiorito, perché io l'ho curato bene. Gli facevo da mangiare giusto, gli davo tutte le cose. E il medico di famiglia mi disse: signora ma che gli ha fatto a suo marito? Dice lo trovo bene, l'ha resuscitato. Dico, beh, vedete un po' se volete che vengo a resuscitare qualche morto ci vengo, gli dissi io. Insomma, vabbè questo poi chiaramente l'ha trovato in buono stato, cioè certo non ricamminava, però viveva, viveva agiatamente, nel senso che io lo mettevo nella carrozzina e lo passavo dal letto alla carrozzina, lo portavo qua, viveva con noi, viveva la casa ecco!''.

Il racconto di Maria dimostra che nell'accesso al servizio pubblico alcune persone incontrano enormi difficoltà, queste sono le conseguenze di un servizio pubblico carente, ma di fronte a queste carenze istituzionali emerge anche la caparbietà (o resilienza) delle comunità locali, che sono capaci di attivare strategie di sopravvivenza e resistenza molto efficaci attivando da sole i processi di cura di cui hanno bisogno. Nel territorio, come lo stesso d.m. 77 nota e le relative linee guida della Regione Lazio ripetono, esistono risorse, conoscenze e capacità di cura: Maria, che nella vita si è presa cura di bambini altrui lavorando come levatrice e accudendo un'intera famiglia, è un ottimo esempio di attivazione dal basso della cura. Queste risorse, con la riforma dei servizi territoriali, andrebbero imparate a riconoscere e ad essere valorizzate in modo sistemico in tutti i territori.

Proprio con l'idea di mettere in moto dal basso le risorse presenti sul territorio verso un cambiamento delle cure e del Ssn, gli abitanti di Rebibbia, oltre a mettere in moto una campagna per la riapertura di Villa Tiburtina come CdC, hanno messo in piedi anche uno strumento di attivazione e partecipazione concreta, lo Sportello Mammuto. Uno strumento che nella stessa CdC potrebbe – dovrebbe secondo gli attivisti e gli abitanti di Rebibbia – trovare spazio, costituendo una importante buona pratica da riprodurre.

Quello che fa lo sportello è prendersi cura in forma volontaria e gratuita delle persone, cercando di fare insieme massa critica per cambiare e migliorare l'accessibilità e la prossimità del Ssn, e più in generale la qualità delle cure. Il lavoro dello sportello si concentra, dunque, sull'assistenza alle persone in difficoltà, cercando di raccogliere, studiare e risolvere i problemi che rendono più difficile ricevere le cure necessarie, anche quando queste dovrebbero essere garantite come un diritto fondamentale.

Le persone che usufruiscono dello Sportello Mammuto sono quasi esclusivamente abitanti di zona, del quartiere di Rebibbia o delle aree limitrofe, anche se si verificano a volte accessi da zone più distanti della città di Roma o addirittura della regione. Ma la grande prevalenza dell'utenza è di abitanti del quartiere che trovano nello sportello un luogo di prossimità a cui rivolgersi.

Nel tempo lo Sportello ha cercato di sviluppare dal basso una risposta ai vari problemi che ha incontrato, offrendo alle persone degli strumenti per fare in modo che i propri diritti siano rispettati. In tutto e per tutto quello che potrebbe essere definito un processo di *empowerment*.

La principale attività dello sportello è quella di affrontare due tipologie di problemi dell'accesso al Ssn: le liste d'attesa e la mancata presa in carico. Rispetto alle liste d'attesa, lo Sportello utilizza un modulo disponibile sullo stesso sito della Asl Roma 2, grazie al quale riesce ad ottenere o l'anticipo o il rimborso di una prima visita che il Ssn non riesce a garantire entro i tempi previsti dalla priorità indicata dal medico nella prescrizione. Spesso i tempi delle liste d'attesa sono ben superiori a quelli indicati dal medico, gli utenti che non rivendicano i propri diritti nei confronti del Ssn o aspettano i tempi delle liste d'attesa o finiscono per ricorrere alla sanità privata. Ma lo Sportello, inviando una Pec e facendo ricorso al d.l. 124/1998, riesce a fare pressione affinché siano rispettati i tempi della priorità e quindi i diritti degli utenti del servizio pubblico. Infatti, il mancato rispetto della priorità indicata dal

medico nella prescrizione per prime visite è un problema tipico del Ssn che molti intervistati raccontano.

Giacomo: Spesso al Pertini pure lì c'ho avuto appuntamenti ad un anno. Cioè, appuntamenti ad un anno [di distanza] con la priorità magari a un mese, e tu intanto la prendi perché meglio di niente, te la prendi pure a un anno sta visita. Capito? E poi scoprendo lo Sportello del Mammuto di Villa Tiburtina abbiamo capito, ho capito che il servizio sanitario è obbligato a farti la visita entro i termini che ha stabilito il dottore. Quindi, la Pec che si manda [a cui segue] la risposta della Asl che spesso da un anno me l'hanno fatta dopo 10 giorni [la visita]. Inviare questa Pec dello Sportello sanitario di Villa Tiburtina è stato molto utile, [inoltre] uno avendo una Pec lo può fare da solo”.

Come nota giustamente Giacomo, dopo aver ricevuto l'aiuto dello Sportello “uno avendo una Pec lo può fare da solo”, non c'è necessariamente bisogno degli attivisti del Mammuto per rivendicare i propri diritti. Chiunque può praticare questa soluzione ad un problema tanto comune quanto grave del Ssn. L'attivazione dal basso collettiva dello Sportello offre agli abitanti del territorio l'occasione di attivarsi a loro volta, spingendo verso la creazione di comunità proattive. Giacomo, infatti, dopo due volte che è stato aiutato dallo Sportello ha iniziato a richiedere autonomamente al Cup che la prenotazione delle visite rispetti la priorità indicata dal medico, riuscendo ad ottenere da solo l'anticipo delle prime visite. In questo modo, le buone pratiche dello Sportello si diffondono in una condivisione di saperi, competenze e forme di rivendicazione partecipate: una vera rete comunitaria. La modalità proattiva e dal basso di intervento dello Sportello non produce semplicemente informazione, ma crea le basi per una comunicazione e integrazione delle competenze, delle risorse e delle pratiche.

Per alcune persone lo Sportello, quindi, diventa uno strumento da cui imparare a fare da soli, mentre altre continuano ad affidarsi a questo luogo di prossimità. Non tutti i problemi sono semplici da risolvere e spesso l'aiuto e la cura dello Sportello rimangono dei supporti fondamentali. È il caso, ad esempio, di Salvo.

Intervistatore: “Allora, volevo sapere come hai conosciuto lo sportello sanitario e come ne fruisce?”

Salvo: “Lo sportello sanitario è stato un terno al lotto conoscendo la signora Rina e il signor Beppe, perché mi hanno risolto tre volte dei problemi. La faccio breve, ho avuto

due interventi a maggio e a settembre, dopo questi interventi, quello di settembre, dovevo fare un controllo entro 40 giorni. Ho fatto passare un mese, un mese e mezzo in più e ho fatto poi la richiesta al dottore di base, la dottoressa di base ha chiamato il Cup e mi hanno dato, dal 26, no, dal 16 settembre l'appuntamento è stato per il 26 agosto di quest'anno. Allora, leggendo i cartelli che avevano messo nel quartiere sono venuto qui, veramente non con tante speranze, però ho trovato sia il signor Beppe che la signora Rina. Si sono prestati subito e nel giro di... hanno chiamato, fatto e hanno brigato tutto con determinazione e nel giro di tre giorni ho fatto quello che dovevo fare dopo quasi undici mesi, che ho fatto forse neanche dopo una settimana al Pertini. Poi ho avuto bisogno ancora di loro, sia per mia moglie e anche per me, per fare prima di questo controllo qua, anche per l'intervento si sono mossi loro, perché il Gemelli mi portava avanti sempre dicendomi ci mandi un'email e queste email poi dopo non c'erano mai risposte. Sono venuto qua e loro hanno fatto una Pec, si dice così? E anche lì mi hanno chiamato e dopo poco tempo ho fatto l'intervento. E quindi non sono riconoscente di più, perché ho trovato veramente... Non so come avrei potuto uscirne, anche perché caratterialmente sono uno che va sempre un po' con i piedi di piombo, sono gentile, non mi impongo, perché ho visto che al giorno d'oggi chi alza più la voce magari viene più ascoltato, mentre invece io mi ritiro".

Grazie a questa capacità di supporto e di attivazione, lo Sportello fa comunità, creando spazi di aggregazione, azioni di supporto e momenti di conforto o dialogo. Questo insieme di pratiche crea dei legami personali e comunitari, che a loro volta si poggiano su relazioni affettive, emotive e sociali.

Maria, che è stata una delle persone che più hanno frequentato lo Sportello, descrive questo luogo come un "rifugio". Sentire un luogo di cura come un rifugio è proprio uno degli elementi chiave per creare una rete comunitaria attiva attorno ai servizi territoriali e alle CdC. Quanto potrebbe essere bello avere dei luoghi di rifugio nel Ssn? Sono desideri che possono stimolare un processo di *worldmaking* e stravolgere l'attuale paradigma di cura, aggiungendo alla riforma dei servizi territoriali una dimensione umana.

Nel prosieguo dell'intervista con Maria, dopo lo straziante racconto della perdita del marito, morto nonostante le cure amorevoli della moglie e il supporto dello Sportello Mammuto, e dopo qualche gesto di conforto riprendo la conversazione chiedendo a Maria: "Com'è stata l'esperienza con lo sportello?"

Maria: “Lo sportello bellissimo. Cioè, come si dice? Quando c’hai un rifugio dove poter risolvere le cose no? È così. Perché ecco, io per esempio adesso c’ho altre due visite da fare, no? Che le ho preparate, che poi vengo allo sportello, una addirittura me l’hanno data il prossimo anno, quella della mammografia, quando io sono tre o quattro anni che non faccio più niente perché non ho avuto il tempo [...] C’ho problemi, tanti problemi per cui la mammografia l’ho lasciata un po’, un po’ correre, però adesso la vorrei fare, quindi, è giusto pure che la faccio. E vabbè, andrò allo Sportello”.

Intervistatore: “E perché diciamo ti rivolgi allo sportello, cos’ha che magari non hanno gli altri posti di accesso?”

Maria: “E per averlo prima? Sì, no, no. Io non so dove andare per cercare [una visita] prima. Dove vado? Da chi? Quindi vado allo sportello. Non lo so, cioè non c’è soluzione. Se non c’era lo Sportello io non avevo soluzioni. Mi devo accontentare di quello, capito? Quindi, è una soluzione”.

Intervistatore: “E poi anche rispetto all’interazione è diverso che non quando andavi agli sportelli del Cad?”

Maria: “E cavolo se è diversa. Altroché se è diverso! Cioè, prima di tutto per la simpatia per quello che è, poi ormai io sono di famiglia. Hai visto che ho attaccato il foglio qua sotto, l’ho attaccato io. Quindi io sono... Sì, mi sono subito come si dice addentrata. Ecco, io poi sono fatta così, se le persone mi sono simpatiche io mi butto, quindi io faccio amicizia con tutti. Prima di tutto per quello, poi perché è veramente una soluzione, perché io dove vado a sbattere la testa adesso con quella cosa di un anno? Do vado me lo dici? Poi ho sentito dire ultimamente che volevano abbreviare tutte le visite, ma scusa poi chiedo la mammografia e me la date dopo un anno? Non lo so, è un controsenso e a chi ti vai a rivolgere? Dove? A chi? Ti ridono in faccia se vai alla Asl. E poi dove, da chi? Alle Asl non ci puoi andare perché è sempre zeppo e se ne fregano di quello che dici tu. Ecco, quindi loro ti dicono signora se gli va bene così, se no si arrangia. Insomma, questo è. Mentre allo Sportello non ti dicono se ti va bene così, se no ti arrangi, eh. Loro cercano di trovare la soluzione, ecco. Questo è il bello dello Sportello che trovano una soluzione, dove negli altri posti no. Anzi, negli altri posti se tu ti lamenti sei presa pure [male].”

Maria giunge allo Sportello per risolvere problemi molto pratici, come quello delle liste d’attesa, nel tempo, però, le pratiche hanno finito per creare un legame e un rapporto di

amicizia, fiducia e affetto con la comunità che anima lo Sportello. Sono tanti i momenti insieme a Maria annotati nel mio taccuino: la volta che è venuta solo per stare insieme portando con sé una torta fatta da lei; le giornate a sbrigare problemi di accesso al Ssn o di presa in carico del marito da parte dei servizi sociosanitari. Una volta era arrivata allo Sportello angosciata, quasi nel panico e in evidente stato di agitazione. Era preoccupata per un'amica con cui si era data appuntamento e che non rispondeva più al telefono, siccome nei giorni precedenti le era capitato che già un'altra amica che non rispondeva si fosse fatta male. Il solo parlare del problema e raccontare a persone fidate i propri pensieri l'aveva cominciata a calmare. L'amica, a cui aveva dato appuntamento proprio allo Sportello, dopo nemmeno mezz'ora era arrivata. Di fatto si trattava di un piccolo problema che aveva richiesto una soluzione davvero semplice, un problema quotidiano come tanti di quelli che affrontiamo ogni giorno. Più che una soluzione a Maria serviva un luogo di prossimità dove affrontare insieme i propri problemi quotidiani, un bisogno di cura e di condivisione che ha trovato soddisfazione nello Sportello.

Piano piano l'attività sul territorio dello Sportello ha cominciato ad aggregare e ad attivare una piccola comunità, in modo spontaneo e dal basso, senza cioè intervento istituzionale o mezzi finanziari, ma solo grazie alla caparbia, alla partecipazione proattiva e alla voglia di cambiare il mondo degli attivisti del Mammut e degli abitanti del quartiere di Rebibbia.

Nell'intervista realizzata con Licia emergono alcuni degli elementi di questo processo di attivazione e partecipazione spontanea (che già in parte erano stati indicati da Maria quando affermava con fierezza di aver attaccato nel proprio palazzo le locandine dello Sportello Mammut). Non solo persone bisognose di cure si sono avvicinate a questa piccola comunità, ma anche chi ha creduto in quest'idea e in questa lotta dal basso per migliorare la qualità delle cure e quindi della salute nel quartiere. Persino persone che da poco abitano in zona sono state attratte a partecipare al processo dalla presenza di una comunità attiva e solidale, prestando il proprio aiuto e contribuendo a proprio modo alla mobilitazione per la riapertura di Villa Tiburtina. In questo processo di coinvolgimento e partecipazione gioca un ruolo fondamentale la rete di rapporti umani, sociali e affettivi che è presente sul territorio. Nella costruzione della rete comunitaria di Rebibbia, il tessuto sociale e associativo è da subito stato fondamentale e le sue interconnessioni hanno alimentato e rafforzato l'attivazione del territorio per la salute e per la riapertura di Villa Tiburtina, attirando nuove energie, nuove persone e stabilendo connessioni e forme di nuovo radicamento. Il Casale Alba 2, luogo di aggregazione e spazio collettivo destinato ad attività sociali e culturali a Rebibbia, è stato uno

dei bacini, insieme a molte altre associazioni formali e informali, del processo partecipativo innescato nel quartiere che ha investito Villa Tiburtina.

Licia che da soli sei anni vive a Rebibbia racconta: “Mi sentivo un po’ estranea a questo posto perché comunque anzianotta per cambiare casa, a venire qua. Invece poi quando sono approdata al Casale [Alba 2] mi ha dato uno sprint, proprio un po’ di vitalità, perché l’avevo persa. [...] Poi ho conosciuto lo Sportello Mammuto proprio frequentando il Casale, poi c’era questa lotta per la riapertura di Villa Tiburtina e quindi mi è sembrata una cosa bellissima poter partecipare. Nel mio piccolo ho fatto poche cose, quelle poche cose però mi rendevano proprio molto felice, mi sembrava di contribuire per questa cosa così importante. Quindi qualche volantinaggio con Rina, con Beppe. Proprio mi sentivo poi finita la giornata di questi volantinaggi mi sentivo proprio... Mi sentivo importante.”

Partecipare è bello, creare una forma di cura partecipata può restituire anche energie emotive e simboliche a territori che per lungo tempo si sono sentiti abbandonati e in condizione di incuria. Il processo di attivazione e di cura del proprio territorio, come dimostra Licia, può restituire soddisfazione e creare un forte senso di comunità. Anche le istituzioni potrebbero certamente imparare qualcosa da queste buone pratiche partecipative organizzate spontaneamente dal basso, perché la costituzione di una rete comunitaria sembra trovare qui linfa vitale e, quindi, il Ssn potrebbe cogliere queste risorse e occasioni per implementare pienamente la riforma dei servizi territoriali e la Missione 6 C1 del Pnrr.

Sebbene il processo di attivazione nasca dal basso, all’interno delle istituzioni pubbliche molte persone, specialmente tra i dipendenti e gli operatori, inclusi quelli della Asl, del Segretariato sociale e di Salute Lazio, hanno riconosciuto e apprezzato il valore di processi di attivazione e di cura dello Sportello Mammuto, ed hanno quindi prestato il proprio supporto. Amelia è una dipendente pubblica che una volta conosciuto lo Sportello ha scelto di farne parte, attivandosi in prima persona ed entrando a far parte della comunità come abitante del quartiere, come attivista e come dipendente pubblica.

Amelia: “Io lavoro in sanità, sono un’amministrativa, non sono né medico né altro, però ci lavoro fin da pupa praticamente. Per pagarmi l’università ho iniziato come precaria e poi per passione ho continuato a lavorare in sanità, pur non essendo certo nel mio percorso di studi. E quando è arrivato il Covid è stato... come per tutti uno *shock*, ma dal mio punto di vista io mi sono dovuta occupare della distribuzione dei dispositivi di protezione insieme ad altri colleghi e amici e lì forse mi sono resa conto veramente della catastrofe che c’era

nella sanità pubblica, nella sanità in generale e in particolare nella sanità pubblica, un po' come tutti noi, però visto dall'interno la tragedia delle persone che morivano... Dover comprare i cosiddetti *black bag*, i sacchi per cadaveri, vedere come eravamo scoperti a livello territoriale. Cioè, la pandemia ha messo a dura prova non solo i paesi, ma soprattutto ha rivelato tutte le magagne di un Servizio sanitario nazionale che via via era stato sgretolato, devastato dall'interno. E proprio in quell'occasione, io non ricordo più nemmeno come sono venuta a conoscenza dello sportello sanitario, è stata quasi una naturale continuazione di questa presa di coscienza di quanto fossimo messi male. Cioè, l'articolo 32 sul diritto alla salute che era nella nostra Costituzione non c'era più, non era in realtà un articolo che avesse più una sua sostanza, questo è quello che io ho provato durante il Covid. E allora ho pensato che bisognava fare qualcosa, non solo al lavoro, ma anche fuori, nel senso che dal lavoro io potevo vedere, diciamo, i mali. Cioè, l'80% delle risorse delle Regioni va in sanità, ma dove va a finire se le persone chiamano e a novant'anni si sentono dire che avranno una visita tra un anno, a novant'anni? Cioè, non è normale. Dove vanno a finire tutti questi soldi che le Regioni hanno a disposizione per la sanità? Ecco, allora se al lavoro in qualche modo vedo i mali, venire qui allo Sportello sanitario, partecipare a tutte le attività, a tutta la battaglia, la campagna per aprire il presidio di prossimità di Villa Tiburtina è stato un po' un balsamo alle ferite che si aprivano continuamente mentre io lavoravo. Cioè, lavorare e sentire dentro di sé la rabbia di non poter fare niente di fronte alle cose che io vedo tutti i giorni mi ha portato poi a dire basta, bisogna far qualcosa. E da qui ho conosciuto anche questa battaglia per la riapertura di Villa di Tiburtina che, grazie proprio alla mobilitazione del quartiere, è stata inserita nel Pnrr. Se non ci fossero stati tutti gli abitanti di questo quartiere dai minori anni fino agli ultranovantenni a farsi sentire, Villa Tiburtina sarebbe rimasta chiusa e morta lì. Invece è stato proprio grazie a questa battaglia che Villa Tiburtina, che era una struttura appunto di proprietà del Policlinico e poi chiusa negli anni scorsi, è stata inserita nel Pnrr e verrà riaperta. Quindi, intanto vedere che la battaglia paga e non è una battaglia di pochi isolati, come dire, idealisti. È stata una battaglia sentita da tutto il quartiere. Abbiamo fatto assemblee nei prati, c'era ancora il Covid, quindi stavamo con le mascherine, eppure la gente è venuta perché sentiva l'importanza della sanità per tutti, il fatto che stava perdendo dei diritti. Ecco, una cosa che io noto qui è che quello che bisogna combattere secondo me è la rassegnazione dei cittadini. Cioè, la cosa che più mi spaventa non è la sordità delle istituzioni, che sembrano decidere sopra i cittadini, utilizzare le risorse non si sa bene per favorire chi e cosa invece di destinarle alla prevenzione, alla salute; ma quello che mi

spaventa ancor più di questo è il senso di rassegnazione. Cioè, il fatto che a volte le persone arrivano qui quasi così giusto per provare, perché si sentono già diciamo rassegnate appunto che non hanno, non sentono di avere il diritto di essere curate, di avere una buona cura, di poter prevenire le proprie malattie. Vedere poi le persone che vanno via contente di aver ottenuto quello che gli spettava, non i miracoli, ecco questa forse è la cosa più bella che io noto qui allo Sportello”.

Dal racconto di Amelia emerge quanto sia importante l’emozione per innescare un processo partecipato di cura. Questo processo per essere alimentato ha bisogno anche di fiducia, di speranze, di rapporti umani e sociali diffusi sul territorio. La prossimità è anche e soprattutto una dimensione affettiva e relazionale.

In secondo luogo, dalle parole di Amelia emerge anche quanto l’esperienza del Covid, nel suo rompere, sospendere e stravolgere la quotidianità, abbia influenzato e innescato processi trasformativi di *world-making*. Desideri e impulsi forse rimasti a lungo imbrigliati, fermi si sono riattivati con la sindemia. Gli stimoli innescati dal Covid hanno spinto Amelia ad unirsi allo Sportello, senza che neanche se ne accorgesse, solo seguendo le proprie percezioni e i propri desideri.

Dopo i timori suscitati dalla sindemia e il distanziamento sociale, è emersa a Rebibbia una spinta trasformativa. Progressivamente da questa spinta sono nate complesse pratiche relazionali, legami sociali e nuovi rapporti capaci di influire sulla salute, sulla percezione del benessere e sulla qualità della vita degli abitanti del territorio. Alcune volte bastano gesti semplici e quotidiani per innescare un cambiamento come camminare nel proprio territorio persino nel complicato mondo del Ssn.

Lara: “Avevamo iniziato qualche volta a camminare, no? Ma in due tre, così al parco e quando invece è nata questa idea meravigliosa di fare un gruppo, un gruppo cammino, poi sostenuti anche dalla Asl. Io non posso che dire bene, perché io sono una che ha sempre camminato: compagnie per camminare, ho fatto dei *trekking* organizzati in Abruzzo prevalentemente... Però insomma mi piace andare in montagna, ovunque. Sono iscritta a varie associazioni per cui mi muovo, però ecco al parco di Aguzzano – io ce l’ho sotto casa – camminavo da sola ascoltando nelle cuffiette la radio, ma tanto che anni fa a un certo punto veramente forse mancava lo stimolo devo dire. Quindi, poi è subentrata anche una certa pigrizia e invece col gruppo cammino veramente c’è la voglia di incontrarsi, di vedersi. Ho conosciuto persone nuove, si conoscono persone nuove in continuazione, ci si

confronta, si parla, ci si conosce e devo dire che è un ottimo antidoto non solo alla pigrizia, non tanto per me, ma proprio per la socializzazione. Anche perché ormai sono un po' di anni che io sono in pensione, cerco le cose da fare, ce le ho, però ci vuole... Una cosa come il cammino che è vicino casa, è sotto casa, conosci le persone che sono vicino a te, che però non avevi mai incontrato o mai visto, perché... per vari motivi. E quindi è proprio una riscoperta anche del territorio in cui poi si sta, si abita e si vive, ci si sente più radicati, almeno io, grazie a questo anche”.

Camminare insieme – come sperimentato anche con i più giovani nel progetto *Sentieri Metropolitani* – oltre ad essere una buona pratica di attività motoria, cioè qualcosa che fa bene a livello di salute fisica, è anche qualcosa che fa bene umanamente e socialmente. Come racconta Lara un gruppo di cammino, sostenuto e accompagnato dalla Uosd Promozione della salute, Piani della Prevenzione e Medicina dello Sport, può persino attivare nelle persone una riscoperta del territorio e rinnovare il radicamento all'interno del proprio quartiere e delle reti sociali locali. Per questo nelle CdC simili progetti dal basso sostenuti dalla Asl dovrebbero trovare spazio. Questi processi comunitari sono linfa vitale per la medicina di prossimità e potrebbero, dunque, esserlo anche per il Ssn.

6.1.3. – Un'idea sperimentale: il Microdistretto

Dopo due anni di attività, una volta sedimentato l'impulso sindemico, lo Sportello ha iniziato a ragionare sulla comunità che piano piano attorno a sé stava crescendo. Una comunità composta non solo dai frequentatori dello Sportello, ma anche dalle molteplici interconnessioni con il tessuto sociale e associativo del territorio. Il processo è ancora in atto: c'è una comunità che inizia a prendere forma e coscienza delle proprie possibilità. Questa comunità si organizza sulla base di assemblee periodiche e su una serie multiforme di pratiche partecipative già sperimentate nel territorio di Rebibbia (Pasqualetti, 2020). Uno dei risultati di questo processo di *commoning* è stata l'elaborazione progettuale di un nuovo modello di cura partecipata, il Microdistretto, per il proprio territorio, fissando nero su bianco anche i limiti territoriali di questa comunità, corrispondenti a quelli della Zona urbanistica Casal de' Pazzi. Questo progetto è uno dei documenti che la presente ricerca vuole mettere a disposizione del pubblico scientifico, accademico e geografico, per tale ragione l'intero documento è incluso nell'Appendice B.

Attraverso le interviste realizzate sul terreno si è analizzato il processo partecipativo in atto a Rebibbia, dando voce ai ragionamenti, discorsi e dialoghi che hanno portato all'elaborazione di questa idea differente di cura territoriale e partecipata all'interno del Ssn. Rina, attivista dello Sportello Mammuto, al riguardo ha idee molto chiare.

Intervistatore: "Com'è la cura che vorremmo qua nel territorio?"

Rina: "Allora la cura che vorremmo qua in questo quartiere è innanzitutto di prossimità e dentro a questa cura ci mettiamo anche i bambini e le bambine delle scuole, dove comunque non l'abbiamo menzionati ma lo pensiamo tutti, quella che è la storia pure del gruppo di cammino [...]. La scuola, il Consultorio e la Casa di Comunità io me le vedo in un mondo ideale dove tutte collaborano fra di loro attraverso un'assemblea territoriale. Una comunità che segue questa [assemblea], dove ci possono essere associazioni, comitati, centri sociali, libere e liberi cittadini del quartiere. Comunque, tutti insieme, come esiste un'assemblea del Consultorio una volta al mese dove le donne, le libere soggettività e quindi intendo Lgbtqi+ possano fra di loro confrontarsi e diciamo denunciare, osservare quelle che sono le problematiche; così dovrebbe esistere anche dentro una Casa di Comunità [un'assemblea], perché la Casa di comunità, come dice la parola stessa, è la comunità, il quartiere. La narrazione la fa il quartiere, tutte le persone che lo abitano. Chi meglio di noi tutti che abitiamo nei quartieri, ne conosciamo la realtà e possiamo chiedere e osservare quelle che sono le carenze, e chiederne [conto] alle istituzioni? E quindi ci piacerebbe collaborare con tanti operatori e operatrici, noi abbiamo avuto confronti con il Segretariato sociale, con la Asl che è stata molto presente qui una volta al mese per un anno e tutt'ora collabora con noi. Ci sono molti operatori e operatrici che sono molto disponibili e hanno una gran voglia di collaborare proprio per una sanità migliore, per un servizio sociale migliore, quindi per una qualità della vita migliore, però attraverso duemila burocrazie, attraverso proprio delle cronicizzazioni che stanno nei modi di gestire le amministrazioni e le istituzioni tutto questo non si realizza. E, secondo noi, collaborare insieme è la cosa migliore."

Rina, che dello Sportello è una colonna portante, restituisce il senso e l'origine dell'idea di una buona pratica fondamentale che la comunità locale spera di vedere realizzata a Villa Tiburtina: organizzare le cure locali dei servizi territoriali in un Microdistretto. Come per il Consultorio esiste un'assemblea dove abitanti e utenti del territorio possono esprimersi e confrontarsi con il servizio pubblico, così dovrebbe esistere un momento e uno spazio partecipativo assembleare anche all'interno delle Case della Comunità. L'assemblea

comunitaria periodicamente dovrebbe, poi, incontrare le istituzioni competenti delle materie sociali e sanitarie, ovvero la Asl e il Municipio, per cercare insieme di migliorare la qualità delle cure e del servizio pubblico nel proprio territorio, creando un ambito permanente di confronto con poteri consultivi (per questo chiamato anche “Consulta”). A livello teorico si tratta semplicemente di istituire uno spazio assembleare con poteri consultivi, ma al livello pratico è un modo per rendere la comunità partecipe del servizio, per informare e coinvolgere attivamente il territorio – come il d.m. 77 prevederebbe in teoria.

La cura, a partire dai servizi territoriali e sull’esempio dei Consultori, può essere trasformata integrando nel servizio pubblico le competenze, le risorse e l’attivazione del territorio, e quindi in primo luogo dei suoi abitanti. La creazione di questi livelli partecipativi basati su pratiche assembleari e poteri consultivi, che sviluppa il modello del Consultorio, è una prima idea fondamentale della proposta di riforma delle cure territoriali nata a Rebibbia.

Il secondo aspetto centrale dell’idea del Microdistretto, come dice il nome stesso, è un concetto di scala geografica. Oggi nella città di Roma, le Asl e i Distretti costituiscono dei ritagli amministrativi immensi, troppo grandi per permettere la costruzione a Rebibbia di effettive forme di partecipazione e di un rapporto stretto tra servizi sociosanitari e comunità locali. Le dimensioni troppo ampie di un Distretto come quello di Rebibbia, il IV, che ha circa 170.000 abitanti, impediscono nella pratica di organizzare le cure e il servizio secondo un modello di medicina di prossimità, come il Pnrr suggerirebbe. Istituire degli strumenti di partecipazione come un’assemblea territoriale non è sufficiente a realizzare un cambio di paradigma. Per realizzare una piena riforma dei servizi territoriali bisogna anche definire più precisamente qual è il territorio attorno a cui riunire e organizzare la comunità, e quindi anche la CdC.

L’idea di realizzare un Microdistretto sperimentale per la CdC di Villa Tiburtina trova fondamento anche negli stessi principi che hanno ispirato l’attuale riforma dei servizi territoriali. Il modello della CdC a sua volta nasce dall’implementazione del precedente modello della Casa della Salute (CdS). Nell’idea di uno dei pionieri delle CdS toscane, Bruno Benigni, la Casa della Salute era il centro dell’*area elementare*, ovvero un livello amministrativo al di sotto del Distretto dove realizzare una forma di partecipazione comunitaria (Conti e Faralli, 2022). Esistono poi altri esperimenti di riorganizzazione dei servizi territoriali analoghi al Microdistretto: a Trieste troviamo le *Microaree* (Castriotta *et al.*, 2020); a Salerno le *Botteghe della comunità* (Asl Salerno, 2025). L’idea che accomuna questi modelli di servizi territoriali è quella di costruire forme di medicina di prossimità basate su di un cambio di

scala geografica (creando un livello sub-distrettuale) e su forme di partecipazione comunitaria.

Questo ragionamento scalare – eminentemente geografico – collegato al processo partecipativo emerge dal dibattito che ho avuto, durante l'intervista con Beppe, altra colonna portante delle mobilitazioni a Rebibbia e dello Sportello Mammuto.

Beppe: La Consulta come la fai? Del Municipio? No, tu la prima cosa che devi fare è istituire il Microdistretto[...] perché devi individuare un'area, se tu vuoi fare che la Casa di Comunità stia al centro di sta cosa, tu devi creare un [micro]distretto con un'area competente della Casa di Comunità che poi praticamente in quell'area... Cioè, io i medici che vado a chiamare non vado a chiamare tutti i medici del IV Distretto che non finisco più; chiamo i medici che stanno dentro il mio [micro]distretto, cioè per 27.000 abitanti e gli comincio a dire fissiamo quelli che sono i rapporti che la Casa di Comunità deve avere col medico di famiglia, per esempio, no? [...] Cioè, devi fissare un criterio di sanità territoriale con gli operatori, e gli operatori mo purtroppo sono professionisti convenzionati. Purtroppo, quella è la situazione, capito? Quindi, tu comunque su quelli devi funzionare perché so quelli che ti stanno a lavorare. Quello che vi voglio dire io è che se la Casa di Comunità c'ha un progetto di prevenzione sulle scuole, su quale scuole deve agire? Devi delimitarla, devi delimitarla hai capito? Devi delimitarla geograficamente, ma questa cosa amministrativamente non c'è".

Intervistatore: "Tu parli proprio di geografia amministrativa, però creare proprio una nuova suddivisione non è facile".

Beppe: "Beh, comunque come area d'intervento... Cioè, i distretti partono così, solo che adesso so' diventati [grandi come] una città".

Intervistatore: "Secondo me in parte tu lo puoi dire, dovrebbe essere già assodato nel momento in cui tu metti la Casa di Comunità".

Beppe: "Eh certo se no non c'ha senso la Casa di Comunità".

Intervistatore: "Neanche te lo devi inventare, si chiama proprio la Comunità Villa Tiburtina, la Comunità Frantoio, la Comunità sotto il Distretto IV dell'Asl Roma 2. Senza troppo inventare perché, se tu ti devi inventare proprio, c'è bisogno di una riforma della geografia amministrativa delle Asl a Roma..."

Beppe: “No, non è che tu la fai la geografia, no. Guarda, noi l’unica *chance* che c’abbiamo con la Asl è tra virgolette un progetto pilota che può funzionare solo in una parte [del territorio]. E quindi là devi applicare alcune questioni che poi puoi riprodurre da altre parti. Però sostanzialmente devi trovare quella forma perché è tutta un’incongruenza. Cioè, tu mi fai una Casa di Comunità, ma lo sai che funzionerà come un poliambulatorio! Perché che funzione c’ha quella Casa di Comunità se no? Cioè, [rischia di rimanere] come [l’ambulatorio di] Via Mozart”.

L’intervista con Beppe prosegue, discutiamo in modo animato perché dopo tutta la fatica fatta per la riapertura di Villa Tiburtina non possiamo tollerare che la struttura funzioni, una volta riaperta, come un semplice poliambulatorio.

Intervistatore: “Però invece nella Casa di prossimità e di comunità che vorrei c’è questo discorso che comunque è il luogo dove realizzare il primo accesso e la presa in carico. Alla fine, la Casa della Comunità e la Centrale Operativa Territoriale sono i luoghi della presa in carico della comunità”.

Beppe: “Sì, [la CdC] ti deve conoscere e per conoscere non può essere di 174.000 abitanti. Perché allora io là conosco – che ne so? – quanti problemi di salute mentale c’ho, quanti problemi di diabete c’ho, quanti problemi e là mi organizzo pure rispetto ai servizi”.

L’idea di istituire un Microdistretto implementando la medicina di prossimità finanziata dal Pnrr con delle forme proattive di partecipazione comunitaria ha lo scopo di evitare che le Case della Comunità rimangano dei semplici poliambulatori come quelli già esistenti in Italia. Anche in letteratura molti esperti delle CdC hanno evidenziato questo rischio, il rischio che la riforma di fatto non produca i risultati attesi, non produca un cambio paradigmatico (Brambilla e Maciocco, 2022; Pesaresi F., 2022). Sarebbe un fallimento per il Pnrr se il servizio nelle nuove infrastrutture di comunità rimanesse organizzato nello stesso modo di sempre, come in qualunque ambulatorio o poliambulatorio del Ssn.

L’idea del Microdistretto vuole evitare che le CdC funzionino esattamente come un poliambulatorio, avvicinando il servizio pubblico alle persone mediante un cambio di scala e nuovi strumenti partecipativi. Il cambio di scala corrisponderebbe ad un cambio di prospettiva, indirizzando anche il servizio verso una trasformazione culturale e di approccio alla cura, verso una riforma sistemica e paradigmatica della cura nei territori.

6.2. – Analisi del *database* degli accessi allo Sportello

Una delle principali buone pratiche partecipative e proattive di medicina di prossimità dello Sportello Mammuto è il contrasto dei problemi di accessibilità del Ssn. Tale insieme di pratiche di contrasto dei problemi di accessibilità sono state analizzate in dettaglio perché potrebbero essere replicate in tutte le CdC, in vista di realizzare forme di collaborazione tra utenti e servizi territoriali.

Lo sportello costituisce un luogo dove affrontare collettivamente le difficoltà di accesso al servizio pubblico, elaborando insieme strategie e strumenti di risoluzione dei problemi più frequenti. Uno spazio collettivo dove dal basso si cerca di garantire e di migliorare la qualità delle cure del Ssn, rivendicando la salute come un diritto, ma anche come un bene comune di cui tutte e tutti siamo compartecipi.

L'attività dello sportello sociosanitario, già presentata nel paragrafo 5.2, è stata mappata e analizzata grazie alla realizzazione di un *database* da parte del gruppo di ricerca del Mammuto. Ho personalmente seguito e curato lo sviluppo di questo strumento di ricerca, ma è stato un processo effettivamente partecipato che ha coinvolto, in particolare, altri due esperti di diverse discipline e abitanti del quartiere di Rebibbia. Grazie al *database* e alla sua interfaccia operativa, una *dashboard* creata sul programma Streamlit, abbiamo potuto registrare i casi di accesso allo Sportello Mammuto, tenendo traccia della sua attività dal 2022 ad oggi, annotando 469 casi di accesso.

Il lavoro di mappatura e di creazione del *database* ha seguito diverse fasi di sviluppo, con un costante confronto tra teoria e pratica, tra ricercatori e operatori dello Sportello. Progressivamente, abbiamo definito in modo congiunto, per mezzo di discussioni assembleari, le categorie di problemi di accessibilità al Ssn che le persone incontravano e affrontavano insieme nello Sportello Mammuto. Analisi e produzione del dato sono quindi stati intesi come processi interconnessi e condivisi, in un andamento ciclico che ha permesso via via di affinare la qualità sia del dato che della sua analisi.

I 469 casi registrati nel *database* non coprono completamente l'attività dello Sportello: solo una piccola parte risale al 2022, una quota leggermente maggiore al 2023, mentre la maggioranza appartiene al 2024 e una porzione consistente al 2025 (con dati raccolti fino a ottobre). È dal 2024 che la mappatura e la registrazione dei problemi sul *database* è divenuta più accurata, riuscendo a coprire pressoché la totalità degli accessi allo Sportello. D'altronde

uno spazio collettivo di cura come quello del Mammut è un luogo davvero partecipato dove capita che le persone accedano anche solo per stare in compagnia, scambiare due chiacchiere e non solo per chiedere aiuto. Nel corso della ricerca sul terreno mi è capitato anche di ritrovarmi diverse volte a giocare con qualche bambino che era entrato allo Sportello per curiosità o per accompagnare i propri genitori. Il *database*, una volta definiti insieme gli scopi della ricerca e le categorie di problemi da mappare, ha tenuto in considerazione solo le attività direttamente connesse ad un problema di accessibilità al servizio pubblico da parte degli utenti che si erano rivolti allo Sportello Mammut.

L'assioma fondamentale di questa analisi è quindi che ad ogni caso registrato, ovvero ad ogni persona che si rivolge allo Sportello Mammut corrisponda un problema di accessibilità del servizio pubblico. Ovviamente, i problemi di accessibilità al Ssn e all'assistenza sociosanitaria possono anche essere legati semplicemente alla lingua, all'informazione o alla competenza informatica e non solo alle difficoltà fisiche e strutturali di accesso ai servizi.

Il radicamento dello Sportello Mammut sul territorio è difficile da quantificare, nel corso di questo capitolo si è preferito descrivere il rapporto tra Sportello e territorio attingendo da un'analisi qualitativa delle interviste, dei *focus group* e delle osservazioni partecipanti. Per tentare di individuare spazialmente la rete comunitaria creata dal Mammut nel corso della registrazione dei problemi di accessibilità riscontrati dallo Sportello, abbiamo realizzato anche una mappatura sperimentale di una porzione del totale dei casi registrati. Abbiamo, quindi, raccolto la residenza dei fruitori dello Sportello per 250 casi registrati (sul totale di 469), nel periodo di attività tra il 2022 e la fine del 2024.



*Fig. 47 – Distribuzione degli accessi allo Sportello nella Provincia (sopra) e nel Comune (sotto) di Roma;
Fonte: elaborazione personale.*

Come è possibile notare in figura 47 tranne rare eccezioni, tutti gli accessi allo Sportello Mammuto riguardano persone residenti nella Provincia di Roma. Solo due persone, infatti, risultano residenti in altre Province, Viterbo e Ancona. All'interno della città di Roma, prevale chiaramente la provenienza dal quadrante est della capitale, con una fortissima

concentrazione intorno al quartiere di Rebibbia, dove le figure 44 e 45 mostrano un *cluster* di 177 casi che da solo comprende quindi il 70,8% dei 250 mappati.

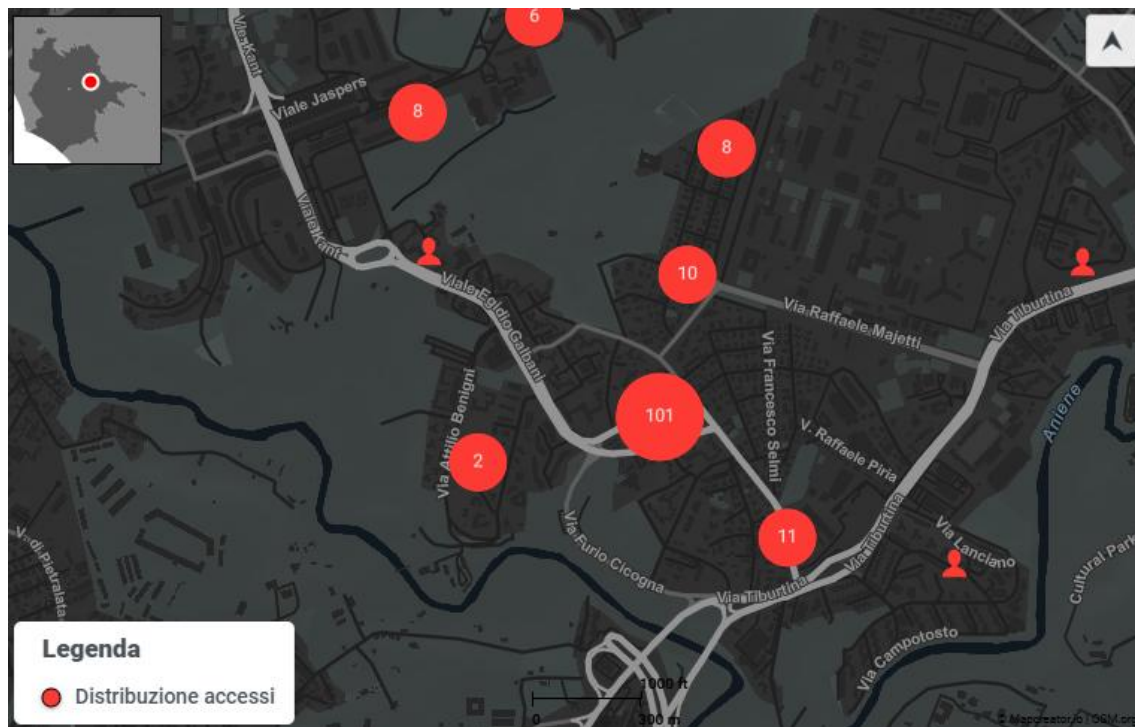


Fig. 48 – Distribuzione degli accessi allo Sportello nella zona di Rebibbia;

Fonte: elaborazione personale.

Riducendo ulteriormente la scala d’osservazione e concentrando l’analisi sul quartiere di Rebibbia, possiamo osservare come 101 casi si concentrino in particolare all’interno di uno stesso luogo tra via Ciciliano e via Palombini: si tratta di un caseggiato di edilizia popolare. È proprio lì, infatti, che il radicamento del Comitato Mammut (e quindi dello Sportello) è più forte. Sebbene non sia possibile stabilire se la concentrazione di problemi di accessibilità alle cure pubbliche sia dovuta, oltre che al radicamento del Comitato, anche alla maggiore esposizione al rischio di malattia o a peggiori condizioni di salute in generale degli abitanti delle case popolari, è senz’altro importante sottolineare la capacità dello Sportello di intervenire in contesti difficili come quelli dell’Edilizia residenziale pubblica (Erp).

Nel corso della sua attività lo Sportello ha lavorato con diverse persone senza fissa dimora o in emergenza abitativa: 7 sono i casi dove la residenza è stata registrata in via Modesta Valenti¹⁰; 3 in casa-famiglia; e 2 in occupazioni abitative. Anche in base a questi dati si conferma la capacità dello Sportello di raggiungere anche situazioni di disagio sociale e

¹⁰ Nella città di Roma, le persone senza fissa dimora possono ricevere una residenza fittizia in via Modesta Valenti.

abitativo, riuscendo a rimanere a contatto con contesti abitativi marginali e interstiziali dello spazio urbano.

In generale, accedono allo Sportello più donne (57,1%) che uomini, 268 contro 200. Quindi, i problemi di accessibilità registrati e mappati riguardano più le femmine che non i maschi. Nonostante la ricerca abbia voluto di indagare anche altre categorie di genere, solo in un caso un utente ha indicato un genere non binario.

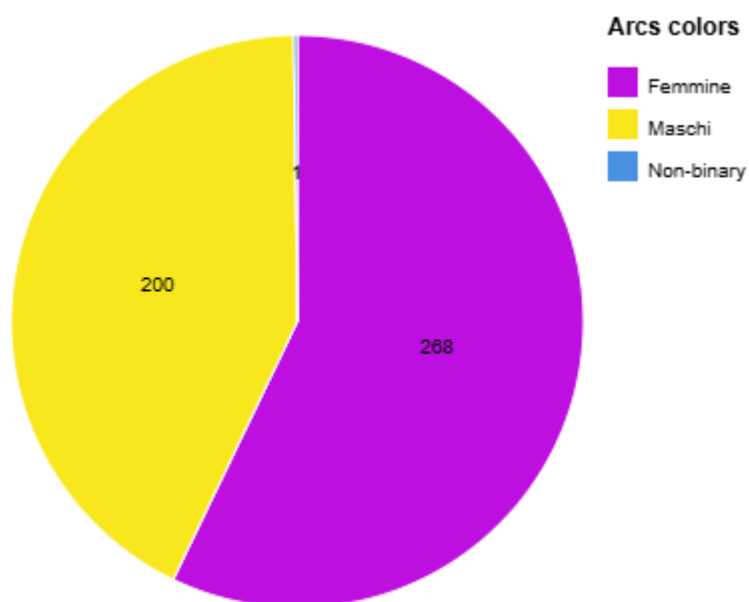
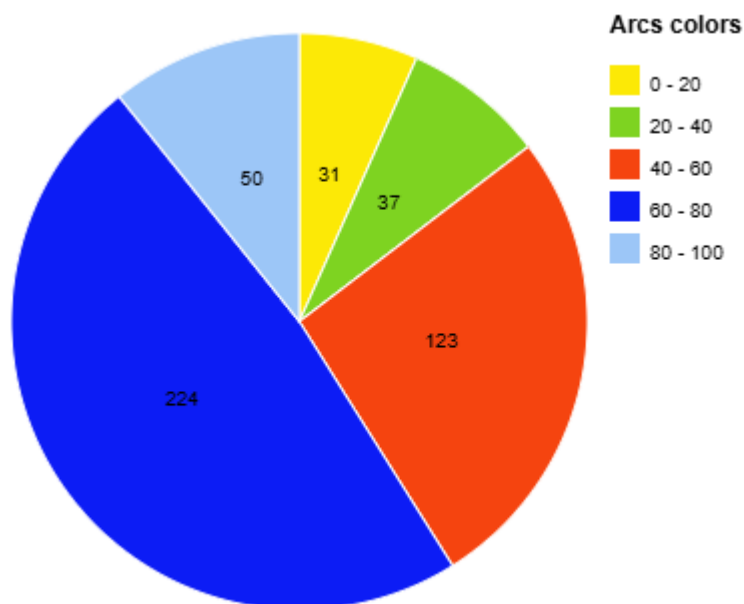


Fig. 49 – Sesso e Genere delle persone registrate nel database;

Fonte: elaborazione personale.

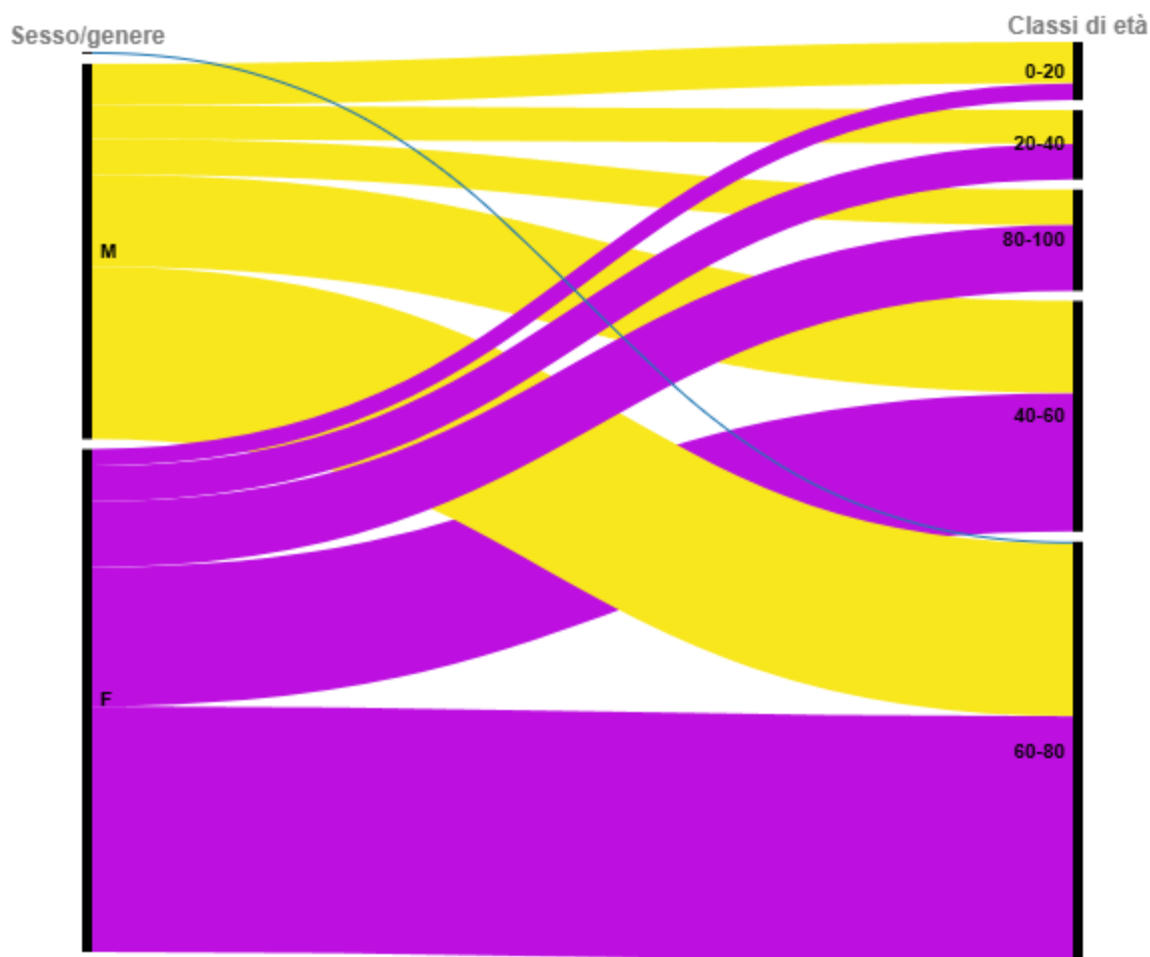
Rispetto all'età, i giovani tendono molto meno degli anziani ad utilizzare lo strumento dello sportello. Chiaramente questo dato è influenzato da un differente bisogno di salute, oltre che dalla capacità dello Sportello di intercettare diverse generazioni. Il primo grafico a torta (fig. 49) mostra gli accessi allo Sportello divisi per fasce di età omogenee di 20 anni.



*Fig. 50 – L'età delle persone registrate nel database;
Fonte: elaborazione personale.*

Proviamo ora a prendere in considerazione la correlazione intersezionale tra età e genere attraverso l'utilizzo di una tecnica di rappresentazione dei dati impiegata per mostrare proporzioni e correlazioni, i diagrammi alluvionali¹¹. Nella terza figura (fig. 51), attraverso un diagramma alluvionale è individuata la correlazione tra genere e classi di età: nelle fasce d'età più basse, corrispondenti alle generazioni più giovani, il numero di maschi è maggiore in proporzione a quello delle fasce d'età più alte. L'unica fascia d'età dove il numero dei maschi supera quello delle femmine è, infatti, la fascia 0-20. Quindi, tra i maschi sono in proporzione i giovani ad usufruire di più dello sportello. Sarebbe interessante indagare ulteriormente questo dato, per capire quale sia la causa e se i maschi delle nuove generazioni siano più interessati alla cura rispetto alle precedenti generazioni.

¹¹ Il diagramma alluvionale mostra in nero, sia a sinistra (A) che a destra (B), una serie di linee verticali, ordinate dalla più piccola alla più grande, che corrispondono a singole variabili del set di dati indicato in alto. La dimensione di ciascuna linea indica il valore o la quantità della relativa variabile. Da ciascuna singola linea nera cominciano, quindi, delle sezioni colorate (simili al corso di un fiume) che corrispondono a porzioni della variabile A considerata ("Sesso/genere"), correlate alle singole variabili di un secondo set di dati (B), qui corrispondenti a cinque "Classi di età". Così è possibile osservare la correlazione e le proporzioni tra due o più variabili di diversi set di dati.



*Fig. 51 – Correlazioni tra genere e età;
Fonte: elaborazione personale.*

La categorizzazione dei problemi riscontrati dallo Sportello è stata un'attività estremamente dinamica e partecipata. Inizialmente i problemi incontrati sono stati registrati solo in forma descrittiva, utilizzando ampi campi di testo. Successivamente, dopo una rilettura critica dei problemi descritti nei vari campi testuali, abbiamo proceduto ad individuare 7 categorie di problemi d'accessibilità ai servizi pubblici di cura: mancato rispetto della priorità; agende chiuse; mancata presa in carico; problemi di accessibilità legati alla cittadinanza non italiana; problemi di assistenza sociale; problemi di servizi consultoriali; altro (problemi non ascrivibili alle precedenti categorie). A loro volta queste 7 categorie erano suscumbibili in 3 macro-famiglie di problemi:

- problemi legati alle liste d'attesa e alla prima visita;
- problemi di presa in carico e continuità assistenziale;
- problemi di assistenza in genere.

La macro-famiglia più ricorrente nel *database* è quella che riguarda le prime visite, ovvero il primo accesso al Ssn da parte degli utenti, dopo il quale in teoria dovrebbe avvenire la presa in carico della persona da parte del servizio pubblico, garantendo la qualità e la continuità assistenziale delle cure. Questa macro-famiglia è direttamente connessa alle liste d'attesa, perché tutti i problemi registrati sono caratterizzati da tempi troppo lunghi per l'erogazione del servizio. Nei problemi legati alle liste d'attesa, può verificarsi anche il caso limite in cui il tempo d'attesa non è troppo lungo, ma del tutto paralizzato a causa della completa indisponibilità del servizio richiesto (ovvero la cosiddetta “agenda chiusa”). Quindi, in un secondo momento abbiamo individuato e categorizzato due sotto-problemi in cui la prima macro-famiglia si divide: mancato rispetto della priorità indicata dal medico nella prescrizione e agende chiuse.

La mancata presa in carico, che riguarda la seconda macro-famiglia, pur nella sua complessità individuava sempre un chiaro ambito di problemi di accessibilità successivo all'accesso al servizio pubblico. Quando un utente ha già avuto accesso ai servizi (tramite il primo accesso o altre modalità) il servizio pubblico dovrebbe farsi carico del suo problema di salute, organizzando ogni successivo passaggio del piano di cura individuale dell'utente e, soprattutto, prenotando eventuali ulteriori accertamenti, esami ecc. In sostanza, una volta che un utente accede ai servizi sociali e sanitari si suppone che il pubblico continui a farsi carico di ogni ulteriore cura che quello stesso utente necessita, fino a quando non viene soddisfatto il suo bisogno di salute. Quando invece si verifica una non corretta presa in carico, l'utente di fatto viene abbandonato dal servizio pubblico nel mezzo delle cure, senza che siano stati soddisfatti i suoi bisogni. In questi casi il problema di accessibilità alle cure riguarda la continuità assistenziale, perché l'utente preso in carico dal servizio pubblico non è correttamente seguito – se non proprio lasciato a sé stesso. Quando, ad esempio, un utente riceve dopo un primo accesso una prescrizione per fare ulteriori accertamenti senza, però, che questi siano prenotati, l'effetto è quello di costringerlo a prenotare da solo aggravando i sistemi di prenotazione (come il ReCup) e quindi i tempi delle liste d'attesa o, implicitamente, indirizzando verso cure private.

La mancata presa in carico, pur nella sua complessità, individua un preciso momento problematico di accessibilità ai servizi pubblici successivo ad un precedente accesso: quando pur essendo già preso in carico, l'utente non viene correttamente seguito. In tal senso, i casi di pazienti cronici a cui non venivano prenotate le visite di controllo erano piuttosto simili, in termini di dinamica e in termini legali, a quelli di pazienti che dopo una prima visita

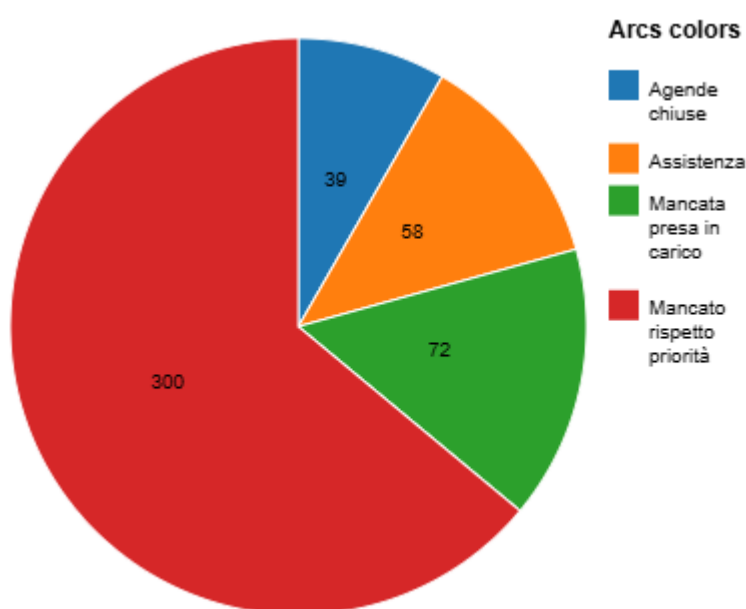
ricevevano una nuova prescrizione medica senza però ottenere subito alcuna prenotazione. Nell'analisi, questa macro-famiglia di problemi non è stata ulteriormente suddivisa, abbiamo preferito mantenere questo insieme unito per valorizzarne la coerenza.

L'ultima macrocategoria è stata quella di più difficile categorizzazione. *In primis*, perché individua problemi di assistenza che per loro natura sono divisi tra diversi ambiti di competenze (sanitario, sociale e previdenziale). Originariamente, avevamo individuato vari sottogruppi di problemi, ma riscontravamo difficoltà nella loro applicazione. Infatti, mentre i problemi di accessibilità alle cure connessi direttamente all'assistenza sociale e sociosanitaria costituivano un insieme omogeneo, nel caso dei problemi legati alla cittadinanza non-italiana, dei problemi di accessibilità ai servizi consultoriali e nel campo categorizzato sotto la dicitura "altro" rimanevano opachi e sfumati i contorni tra le categorie. I problemi legati alla cittadinanza non-italiana pur rappresentando un insieme abbastanza definito e compatto, in realtà presentavano diverse insidie perché le differenze linguistiche e culturali potevano a loro volta affiancarsi ad altri problemi di accessibilità che anche i cittadini italiani soffrono, rendendo difficile scegliere sotto quale categoria inserire il problema registrato. Inoltre, questa categoria di problemi risultava spesso non registrata correttamente nel *database*. Avendo definito delle soluzioni collaborative con la Asl per questi problemi, ogni volta che lo Sportello incontrava simili problematiche le affidava direttamente all'Unità Operativa Complessa (Uoc) Tutela degli Stranieri e delle Comunità Vulnerabili, saltando il momento della registrazione. Difficoltà si verificavano anche con la categoria dei servizi consultoriali: i servizi di assistenza psicologica o le prestazioni ginecologiche potevano essere attività svolte dal Consultorio familiare, ma anche da altri servizi pubblici, rendendo la scelta troppo discrezionale.

Alla fine, analizzando diverse volte i dati e sperimentando nella pratica l'efficacia delle varie categorie, abbiamo creato un'unica macro-famiglia di problemi di accessibilità al servizio pubblico, ovvero quella dei problemi di assistenza. Dentro questa macro-famiglia abbiamo inserito tutte le problematiche di accessibilità che richiedevano forme di assistenza o mediazione: assistenza linguistica, culturale, psicologica, sociale e sociosanitaria. Sebbene queste competenze siano storicamente divise, in Italia, tra l'ambito sanitario regionale e quello sociale municipale, è proprio la riforma dei servizi territoriali in atto che ha suggerito questa soluzione, poiché con la creazione delle Case delle Comunità e dei relativi Punti unici di accesso (Pua), l'annosa questione dell'integrazione sociosanitaria dovrebbe risolversi con un approccio molto più integrato. Pertanto, abbiamo deciso di unire questi problemi di

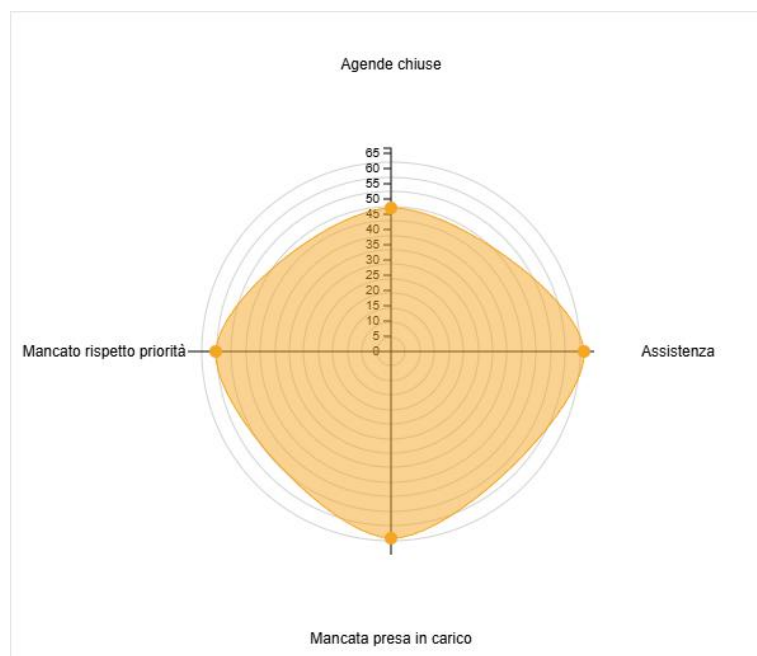
assistenza sociale e sanitaria per promuovere nel territorio di Rebibbia l'integrazione tra i Distretti della Asl e i Municipi.

L'analisi del *database* presentata in questo paragrafo si concentra sulle tre macro-famiglie di problematiche di accessibilità ai servizi pubblici registrate dallo Sportello Mammuto, aggiungendo però anche la suddivisione della prima macro-famiglia in mancato rispetto della priorità e agende chiuse, a causa dell'ampiezza, della rilevanza e della chiarezza di queste due sotto-categorie. Infatti, come mostra il grafico a torta (fig. 52), uno dei problemi della prima macro-famiglia, il mancato rispetto della priorità merita un ragionamento a parte perché include da solo il 64% dei problemi registrati e riscontrati dallo Sportello.



*Fig. 52 – I problemi di accesso ai servizi pubblici registrati;
Fonte: elaborazione personale.*

I problemi di accessibilità non sono uguali per tutti, variano da persona a persona. L'età rappresenta una variabile estremamente interessante da analizzare in relazione alla tipologia di problema di accessibilità riscontrata. Alcune tipologie dei problemi di accessibilità registrati dallo Sportello Mammuto si concentrano maggiormente su età avanzate. È il caso dei problemi legati all'assistenza, dove l'età media supera i 62 anni. Al contrario, i problemi di agende chiuse, rispetto alle altre tre tipologie, si riscontrano in una popolazione mediamente più giovane, con una media di 47 anni come mostra la figura 53.



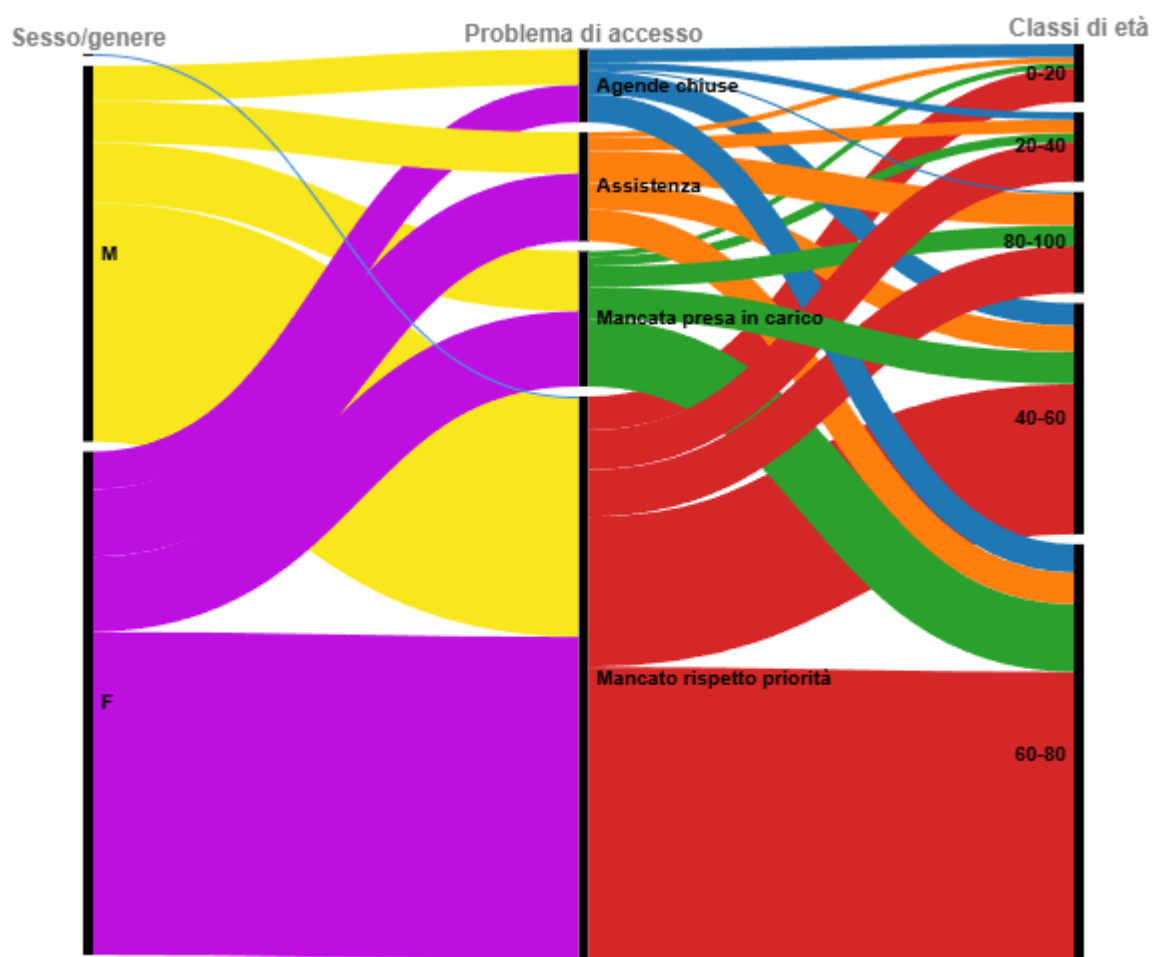
*Fig. 53 – Correlazione tra età e problemi;
Fonte: elaborazione personale.*

All'interno della macro-famiglia dei problemi di assistenza possiamo notare leggendo attentamente i campi testuali del *database* come la quasi totalità dei casi registrati riguardino problemi di accessibilità legati alle difficili procedure burocratiche: il rinnovo dei piani terapeutici, la richiesta della patente speciale e l'esenzione dal *ticket* sono alcuni esempi comuni di servizi che richiedono lunghi passaggi burocratici (compilazione di moduli, contatto con diversi uffici e competenze informatiche). Spesso simili procedure sono *online*, ma in ogni territorio ci sono persone che non hanno sufficienti competenze digitali. Su 58 problemi di accessibilità legati all'assistenza, 42 erano legati alla difficoltà di prenotare le visite tramite ReCup. Quasi una persona su dieci viene allo sportello per ricevere assistenza in piccole pratiche burocratiche di prenotazione.

Senza il supporto dello Sportello alcuni utenti del Ssn non riuscirebbero ad accedere alle cure del Ssn o del Segretariato sociale. Tra loro ci sono molte persone anziane che hanno bisogno di aiuto e supporto anche nell'accesso alle cure. Nello Sportello Mammuto queste persone trovano un luogo di prossimità dove ricevono compagnia e supporto, riuscendo insieme a prenotare le visite su ReCup e quindi ad accedere alle cure del Ssn. Questi piccoli ostacoli quotidiani sono un campo in cui sperimentare forme condivise di cura di prossimità, attivando nuove risorse territoriali attraverso la costituzione di reti comunitarie proattive,

implementando l'assistenza erogata dal servizio pubblico (domiciliare, sociosanitaria, psicologica ecc.) con forme di compartecipazione.

Nel *database*, l'esame delle correlazioni tra tipologia dei problemi riscontrati, età e genere offre una chiave interpretativa di base per un'analisi intersezionale dell'accessibilità ai servizi di cura. Il diagramma alluvionale in figura 54 espone, quindi, le correlazioni tra genere, età e tipologia di problematiche di accessibilità registrate nel *database*. Nella figura 54 sulla sinistra sono presentate le correlazioni tra il genere e il tipo di problema riscontrato, mentre a destra è posto in correlazione il rapporto tra tipologie di problema e classi di età.



*Fig. 54 – Correlazioni tra genere, problemi ed età;
Fonte: elaborazione personale.*

A pesare sull'alta media d'età dei problemi di accesso è l'elevata incidenza della fascia d'età compresa tra gli 80 e i 100 anni, e specialmente delle persone anziane che hanno bisogno di supporto nella prenotazione delle visite tramite ReCup. Ma tra i problemi di assistenza possiamo notare anche una maggiore incidenza, in proporzione, della fascia d'età compresa

tra 20 e 40 anni. Sono, poi, soprattutto le donne a riscontrare problemi di accessibilità ai servizi di assistenza.

L'unica categoria di problemi dove gli uomini costituiscono la maggioranza dei casi registrati è quella delle agende chiuse. Inoltre, in proporzione i problemi di accessibilità legati alle agende chiuse sono più ricorrenti nelle fasce d'età più giovani, quelle comprese tra 0 e 20 anni e tra 40 e 60.

Proviamo ora ad entrare nel vivo dei problemi di accessibilità al servizio pubblico sociosanitario. Il *database* contiene anche un elenco del tipo di servizio, visita, prestazione, esame o azione il cui accesso è stato negato, difficoltoso o problematico. Quindi, sono state registrate nel *database* molteplici tipologie di servizi pubblici, specialmente sanitari, ma anche sociali e sociosanitari. Rispetto ai servizi sanitari e quindi all'ambito di competenza del Ssn, le prestazioni nettamente più problematiche risultano essere quelle legate alla diagnostica per immagini. Sul totale di 469 casi abbiamo:

- 103 ecografie;
- 30 risonanze magnetiche;
- 20 ecocolordoppler;
- 12 tomografie.

Questi 4 servizi di diagnostica per immagini da soli coprono circa il 35% dei 469 casi registrati. Sono soprattutto i problemi legati al mancato rispetto della priorità (indicata dal medico sulla prescrizione) ad essere correlati alla diagnostica per immagini. La diagnostica per immagini costituisce, quindi, una tipologia di servizio poco accessibile per gli utenti dello Sportello Mammut a causa dei tempi di attesa troppo lunghi, che tendono a non rispettare la priorità indicata dal medico.

Nel *database*, avendo registrato per ciascun problema di accessibilità anche il corrispondente tipo di servizio, prestazione, esame o intervento a cui risultava associata la difficoltà di accesso al servizio pubblico, abbiamo potuto raggruppare insieme i servizi afferenti allo stesso ambito di cura. Attraverso l'indicazione del tipo di prestazione richiesta e la descrizione del rispettivo problema contenuta in un campo testuale, abbiamo collegato ogni problema di accessibilità ad una branca specialistica di medicina o ad un ambito del servizio

pubblico sociosanitario, in modo da vedere quali servizi specialistici, nell'esperienza locale dello Sportello Mammuto, risultassero più necessari nel territorio. L'obiettivo è stato anche quello di suggerire una lista di servizi per la CdC di Villa Tiburtina in base agli effettivi bisogni e problemi registrati dallo sportello, costituendo una buona pratica partecipativa replicabile di medicina di prossimità che la ricerca ha individuato nello Sportello Mammuto.

La Radiologia è la branca specialistica o tipo di servizio più ricorrente tra i casi registrati, perché a questa branca sono stati associati molti dei servizi di diagnostica per immagini che da soli costituiscono circa il 35% dei problemi registrati. Segue l'Assistenza. Nel caso dell'Assistenza, è bene chiarire che questa tipologia corrisponde alla macro-famiglia dei problemi di assistenza. Non è stato possibile suddividere e scomporre questa categoria a causa della nebulosa materia di competenze e attribuzioni dei servizi sociali, sociosanitari e previdenziali legati alle attività di assistenza. Ma, come evidenziato in precedenza, 42 problemi su 58 di assistenza riguardano la difficoltà a prenotare servizi e prestazioni: la difficoltà ad interagire con il sistema burocratico e telefonico di prenotazione ReCup. Quindi il 72,41% del caso Assistenza appartiene a questa tipologia di problemi di accessibilità legati alla modalità di prenotazione. Un problema di accessibilità e prossimità della cura importante che però trova una soluzione semplice nello stesso Sportello Mammuto: prenotare insieme.

Dopo Radiologia e Assistenza, lo Sportello Mammuto ha registrato problemi di accessibilità disseminati in tutte – o quasi – le branche specialistiche di medicina o gli ambiti del servizio pubblico sociosanitario. L'intreccio tra branche o ambiti di servizio e problemi di accessibilità risulta particolarmente interessante, per questo qui sono state dedicate a questa parte dell'analisi due differenti rappresentazioni. La prima (fig. 55) utilizza ancora un diagramma alluvionale, dove sono indicate tutte le singole variabili. Nella seconda, invece, anziché privilegiare l'analisi di ciascuna singola variabile, vengono evidenziati i rapporti tra le tipologie di problemi e le corrispettive branche specialistiche (o ambiti del servizio pubblico), privilegiando la rappresentazione delle dimensioni generali dei fenomeni indagati.

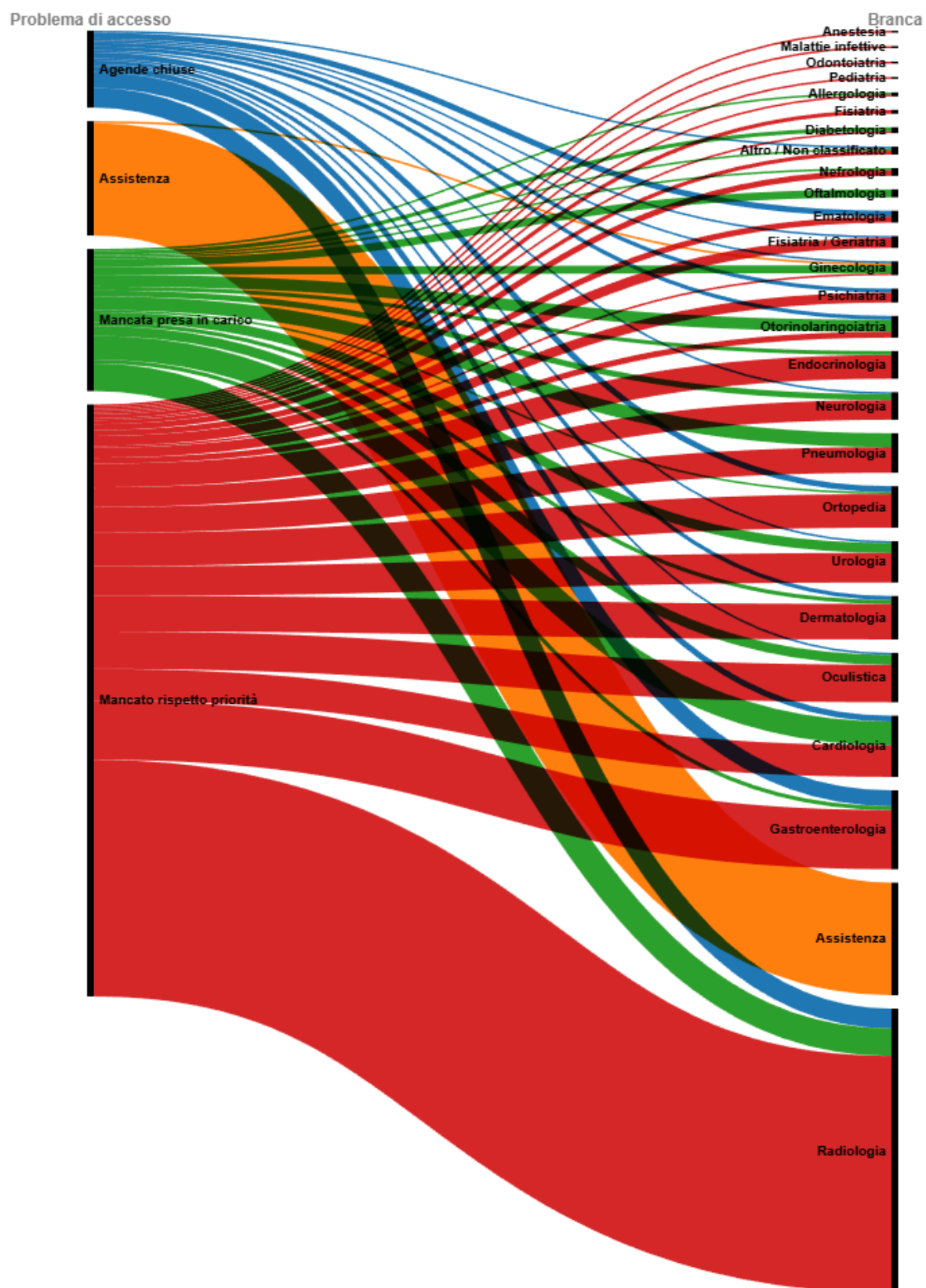


Fig. 55 – Correlazione tra i problemi di accesso e le tipologie di servizio richiesto;

Fonte: elaborazione personale.

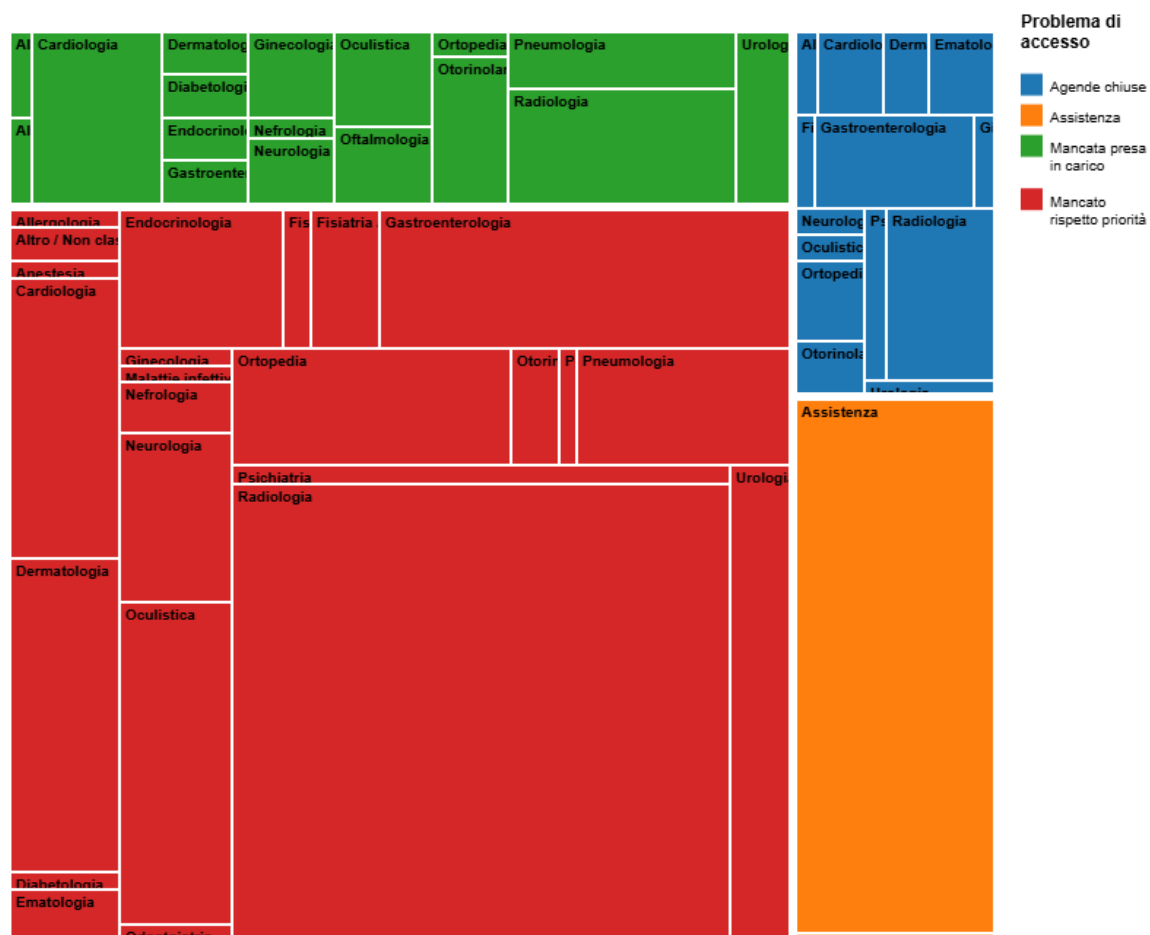


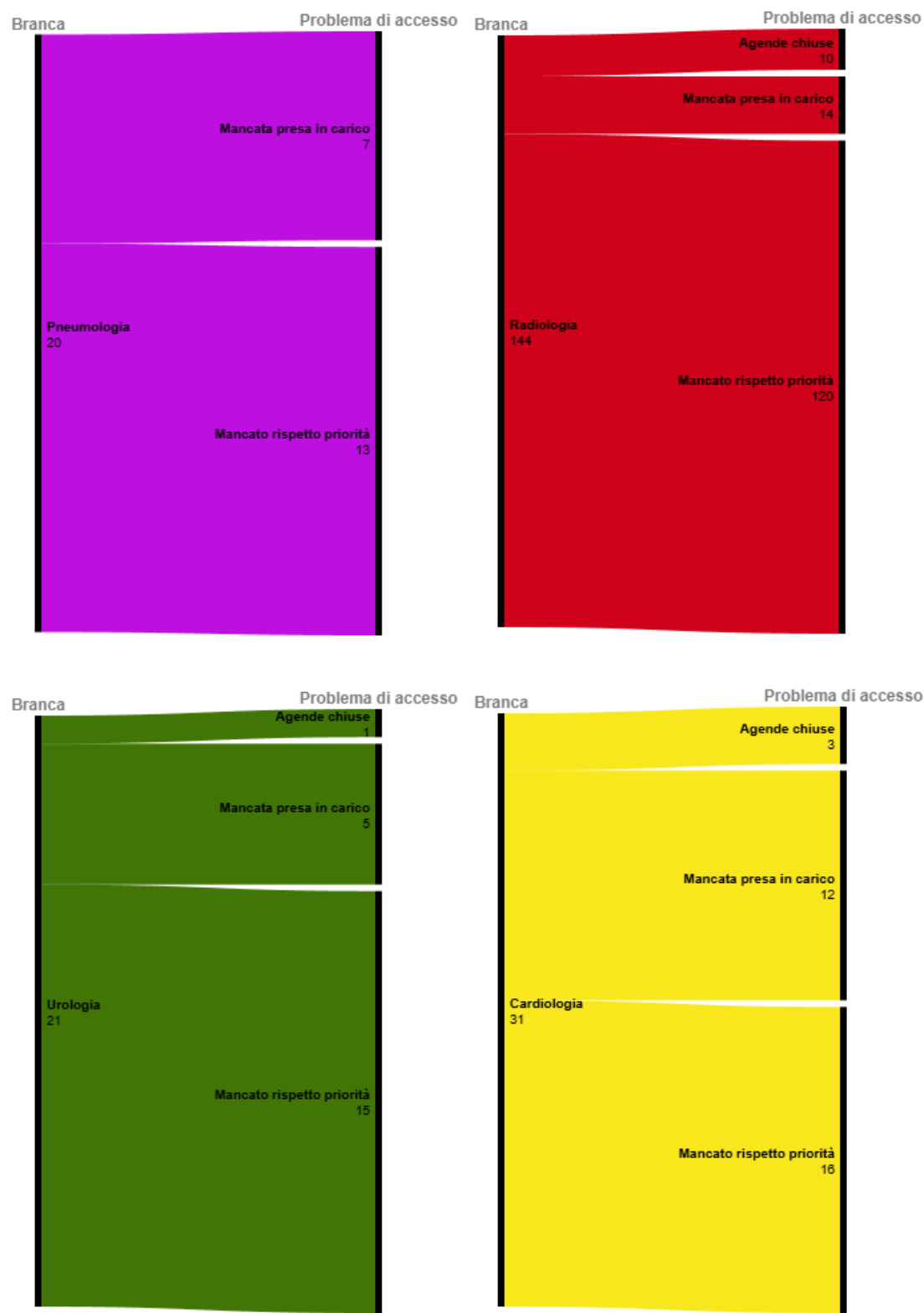
Fig. 56 – Correlazione tra i problemi di accesso e le tipologie di servizio richiesto;

Fonte: elaborazione personale.

Nella figura 57 sono mostrate in ordine discendente le branche specialistiche connesse ai problemi di accessibilità registrati. Dopo la Radiologia e l'Assistenza, gli ambiti più ricorrenti risultano Gastroenterologia, Cardiologia, Oculistica, Dermatologia e Urologia. Mentre nella figura 56 è possibile cogliere più facilmente il peso relativo di queste branche (o ambiti) in relazione a ciascuna categoria di problema di accessibilità: nei problemi di mancata presa in carico vediamo in proporzione una maggiore incidenza della Cardiologia e della Pneumologia; nei problemi di agende chiuse troviamo in proporzione una maggiore presenza della Gastroenterologia; mentre l'elevata incidenza della Dermatologia e dell'Oculistica è determinata chiaramente dalla loro forte incidenza e correlazione con il problema del mancato rispetto della priorità.

Per analizzare in modo più approfondito le differenze di accessibilità tra branche specialistiche o ambiti di servizio, qui di seguito otto diagrammi mostrano le correlazioni e

proporzioni di ciascuna delle otto branche (o ambiti di servizio) più frequenti all'interno del database.



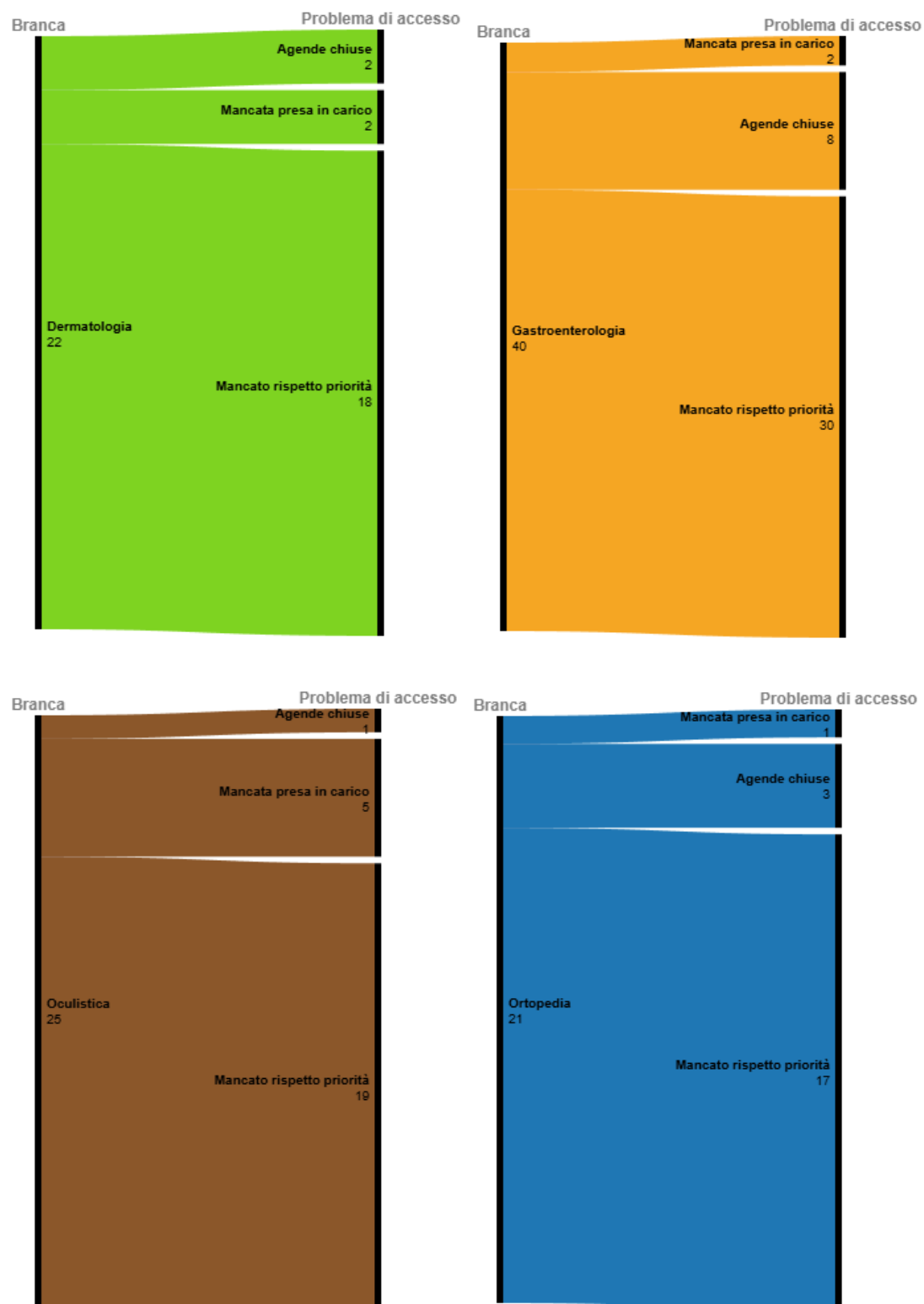


Fig. 57 – Correlazioni tra le tipologie di servizi più richiesti e il problema di accesso;
Fonte: elaborazione personale.

In tutte le branche considerate la tipologia più ricorrente di problema di accessibilità è il mancato rispetto della priorità. In alcuni casi, però, la mancata presa in carico assume valori

considerevoli, come nel caso della Cardiologia, della Pneumologia e, in misura minore, dell'Oculistica e dell'Urologia. Il problema delle agende chiuse, invece, in proporzione ricorre più spesso nella Gastroenterologia e nell'Ortopedia.

In questo contesto ampio di intervento non è semplice calcolare quanto spesso lo Sportello Mammot riesca a risolvere i problemi di accessibilità riscontrati. Il *database* tiene conto anche della capacità dello Sportello di affrontare e risolvere i problemi riscontrati, registrando l'esito delle azioni di contrasto intraprese. Il problema è che questo campo del *database* non risulta sempre completo: capita che chi acceda allo Sportello non comunichi l'esito della propria pratica (specialmente quando il suo bisogno di accesso al servizio pubblico viene soddisfatto). Per analizzare la capacità dello Sportello di risolvere i problemi di accessibilità, abbiamo quindi raccolto l'esito dei problemi riscontrati tra marzo 2024 e ottobre 2025, ovvero nel periodo in cui i dati risultavano più completi. Su 190 casi e problemi registrati, l'esito risulta positivo in ben 175: la capacità dello Sportello di incidere sui problemi di accessibilità al servizio pubblico è alta, come si nota in figura 58.

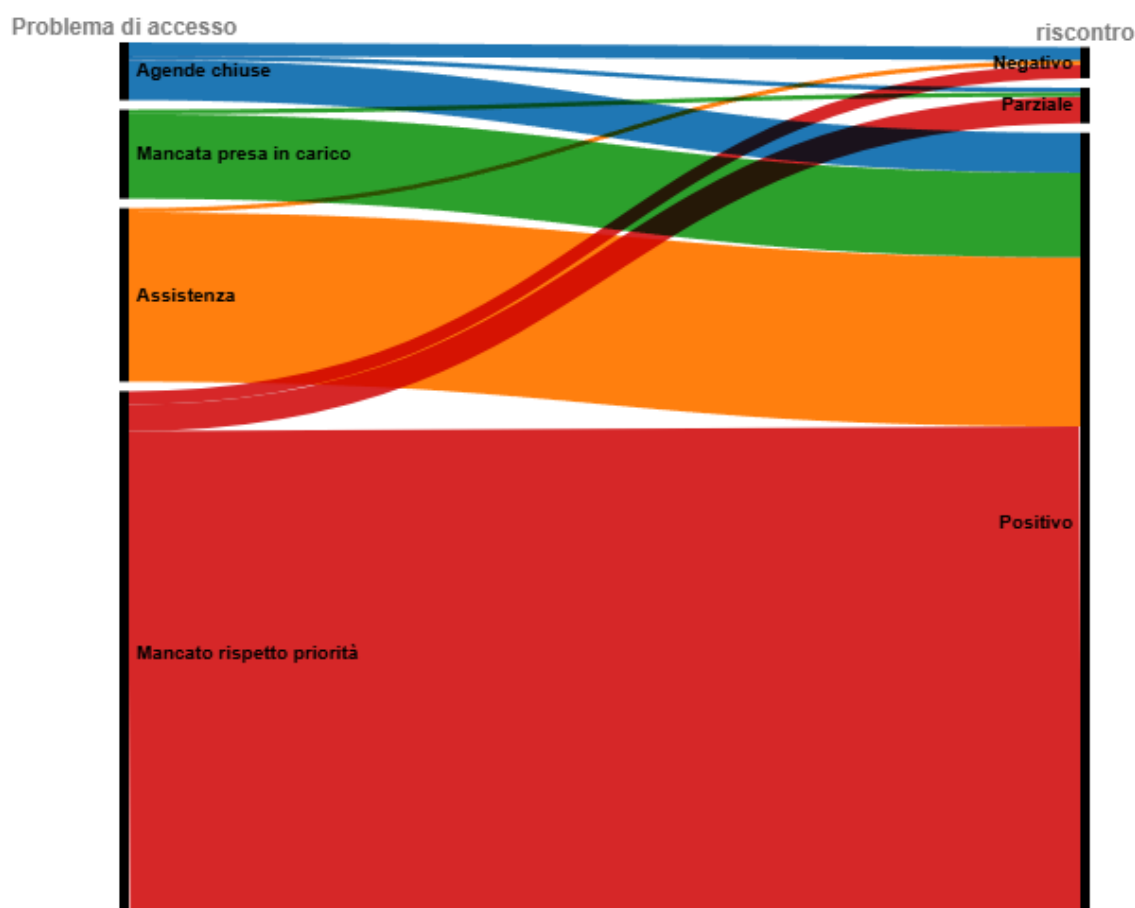


Fig. 58 – Correlazioni tra problemi e riscontri;

Fonte: elaborazione personale.

6.3. – Rivendicare un servizio pubblico, gratuito e universale

Il presente paragrafo è frutto del lavoro di ricerca del gruppo di inchiesta, di cui ho fatto parte dal 2020 ad oggi, collegato alla campagna Riapriamo Villa Tiburtina, piattaforma informale di rivendicazione per una sanità pubblica, gratuita e universale che si è mobilitata a partire dal 2020 per la riapertura della struttura abbandonata di Villa Tiburtina, nel quadrante Nord-est della città di Roma. Il paragrafo è tratto dall'articolo *Cura e partecipazione per Villa Tiburtina: dalla ricerca alla mobilitazione* pubblicato sulla rivista Memorie geografiche numero 23 del 2023.

Questo paragrafo vuole mostrare una particolare buona pratica dello Sportello Mammuto che potrebbe essere replicata all'interno delle CdC nell'analisi dei bisogni del proprio territorio: la diffusione dal basso e partecipata di questionari e inchieste.

L'inchiesta condotta dal gruppo omogeneo di abitanti del quartiere, attivisti e ricercatori afferenti a diverse discipline ha riguardato gli abitanti del IV Municipio di Roma, in larga maggioranza provenienti dai quartieri di Ponte Mammolo, Rebibbia e Casal de' Pazzi, ovvero i territori più prossimi a Villa Tiburtina, nell'area corrispondente, grosso modo, alla zona urbanistica 5H del IV Municipio.

6.3.1. – Il questionario: un approccio partecipativo

La metodologia della ricerca ha seguito, dunque, l'impronta della *participatory research* o *action research*.

“Participatory research or, as it is more commonly known, participatory action research (PAR) involves the study of a particular issue or phenomenon with the full engagement of those affected by it. Its most distinguishing features are a commitment to the democratization and demystification of research, and the utilization of results to improve the lives of community collaborators. Most definitions combine data collection, critical inquiry and action. Where PAR departs most from other forms of social research that also focus on effecting change is in the means used to achieve this end. In PAR, the means by which data is co-generated and interpretations debated are a key part of the change process” (Breitbart, 2010, p.142).

Tale approccio metodologico, rivolgendo la propria attenzione al Ssn e quindi allo spazio pubblico, si inserisce nel solco del filone della *Public Geography* (De Spuches *et al.*, 2019; Morri, 2020; Dumont e Gamberoni, 2020). Difatti, obiettivo nevralgico dell'inchiesta realizzata intorno a Villa Tiburtina è stato quello di contribuire allo sviluppo e al potenziamento dell'offerta di servizi pubblici sociosanitari, in particolare sono stati sviluppati i tipici temi della privatizzazione, dell'accessibilità e della normazione dello spazio pubblico (Dumont e Gamberoni, 2020). Allo stesso tempo, nel condurre l'inchiesta, non abbiamo mai perso di vista la necessaria potenzialità pragmatica dei risultati, ovvero i concreti benefici per la comunità locale, autodeterminati e autovalutati (o meglio autopercepiti) dalla comunità stessa – quindi non imposti dall'alto ma, frutto di un processo di *awareness* e *community empowerment*. Aver tenuto questa postura durante il lavoro di inchiesta sposta il baricentro dell'inchiesta da un approccio di *Public Geography* verso un approccio di *community geography* (Shannon *et al.*, 2021). Tra i due approcci geografici molte sono le convergenze e le similitudini, ma la scelta di tendere maggiormente verso la *community geography* si ricollega a due motivazioni:

- il posizionamento della presente ricerca è anche interno rispetto all'oggetto studiato, perché la relazione con la comunità indagata è talmente forte da far percepire il ricercatore come membro o parte della comunità stessa, e perché i suoi membri hanno partecipato all'elaborazione del questionario, dei dati e della loro analisi come protagonisti;
- una presa di distanza rispetto ad alcune derive della *Public Geography*, il cui sguardo non di rado tende a favorire il potere delle istituzioni nella gestione dello spazio pubblico, ponendo in secondo piano il ruolo proattivo delle comunità.

L'inchiesta, infatti, è figlia di una serie di precedenti pratiche: assemblee, discussioni e attività le comunità locali di Rebibbia. Quindi, l'ideazione della domanda e degli obiettivi della ricerca sono stati sin dal principio frutto di un processo partecipativo, in cui gli abitanti del quartiere hanno scelto autonomamente di dotarsi anche di strumenti accademici e scientifici. Il ricorso a questi strumenti è stato motivato dalla necessità politica di giungere, in prospettiva, a un riconoscimento scientifico dei risultati raggiunti e delle istanze intercettate, in modo tale da mettere in discussione il sapere medico e le narrazioni egemoniche che si impongono sulle scelte di salute pubblica. La riappropriazione collettiva di forme di sapere esperto diventa uno strumento per sfidare l'uso politico strumentale che in molti casi viene fatto del sapere a livello istituzionale.

Si è quindi scelto di invitare a partecipare a questo processo ricercatrici politicamente impegnate e in qualche modo già in relazione, diretta o indiretta, con il territorio indagato (per il proprio vissuto, per amicizie o posizionamento politico). Il posizionamento critico e militante delle ricercatrici ha permesso quindi agevolmente di istituire forme di ricerca-azione, mantenendo sempre attivo il ruolo delle comunità locali nel processo di ricerca (Scheper-Hughes, 1995). Ogni aspetto dell'inchiesta è stato deciso nell'ambito di specifiche assemblee tra ricercatrici, esponenti del comitato e abitanti del quartiere. Il ragionamento e la discussione collettiva hanno permesso di individuare i macrotemi da approfondire, formulare le singole domande e scegliere le modalità di diffusione. Anche per quanto riguarda il momento della raccolta e dell'analisi dei dati, i compiti sono stati suddivisi all'interno del gruppo di lavoro dell'inchiesta per poi arrivare ad un successivo momento di confronto e validazione assembleare. Con questa metodologia si è cercato di mettere in discussione a livello politico la divisione tra sapere esperto/accademico e il sapere della comunità che non è più "oggetto" di scienza, ma "soggetto" (Oddone *et al.*, 2008).

Se da un lato questa scelta ha permesso uno sguardo profondamente centrato sulla prospettiva della comunità locale, d'altro canto ha comportato un altrettanto chiaro ed esplicito posizionamento di parte: si tratta di una ricerca partigiana, orientata a rappresentare un particolare punto di vista rispetto all'oggetto della ricerca. Inevitabilmente, questo posizionamento radicato e radicale pone in secondo piano la tradizionale ricerca dell'oggettività scientifica generalizzabile in modo universale. Siccome al centro della domanda di ricerca è la percezione soggettiva, ovvero il modo in cui sono percepiti i servizi sociosanitari di un'area urbana che conta decine di migliaia di abitanti, e non potendo dunque pretendere di conoscere in modo onnicomprensivo e totale la realtà studiata, si è preferito esplicitarne una particolare prospettiva: lo sguardo di quella parte della comunità locale che desidera la riapertura di Villa Tiburtina, che si è impegnata, interessata e ha liberamente scelto di aderire al questionario per migliorare il proprio benessere, partecipando informalmente come soggetto attivo alla futura Casa della Comunità, ancora prima della sua apertura.

Inoltre, la scelta di raccogliere le opinioni delle persone rispetto ai propri bisogni sanitari è ancor più rilevante considerando che questa esperienza di ricerca si è svolta durante il secondo anno della pandemia. L'idea era quella di fornire, a chi viveva il disorientamento e la mancanza di *agency* della congiuntura pandemica, uno spazio di espressione e attivazione.

Nel concreto, la metodologia partecipativa e comunitaria della ricerca si è esplicata in una lunga serie di pratiche. In primo luogo, il questionario è stato diffuso nelle piazze e nel

mercato assieme agli abitanti di Rebibbia, nonché attraverso le famiglie che frequentano gli spazi del Doposcuola Mammut e le persone che si sono rivolte allo sportello sanitario di Riapriamo Villa Tiburtina, attivato nel 2021.

Inoltre, il questionario è stato tradotto in diverse lingue grazie alla partecipazione delle stesse minoranze linguistiche locali: alcuni giovani e attivi rappresentanti di queste comunità locali sono riusciti a fare una preziosa opera di mediazione culturale diffondendo e traducendo di persona i questionari. È stato poi messo in campo un servizio di facilitazione nella compilazione del questionario in forma cartacea che ha permesso alle persone non in possesso di dispositivi informatici o non capaci di confrontarsi con il formato *online* di partecipare all'inchiesta.

Nell'insieme tali pratiche hanno mirato a intervenire nel quotidiano dello spazio analizzato, costituendo un bagaglio di competenze da aggiungere ai tradizionali metodi della geografia sanitaria (Evangelista, 2017a).

6.3.2. – I risultati dell'inchiesta

In base a tale modalità partecipativa si è deciso di incentrare l'inchiesta sulla percezione delle comunità locali rispetto all'offerta di servizi sociosanitari, sviluppando 36 domande focalizzate sulla qualità, sull'accessibilità (del Biaggio, 2005) e prossimità (Evangelista, 2016b) dei servizi, e sulla loro corrispondenza rispetto ai bisogni del target di riferimento, ovvero le comunità locali (o meglio, come già precedentemente specificato come quella porzione più ricettiva e favorevole alla riapertura di Villa Tiburtina). Laddove possibile si è cercato di evitare l'impiego di risposte a crocetta, privilegiando risposte aperte e campi in cui inserire o spiegare la propria scelta.

Il target di riferimento del questionario del gruppo inchiesta dell'assemblea Riapriamo Villa Tiburtina è composto dagli abitanti maggiorenni del IV Municipio. Ben 307 persone hanno risposto, grazie alla modalità ibrida di diffusione, sia fisica che *online* (attraverso il programma Google Surveys), al questionario. A rispondere sono state persone di diverse età, con un maggiore partecipazione della fascia tra i 50 e i 70 anni (46,1%) e una minore dei giovani tra i 20 e i 40 (18%). Infatti, il 5,6% delle persone che hanno risposto al questionario ha tra i 20 e i 30 anni, il 12,4% tra i 30 e i 40, il 13,1% tra i 40 e i 50, il 19,3 % ha tra i 50 e i 60, il 26,8% tra i 60 e i 70, il 16% tra i 70 e gli 80 e il 6,8% tra gli 80 e i 90. Sebbene vi sia una buona

corrispondenza tra queste percentuali e quelle della popolazione residente in città secondo il Comune di Roma (La popolazione di Roma, 2021), i dati mostrano come i giovani ventenni tendano a preoccuparsi meno per la propria salute e quindi a non rispondere e partecipare (o meglio a rimanere sottorappresentati, ovvero il 5,6% contro circa l'8% del Comune) al questionario, mentre la categoria dei sessantenni si presenta come ampiamente sovrarappresentata, e quindi evidentemente come la più ricettiva.

È chiaro che a livello intersezionale esista una differenza generazionale, come dimostrano i risultati del questionario le persone più anziane tendono a sentire in modo più impellente il bisogno di migliorare il Ssn e in generale il paradigma di cura perché sono più esposte e abituate ad affrontare problematiche legate alla salute. Altra importante riflessione riguarda il sesso delle persone che hanno risposto, del tutto sbilanciato a favore del femminile, che rappresenta il 67%, dimostrando anche in questo caso quale sia la categoria a livello intersezionale più attiva e sensibile rispetto alla salute e alla cura.

L'analisi dei risultati del questionario apre molteplici spunti di riflessione, qui per motivi di spazio verrà presentata una sintesi del lavoro di analisi svolto sui dati, in modo da evidenziarne alcuni aspetti salienti.

Un problema immediatamente evidente nelle risposte date al questionario riguarda l'accessibilità ai servizi pubblici; infatti, più del 70% degli intervistati ha riportato di aver avuto difficoltà ad accedere ai servizi sanitari pubblici e a prenotare le visite e, ben, il 66,8% ha dovuto rinunciare a fare una visita o a ricevere una prestazione all'interno dei servizi sanitari pubblici. Altrettanto chiara è la causa della poca accessibilità: i lunghi tempi di attesa provocati dalle liste piene del Ssn. A tale problema corrisponde una soluzione offerta dal mercato, la medicina privata, che però tende a fare aumentare il costo assoluto dei servizi e a introdurre logiche di profitto nella cura. C'è un legame profondo tra liste d'attesa pubbliche e domanda di servizi privati. Infatti, oltre l'80% degli intervistati afferma di essersi rivolto a servizi privati proprio per le lunghe liste d'attesa nel pubblico.

Un'ampia sezione dello studio dei dati del questionario ha riguardato l'intersezionalità, cercando di raccogliere l'invito elaborato durante la pandemia ad analizzare la salute e il benessere in chiave intersezionale (Eaves e Al-Hindi, 2020; Albanese, 2021). La spesa media annua degli intervistati destinata alla salute è di 788 euro, ma sono le donne, con 829 euro contro i 718 degli uomini, a spendere di più; e in particolare le donne che dichiarano di essere disoccupate arrivano a spendere in media 1.117 euro. Quindi, dalle correlazioni tra il sesso,

la professione e la spesa sanitaria si possono dedurre delle profonde differenze sociali e di genere che tendono a realizzare situazioni di privilegio e/o di marginalizzazione.

Aspetto rilevante in chiave intersezionale è l'origine geografica dei rispondenti, sono presenti ben dodici diverse nazionalità, tra le quali è il gruppo bengalese quello più rappresentato con dieci partecipanti. Sebbene tale numero corrisponda solo a circa il 3% del totale, questa presenza è estremamente rilevante e significativa. In primo luogo, perché Comune, Regione e Asl non riescono quasi mai a tenere conto di questa popolazione, poiché basano i propri dati sulle dimissioni e sull'utenza dei servizi, pertanto, non riescono a notare chi non ha accesso al Ssn, ad esempio per via della mancanza di documenti regolari, oppure chi per motivi informativi, sociali e culturali non riesce a fruire effettivamente dei servizi pubblici. In secondo luogo, proprio grazie al dialogo con la comunità bengalese è emerso quanto siano decisive per la prossimità e l'accessibilità dei servizi l'informazione e la possibilità di comunicare: molto spesso i problemi della comunità bengalese sono dovuti alla lingua e, quindi, alla mancanza di mediatori culturali presso gli sportelli e gli uffici della Asl. Esempio classico sono le famiglie che pur avendo in teoria diritto all'esenzione dai ticket sanitari continuano a pagarli.

L'ultima sezione del questionario è stata dedicata alle proposte per la CdC, invitando gli abitanti locali a esplicitare quali caratteristiche e quali servizi dovrebbe avere in futuro Villa Tiburtina. I servizi, più richiesti sono stati, in ordine:

- Cardiologia
- Oculistica
- Ginecologia
- Cure odontoiatriche
- Diabetologia
- Consultorio
- Sportello orientamento
- Assistenza domiciliare
- Centro prelievi
- Servizio vaccinale
- Ambulatorio infermieristico

Questa sezione del questionario ha avuto lo scopo di cominciare ad attivare processi di progettazione partecipata della CdC, coinvolgendo direttamente nell'ideazione e organizzazione dello spazio pubblico la sua comunità.

6.3.3. – Conclusioni e possibili sviluppi

Avendo come obiettivo la pragmaticità e avendo identificato diversi servizi carenti sul territorio, il gruppo d'inchiesta dell'assemblea Riapriamo Villa Tiburtina assieme alla comunità locale ha collaborato all'individuazione di un campo d'azione concreto nel quale intervenire. L'inchiesta non ha portato solo a realizzare un approfondimento analitico, ma ha irrobustito la possibilità di mobilitare le comunità locali, traducendo i risultati dell'analisi in una rivendicazione sociale e politica, in modo da ottenere concretamente presso le istituzioni di prossimità l'erogazione dei servizi mancanti o carenti.

Tra i servizi più richiesti dal territorio nelle risposte al questionario è stata individuata la pedo-odontoatria come possibile e concreto campo d'azione oltre che di ricerca, anche perché l'odontoatria era uno dei servizi specialistici presenti nella struttura di Villa Tiburtina prima della sua chiusura e anche uno dei più apprezzati. Questa decisione di concentrarsi su questo servizio è stata presa anche in funzione degli effettivi legami col territorio del gruppo dell'assemblea Riapriamo Villa Tiburtina, che essendo ben interconnessi a diverse realtà dell'ambito educativo attraverso il Doposcuola Mammuto, hanno scelto di affrontare il problema degli apparecchi e delle carie per bambine e bambini. Da questo spunto è nato uno *screening* pedo-odontoiatrico, cui hanno partecipato 50 minori, che a sua volta ha generato diverse occasioni di confronto fra l'amministrazione pubblica e le comunità locali. Ad oggi, proprio grazie a questa attivazione e ad una partecipata mobilitazione sotto la Asl è arrivata la promessa della Direzione generale di istituire un tavolo di lavoro inclusivo e partecipato per il futuro di Villa Tiburtina e dei servizi pubblici erogati sul territorio dei quartieri di Rebibbia, Casal de' Pazzi e Ponte Mammolo.

Sia l'inchiesta compiuta per mezzo della diffusione di un questionario sia lo *screening* sono strumenti e pratiche utili ai fini dell'individuazione e stratificazione dei bisogni, obiettivi che il d.m. 77 affida alla rete di comunità inaugurata dalla Missione 6 C1 del Pnrr e in particolare alle Case della Comunità come Villa Tiburtina. A Rebibbia, l'(auto)organizzazione di queste pratiche di stratificazione e individuazione dei bisogni di salute realizzata direttamente e in

forma proattiva dalla comunità locale mostra quali metodologie di partecipazione nuova rete di comunità potrebbe e dovrebbe sostenere per realizzare non solo la riforma dei servizi territoriali prevista dal d.m. 77, ma una più generale metamorfosi dell'attuale paradigma di cura.

In conclusione, vogliamo sottolineare come il processo di attivazione e presa di parola iniziato due anni fa con questo primo esperimento di inchiesta dal basso non si sia interrotto. Anzi, è in corso un processo di confronto in seno al collettivo che ha come fine quello di orientare l'interesse di ricerca verso nuovi temi e quesiti, oltre a individuare nuove metodologie e affinare quelle già sperimentate. In parallelo, questa esperienza di inchiesta ha raccolto l'attenzione di diversi altri comitati di quartiere che ugualmente si confrontano con molte delle difficoltà di accesso al Ssn sopraelencate: si spera di riuscire nel prossimo futuro a dare vita, anche in questi territori, a pratiche di inchiesta partecipata, per poi arrivare a formare una possibile rete cittadina. La volontà non è quella di sostituirsi ai centri di ricerca istituzionale, ma quella di riuscire a includere chi lo desidera nel processo di costruzione del dato "scientifico" sulla propria salute, in modo tale da arginare le forme di delega a cui siamo abituati e tornare a percepirsi come protagonisti rispetto alla programmazione territoriale della salute e delle cure.

Sebbene la progettazione partecipata fosse prevista dalle norme che regolamentano la Missione 6 C1 del Pnrr, continua a mancare la volontà politica di tradurre i principi delle norme in azioni concrete da parte delle istituzioni. Per uscire da questa *impasse* è necessario che siano le stesse comunità a rivendicare il proprio diritto alla salute e alla partecipazione ai processi di cura (Chatzidakis *et al.*, 2021), ricorrendo a tutti gli strumenti a propria disposizione, inclusi quelli della ricerca che solitamente rimangono appannaggio delle classi erudite ed egemoni.

7. – Conclusioni di geografia sociale

7.1. – Prossimità: oltre l'accesso

La prossimità è una qualità di non semplice analisi o misura. A prescindere dall'oggetto di studio è sempre arduo definire la prossimità, *in primis* per la sua natura relazionale: per poter essere prossimi sono necessari sempre almeno due termini di paragone, come minimo due punti da cui valutare la distanza o la vicinanza, ma possono anche essere plurimi insiemi di punti da mettere in correlazione tra loro, complicando di molto il ragionamento come avviene ad esempio nel caso delle infrastrutture di cura. La prossimità riunisce in sé molteplici e differenti dimensioni ed ha quindi natura multidimensionale (Evangelista, 2016b; Ramadier, 2023).

Strettamente connesso al tema della prossimità è poi quello dell'accessibilità. Specialmente negli studi di geografia sanitaria l'analisi o la misura della prossimità ha lo scopo di influenzare l'accessibilità dei servizi, delle strutture di cura o dell'assistenza sociosanitaria. In particolare, molti studi sanitari trattano direttamente o indirettamente il tema della prossimità, analizzando il concetto di accessibilità. L'accessibilità è un campo di studi florido in ambito medico, grazie anche alle influenze interdisciplinari che arrivano dall'urbanistica come dai *disability studies*, dall'econometria e dalla stessa geografia. Anche l'accessibilità, come la prossimità, ha natura multidimensionale, laddove può essere riferita, come avviene in ambito urbanistico, alla presenza di barriere architettoniche, infrastrutture per la viabilità ecc. Mentre, ad esempio nell'ambito dei *disability studies*, l'accessibilità non assume un significato solo architettonico, ma anche una dimensione immateriale che può essere ad esempio sensibile o cognitiva. È il caso della città autistica immaginata da Vanolo (2024), una città a misura di neurodivergenza e disabilità dove dovrebbero essere presenti infrastrutture per migliorare la camminabilità e la mobilità dello spazio urbano, ma nella città autistica di Vanolo sono valorizzate anche le dimensioni immateriali dell'accessibilità. Qui, infatti, si dovrebbero cercare di ridurre gli stimoli sensoriali più forti dello spazio urbano, come l'inquinamento acustico; così come si dovrebbe cercare di educare gli abitanti della città alla comprensione sociale e culturale delle differenze, ripensando lo spazio urbano affinché possa essere fruito appieno anche da chi non può fare una passeggiata ma ha altre abilità, oppure da chi ha una percezione e un comportamento differente da quella che viene considerata la norma.

Nella città autistica di Vanolo accessibilità e prossimità sono strettamente collegate: il parco per essere accessibile non deve essere solo pavimentato e senza barriere architettoniche, ma anche vicino casa e possibilmente vicino ai bisogni e ai desideri di chi abita in quel territorio urbano, inclusi gli abitanti disabili o neurodivergenti. In tal senso, la prossimità può essere intesa come una delle qualità fondamentali dell'accessibilità: una qualità che determina la vicinanza (o la lontananza) fisica, materiale, affettiva e relazionale dell'accesso a un luogo. Genitori e *caregiver* di persone neurodivergenti riconoscono bene il valore e l'importanza nello spazio urbano di questa qualità, la prossimità, perché conoscono i problemi di inaccessibilità di un parco lontano o poco accogliente. Chi subisce i problemi di una città che non è progettata sui bisogni autistici ha coscienza dell'effetto estraniante che l'urbano quotidianamente impone a chi possiede un'altra sensibilità o non è abbastanza performante e conforme alla norma. Accessibilità e prossimità sono quindi anche due strumenti che uniti insieme possono stimolare l'immaginazione di uno spazio urbano differente e persino un mondo differente, alimentando processi di riterritorializzazione e *worldmaking* come nel caso della città autistica di Vanolo.

Accessibilità e prossimità sono concetti affini – anche per questo quando vengono scollegate rischiano di perdere gran parte del proprio significato – entrambe sono legate all'accesso. Secondo Richard (1995), anche l'accesso, in ambito di salute, ha una natura multidimensionale e una delle sue dimensioni è proprio l'accessibilità, intesa in senso stretto come “la relazione fra la localizzazione dei servizi e quella dei pazienti, tenendo conto della loro mobilità, della durata, della distanza e del costo dei tragitti” (Del Biaggio, 2005, p. 11). Sebbene questa accezione di accessibilità tenda a separare alcune dimensioni dell'accesso dalla prossimità, indirizzando l'analisi dell'accessibilità verso un approccio quantitativo e misurativo, anche in questo caso si riconosce che l'accessibilità sia basata sulla relazione tra servizi e persone (pazienti) determinata da mobilità, distanza e fattori sociali.

Tentando di dare una prima definizione di prossimità, potremmo dire che la prossimità è proprio l'insieme delle qualità della mobilità, della distanza, dei fattori sociali (quali il costo del tragitto, ma anche la cultura), cui dovrebbero essere aggiunti anche i fattori umani (sensibili, affettivi ed emotivi) e non-umani (biologici, ecosistemici ed ecologici) che influenzano l'accessibilità di un accesso.

Nel tentare di migliorare l'accessibilità molti studi si concentrano sull'analisi degli accessi, è il caso ad esempio dei modelli di analisi dell'accessibilità delle strutture sanitarie (Dumitrache *et al.*, 2020; Burkey, 2012). Certamente lo studio degli accessi rappresenta un elemento

nevralgico dell'accessibilità e della prossimità, ma se considerassimo solo chi ha accesso ad una struttura sanitaria rischieremmo di escludere dalla nostra analisi chiunque non abbia diritto o possibilità di accedere a quella struttura per motivi giuridici, economici o socioculturali, alimentando ulteriormente le disuguaglianze che affliggono la sanità, la salute e in generale la diffusione del benessere. Un caso evidente di questa tendenza è quello della popolazione migrante, gli stranieri rimangono spesso sottorappresentati negli studi sanitari basati sull'analisi degli accessi ai servizi (Eaves e Al-Hindi, 2020), perché semplicemente molti stranieri hanno meno possibilità (e quindi di fatto meno diritto) di ricevere le cure necessarie a causa di motivi economici, medici o giuridici.

In Italia tutti i migranti possono teoricamente ottenere le cure pubbliche del Ssn, ma la trafila burocratica che chi è straniero deve compiere per ottenere l'accesso ad un numero limitato di presidi e cure costituisce una barriera, un ostacolo difficile da superare per avere accesso al Ssn. Inoltre, l'attuale paradigma medico di cura si basa sullo studio di una popolazione bianca, spesso maschile, per motivi culturali e sociali si tende a sottorappresentare la popolazione che si discosta dalla norma. Esempio di questa tendenza è la disuguale condizione di accesso e qualità delle cure della popolazione nera americana. Il ritardo nella scoperta e nell'erogazione delle cure dell'anemia falciforme (Anionwn e Atkin, 2001; Nelson, 2011; Nodo solidale, 2023) ha dimostrato l'esistenza di un livello disuguale di cura negli Stati Uniti, tale cura disuguale comporta anche livelli disuguali di accessibilità. È evidente che l'esclusione in ogni sua forma non possa favorire l'accessibilità né l'accesso.

A fronte del lavoro di ricerca sulla medicina di prossimità, le prime conclusioni che questo lavoro vuole offrire sono di natura teorica e riguardano proprio il concetto di prossimità. Per comprendere davvero il senso e il significato della medicina di prossimità è, infatti, necessario innanzitutto disambiguare geograficamente il termine prossimità. In questo capitolo saranno esposte le conclusioni teoriche evidenziate dalla ricerca in merito al concetto di prossimità. Anticipando la discussione di questo paragrafo, possiamo sintetizzare in tre assunti fondamentali le conclusioni sulla prossimità: la prossimità ha natura multidimensionale; l'accessibilità è intrinsecamente connessa alla prossimità, infatti, ciascuna dimensione dell'accessibilità varia qualitativamente a seconda della distanza materiale e immateriale dei termini considerati (*in primis*, lo spazio dove accedere e chi accede). La distanza, materiale e immateriale, corrisponde alla prossimità che intercorre tra gli stessi termini considerati. Infine, la prossimità, intesa in senso affettivo, socioculturale e

immateriale, è il contrario dell'approssimazione, oltre che del più classico termine opposto, ovvero la distanza.

7.1.1. – Uno spazio quantificabile: modelli e GIS

Un primo concetto strettamente connesso alla prossimità è l'accesso. L'accesso è, però, un termine non ben definito, infatti, il suo studio si divide in una serie di diverse aree più specifiche (o dimensioni) di compatibilità o incontro tra la persona (il paziente) e il sistema sanitario (Penchansky e Thomas, 1981). Secondo Penchansky e Thomas (1981), le aree specifiche che definiscono un accesso sono quindi *availability* (disponibilità dei servizi in base ai bisogni della persona), *accessibility* (relazione tra localizzazione del servizio e localizzazione del paziente), *accomodation* (accoglienza del servizio e ricettività dei pazienti), *affordability* (accessibilità economica) e *acceptability* (accettabilità reciproca delle rispettive caratteristiche nel rapporto servizio-utente). Tra questi concetti messi in relazione all'accesso sembrerebbe mancare proprio la prossimità, ma in realtà possiamo considerare la prossimità come la qualità di ciascuna area più specifica o dimensione dell'accesso.

La comprensione, lo studio e l'analisi delle qualità multidimensionali dell'accesso sono materie classiche della geografia. In letteratura, lo studio della prossimità si basa spesso su un processo di misurazione di molteplici qualità dell'accesso. In tal senso, come sostiene Evangelista (2016b), citando (Knoben e Oerlemans, 2006, p. 71), la prossimità assume il significato di: essere vicini a qualcosa misurato su una determinata dimensione.

La prossimità è, quindi, comunemente intesa come una misura dello spazio e in particolare della distanza da un accesso. A fronte della supremazia scientifica delle discipline STEM, esiste oggi una tendenza a quantificare la prossimità come misura della distanza, elaborando modelli di analisi basati su valori quantificabili e modellizzazioni dello spazio. In tale prospettiva, lo spazio viene assunto in senso fisico, spesso euclideo e bidimensionale, semplificando molto la complessità dello spazio, come ad esempio la dimensione sociale, culturale, affettiva e relazionale di cui lo spazio è composto nel suo incessante divenire territorio (Turco, 1988). Sebbene questa semplificazione, ovvero la quantificazione dello spazio, riduca la complessità geografico-spaziale, può essere necessario tralasciare le metafore dello spazio e della Terra (Dematteis, 1985) per considerare in dettaglio gli elementi

più propriamente fisici, materiali e strutturali che lo spazio comporta sulla società e il movimento e, quindi, sulla mobilità, sull'accessibilità e sulla prossimità.

Gli studi quantitativi (o qualitativi basati su valori quantificabili) dello spazio e l'apporto delle materie Stem rimangono, dunque, imprescindibili per una comprensione del territorio e persino dello spazio vissuto. Anche se sarebbe sempre auspicabile riuscire ad andare anche oltre la dimensione materiale dello spazio. In ogni caso, specialmente materie come la cura, la sanità e la salute necessitano di analisi focalizzate sulla dimensione tangibile e materiale dello spazio, perché questa rappresenta un primo livello di strutturazione e produzione (o reificazione) dello spazio capace di influenzare anche gli elementi intangibili e immateriali che ne fanno parte. La distanza chilometrica di un quartiere dai servizi sanitari può determinare problemi e bisogni sociali che si riverberano anche sulla percezione sensibile, emotiva ed affettiva dello spazio stesso.

L'affetto per Villa Tiburtina a Rebibbia, emerso dalle interviste realizzate nel corso della ricerca (ed esposte nel capitolo 6.3) dimostra come avere una struttura del Ssn sotto casa stimoli una relazione di maggiore affetto e fiducia negli abitanti del quartiere; mentre al contrario la chiusura di quel servizio pubblico ha comportato non solo problemi di accessibilità al Ssn (ad esempio per le persone anziane che hanno lamentato difficoltà nel raggiungere i presidi sanitari), ma anche una perdita di stima, di fiducia e persino una rabbia diffusa o una frustrazione nei confronti del servizio pubblico e addirittura del proprio quartiere o sistema sociale. Infatti, come sostiene Evangelista, citando gli studi di Finlayson (*et al.*, 1999), i pazienti scelgono con i piedi: “In linea generale i pazienti preferiscono gli ospedali più vicini” (Evangelista, 2017a, p. 38). Tale preferenza si fonda sull'esperienza quotidiana. Empiricamente le persone tendono a preferire le strutture più vicine, anche perché una minore distanza tende a coincidere con la presenza di un numero più limitato di barriere (che come vedremo nel paragrafo 7.1.2 possono essere, però, anche mentali oltre che fisiche). In ogni caso, la vicinanza dell'accesso a Villa Tiburtina è una qualità che rende questa infrastruttura più accessibile per gli abitanti del quartiere Rebibbia. Tale qualità, espressa in una misura chilometrica della distanza dall'accesso, costituisce una prima dimensione di prossimità della struttura di Villa Tiburtina su cui poggiano le ulteriori dimensioni immateriali dell'accesso.

La prossimità fisica e materiale intesa come distanza spazio-temporale da un accesso è la base tangibile da cui le relazioni di cura prendono forma, quindi questo tipo di prossimità, che Evangelista definisce *Geographical Proximity* (Evangelista, 2016b), influenza la qualità delle

relazioni territoriali immateriali tra servizio e persone (o utenti). A sua volta, poi, la *Geographical Proximity* è influenzata dalla qualità delle relazioni territoriali in una dinamica di interconnessione reciproca, ma l'unica costante di questo rapporto complesso e mutevole è proprio lo spazio fisico, tangibile e materiale: posso stravolgere la percezione di un'infrastruttura sanitaria rendendola accessibile e prossima dal punto di vista umano, affettivo e culturale, facendone uno spazio accogliente e caloroso, ma se questa struttura rimane distante trenta chilometri non potrò mai andarci comodamente a piedi da solo. Sebbene lo sviluppo tecnologico possa dare l'impressione o effettivamente ridurre l'impatto della distanza chilometrica da una struttura sanitaria, garantendo ad esempio alcune prestazioni tramite telemedicina (come viene fatto nella Missione 6 del Pnrr), la distanza chilometrica non è eliminabile, rimane una costante. Nemmeno se per assurdo il servizio sanitario mettesse a disposizione degli utenti un elicottero, questi potrebbero comunque recarsi ad una struttura distante trenta chilometri in autonomia né sperimentare il piacere di fare una passeggiata e raggiungere a piedi il proprio luogo di cura.

Lo spazio fisico, materiale e tangibile rimane una costante ineliminabile che influenza concretamente la prossimità. Per questo, la presente ricerca ha analizzato (nel paragrafo 4.2) la Missione 6 C1 del Pnrr in modo quantitativo e chilometrico, andando ad osservare la distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità nella Regione Lazio e la distanza tra queste, i singoli Comuni e le altre principali strutture sanitarie (gli ospedali). Dunque, anche in questa ricerca è stato necessario concentrare in primo luogo l'analisi sulla *Geographical Proximity*. Eppure, un'analisi di questo tipo non è sufficiente ad individuare la complessità delle relazioni spaziali e, quindi, della prossimità, intesa non semplicemente come misura chilometrica della distanza.

Per studiare la complessità delle relazioni spaziali, evitando di ridurre l'analisi geografica al solo calcolo della distanza chilometrica, le discipline Stem (e non solo) utilizzano strumenti di modellizzazione dello spazio per l'analisi dell'accesso, della distribuzione delle infrastrutture o della mobilità sanitaria. In ambito geografico esistono numerosi studi che ricorrono a forme di modellizzazione dello spazio, è il caso – solo per citarne alcuni – dell'analisi dei bacini di utenza nel sistema ospedaliero o dell'analisi delle dinamiche co-evolutive di prossimità della Regione Abruzzo di Evangelista (2017b; 2016b); dello studio della mobilità interregionale nel Ssn di Berta (*et al.*, 2022); e dell'analisi della potenziale accessibilità degli ospedali pubblici in Romania di Dumitrache (*et al.*, 2020). In particolare, nel suo studio del servizio sanitario pubblico della Regione Abruzzo Evangelista (2016b)

riesce a scomporre le diverse dimensioni della prossimità, rappresentandone lo sviluppo nel tempo su di un grafico dal 2005 al 2011, riuscendo quindi ad includere nella propria analisi anche l'evoluzione e lo sviluppo cronologico delle diverse dimensioni della prossimità sanitaria (o più precisamente ospedaliera) abruzzese.

Eppure, non sempre per descrivere la prossimità è possibile scomporla in una serie di variabili e di modelli analitici, capita come nel caso qui studiato della Missione 6 C1 che manchino ancora i dati necessari (cfr. paragrafo 4.2) o che una modellizzazione non riesca a restituire l'intera complessità di un sistema di cura. Specialmente, quando la sanità intende muoversi verso un modello di medicina di prossimità, la complessità tende a sfuggire al processo di semplificazione che qualunque costruzione di un modello comporta. Infatti:

“la dimensione della prossimità rimanda a una visione ‘ecologica’ della sanità pubblica. [...]”

A farsi strada è qui l'idea di una sanità pubblica capace di esprimere un punto di vista globale e sistemico sulla salute, considerata in tutte le dimensioni dell'esistenza (materiale, biologica, culturale e sociale), e volta a intraprendere politiche e azioni efficaci in ognuna di queste dimensioni mediante approcci di tipo intersettoriale e multidisciplinare che coinvolgano i governi, le istituzioni, le comunità e i singoli individui” (Baglio e Eugeni, 2019, p. 78).

In una sanità pubblica improntata alla medicina di prossimità è bene adottare una prospettiva sistemica, nella quale la prossimità esprime un rapporto di interdipendenza (Baglio e Eugeni, 2019), in questo modo la prospettiva di prossimità permette di riscoprire i legami tra salute e capitale sociale (Bagnasco, 2001) o tra salute e cambiamenti climatici (Horton *et al.*, 2014). Un simile approccio tende a moltiplicare i campi di studio della prossimità sanitaria, rendendo difficile l'estrapolazione di singole variabili, perché queste diventano potenzialmente infinite (ambientali, sociali, affettive, culturali, relazionali ecc.) quando devono definire anche singole comunità o persone.

Il passaggio verso la medicina di prossimità comporta “implicazioni etiche per la sanità pubblica”, laddove la prossimità non assume solo il senso di un fine da perseguire o una scelta da prendere, ma un vincolo deontologico (Baglio e Eugeni, 2019, p. 79), che inevitabilmente finisce per influenzare anche il modo di fare ricerca sull'argomento, ovvero sulla sanità e la cura. Specialmente dopo la sindemia e l'emergenza Covid, la necessità di realizzare un cambio paradigmatico del sistema di cura attualmente vigente spinge la ricerca verso nuove direzioni e implicazioni etiche della cura (Middleton e Samanani, 2021; Alastra

et al., 2022), in cui la modellizzazione potrebbe non essere più sufficiente per analizzare la sanità, poiché questa viene ad includere al proprio interno non solo le politiche sanitarie del governo o delle istituzioni, ma persino l'azione di cura dei singoli individui e delle singole comunità. Pertanto, o la modellizzazione riesce ad includere le variabili microscopiche dei singoli individui e delle singole comunità, oppure è necessario adottare una differente prospettiva metodologica e analitica.

Nella medicina di prossimità, il focus della questione sanitaria si sposta verso un problema geografico e spaziale differente, ovvero come declinare la prossimità in termini effettivi e operativi di governamentalità (Baglio e Eugeni, 2019). Un problema di governamentalità che l'emergenza Covid ha fortemente accelerato (Turco, 2020), facendo sbocciare, in risposta alla crisi, un ricco patrimonio di pratiche di resilienza, *commoning* e cura (come è stato discusso nei paragrafi 3.2 e 5.2.1).

Nel tentativo di adottare quindi una prospettiva olistica di prossimità, la ricerca qui presentata ha scelto di spostare lo studio delle infrastrutture pubbliche del Pnrr dalla valutazione quantificabile dell'accessibilità all'analisi di modelli efficaci di intervento e buone pratiche replicabili, esaminando differenti *policy network* di medicina di prossimità formali e informali che emergono nel territorio della Regione Lazio e della città di Roma sia attraverso processi attivati dal basso che dall'alto. In tal senso, anche l'analisi della *Geographical Proximity* delle nuove infrastrutture della Missione 6 C1 del Pnrr, pur basandosi su di uno spazio quantificabile e utilizzando strumenti di *Geographic Information System* (Gis), non ha voluto misurare la prossimità per associare un valore ad ogni struttura da sviluppare in un modello, ma lo studio si è limitato a misurare la distanza chilometrica per individuare dove il rapporto tra servizio e territorio presenta chiaramente dei problemi di accesso connessi alla distanza chilometrica stessa, quindi, ad un primo livello, fondamentale, di accessibilità e prossimità dei servizi sociosanitari territoriali.

Una conclusione che la ricerca sulla medicina di prossimità qui condotta ha evidenziato è che l'analisi della prossimità, proprio per la sua natura multidimensionale, richiede l'adozione di diverse prospettive analitiche: diverse dimensioni di prossimità richiedono diversi approcci metodologici e analitici. È evidente che l'intento analitico della *Geographical Proximity*, intesa come misura della distanza espressa in metri o in chilometri, possa indirizzare la ricerca verso approcci quantitativi e produzione di *output* rappresentativi, come ad esempio quelli cartografici Gis. Al contrario, le dimensioni immateriali della prossimità possono richiedere approcci qualitativi più profondi, basati su tecniche di ricerca immersive,

partecipate e critiche che non restituiscono necessariamente una rappresentazione del mondo, ma hanno lo scopo di innescare dei processi teorici e pratici di risignificazione, nel tentativo di costituire le basi necessarie per un cambio paradigmatico.

Come dimostra la ricerca partecipata condotta a Rebibbia, la distribuzione di un questionario non serve solo a rappresentare i bisogni di salute o di cura di una comunità, ma ha il potere di creare delle relazioni, stabilire un dialogo, fare comunità, attivando processi di cura e promozione della salute basati su *empowerment* e *commoning*. Il risultato di questo diverso approccio metodologico e analitico alla geografia non è una misurazione, una modellizzazione o una rappresentazione dello spazio, ma consiste nell'individuazione empirica di teorie e buone pratiche capaci di attivare i processi propri della medicina di prossimità, i quali richiedono un cambio di prospettiva, una rivoluzione paradigmatica del concetto di cura.

È proprio questo un grande contributo che gli spazi collettivi di cura attivati dal basso offrono alla medicina di prossimità e in generale alla geografia: sperimentano le basi per realizzare un passaggio dalla teoria alla pratica partecipata e partecipativa che il concetto di prossimità (non intesa solo come della *Geographical Proximity*) richiede tanto nella sanità pubblica quanto nella ricerca di ambito sociale e sanitario. Il servizio pubblico ha la possibilità di apprendere da questo bagaglio di teorie e pratiche per trasformare i propri processi di cura. Anche l'approccio sperimentale della ricerca basata sul progetto *Sentieri Metropolitani* ha avuto lo scopo di individuare e testare empiricamente buone pratiche capaci di migliorare la prossimità tra servizio e territorio. Attraverso la costruzione di relazioni territoriali basate su una nuova etica della cura (Chatzidakis *et al.*, 2020) sono state osservate e sperimentate buone pratiche capaci di rinnovare il rapporto tra Asl e scuole, mediante la promozione della camminabilità, della *respons-ability* e della *responsiveness*.

L'analisi sul terreno e la ricerca partecipata sono, quindi, ulteriori strumenti geografici di indagine e analisi del territorio capaci di approfondire quelle dimensioni più immateriali, affettive, culturali ed emotive della prossimità. Proprio per cercare di rispondere a quel problema di governamentalità della salute evidenziato dall'emergenza Covid (Turco, 2020), la ricerca qui presentata ha indagato qualitativamente, per mezzo della PAR, i *policy network* attivati dal basso nella città di Roma, con il fine di elaborare non un modello o una rappresentazione, ma una cassetta degli attrezzi per la medicina di prossimità.

Qual è lo scopo della ricerca, se non quello di migliorare il mondo? Per farlo, qui si è provato a dimostrare che la conoscenza del mondo non è necessariamente legata alla sua rappresentazione sintetica (e quindi ridotta), misurata e modellata dal ricercatore. Se l'accesso è un concetto multidimensionale complesso che rimane ancora non ben definito (Penchansky e Thomas, 1981), vuol dire che anche accessibilità e prossimità sono concetti di difficile definizione e rappresentazione. Di fronte a una simile *impasse*, la geografia può ricorrere a strumenti non-rappresentativi, operativi e partecipativi per analizzare la prossimità, utilizzando tecniche di ricerca sul terreno per individuare bisogni, problemi e buone pratiche che possono determinare maggiori o minori livelli di prossimità in ciascun territorio.

La prossimità, come lo stesso nome suggerisce, ci invita a non generalizzare, a rimanere sul particolare, “Parce que nous avons compris que pour concevoir la dimension spatiale du fonctionnement de nos sociétés, il était parfois nécessaire, de sortir de la seule analyse consciente des phénomènes spatialisés, en commençant par étudier autre chose pour subséquemment appréhender les impacts spatiaux générés” (Lebrun, 2023, p. 1).

Siccome la prossimità ha una natura multidimensionale e relazionale, essa dipende sempre da molteplici rapporti con l'altro e l'alterità. Per implementare modelli concreti di medicina di prossimità è necessario, quindi, osservare la microfisica quotidiana di relazioni che fonda e riproduce lo spazio (Macpherson, 2010), individuando specifici processi e dinamiche di cura, ovvero quelle forme di cura delle relazioni con l'altro che garantiscono la riproducibilità del mondo.

Applicare un approccio geografico ridotto solo allo spazio quantificabile (metrico, chilometrico ecc.) nelle questioni di prossimità rischia di ridurre la prossimità ad un piano meramente euclideo o spazio-temporale, tralasciando le componenti affettive, culturali, immateriali, emotive e sensibili che danno significato alla distanza. La prossimità non è infatti solo una distanza chilometrica o uno spazio-temporale da colmare o abbattere, ma qualcosa di estremamente più complesso. Al contrario, in una società neoliberale e capitalista che tende a massimizzare il profitto, il tempo è denaro ed ogni cambiamento può rappresentare un'occasione di *re-branding* per incrementare le vendite. Le politiche di sviluppo urbano negli ultimi anni hanno trovato una grande spinta verso un'accezione della prossimità accattivante e neoliberista.

Sin dagli anni Novanta e, ancora più in seguito alla crisi del 2008, si è fatta strada l'idea di città più *smart* (efficienti), grazie a servizi vicini e ad un utilizzo massiccio di tecnologie. Città sviluppate, ma al contempo sostenibili, così da poter continuare ad inseguire lo sviluppo economico anche nel contesto attuale – proprio dell'Antropocene – di crisi climatica e ambientale (Vanolo, 2015). *Smart City*, *creative city* e altri modelli urbanistici hanno seguito quest'idea di sviluppo basata su semplificazione, facilità e rapidità dei processi di sviluppo e di consumo, ovvero sulle *fast policy* neoliberiste descritte e criticate da Peck (2005). Con l'emergenza sindemica originata dal Covid, tale idea di sviluppo *smart* ed efficiente della città è stata coniugata direttamente alla salute e al contesto dei servizi sanitari. Da qui sono nate alcune teorizzazioni teoricamente affini alla medicina di prossimità, come quella di Ferrari (2021), dove cura e *Smart City* sono messe in relazione diretta. Esiste quindi una tendenza a declinare la medicina di prossimità, e il welfare in generale, secondo prospettive *smart* di efficientamento tecnologico e di razionalizzazione economica, senza rinunciare al fine perpetuo di perseguire un nuovo sviluppo economico.

Diversi esperti dei servizi sociosanitari e territoriali, nel promuovere la prossimità come logica e metodo, mettono in relazione la trasformazione della sanità e degli interventi di welfare con il modello della *Città dei 15 minuti* (Manzini, 2021; Ingrosso, 2024). Sebbene la città dei 15 minuti e la medicina di prossimità condividano il bisogno di realizzare servizi basati sulla *Geographical Proximity* (vicinanza in senso chilometrico o spazio-temporale), è chiaro però che la città dei 15 minuti teorizzata da Carlos Moreno nel 2024 e resa famosa dalla sindaca di Parigi Anne Hidalgo può facilmente costituire come la *Smart City* una forma di *fast policy*. Il pericolo è che la “città della cura” descritta da Ingrosso (2024, p 78) rimanga solo teoricamente basata su processi collaborativi, *community engagement* e legami sociali, mentre nella pratica finisca per incentivare solamente la partecipazione tra pubblico e privato nella sanità.

Nel caso delle *Smart City* e in generale delle *fast policy*, i maggiori beneficiari dello sviluppo e i veri protagonisti delle politiche urbane sembrano essere, in realtà, le aziende private (Vanolo, 2015; Peck, 2005), a scapito del welfare pubblico. Esattamente come nel caso della *Smart City*, in cui i progetti di sviluppo tendono a risolversi in operazioni per rilanciare o ridefinire tradizionali programmi di imprenditorialismo urbano di taglio neoliberale (Vanolo, 2015; Hollands, 2008), anche nel caso dei modelli di medicina di prossimità esiste una pericolosa tendenza a declinare l'efficientamento dei servizi sociosanitari territoriali verso

una loro ulteriore privatizzazione. Allo stesso modo, anche secondo Paradiso (2013) è necessario adottare un approccio critico nei confronti dell'idea e delle teorie delle *smart cities*.

In mancanza di adeguato personale pubblico (Pesaresi F., 2022; Vallerani, 2022a; Costa e De Luca, 2023; Geddes *et al.*, 2024), la riforma dei servizi territoriali finanziata grazie ai fondi del Pnrr e standardizzata con il d.m. 77 secondo un'ottica di medicina di prossimità potrebbe rapidamente finire per favorire il ruolo del privato, delle associazioni mediche di categoria e del Terzo Settore all'interno dello spazio pubblico del Ssn. Proprio all'interno di quelle Case della Comunità e quegli Ospedali di Comunità che dovrebbero rappresentare i nuovi snodi territoriali da cui trasformare la sanità dopo la crisi del Covid.

La sanità pubblica rischia di trovare nella trasformazione post-sindemica un nuovo slancio del lungo processo di privatizzazione della sanità italiana degli ultimi decenni. Per contro, nei territori i luoghi di cura analizzati sul terreno nei casi dello Sportello Mammuto e dell'Ambulatorio popolare Roma-Est dimostrano l'esistenza di forme di azione dal basso che sostengono una trasformazione più radicale e paradigmatica della sanità territoriale verso modelli di medicina di prossimità alieni al neoliberismo. Qui la salute rimane slegata dallo sviluppo economico e si realizzano forme di *diverse economies* (Gibson-Graham, 2008) dove la cura è assunta come un processo aperto al territorio, partecipato, condiviso, prossimo. Anziché attingere dal capitale privato, una medicina di prossimità pubblica può trovare nuove risorse sviluppando sinergie con le comunità che abitano il proprio territorio, con il *milieu* territoriale che tutti i giorni contribuisce alla riproducibilità non solo della sanità, ma del mondo.

In linea con l'idea di realizzare forme di promozione della salute mediante pratiche di medicina di prossimità pubblica, anche la metodologia partecipativa sperimentata nel progetto *Sentieri Metropolitani* ha inteso promuovere forme di relazione diretta tra la Asl e il territorio, per valorizzare il complesso delle risorse delle comunità locali. La prossimità relazionale, culturale, affettiva ed emotiva ha bisogno di una partecipazione delle comunità che non si può esaurire solo nella partecipazione tra pubblico e privato (sociale o meno), ma richiede di riconoscere le interconnessioni collettive e il ruolo dei processi di cura, valorizzando lo scambio tra *caregiver* e *carereceiver*, tra servizio pubblico e territorio senza inseguire logiche di profitto che rischiano di ridurre la salute ad una merce.

7.1.2. – La complessità dello spazio: affetti e distanziamenti

Ormai che la prossimità abbia natura multidimensionale è un fatto assodato e in ambito geografico non sembra esserci più alcun dubbio al riguardo, eppure comprendere fino in fondo le implicazioni di questa affermazione non è affatto scontato. La stessa *Geographical Proximity* (prossimità intesa come misura della distanza fisica, chilometrica o spazio-temporale) è una dimensione della prossimità estremamente complessa, che difficilmente può essere ridotta solo ad un ambito quantitativo di calcolo o misurazione. In nessuna attività umana, animale o vegetale, ovunque esista una forma di sensibilità il calcolo o la misura della distanza sono in grado di rappresentare esattamente la prossimità, perché qualunque distanza è influenzata dalle altre dimensioni spaziali, e in particolare dalle dimensioni sociali e psicologiche dello spazio (Ramadier, 2023). Le dimensioni della prossimità non sono, dunque, monadi e non possono essere separate l'una dall'altra senza compiere profonde semplificazioni e riduzioni della realtà indagata, ma devono essere intese come un sistema complesso interconnesso, dove ciascuna dimensione influenza l'altra in un ciclo continuo.

Ogni distanza varia in base al modo in cui viene percepito lo spazio, ancora una volta torna ad essere centrale la percezione dello spazio, infatti, per situarci nel nostro ambiente fisico utilizziamo sempre delle categorie spaziali e la categorizzazione dello spazio influisce sulla stima e sulla percezione delle distanze fisiche (Ramadier, 2023; Laponce, 2001). Osservando il cielo stellato dalla Terra potremmo notare stelle vicine tra loro, ma questa apparente prossimità dipende solo dalla nostra personale prospettiva (da chi osserva e da dove), perché in realtà, non potendo osservare la profondità delle stelle dalla Terra, non percepiamo l'effettiva distanza tra una stella e l'altra, anche se nonostante tutto è in base alla quella vicinanza o prossimità che abbiamo immaginato, rappresentato e categorizzato quelle stesse stelle tra loro vicine in costellazioni e segni zodiacali.

Le distanze sono asimmetriche perché dipendono dal posizionamento e, quindi, dalla percezione, dalla cognizione e dalla categorizzazione dello spazio che diversi posizionamenti determinano. Nel situarci applichiamo delle categorie spaziali, ciascuna strutturata attorno a dei punti di riferimento. Quando osserviamo una distanza fisica (chilometrica, ad esempio) la nostra percezione di quello spazio viene influenzata dalle varie categorie che attraversa (Sadalla *et al.*, 1980; Ramadier, 2023). Ogni categoria spaziale ha il proprio confine e quanti

più confini sembra attraversare una distanza, tanto più separati ci appaiono questi confini, così aumenta la percezione della distanza spaziale.

Nella psicologia sociale, un esperimento condotto negli anni Sessante da Tajfel e Wilkes (1963) ha dimostrato che persino la percezione della lunghezza di diverse linee su un foglio di carta varia in base alla categorizzazione: se arbitrariamente dividiamo le linee in serie o in categorie, la percezione di quelle stesse linee è influenzata dalla categoria che gli abbiamo assegnato, laddove tendiamo ad assimilare linee della stessa categoria e a mettere in contrapposizione linee di categorie diverse. Ovviamente, quando dalle linee passiamo alle cose umane e alle persone, il discorso diventa ancora più complesso e la relatività della distanza o della prossimità diventa ancora più imprevedibile perché deve affrontare la dicotomia sé/altro (Codol, 1985).

In modo analogo a quanto avviene nei modelli della *Smart City* o della Città dei 15 minuti (Peck, 2005; Vanolo, 2015; Pozoukidou e Chatziyiannaki, 2021), anche ogni modello di prossimità rischia di rimanere una chimera se basato puramente sul calcolo o sulla misurazione della distanza fisica o se non tiene in considerazione adeguatamente tutte le dimensioni della prossimità (Lehmann, 2023). Come evidenziato nell'analisi della distribuzione delle infrastrutture di comunità della Missione 6 C1 (paragrafo 4.2), la riforma dei servizi territoriali volta alla medicina di prossimità sembra in definitiva ricalcare la medesima distribuzione dei precedenti modelli sanitari, senza alcuna sostanziale differenza o trasformazione, dal momento che circa il 93% delle nuove strutture sono recuperate da vecchi e già presenti spazi pubblici. Non c'è ancora alcuna traccia di quelle discontinuità paradigmatiche invocate da Ingrosso (2022) per la realizzazione di un nuovo modello di medicina di prossimità. Sono ancora i territori categorizzati come aree interne dall'Accordo di Partenariato 2014-2020 e in generale i territori montani e rurali a rimanere esclusi o discriminati dalla distribuzione delle nuove infrastrutture di comunità della Missione 6 C1 del Pnrr; qui le cure pubbliche rimangono meno accessibili anche a fronte del nuovo modello di medicina di prossimità (cfr. paragrafo 4.2).

Nemmeno lo sviluppo tecnologico e il miraggio di un mondo futuro interamente interconnesso grazie al potere del digitale, come nell'utopia accelerazionista del villaggio globale di McLuhan (1964), possono risolvere questo problema di prossimità né sono sufficienti a trasformare le attuali relazioni di cura. La stessa telemedicina, che della medicina di prossimità rimane un aspetto nevralgico (centrale sia nella Missione 6 del Pnrr che nel d.m. 77), non basta per risolvere il problema e può, anzi, finire per alimentare forme di

prossimità distanti, sebbene sia stata rappresentata come una delle grandi novità per la cura delle persone dopo l'emergenza Covid (Mortari, 2015; Cenci *et al.* 2022). Non è per questo modello di prossimità che dal basso sono nati sportelli, ambulatori popolari o diverse forme di attivazione post-sindemica, come visto nei paragrafi 5.2 e 5.3.

Nemmeno il sapere scientifico più duro come quello delle discipline Stem da solo è sufficiente a risolvere i problemi della prossimità multidimensionale. Infatti, scomporre la multidimensionalità della prossimità in modelli e rappresentazioni basati sulla costruzione di tipologie non riesce a cogliere l'insieme delle dimensioni della prossimità, *l'olon*, l'insieme; perché il tutto è superiore alla somma delle parti, come afferma la scuola psicologica della Gestalt e come commentava già Aristotele. Sebbene selezionare, classificare e confrontare differenti tipologie di vicinanza o distanza sia un modo per tentare di comprendere le relazioni tra ciascun elemento costitutivo della prossimità, queste tecniche analitiche attuano sempre una riduzione. D'altronde, è proprio la semplificazione che permette valutazioni e confronti tra diverse prossimità e per questo ha certamente senso ridurre la complessità di un set di dati raggruppandolo attorno a variabili comuni, ma in questo processo rimane comunque un certo grado di astrazione o approssimazione.

Se consideriamo come nota Lehmann (2023), che la formazione di gruppi o tipologie e la scelta delle variabili che riguardano la prossimità – e grossomodo lo stesso può dirsi dell'accessibilità – rimane sempre differente perché – giustamente – dipende dal contesto, e perché, aggiungerei io, dipende anche dal posizionamento del ricercatore; allora non possiamo fare a meno nello studio della prossimità di sperimentare anche altre strade, testando nuove prospettive metodologiche e, soprattutto, incentivando l'interdisciplinarietà. Esattamente quello che in questa ricerca si è cercato di fare, nella convinzione che la multidimensionalità della prossimità comporti che nessuna dimensione prevalga sulle altre (Ramadier, 2023).

La ricerca dipende sempre dal posizionamento del ricercatore, infatti, nello studio dello spazio è importante anche curare le relazioni multidimensionali di prossimità e la distanza sensibile tra lo spazio di ricerca e il ricercatore, in modo da permettere al ricercatore di vedere qualcosa di nuovo e di sperimentare altre familiarità, altre quotidianità (Kadri, 2023) e aprire il suo spazio vissuto alla conoscenza di nuovi mondi.

Diverse geografie possono incontrarsi. Ragionare sulla prossimità invita la disciplina geografica ad un approccio multidimensionale che promuove la pluralità degli approcci e

non la esclude. Questo ancora fatica ad avvenire nel caso della prossimità e della distanza. Persino nella geografia umana dove sono ormai lontani i tempi in cui dominava il pensiero positivista, è difficile svelare la natura multiforme della distanza.

“The notion of distance has failed to keep pace with the transformation of our discipline and this failure is reflected in its unsurprising current neglect². Can distance be turned into a concept that is pregnant with meaning? Can we update the notion in such a way so that it resonates with, and supports the centrality given to the human subject in our discipline?

Can we morph it into a useable tool that genuinely improves how we think about the human subject geographically? I shall attempt to show that the answer to these questions is positive, provided that we are willing to travel beyond our discipline’s boundaries, and learn from how experimental psychologists have uncovered the multifaceted nature of this concept” (Simandan, 2016, p. 249-250).

Per svelare la natura della prossimità è utile accedere alla comprensione dello spazio vissuto (Di Meo, 2024), quel concetto geografico elaborato negli anni Settanta in piena Guerra Fredda da diversi autori (Dumont, 2021) e reso celebre da Frémont (1974) e Lefebvre (1974). Lo spazio vissuto, che per Frémont (1974) è la regione, corrisponde a una relazione: è nell’azione, nella cognizione e nella percezione, si struttura quotidianamente. Percepriamo in modo disomogeneo lo spazio, sviluppando pensieri e sentimenti, attrazioni o repulsioni dei luoghi, in un processo personale e collettivo in cui la percezione è intorbidita dalle abitudini, dagli impulsi, dai condizionamenti culturali, dalle regole o dalle dinamiche sociali e dalle fantasie inconse. Nella visione di Lefebvre basata sulla trilogia spazio concepito, spazio percepito e spazio vissuto, lo spazio vissuto è soprattutto dove si esprimono i principi del dominio che sottomette gli esseri umani ad uno spazio concepito dal potere; ed è per questo che l’abitante dello spazio urbano deve rivendicare il proprio diritto alla città, ossia rivendicare il proprio ruolo nel concepire, formare e organizzare la città che abita e che vive quotidianamente, contribuendo alla sua riproduzione (Lefebvre, 2014). In modo analogo, anche per Frémont (1974), nonostante le percezioni e le pulsioni dello spazio vissuto siano individuali, la creazione delle forme dello spazio è quasi sempre un’opera collettiva; e per questo è fondamentale che coloro che abitano e frequentano abitualmente una determinata regione partecipino all’opera di creazione collettiva dello spazio vissuto, perché sono loro i principali attori della rappresentazione quotidiana che va in scena ogni giorno nelle città e nelle campagne.

Di Meo (2024) paragona lo spazio vissuto ad un *habitus* geografico: un insieme di impressioni, sentimenti, reazioni e (pre)disposizioni di pensiero, di immaginazione, di azione e di comportamento che cambiano a seconda dei luoghi e degli altri con cui interagiamo. Da questo processo spaziale si instaura una relazione di prossimità che è al contempo personale e collettiva, soggetta quindi anche a molteplici influenze, dall'economia alla classe, dal genere all'età e così via. Di Meo propone anche un metodo per identificare lo spazio vissuto in base all'incontro del soggetto con l'eredità storico-geografica (la geografia delle forme e delle pratiche, le variabili del contesto economico, la temporalità ideologica e immaginaria e le azioni dei poteri esercitati sullo spazio e sulla società) e le cristallizzazioni personali più significative della propria esperienza di regione o città (Di Meo, 2024).

Sperimentare nuove pratiche di cura di prossimità è un modo per re-immaginare la riproducibilità dello spazio vissuto. Le buone pratiche di sportelli e ambulatori popolari costruiscono un ponte tra la dimensione personale e quella collettiva dello spazio vissuto, attraverso questi luoghi spontanei di attivazione dal basso comunitaria si riorganizzano le forme di riproduzione sociale in funzione dei bisogni, dei desideri e dei concreti problemi di cura che scaturiscono dall'insieme delle esperienze personali, affettive, quotidiane degli abitanti di un territorio. Negli spazi di attivazione dal basso indagati nel corso della ricerca emergono pratiche su cui fondare una trasformazione paradigmatica e rivoluzionaria della cura basata sulla prossimità multidimensionale e, quindi, sulla partecipazione alla cura e alla riproducibilità dello spazio vissuto.

In modo differente, ma ugualmente sperimentale, il progetto Sentieri Metropolitani ha cercato di mettere in relazione e in interconnessione lo spazio vissuto degli studenti della scuola primaria con la cura e del Ssn, invitando il personale della Asl e altri abitanti della città radunati in qualità di esperti a venire nel territorio e nelle scuole per creare le basi operative da cui costruire relazioni di cura nuove e improntate ad una concezione olistica e partecipata di una medicina capace di aprirsi alla multidimensionalità della prossimità.

Non dovrebbe servire ricordare che creare forme di prossimità – e questo non solo in ambito medico-sanitario – per mezzo di esperimenti o buone pratiche non è solo che il primo step di un processo ben più arduo. I rapporti di prossimità tra abitanti del territorio e servizi pubblici non garantiscono di per sé la salute, il vero problema della medicina di prossimità e in generale delle relazioni di prossimità è la gestione dei suoi processi e rapporti complessi, partecipati, multidimensionali. Le mille difficoltà che sportelli e ambulatori popolari incontrano nel loro sforzo di creare una rete di prossimità nel proprio quartiere, sono indice

di una minima parte delle questioni che le infrastrutture di comunità, se davvero diventassero dei luoghi di cura di prossimità, potrebbero incontrare. Rapportarsi con l'altro non è mai scontato e di certo non lo è quando il rapporto riguarda un ambito vulnerabile, sensibile e intimo come quello della salute e della cura. Nel rapporto con il territorio bisogna considerare anche questo: il diverso, l'altro, le incomprensioni, l'incomunicabilità.

Infatti, non bisogna dimenticare che esistono sempre due lati della cura (Thelen, 2021) e che non è necessariamente una pratica innocente, ma al contrario la cura rimane una zona di conflitto e tensioni dove esistono privilegi, forme di controllo biopolitico e di sfruttamento (Fragnito e Tola, 2021). Anche la Missione 6 C 1 potrebbe finire per rinnovare molti dei problemi atavici del Ssn: la mancanza di personale pubblico, l'incentivo all'iniziativa privata e convenzionata, il rapporto sbilanciato tra medici di base e pazienti o persino forme di controllo biopolitico e di disciplinamento dei corpi.

Tra le questioni di cura di cui la medicina di prossimità si dovrebbe occupare ci sono anche quelle linguistiche, culturali e sociali legate alle persone migranti. Il rapporto con le comunità migranti pone difficoltà legate al linguaggio e alla cultura e richiede uno sforzo di mediazione e di comprensione (Singy, 2003), di cui al momento non c'è traccia né nella Missione 6 C1 né nel d.m. 77. Ancora più delicate sono le questioni di prossimità che riguardano il ruolo di assistenza e di cura che sempre più spesso è svolto dalle persone migranti nei confronti della popolazione anziana, perché qui si incrociano distanze (o disuguaglianze) di classe, di origine, di cultura e di affetti (Giordano, 2023). Queste dovrebbero essere le sfide della medicina di prossimità, mentre ancora i servizi territoriali sembrano distanti dalla messa a sistema di simili forme di consapevolezza e *response-ability*.

In definitiva, mettendo a confronto la prossimità multidimensionale con le teorie etiche, filosofiche ed ecologiche della cura, prendersi cura di qualcosa o qualcuno significa essere a contatto, è un'azione intrinsecamente relazionale dove i confini tra il sé e l'altro sono confusi o sfumati, quasi indistinti, come quando siamo in contatto, nel toccare è difficile distinguere i confini della percezione tra il sé e l'altro (de La Bellacasa, 2017).

“A politics of care goes against the bifurcation of consciousness that would keep our knowledge untouched by anxiety and inaccuracy. Involved knowledge is about *being touched* rather than observing from a distance. Starting from this premise, the next chapter explores the meanings of knowing as touch, as a *haptic* technology that questions the modern humanist transparency of (distant) vision. It follows contemporary engagements

with technologies of touch that are rejecting the primacy of vision in traditional epistemologies, it addresses the desire for thinking in intimacy, in proximity with the mediations that make the world possible. Touch therefore opens further meanings of knowledge that cares” (de La Bellacasa, 2017, p. 93).

In questa prospettiva di cura, che nasce in ambito transfemminista, prossimità significa essere in contatto. Può accadere di essere in contatto pur rimanendo distanti fisicamente. La *Geographic Proximity* non necessariamente comporta relazioni di cura capaci di creare contatto. La vicinanza spazio-temporale è solo una delle dimensioni della prossimità, che non ne esaurisce affatto il significato. Per scoprire le ulteriori dimensioni immateriali della prossimità è necessario essere in contatto, toccare l’alterità e conoscerla attraverso la sperimentazione e non solo la rappresentazione.

Se l’opposto della *Geographic Proximity* è la distanza, nell’ambito etico, ecologico e filosofico della cura l’opposto della prossimità (intesa quindi in modo multidimensionale) è l’approssimazione: realizzare soluzioni *fast* per problemi complessi. Approssimazione è avvicinare il servizio di cura all’utente come fosse un semplice consumatore – secondo una classica logica di mercato di domanda e offerta. L’approssimazione non è sufficiente per entrare a contatto e stabilire una piena prossimità multidimensionale. Quando la politica sanitaria dei servizi territoriali sociosanitari non tocca le persone e non arriva a mettersi in contatto con loro, le politiche sanitarie indirizzate alla prossimità rimangono un’approssimazione, una *proxy* corrotta da problemi di *bias*, dove il servizio non garantisce l’interrelazione con gli abitanti del territorio e nonostante tenda spazialmente e fisicamente ad avvicinarsi alle persone e alle comunità, rischia di restare troppo approssimativo.

La medicina di prossimità intesa come essere in contatto richiede che sia riconosciuta la partecipazione globale al processo di cura senza ridurre la complessità del rapporto cura-territorio. Per realizzare spazi di cura e servizi territoriali davvero di prossimità c’è bisogno di superare l’aspetto fisico di costruzione delle infrastrutture edilizie, per accedere alla dimensione immateriale delle persone come infrastrutture (Simone, 2004).

In sostanza, quello che manca alla Missione 6 C 1 e all’effettiva riforma del Ssn dopo la crisi pandemica è proprio la capacità di creare quell’infrastruttura umana e sociale che compone una rete di prossimità e tesse le fila del rapporto di cura che lega insieme gli abitanti del territorio e il servizio pubblico. Oltre a mancare una sostanziale trasformazione della *Geographical Proximity*, nelle nuove infrastrutture di comunità manca il progetto di costruire

una infrastruttura relazionale fatta di pratiche, rapporti, scambi, dialogo e contrattazioni come quella descritta in tutt'altro contesto da Simone in Sud Africa (2004) dove il contatto è quotidiano e la partecipazione intrinseca.

Tutto lascia immaginare che la riforma della medicina di prossimità possa tradursi in un grande fallimento del Pnrr e degli sforzi resilienti e trasformativi innescati nel Ssn dalla sindemia. Al contrario, negli sportelli e negli ambulatori popolari o nelle esperienze di attivazione dal basso nate durante la sindemia si ritrova una grande e diffusa capacità di creare infrastrutture relazionali, reti di comunità attive e basate sulla partecipazione. Perché non provare a mettere in connessioni queste capacità e queste risorse diffuse nel territorio promuovendo forme di partecipazione come lo stesso d.m. 77 prevederebbe? Anziché lasciare che la riforma dei servizi territoriali possa finire in balia delle mire imprenditoriali del privato, come in modelli già sperimentati di *fast policy*.

7.2. – Partecipazione come Diritto (alla città)

Parlare di partecipazione oggi non è qualcosa di estremamente innovativo, perché al di là delle robuste basi teoriche, religiose, spirituali o politiche, questa parola ricorre sempre più spesso nel registro discorsivo delle politiche di *governance* europee, nazionali e persino locali (a livello di comuni e municipi). Sono ormai decenni che ad esempio si sente invocare un approccio *bottom-up* contrapposto al tradizionale *top-down* (Picone, 2021).

La partecipazione è un concetto spesso abusato, ma sempre impellente. Lo è in varie forme nella teoria del diritto alla città, nella lettura territorialista, nell'etica della cura, oltre che nelle nuove impostazioni di *governance* democratica. La sovrapproduzione teorica, discorsiva e concettuale sopra la partecipazione rischia di complessificare e rendere incomprensibile il senso stesso di questo concetto, purtroppo spesso abusato.

Mentre le politiche di *governance* neoliberista tendono a svilire il significato di partecipazione con uno sforzo retorico sconnesso e disarticolato rispetto ad una società dove aumentano le disuguaglianze e l'accentramento del potere; nel senso geografico del diritto alla città, la partecipazione è un elemento intrinseco della produzione dello spazio. L'essere e abitare e attraversare e agire in uno spazio costituiscono una parte essenziale dello stesso spazio: insieme compongono ciò che rende quello spazio un luogo o un territorio.

Quando siamo in un territorio, partecipiamo alla sua costruzione, nel suo senso più ampio e profondo. Siamo interconnessi allo spazio come in un nodo viscerale, perché dall'esistenza dell'uno dipende l'altro. Abbiamo dunque diritto a partecipare alla gestione del territorio che abitiamo, è questa la rivendicazione da cui nasce il diritto alla città (Lefebvre, 2014; Harvey, 2013). E si tratta di una rivendicazione perché al contrario, purtroppo, siamo espropriati da quella produzione di urbano, da quel bene comune frutto del lavoro delle centinaia di migliaia o milioni di persone che compongono la città in interrelazione tra loro, l'ambiente fisico, la società e molteplici altri territori. La produzione dell'urbano è una delle basi dell'economia capitalista neoliberista, i cui interessi speculativi si alimentano seguendo il triangolo urbanizzazione, industrializzazione, finanziarizzazione (Harvey, 2013), in uno schema ciclico e logico apparentemente senza fine – interrotto forse solo da eventi eccezionali, come la guerra o la pandemia.

7.2.1. – *Community engagement*: passare dalla teoria ai fatti territoriali

Sebbene la partecipazione sia immanente, nel senso del diritto alla città e della scuola territorialista, alla produzione dello spazio, perché tutte e tutti partecipiamo alla costruzione dell'urbano o del territorio in genere, la quotidianità dello spazio vissuto mostra tutt'altro paesaggio. Il bene comune, il valore della produzione dell'urbano finisce per rimanere distante da chi quotidianamente contribuisce a riprodurlo, ovvero gli abitanti (Harvey, 2013). La partecipazione alle scelte politiche ed economiche del territorio, nonché ai suoi processi di governo e gestione, diventa in realtà fittizia: si astrae dalle concrete logiche di potere, dai rapporti di forza materiali; si perde in vaghe buone enunciazioni o pratiche e finisce per svuotarsi del suo stesso significato, polverizzata tra i meandri di un tavolo istituzionale o nella vaghezza e pochezza di poteri consultivi non vincolanti.

Un approccio critico alla partecipazione è dunque necessario per respingere i discorsi e le politiche che sottendono a riprodurre una partecipazione puramente formale e di facciata, inefficace per qualunque sostanziale cambio di paradigma nei processi di governance del territorio. La sovrapproduzione teorica, discorsiva e concettuale sopra la partecipazione rischia di complessificare e rendere incomprensibile il senso stesso della partecipazione. Per questo è bene specificare di cosa si parla quando ci si riferisce alla partecipazione, perché i suoi significati possono essere molteplici e profondamente in contraddizione tra loro.

Nell'approccio critico che guida la ricerca qui presentata, la partecipazione è un elemento fondante: tanto all'interno della metodologia d'inchiesta adottata dal ricercatore, cioè nel suo rapporto tra oggetto di studio e soggetto studiante, quanto nell'elaborazione teorica e programmatica di indirizzo geografico, sociale e politico. Infatti, per indagare i processi partecipativi afferenti alla medicina di prossimità nella Regione Lazio, ho scelto di adottare, all'interno di un approccio critico di geografia, la metodologia della (PAR) *Participatory Action Research* (Kock e Kralik, 2006; Kindon *et al.*, 2007; Baum *et al.*, 2006; Viney *et al.*, 2015), nel tentativo di individuare buone pratiche di medicina di prossimità da replicare nel territorio della Regione Lazio, monitorando gli interventi istituzionali in atto e indagando le forme spontanee e dal basso di medicina di prossimità diffuse a Roma e nel resto della Regione. Nel corso della ricerca sono emersi tre concetti chiave per la medicina di prossimità, espressi dal triangolo: prossimità, partecipazione e cura.

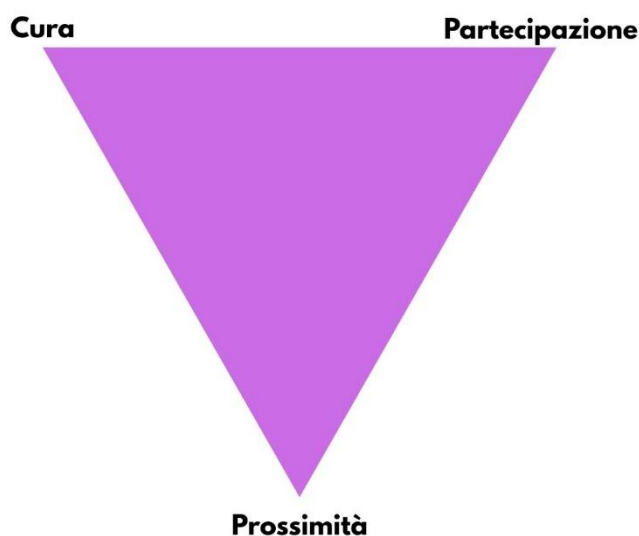


Fig. 59 – I tre concetti chiave della ricerca;

Fonte: elaborazione personale.

Avendo già affrontato il concetto di prossimità, questo capitolo si vuole focalizzare ora sulle altre due chiavi analitiche, *in primis* la partecipazione. Anche per quanto concerne la sanità e il sociosanitario, la partecipazione rimane un concetto spesso abusato (Belluto *et al.*, 2023).

“Anche nell’ambito della salute, malgrado la partecipazione comunitaria sia diffusamente riconosciuta come un’azione fondamentale per il contrasto delle disuguaglianze sociali e per la promozione del benessere del singolo e della collettività (Popay *et al.*, 2021;

Ponsford *et al.*, 2021), raramente si trovano pratiche partecipative orientate all’empowerment e alla capacitazione delle persone. In un’epoca in cui i bisogni di salute

diventano sempre più complessi e i nostri sistemi di welfare sono in crisi, le comunità infatti sono spesso chiamate più a “contribuire” che a “partecipare” (Stefanini e Bodini, 2014). In uno scenario di questo genere, il sistema di protezione sociale ha come parte integrante anche un “mercato sociale” dove le forme di conflittualità possono risultare ampiamente depotenziate (Busso e Gargiulo, 2017) e le pratiche partecipative possono diventare funzionali al consolidarsi di forme di assistenza neoliberiste (Moini, 2012). A questo proposito, alcuni autori hanno parlato di una partecipazione senza potere (Boarelli, 2018; 2021)” (Belluto *et al.*, 2023, p. 303-304).

Community Health Care e medicina di prossimità prevedono, in un’ottica di decentramento organizzativo e di approssimazione alla scala locale, un ruolo attivo e dunque partecipante delle comunità locali nel servizio sanitario e sociosanitario, nel tentativo di superare anche alcuni limiti del tradizionale modello di cure occidentale impostato su di una rigida separazione tra l’ambito dei professionisti, *caregivers*, e quello dei pazienti, *carereceivers* (Maciocco, 2019).

La partecipazione comunitaria al sistema di cure è dunque parte di una più ampia strategia di riforma della sanità. In particolare, in Italia a seguito della pandemia e grazie all’intervento dei fondi europei Next Generation EU, il Piano nazionale ripresa e resilienza ha previsto all’interno della Missione 6 *Salute* gli interventi afferenti alla Componente 1 *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*, che si fondano proprio sui principi della medicina di prossimità e della *Community Health Care* - oltre che della *One Health*. La *Community Health Care*, esattamente come la medicina di prossimità, infatti, si basa ampiamente sul riferimento ai concetti e alle pratiche partecipative di *community engagement* e *empowerment* (Maciocco, 2019).

Partecipazione, *community engagement* o *empowerment* sono, quindi, anche strumenti per risolvere le generali carenze dei servizi sanitari e sociali. Carenze che sono oggi al centro del dibattito politico, non solo per gli ormai noti e sistematici episodi di “malasanità”, ma anche per una generale messa in discussione dello stesso sapere medico e sanitario, ovvero dell’attuale paradigma di cura occidentale. Quel sapere (la medicina) che orienta le politiche sanitarie è di per sé un terreno conteso (tra diverse scuole e teorie scientifiche, tra pratiche popolari, tradizioni folkloriche, concezioni e credenze religiose ecc.), per questo da sempre è anche soggetto a critiche.

Specialmente dopo gli insuccessi nella gestione del Covid-19 e la prova evidente e globale dei limiti dell'attuale paradigma di cura e dell'organizzazione sanitaria globale, le critiche al sapere medico si sono fatte più forti. Su tutte, la critica che di più ha contraddistinto il dibattito pubblico durante la pandemia è stata certamente quella portata avanti dai variegati movimenti No-Vax. Nel caos mediatico più assoluto (provocato da entrambi i fronti sul vaccino) l'immagine No-Vax ha finito per fagocitare e, in parte, strumentalizzare uno scontento ben più esteso del proprio. Dietro ai timori sul vaccino, all'insofferenza per le misure di distanziamento sociale (*lockdown*, zone rosse e *green pass*, solo per citare le misure più celebri), si celava anche una sfiducia e un malcontento di massa rispetto al generale paradigma neoliberista di cure mediche, sanitarie e assistenziali divenuto insostenibile con l'emergenza pandemica. Le radici del malcontento affondano in una lunga crisi sistemica, una crisi che per mezzo di un'etica manageriale e aziendalista ha allontanato il servizio dalle persone e dai territori, mortificando qualunque forma di partecipazione alla salute e alle cure.

Ben prima della pandemia esistevano diverse posizioni contrarie ai vaccini fondate sulla ricerca di un diverso approccio di cura. Da tempo in Italia si è diffuso un ampio ricorso a forme di medicina alternativa, ispirata in alcuni casi a saperi non occidentali, popolari o su di un approccio più naturale o omeopatico. Allargando ancora di più il quadro, possiamo riconoscere come la problematizzazione del vaccino si colleghi ad un sentimento più generale di scollamento e repulsione nei confronti della medicina occidentale, del sapere medico scientifico classico e del paradigma di cura che ne scaturisce. Il rifiuto della medicalizzazione e dei bisogni indotti dalla sovrapproduzione industriale chimico-farmaceutica, l'incompatibilità tra tutela della salute (e del benessere) e i vincoli di bilancio imposti dall'aziendalizzazione del Ssn insieme spiegano il proliferare di posizioni ostili non solo ai vaccini, ma più in generale al paradigma di cure dettato dal sapere medico scientifico occidentale.

In Italia, decenni di politiche di *austerity* e *deregulation* hanno di fatto mortificato la qualità del Ssn (Giorgi e Taroni, 2020) e al contempo irrobustito le file della sanità privata, con un aumento della spesa sanitaria cui è corrisposta una generale perdita di qualità delle cure pubbliche (Giorgi, 2024; Rampulla, 1999; Giorgi e Pavan, 2019). Il 7° *Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale* (Gimbe, 2024), mostra la tragica condizione cui, dopo decenni di politiche neoliberiste, è ridotto il Ssn: nel 2023 in Italia quasi quattro milioni e mezzo di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, e di queste due milioni e mezzo sono state costrette a rinunciare per motivi economici; mentre l'aumento generale della spesa sanitaria

del 2023 (+2.5%) è stato quasi interamente sostenuto dalla spesa *out-of-pocket* (+10,3%), ovvero da quella direttamente sostenuta dai cittadini, e da quella intermediata da fondi sanitari e polizze assicurative (+11,8%).

Tipi di spesa:	2022	2023	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	171.867	176.153	+4.286	+2,5 %
Spesa pubblica	130.364	130.291	-73	-0,1%
Spesa privata	41.503	45.862	+4.359	+10,5 %
S. privata – <i>out of pocket</i>	36.835	40.641	+3.806	+10,3 %
S. privata – intermediata	4.668	5.221	+553	+11,8 %

Fig. 60 – Tabella di confronto tra la spesa sanitaria del 2022 e del 2023.

Fonte: rielaborazione personale da fonte Gimbe (2024) su dai Istat-SHA.

Le politiche neoliberiste sono una causa profonda del malcontento nei confronti della medicina e del paradigma di cura attualmente vigente, perché sono quelle politiche ad aver alimentato sui territori forme disuguali di accesso alla salute e al benessere, privilegiando determinate regioni, classi, categorie o generi (Harvey, 2007; Vicarelli, 2013) e realizzando per mezzo dell'*austerità* quella che Temenos (2022) definisce una crisi del *policy making*.

La pandemia ha portato questo sistema di cura neoliberista, già in crisi in Italia a partire dagli anni Novanta, al collasso quasi completo, costringendo le amministrazioni ad agire non sulla salute ma bensì sullo spazio, nel tentativo di limitare (e non curare) il contagio in tutto il territorio nazionale attraverso gli strumenti coercitivi del distanziamento sociale e dell'obbligo vaccinale. Inevitabilmente, queste misure non solo hanno esasperato un dibattito sulla salute già critico, ma hanno definitivamente dimostrato che la sanità è malata. È logico che la coscienza critica delle persone sia irritata, in modo esplicito o implicito, da un paradigma di cura che ricorre a politiche di riduzione effettiva della spesa sociale, inclusa

quella sanitaria, e impiega tecniche biopolitiche coercitive e disciplinanti che – seppur necessarie – agiscono direttamente sul corpo, sulla libertà di movimento e, dunque, sui principi inalienabili della persona e del suo diritto alla vita, alla salute e al benessere. Ma ben prima di queste estreme conseguenze, cui la pandemia ha portato il dibattito sulla salute, sulla medicina e sul sistema di cure, emergeva una critica intersezionale sospinta dagli effetti concreti e reali di un sistema disuguale di cura.

La critica all'attuale paradigma di cure si muove, quindi, anche sul piano del rifiuto di un sistema patriarcale, occidentale e coloniale, che opprime o privilegia sulla base della provenienza, del sesso, del genere o del conto in banca, riproducendo una distribuzione disuguale delle risorse, del potere e persino dei diritti più fondamentali come quello della salute (Chatzidakis *et al.*, 2020), l'unico espressamente riconosciuto come tale dalla nostra Costituzione (Articolo 32)¹².

L'emergere di nuovi ambiti di discussione, quali ad esempio quello femminista e transfemminista, o quello dei *Gender studies* e dei *Disability studies*, o ancora della decolonialità o della negritudine, porta a ridisegnare il rapporto tra i processi di cura, le comunità e il territorio, configurando una nuova etica della cura (Chatzidakis *et al.*, 2020). Si tratta di una critica costruttiva e rigenerativa per l'attuale paradigma della cura, che vuole assumere i contorni di una vera e propria rivoluzione sociale, culturale e materiale all'interno della quale realizzare una profonda risignificazione della partecipazione alla salute e alle cure.

7.2.2. – La partecipazione è una questione di cura

Sebbene esistano diverse definizioni dell'etica e della filosofia della cura, possiamo intendere la cura nel senso, ampio e quotidiano, di Tronto (Tronto, 2015, p.3):

“When I say ‘care,’ I don’t mean only healthcare, childcare, and caring for the elderly. I don’t mean only finding a babysitter on a website called Care.com. I mean, as Berenice Fisher and I defined it some time ago, ‘in the most general sense, care is a species activity that includes everything we do to maintain, continue, and repair our world so that we may

¹² Questo riferimento (che non si trova tra i Principi fondamentali) è contenuto nell'articolo 32 della Costituzione (Titolo II, Parte I) e recita: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.’”

Al concetto di cura si riferiscono numerosi interessanti nuovi lavori geografici: dal libro di Vanolo (2024), in cui la neurodivergenza diventa un’occasione per ragionare su uno spazio urbano capace di prendersi cura di tutte e tutti, alle riflessioni sulle persone come infrastrutture di AbdouMaliq Simone (2004). Ma soprattutto la cura è diventato un concetto geografico imprescindibile per ricercatrici e ricercatori che si posizionano all’interno dei movimenti transfemministi, così ritroviamo tracce di etica della cura in Rachele Borghi (2020), Gabriella Palermo e Francesca Sabatini (2021), Alice Salimbeni (2023), che si aggiungono al tradizionale *corpus* teorico di, solo per citarne alcune, Gilligan (1977), Parr (2003), Conradson (2003), Tronto (2015), Williams (2001), Haraway (2016) – e Audre Lorde (1984) per l’elaborazione del concetto di *self-care*.

La carica trasformativa e rigenerativa dell’etica della cura rimane dirompente nonostante anche il concetto di cura possa essere impiegato, egemonizzato o colonizzato discorsivamente per riprodurre nuove strategie neoliberiste e patriarcali di sfruttamento della salute o nuove forme di disciplinamento dei corpi e delle menti.

Come nota Tatjana Thelen (2021), la cura è frutto di un processo di negoziazione ed è dunque bene mostrare sempre entrambi i suoi lati della medaglia. Fare, cioè, un’analisi critica delle pratiche di cura negative, oltre a mostrare quelle positive. Il lavoro di Tola e Fragnito descrive bene alcuni dei pericoli che si insidiano nella cura:

“come sottolineano le prospettive femministe e anti-razziste, la cura è attraversata da disuguaglianze che ne determinano l’organizzazione e la distribuzione. Sebbene la cura sia una questione di interdipendenza e relazione, è anche un insieme di attività sconosciuto e svalutato, tradizionalmente escluso dagli ambiti della politica e dell’economia, su cui ha prosperato il modello viril-capitalista che sfrutta manodopera poco o nulla remunerata, femminilizzata e razzializzata, e che trasforma corpi ed ecosistemi in risorse da appropriare. Per dirla con Pascale Molinier, la cura ‘è una zona nevralgica di conflitto, di tensioni, di tentennamenti, di ambivalenza’.³ Da questo punto di vista, il lessico della cura si presta a letture ambigue. Anche se la cura riguarda tuttø, alcuni soggetti dominanti della modernità, in particolare gli uomini bianchi, hanno goduto e continuano a godere del privilegio di delegarla ad altre. Così, se da una parte è necessario sottolinearne il ruolo, e rivalorizzarla in chiave di alternativa al paradigma che pensa la costituzione del mondo in

termini di produzione, d'altra parte è vitale formularne una visione non edulcorata. La cura, insomma, non è una pratica innocente, non è sinonimo di condivisione, di creazione di convivialità, ma comporta relazioni di potere con cui confrontarsi per modificarne il senso e trasformare le modalità del vivere comune.

[...] Anziché ridurre, ci interessa moltiplicare le ambiguità e interrogare il rischio di proporre visioni idealizzanti della cura che insistono sugli affetti positivi mettendo in secondo piano gli affetti negativi, il disagio, le disuguaglianze, le violenze ed esclusioni che attraversano le esperienze quotidiane di presa in carico della vita". (Fragnito, Tola, 2021, p. 8-9).

Persino lo stesso concetto di etica della cura può essere sfruttato per rinsaldare vecchi paradigmi di dominio senza che si realizzi alcun cambio a livello sistemico, esattamente come avviene che si abusi del concetto di partecipazione per realizzare forme di privatizzazione dei servizi sociosanitari e di delegittimazione dello spazio pubblico. Questo è un punto nodale tanto della cura quanto della partecipazione: anche quelli che dovrebbero essere concetti trasformativi e rigenerativi possono essere usati come strumenti di conservazione dello *status quo* esistente. Si giunge così al paradosso che un *magazine* di economia proponga approfondimenti sull'etica della cura (<https://www.economymagazine.it/letica-della-cura-alla-base-delle-relazioni/>) oppure che la permacultura, esempio di cura per la Terra e di alterbiopolitica portato da Puig de la Bellacasa (2017, p. 130), diventi un *brand* con imprenditori, *content creator* e *influencer* capaci di sfruttarne l'immagine etica per vendere prodotti bio, esperienze di vacanza, corsi di formazione, *workshop* o anche solo ottenere qualche *like* per le loro pagine social. Il limite tra etica della cura ed eticizzazione può essere scivoloso, come nota la stessa Puig de la Bellacasa (2017). Le pratiche di cura cambiano nel tempo e nello spazio, non sono un blocco monolitico: la permacultura, ad esempio, diventando *mainstream* non è più sempre una pratica di cura eticamente efficace. Bisogna fare attenzione ai rischi di una depoliticizzazione dell'etica:

"politics and ethics seem bound to be discussed together: whether it is to oppose, contrast, or correlate them — for example, the ethical, personal, irrelevant option of taking shorter showers versus the significant political option of shutting down all the coal stations (Jensen 2009). And indeed, everything becoming "ethical" has different origins and implications than the not-so-outdated but more radical process leading to affirming that "everything is political." Critical thinkers have good reasons to look suspiciously at the "ethical turn." When political problems are reduced to ethics, they tend to become

individualized [...]. The *ethicization* of the political seems to reduce it to the private domain, personal everydayness, as marks of desertion of political collective transformation (for a counterargument, see Bourg 2007). This mode of prevalence of ethics does seem to confirm a further *depoliticization* of social life in neoliberalism” (Puig de la Bellacasa, 2017, p. 133).

Alcuni soggetti di natura privata afferenti al Terzo settore hanno interesse a sfruttare, come fossero *brand*, i concetti di partecipazione e l'immagine dell'etica della cura. A partire dagli anni Ottanta e Novanta, in corrispondenza delle politiche neoliberali e dei tagli alla sanità, cooperative, associazioni e simili soggetti di natura privato-sociale hanno assunto, anche in virtù di una retorica partecipativa e di un – apparente – rinnovamento di paradigma delle cure, sempre maggiori responsabilità nell'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali, portando, ad esempio, il privato (anche se sociale) all'interno dello spazio pubblico della sanità per motivi di *outsourcing* (Spagnuolo e Stasi, 2016).

Proprio nei processi partecipativi dei servizi sanitari si insidiano alcuni possibili minacce per stabilire una nuova etica della cura. Il Terzo settore sebbene rappresenti un ambito partecipativo in cui tradizionalmente si è espressa l'attività della società civile è anche il luogo dove, a fronte dei tagli e delle politiche di *austerity* e *deregulation* nel settore pubblico, si tentano di colmare le carenze di personale pubblico all'interno degli ospedali e delle strutture sanitarie (pubbliche o convenzionate), promuovendo contratti precari (Gagliardi e Accorinti, 2014), aggravando le condizioni di lavoro dei professionisti sanitari e sociosanitari e abbassando la qualità generale del servizio. Le misure di contenimento della spesa, di blocco delle assunzioni e del *turn over* si sono tradotte in una precarizzazione dei contratti di lavoro nell'ambito poco tutelato (perché storicamente nato come luogo privilegiato di espressione del volontariato) del Terzo settore.

Come emerso dalle interviste realizzate con due infermieri di strutture ospedaliere pubbliche, il ruolo del Terzo settore nello spazio pubblico della sanità è divenuto talmente pervasivo da rendere difficile distinguere all'interno di uno stesso ospedale un infermiere assunto stabilmente dalla struttura pubblica ospedaliera da uno messo a contratto da una cooperativa cui è appaltato il lavoro. *Deregulation* e *austerity* hanno creato un sistema ibrido pubblico-privato, annullando decenni di lotte sindacali. Lotte che erano state la forza dal basso necessaria per realizzare il Ssn: un esempio fulgido di apertura alla partecipazione (Giorgi, 2024; Giorgi e Pavan, 2019; Taroni, 2015; Oddone *et al.*, 1977; Maccacaro, 1972).

L'immagine e la filosofia della cura possono essere assunte e contraffatte dall'etica neoliberista. È di questo che Tatjana Thelen (2021) ci mette in allerta. Come la partecipazione, anche la cura rischia di diventare un concetto strumentalizzato.

Esempio di questa pericolosa tendenza è l'affidamento dell'assistenza domiciliare o psicologica ad associazioni e cooperative locali. In particolare, nella Regione Lazio la maggioranza delle strutture residenziali per la salute mentale è privata e, nel caso dei minori, è quasi esclusivamente privata. Se da un lato un'ampia bibliografia (Iannello, 2020; Pellizzari e Magliari, 2019) dimostra come effettivamente associazioni e cooperative possano migliorare la qualità e la partecipazione dei servizi (con particolare riguardo a quelli di assistenza), come già sperimentato nelle Case della salute (Costa e De Luca, 2023) – antecedente fondamentale delle Case della Comunità del Pnrr – d'altro canto il Terzo settore si presenta estremamente disordinato e in costante crescita (Fosti *et al.*, 2012), oltre che gravemente affetto da forme di precariato e di sfruttamento in cui il confine tra volontariato e impiego lavorativo rimane spesso confuso e ambiguo. Certamente non sarebbe auspicabile un cambio di paradigma di cura che alimenti forme di precariato, perché l'etica della cura nasce anche dal desiderio di portare all'attenzione e dare il giusto valore al lavoro spesso non riconosciuto o sottopagato di cura su cui poggia la riproducibilità del territorio, la vita delle nostre società (Chatzidakis *et al.*, 2021).

La soluzione suggerita da Giovanna Vicarelli (2013) per evitare che in ambito sociosanitario la partecipazione si trasformi nella delega del servizio pubblico al privato sociale (per mezzo di bandi, accreditamenti e affidamenti) è quella di mantenere un solido e chiaro assetto istituzionale, ispirato al *Welfare State* e all'azione di promozione pubblica della salute collettiva. Al contempo però la stessa Vicarelli non propone un arretramento del servizio pubblico, ma al contrario propone una risignificazione della salute come bene comune, ispirandosi a Ostrom (1990), Rodotà (2012) e Seppilli (2010). In questa prospettiva, che potrebbe riunire etica della cura e partecipazione, il punto chiave non è più la proprietà del bene-salute (pubblico o privato), ma il suo valore d'uso, ovvero la sua gestione e il suo utilizzo concretamente partecipati.

Allo stesso modo anche Tatjana Thelen (2021) propone di superare mediante una nuova etica della cura la rigida separazione tra pubblico e privato: “Despite much lay and scholarly stress on the separation between public and private, intimate and institutional, paid and given, care bridges these domains and creates cross-cutting belonging in kin, local, and national communities” (Thelen, 2021, p. 8).

La posizione di Vicarelli si inserisce certamente nel panorama politico e culturale del nuovo millennio, posizionandosi all'interno del dibattito sui beni comuni e spingendo per una rinnovata azione della società civile. Infatti, il privato sociale o terzo settore cui Vicarelli fa riferimento sembrerebbe essere lo stesso tessuto sociale che ha animato a livello globale lo storico e simbolico evento del World Social Forum di Porto Alegre nel 2001, ma in realtà si possono ritrovare nelle parole di Vicarelli riferimenti e connessioni anche con le posizioni non proprio post-strutturaliste dei protagonisti delle lotte per il servizio pubblico sanitario universale degli anni Sessanta e Settanta. Sul rapporto tra pubblico, privato e Terzo settore lo stesso Giovanni Berlinguer, personaggio di spicco del Partito Comunista Italiano e fratello del segretario generale, oltre che medico, aveva scritto nel 1991 alcune righe illuminanti, anticipando alcune conclusioni della futura stagione (post-strutturalista) di mobilitazione della società civile per i beni comuni.

“Per altri aspetti, c'è un interessante sviluppo di un «terzo settore», che è privato-volontario o privato-cooperativo. In Italia, esso comprende oltre cinque milioni di persone attive, provenienti sia dalla tradizione cattolica, sia, più recentemente, da un impegno di forze di sinistra. Un'interpretazione di questo impegno può essere, schematicamente, la seguente.

La solidarietà è stata concepita, dai gruppi religiosi, principalmente come aiuto agli individui, in certi casi per evitare la lotta di classe; ed è stata vista invece, dai movimenti delle classi lavoratrici, prevalentemente come lotta collettiva, da cui dovevano scaturire poi benefici individuali. Rispetto a questa duplice tradizione, vediamo che ora vi sono gruppi religiosi attivi nel rimuovere le cause globali della povertà e dello sfruttamento, e movimenti di sinistra più interessati nel sostenere personalmente la vita e i bisogni degli individui.

Gli agenti della solidarietà e della trasformazione sociale tendono, con questa impostazione, a proiettarsi ben oltre i confini delle organizzazioni che hanno costituito l'ossatura fondamentale del movimento operaio e democratico, sorto nel quadro della II e della III Internazionale, cioè oltre i sindacati e i partiti.

Qualunque legittimo impulso a reagire alle ingiustizie, a tutelare diritti, a opporsi alla degradazione può diventare motivo di azione e stimolo all'organizzazione. Nessuno, per esempio, avrebbe potuto pensare che la funzione materna potesse diventare, oltre gli esempi mitici delle tragedie greche, una forza dirompente contro l'oppressione. Questo è avvenuto in Argentina, per merito delle madri eroiche di Plaza de Mayo: spinte dalla disperata ricerca dei propri figli scomparsi, hanno costituito la punta più avanzata della lotta contro la dittatura militare. Questo stesso fenomeno, su scala minore ma significativa,

si è ripetuto nei quartieri popolari di Roma e di Napoli flagellati dalla diffusione dell'eroina: le «madri coraggio» si sono organizzate, hanno denunciato i trafficanti e le responsabilità politiche che consentono il commercio delle droghe, hanno difeso così i 230 propri figli e insieme la collettività.

Nei confronti di questi movimenti, e di altri che sono nati e che sorgeranno sempre più vari e numerosi nel futuro (c'è da augurarselo), il movimento operaio e democratico «tradizionale», le forze storicamente organizzate non possono avere atteggiamenti di diffidenza, di repulsione, di concorrenza. Un'alleanza progressista non può essere una mera composizione di interessi economici diversi, ma un'intesa capace di corrispondere alle domande di più ricchi contenuti per la politica, e di proprie responsabilità da parte di forze sociali nell'organizzazione dello Stato.

In tale quadro si può anche rivalutare la funzione della famiglia (un altro valore, come quello dell'individuo, che non va regalato alle forze conservatrici). Se è vero che sulle donne e sulle famiglie ricade oggi gran parte dei problemi ai quali non viene data risposta sociale, può anche esser vero l'opposto: dalle donne e dalle famiglie può venire un forte impulso a rinnovare lo Stato sociale, purché la famiglia sia liberata dalle concezioni patriarcali e maschiliste e dai compiti sostitutivi della solidarietà collettiva. Altre forme di impegno sociale che si vanno estendendo sono le *associazioni volontarie di solidarietà*, laiche o religiose, che in Italia sono circa 15.000: esse si basano non solo sulla lotta per ottenere diritti, ma sul lavoro pratico per esercitarli in favore soprattutto degli «interessi fragili», che non possono essere altrimenti protetti: minori, handicappati, poveri, immigrati, ex carcerati. Una forma particolare di organizzazione, che conta ormai centinaia di sedi, tende a tutelare i malati: i *Tribunali per il diritto dei malati* non hanno funzioni giudiziarie, bensì di controllo dei servizi sanitari per la loro efficacia e per la loro umanizzazione. Si stanno sviluppando inoltre, a livello locale, cooperative di lavoro e imprese autogestite, che integrano le attività dei servizi sociali da parte delle amministrazioni pubbliche, sotto la loro guida e secondo i loro programmi.

In sintesi, agenti sociali non sono soltanto i produttori organizzati in base agli interessi materiali (i sindacati), o i cittadini che si aggregano in base alle ideologie e ai programmi politici (i partiti). Agenti sociali sono anche gli individui e le famiglie. Sono i consumatori di prodotti e gli utenti dei servizi. Sono i residenti che lottano per migliorare il loro quartiere o il loro villaggio. Sono le classi sociali, ma anche altri raggruppamenti della popolazione per sesso (le donne) e per età (giovani e anziani). Per alcune fondamentali, impellenti esigenze come l'equilibrio ambientale e la salvaguardia della pace, agente sociale è l'intero

genere umano. Questa articolazione e ricchezza di soggetti può contrastare più efficacemente i forti interessi che sfruttano, opprimono e degradano.

Una delle più preoccupanti novità, per completare il quadro del rapporto fra pubblico e privato, è proprio l'ingresso di questi interessi in grande scala nelle attività rivolte al welfare. Oltre all'industria dei farmaci, che risponde a esigenze reali malgrado le sue distorsioni, vi è un potere crescente del *mercato internazionale del welfare*: sia negli investimenti, come le costruzioni ospedaliere, sia anche nell'esercizio diretto di attività sociali. In Francia per esempio «diversi gruppi industriali e finanziari, nazionali e stranieri, hanno acquistato cliniche private per diversificare il proprio patrimonio... i nuovi intervenuti setacciano le fonti redditizie: attrezzature pesanti, attività ben tariffate, ma anche servizi medico-sociali in espansione, come le case per la terza e quarta età, l'assistenza a domicilio... Assisteremo probabilmente nel futuro a tensioni crescenti tra gli investitori privati e gli interessi pubblici, a una recrudescenza delle procedure di comparaggio, e più in generale a comportamenti al limite della legalità, compreso il riciclaggio di denaro sporco»¹⁴.

Il dilemma non è, quindi, fra pubblico e privato, bensì fra regole e arbitrio, fra interessi generali e particolari” (Berlinguer, 1991, p. 230-232).

Giovanni Berlinguer dimostra in questo estratto denso di riferimenti e di complesse interconnessioni una notevole sensibilità e capacità di analisi politica capace di travalicare gli assiomi classici e statalisti della politica sanitaria. Nel suo ragionamento il dibattito sulla salute non può essere schiacciato su una sterile contrapposizione ideologica tra sanità pubblica e privata. È bene fare dei distinguo e comprendere caso per caso, territorio per territorio quali attori possono mobilitarsi come agenti sociali, senza precludere aprioristicamente alcuna forma di partecipazione e mobilitazione. Ma al contempo il livello locale e specifico di un dato territorio deve essere proiettato su di una scala generale e strutturale, valutando la distanza tra interessi generali e particolari. C'è un delicato equilibrio da ricomporre tra due diversi livelli scalari: locale e regionale.

Certo in questa doppia prospettiva è estremamente complesso capire come tutelare il bene comune-salute. Il problema è che nell'epoca postmoderna il processo di produzione di un bene comune, *commoning* (Hardt e Negri, 2009), è di per sé esposto ad essere fagocitato dal capitale. I ruoli tradizionali o convenzionali, come nel caso del Terzo settore laico e cattolico menzionati da Berlinguer, possono invertirsi. Questo perché in un mondo guidato da un'economia sempre più basata su servizi, consulenze, terziario, *brand* e prodotti immateriali, anziché sui prodotti tangibili della fabbrica, l'espropriazione del valore avviene anche sotto

forma di appropriazione culturale e messa a profitto di idee, simboli, concetti, stili e beni comuni, ovvero di quel patrimonio immateriale che riferendoci a Bourdieu (2015) potremmo definire capitale sociale, culturale e simbolico. Esistono rilevanti esempi geografici di questa tendenza dell'economia neoliberista ad espropriare il bene comune prodotto dal suo produttore. Classico è il caso della rendita di monopolio (Harvey, 2013) che sfrutta come un *brand* commerciale il vissuto di un quartiere, rendendo quel patrimonio collettivo prodotto dalle comunità locali e stratificatosi nel tempo una merce da vendere: la rendita si basa così oltre che sulla metratura e la posizione di un edificio, anche sull'immagine del quartiere iconico, del piccolo borgo pittoresco o della borgata riqualificata ma giovane e *à la page*.

In sintesi, alla luce di quanto detto fin qui partecipazione e cura risultano fortemente accomunate: così come il concetto di partecipazione può essere sfruttato per consentire alla privatizzazione di trovare nuove forme di aggressione dello spazio pubblico, anche l'immagine della cura può essere assunta secondo un'etica neoliberista con lo scopo di fare crescere il consenso e i profitti, assecondando una tendenza o dando un tono al proprio *brand* commerciale.

Per impedire che i concetti culturali più rivoluzionari, come quelli di partecipazione e di etica della cura, subiscano forme di fagocitazione e di appropriazione culturale da parte del capitale, la complessità della salute richiede uno sforzo superiore di comprensione e partecipazione collettiva. È uno sforzo affettivo e culturale non semplicemente logico-analitico che richiede dialogo, compartecipazione e conoscenza reciproca. Di questo sforzo dovrebbe farsi carico ogni azione partecipativa di apertura al territorio dei servizi sanitari e sociali, per poter discernere di volta in volta quali attori coinvolgere e come.

“Negli ultimi anni il tema della partecipazione comunitaria in salute si trova al centro di un ampio dibattito, scaturito in relazione alla riforma dell'assistenza territoriale, anche sostenuta con i fondi stanziati per riparare i danni causati dalla pandemia di Covid-19 (Vallerani, 2022). Se è vero che la pandemia sembra aver accresciuto la sensibilità istituzionale verso la prossimità dei presidi e degli/le operatori/trici della salute, la partecipazione dei/delle cittadini/e alla propria salute rappresenta ancora oggi una sfida molto complessa per l'organizzazione dei servizi. Tuttavia, nelle città sempre più spesso si osservano l'emergere di processi e pratiche di autorganizzazione e di riappropriazione urbana. Tali processi definiscono nuove dimensioni della salute e dell'abitare, risignificano luoghi e relazioni sociali (Cellamare, 2019a; 2019b) e propongono forme di convivenza e di sviluppo alternative rispetto all'estrattivismo urbano: le troviamo, ad esempio, nelle

laboratorie e collettive ecologiste nate negli ultimi anni, nelle lotte transfemministe, nella riappropriazione degli spazi culturali, degli spazi verdi e dei servizi pubblici.

Questo insieme di pratiche permette la costruzione di “comunità di cura” (Napier et al., 2014). Diversamente dalle retoriche della partecipazione, spesso fondate sull’idea che nel tessuto sociale vi siano delle comunità da intercettare e coinvolgere in arene deliberative – poco efficaci se si misurano gli esiti di riavvicinamento tra i sistemi sanitari e i bisogni della popolazione (Negrognolo e Saraceno, 2023) –, le comunità di cura sono volte a intessere e/o rafforzare dei legami sociali caratterizzati da un mutuo riconoscimento, da un certo grado di fiducia e sono capaci di dipanarsi in reti di supporto reciproco. La pandemia di Covid-19 ha mostrato che le persone non sono monadi, e che la nostra interdipendenza non è solo una caratteristica fondamentale delle nostre comunità, ma anche un valore attraverso il quale poter costruire nuove pratiche di cura e di democrazia (Chatzidakis et al., 2020; Consoloni e Quaranta, 2021). Nonostante ciò, come hanno messo in luce Fragnito e Tola (2021), anche la cura è segnata dalle disuguaglianze, che ne determinano l’organizzazione e la distribuzione. Una cura comunitaria potrà, allora, essere considerata come un atto irriducibilmente collettivo, che non si esaurisce a chi la presta e a chi la riceve, ma abilita le risorse di una molteplicità di soggetti: una cura, dunque, che si fonda con forza sul suo potenziale trasformativo, «nonostante e a causa dell’etica egemonica della cura e della sua mercificazione» (de la Bella Casa, 2017: 12)” (Belluto *et al.*, 2023, p. 304-305).

Almeno in parte sono questa le sfide a cui teoricamente sarebbe chiamata a rispondere la Missione 6 C1 del Pnrr, nel tentativo di trasformare la geografia del servizio sanitario, le cure di base e gli spazi di presa in carico, realizzando una rete di infrastrutture di comunità (Centrali operative territoriali, Case e Ospedali della Comunità). La medicina di prossimità su cui si basa la Missione 6 C1 apre ad una risignificazione della salute come bene comune e, conseguentemente dovrebbe aprire il Ssn a forme partecipate di servizio. Ma per realizzare questa trasformazione complessa è necessario un dialogo tra tutte le parti in causa, ovvero una capacità di individuare, raggiungere, comunicare e coinvolgere tutti gli *stakeholder* in modo capillare su ciascun territorio. Eppure, finora il processo di progettazione partecipata di questa rete di infrastrutture di comunità della Missione 6 C1 è stato quasi completamente assente. Sono mancati dialogo e informazione non solo sul territorio, tra gli abitanti, ma persino all’interno delle stesse istituzioni, tra i tecnici e gli operatori delle pubbliche amministrazioni.

Il primo problema per la tutela della salute come bene comune e per la sua conseguente apertura partecipativa è interno: nei territori manca un'efficace integrazione dei servizi sociali e sanitari, ci sono pochi spazi di dialogo, di condivisione e di compartecipazione persino all'interno degli stessi servizi pubblici.

Come operatore dello Sportello Mammuto sono stato invitato a partecipare a un momento di apertura dei servizi sociosanitari in occasione degli incontri per la redazione del Piano sociale del IV Municipio. Ho potuto constatare direttamente in questa occasione partecipativa municipale la scarsa presenza dei tecnici della Asl locale, con la presenza al mio tavolo di lavoro di un solo rappresentante. Sempre in quell'occasione ho potuto notare come, d'altro canto, gli operatori del Segretariato sociale del IV Municipio non avessero chiare e complete informazioni sulla futura rete di comunità del proprio territorio. Sembrerebbe che neanche loro siano stati correttamente informati, nonostante si ritroveranno a lavorare con quelle infrastrutture a partire dalla primavera del 2026, quando è prevista l'apertura della nuova rete di comunità del Pnrr.

Se il dialogo tra istituzioni regionali (Asl) e comunali o municipali (nel caso dei servizi sociali della città di Roma) non brilla per la qualità dell'integrazione sociosanitaria, nel rapporto tra istituzioni e comunità le cose non migliorano affatto. La ricerca sul campo ha dimostrato quanto fosse scarsa anche l'informazione sulla Missione 6C1 del Pnrr tra gli abitanti del territorio di Rebibbia (dove si trova lo Sportello Mammuto). Mancano informazioni basilari su tutto il nuovo impianto della medicina di comunità e di prossimità, mentre al contrario una medicina che si dichiara di comunità e di prossimità dovrebbe avere cura di informare e dialogare con le comunità locali. Nel caso dello Sportello Mammuto tuttora rimane incerto quali servizi ospiterà la Casa della Comunità locale, Villa Tiburtina (Pasqualetti *et al.*, 2023), al di là dell'elenco generale fornito dalle linee guida nazionali e regionali. Solo il 18 marzo 2025, dopo tre anni e mezzo di continue richieste degli abitanti del territorio e su tutti dell'attivissimo Sportello Mammuto, si è realizzato un incontro pubblico specifico sul tema della nuova rete di comunità. Ma la comunicazione e diffusione dell'evento (tanto ai cittadini quanto alle altre istituzioni municipali) è giunta a due giorni di distanza dall'evento stesso, rendendo difficile ai più partecipare fisicamente alla mattinata di discussione.

Nel corso della ricerca ho avuto modo di partecipare e di raccogliere le impressioni degli attivisti dello Sportello all'incontro del 18 marzo, erano felici finalmente di ottenere qualche

informazione concreta, tra cui la data della fine dei lavori¹³ per la Casa della Comunità Villa Tiburtina. La prima *slide* presentata il 18 marzo, con il titolo di “Convegno partecipativo sulla sanità che cambia”, ha inaugurato una buona discussione alla presenza di istituzioni e cittadini. Un deciso passo avanti verso il dialogo e la partecipazione della comunità che dovrebbe costituire la norma nei processi partecipativi della medicina di prossimità. Tuttavia, la partecipazione, così come la prossimità, ha dei tempi oltre che delle modalità: il ritardo accumulato nello stabilire un dialogo con gli abitanti del territorio, nonostante le ripetute richieste, ha già compromesso la possibilità di realizzare una vera e propria forma di progettazione partecipata della struttura, la cui fine dei lavori era prevista per il 25 luglio, ma a novembre ancora non è terminata.



Fig. 61 – Locandina evento partecipativo sulla riforma dei servizi territoriali;
Fonte: elaborazione personale.

A distanza di pochi mesi dalla fine dei lavori, l'intero processo di riforma dell'assetto istituzionale sanitario del Pnrr è opaco e tutt'altro che chiaro: i documenti fondamentali, tra

¹³ Data che, purtroppo, quando ormai la ricerca sta per concludersi è stata disattesa. Sebbene gli amministratori locali preparino l'inaugurazione della nuova Villa Tiburtina, ancora non è chiaro quando finiranno i lavori e, soprattutto, quali servizi ospiterà la CdC.

cui il d.m. 77/2022, lasciano ancora spazi di incertezza proprio su quali siano gli effettivi strumenti partecipativi per realizzare sul territorio una riforma della cura e della sanità territoriale. Inoltre, le disposizioni delle singole aziende sanitarie lasciano intravedere uno schema di sopravvivenza del vecchio modello di cura basato su una gestione prevalentemente accentrata e centralizzata. Infatti, in base al nuovo atto di autonomia aziendale (Deliberazione 27 febbraio 2025, n. 112) nel caso della Asl Roma 2 la partecipazione sembrerebbe rimanere affidata ad un apposito dipartimento gestito a livello aziendale, anziché sul nuovo livello locale di prossimità e di comunità centrato sulla Casa della Comunità (*hub*). Si continua, quindi, a ragionare su un territorio di circa 1.200.000 abitanti, anziché su uno di 50.000, rendendo difficile un'effettiva prossimità tra il servizio e le comunità locali.

Ad aggravare questo quadro vi è il fatto che la rete di infrastrutture di comunità rischia di minacciare una delle poche reti di infrastrutture di cura presenti nel paese: i consultori. Una rete faticosamente conquistata e realizzata, anche a Roma e nel Lazio, grazie alle rivendicazioni sociali e politiche delle donne e delle libere soggettività (Barone, 2023). Le Case della Comunità (CdC) prevedono, infatti, la possibilità di offrire al territorio servizi consultoriali, come indicato nel d.m. 77. Il decreto provoca un potenziale futuro conflitto per le risorse (economiche, di spazio e di personale) tra consultori e infrastrutture di comunità, siccome entrambe le reti dovrebbero essere presenti in ciascun territorio del paese, ma in realtà mancano adeguate risorse economiche e umane per coprire la realizzazione completa di anche solo una delle due reti di infrastrutture.

Come osservato nel corso della ricerca sul terreno, nel caso di Villa Tiburtina questo conflitto di interessi tra strutture del Pnrr e consultori aveva inizialmente provocato tensioni tra gli attivisti dello Sportello e il gruppo transfemminista *Donne de borgata*. Da una parte gli attivisti dello Sportello e gli abitanti del quartiere si stavano battendo per la riapertura di Villa Tiburtina, finita nell'elenco delle CdC, mentre dall'altra le attiviste transfemministe avevano iniziato una campagna di critica alla Missione 6 C1 proprio per il modo in cui intendeva attivare servizi consultoriali al di fuori dello spazio pubblico e separato del Consultorio, la cui struttura autonoma e fisicamente separata dal resto del Ssn era stata una scelta e una conquista degli anni Settanta da parte dei movimenti femministi. Fortunatamente nel caso di Villa Tiburtina la tensione tra i due gruppi di attivismo locale, anziché portare allo scontro ideologico e all'allontanamento tra le due comunità, ha spinto a unire le forze per provare ad aprire insieme nello stesso territorio di Rebibbia un Consultorio, oltre alla Casa della

Comunità. Un esempio dal basso e autogestito di come le reti di infrastrutture di cura potrebbero essere potenziate e non messe in contrapposizione.

Questo episodio di scontro sui servizi consultoriali dimostra come la mancanza di dialogo e informazione rischi di scavare fossati, anziché creare reti e ponti tra comunità e servizi. In definitiva, quello che sembra mancare alla partecipazione per come viene impostata dalla riforma della geografia amministrativa della sanità con la Missione 6 C1 del Pnrr è proprio una corretta etica della cura. Mancano le basi per la prossimità e la partecipazione: dialogo e informazione. Manca la capacità di prendersi cura del bene comune in modo condiviso, orizzontale e sensibile. Chiaramente sono qualità rare perché richiedono un lavoro sensibile ed affettivo estremamente complesso, ma sono anche nevralgiche per costruire un buon modello di medicina di prossimità e ridefinire la geografia sanitaria nazionale.

La domanda che sorge spontanea, quindi, è se sia possibile realizzare una riforma della geografia sanitaria improntata alla prossimità senza cambiare sostanzialmente il modo di agire, il modo di prendersi cura delle persone, dei loro bisogni e del territorio. Secondo Middleton e Samanani (2021), applicare un'etica della cura alla geografia significa cambiare il modo di guardare allo spazio e alle relazioni umane e sociali che lo intessono. La cura non è solo partecipazione, ma è compartecipazione, nel senso dello spostare l'attenzione sugli aspetti mutevoli, quotidiani e costantemente negoziati delle interrelazioni umane, e, dunque, territoriali.

Nella pratica, le istituzioni aziendalizzate faticano spesso a farsi carico di uno sguardo complesso e quotidiano capace di includere le persone e il loro spazio vissuto. Un esempio emblematico di questa mancanza di etica della cura è il problema della mancata presa in carico delle persone nel Ssn: una vera e propria nocività per la salute del territorio riscontrata e registrata dallo Sportello Mammut in ben 72 casi su un totale di 469 criticità del Ssn registrate. Nonostante la legge italiana preveda che gli utenti del Ssn vengano presi in carico dalle strutture e dagli specialisti sin dalla prima visita, cioè non appena entrano nello spazio pubblico, i casi raccolti sul terreno mostrano come nella pratica quotidiana accada spesso che ulteriori accertamenti, visite di controllo o esami strumentali non vengano direttamente prenotati al termine della prima visita, lasciando inevasi i bisogni e i diritti degli utenti del servizio pubblico. Quindi, le persone lasciate in balia di sé stesse senza un'adeguata presa in carico sono portate a rivolgersi alle cure private (persino all'interno dello stesso spazio pubblico tramite l'intramoenia) o a dover ritornare all'inizio del processo burocratico di prenotazione del Ssn, rivolgendosi prima al proprio medico di base e poi all'agenzia regionale

di prenotazione del ReCUP, o fisicamente ad uno degli affollati sportelli della Asl. In questo caso la mancanza di cura assume i tratti di un accesso allo spazio pubblico tradito, è questa una delle dinamiche pratiche dello spazio vissuto con cui si mortifica la prossimità tra servizi e comunità, allungando ulteriormente le già sature liste d'attesa e quindi allontanando le persone dai servizi pubblici di cura.

È da questa quotidianità e da questa esperienza di spazio vissuto che invece nasce il bisogno di cambiare l'attuale paradigma di cura e, anzi, si potrebbe facilmente affermare che non è certo questo il servizio pubblico e universale per cui lottavano Maccacaro, Oddone o Basaglia.

7.3. – Le potenzialità di un approccio innovativo alla cura e alla partecipazione



Fig. 62 – Assemblea pubblica dello Sportello Mammuto di inaugurazione della Comunità territoriale di quartiere.

Fonte: ph. Monica Scordato.

Dove si ritrova il senso dell'etica della cura, applicata in particolare alla realizzazione di progetti partecipativi di salute, è nell'opera dal basso di alcuni sportelli e ambulatori popolari,

proprio come quello dello Sportello Mammuto che con il suo prezioso lavoro di ascolto, orientamento, informazione, ricerca e scontro giuridico, politico e materiale spinge per una trasformazione della sanità e della cura in senso pubblico, gratuito, universale e partecipato (Pasqualetti *et al.*, 2023).

L'azione dello Sportello riunisce partecipazione ed etica della cura, stabilendo anche un ponte tra lotte del presente e del passato, tra una prospettiva della salute come bene comune e le pratiche partecipative di attivazione dal basso per il Ssn pubblico degli anni Sessanta, Settanta e Ottanta.

Già negli anni Settanta Maccacaro notava due aspetti nevralgici del servizio sanitario, ovvero “l'intrinseca solidarietà tra il problema della ‘salute’ e quello della ‘partecipazione’” e “l'inopportunità della persistenza, nel nostro stesso pensiero, di un'immagine tecnica e di un'immagine politica della ‘forma’ sanitaria” (Maccacaro, 1972, p. 385).

Nel caso dello Sportello Mammuto sono stati gli abitanti del quartiere di Rebibbia ad essersi attivati in prima persona, contrastando dal basso e per mezzo della partecipazione attiva i problemi sanitari del proprio spazio vissuto che l'approccio medico tecnicista tradizionale alla salute non stava riuscendo a risolvere – se non proprio contribuendo a creare. Così in seguito all'emergenza sindemica gli abitanti di Rebibbia hanno inaugurato uno sportello dove raccogliere i bisogni di salute del proprio territorio e i problemi di accessibilità e prossimità del Ssn (Pasqualetti *et al.*, 2023). Si tratta di una forma di partecipazione dal basso che asseconda il principio della non delega per contrastare le nocività del proprio ambiente sociale o territorio. Attraverso la costituzione di gruppi di ricerca misti, composti da gruppi omogenei di abitanti ed esperti delle più varie discipline presenti sul territorio, lo Sportello Mammuto rinnova alcune delle modalità di rivendicazione sociale dal basso descritte nel 1977 (Oddone *et al.*, 1977) nella riedizione dello storico opuscolo *L'ambiente di lavoro* (1971).

Alcuni degli strumenti usati dallo Sportello Mammuto sono gli stessi utilizzati dagli operai degli anni Settanta in ambito di medicina del lavoro. Infatti, lo Sportello di fatto ha costituito un gruppo di ricerca sulle nocività del proprio territorio analogo ai gruppi omogenei nati dalle rivendicazioni operaie sulle nocività dell'ambiente di lavoro a partire dagli anni Sessanta. Nel volume *Ambiente di lavoro. Dalla fabbrica al territorio* (Oddone *et al.*, 1977) si definisce la teoria dei gruppi da cui far scaturire un generale cambiamento delle cure e della salute in ogni territorio.

“A questo punto si pone necessariamente il problema di chi possano o debbano essere i protagonisti del cambiamento cui abbiamo fatto riferimento. La nostra risposta è: tutti gli abitanti. Questa risposta è valida se consideriamo che la tendenza a coinvolgere tutti gli abitanti è un obiettivo limite. Non si può invocare la partecipazione di «tutti» i cittadini in modo astratto: il cittadino, come essere medio, indifferenziato, non esiste. Esistono dei gruppi di uomini diversi, perché hanno una collocazione sociale, politica, culturale, tecnica, diversa. Il gruppo operaio è un gruppo privilegiato come gruppo di riferimento non perché abbia virtù e proprietà carismatiche, ma perché nella fabbrica, dove le condizioni di vita sono costanti, la ripetizione del disturbo rende visibile il nesso tra ambiente e malattia e permette la creazione di un modello preventivo adeguato. Una prima analisi di classe, presupposto per noi fondamentale, comporta dunque come classe egemonica: la classe operaia. Questo a parer nostro non basta ancora, perché su ogni territorio dato, o meglio su ogni territorio corrispondente a un'Unità locale, esiste un enorme accumulo di esperienza grezza, non formalizzata, da cui hanno origine le scelte; esistono dei soggetti che sono portatori di questa esperienza, relativa ai problemi che ci interessano (gli esperti grezzi) che hanno valore soprattutto per la conoscenza del locale. Su ogni territorio esiste ancora un enorme accumulo di esperienza formalizzata che ha carattere più mediato e meno locale, talora sprovvista di conoscenza del locale, di cui sono portatori gli esperti tradizionali. Ognuno di questi gruppi ha un compito particolare, specifico, ma ugualmente indispensabile nell'avvio del processo di cambiamento. Infatti la partecipazione presuppone l'utilizzazione di una comunità scientifica più allargata, che tiene sì conto delle conoscenze specifiche, ma non solo di quelle. Quella comunità scientifica può essere rappresentata da tutti coloro che su quel territorio, indipendentemente dal loro grado di scolarità e di specializzazione, hanno fatto esperienza nel campo della prevenzione. Dal gruppo operaio che ha affrontato il problema della nocività del proprio ambiente di lavoro, al gruppo di specialisti altamente qualificati che ha operato concretamente ed efficacemente nel proprio campo di attività, al gruppo di uomini che nel quartiere ha affrontato problemi di inquinamento, di creazione di asili a gestione partecipata, al gruppo di sindacalisti che affronta da anni i problemi della nocività fuori e dentro la fabbrica, al gruppo di compagni (e non) che, all'interno dei partiti e delle istituzioni, si batte per delle soluzioni globali e per l'uso di criteri coerenti” (Oddone *et al.*, 1977, p. 114).

Oltre a costituire un gruppo d'azione e di ricerca, riunendo abitanti del quartiere, esperti e tecnici in modo analogo ai gruppi omogenei appena descritti, lo Sportello Mammuto recupera anche un'altra esperienza di rivendicazione, quella dell'osservazione spontanea, replicando

quanto fatto da Oddone e compagni (*et al.*, 1977) negli anni Settanta, che al riguardo sostenevano:

“L’ «osservazione spontanea» non è affatto la registrazione puntuale, immediata di un disturbo o di un danno alla salute [...]. Il termine stesso di osservazione «spontanea» è improprio: rispetto all’osservazione chimica, all’osservazione di laboratorio, l’osservazione «spontanea» suggerisce l’idea di un comportamento di semplice constatazione, di inerzia. Va chiarito che si tratta invece di un’osservazione sì autonoma rispetto ad interventi esterni al gruppo ma legata all’ambiente culturale in senso lato nel quale quegli operai vivono. È inoltre grezza, rappresenta cioè un primo momento di conoscenza, una prima ipotesi ed una prima verifica della nocività presente nell’ambiente di lavoro, ma è globale e verificata.
[...]

Si tratta dunque di un procedimento complesso che presuppone una sequenza e un’esperienza grezza, ma analoga a quella di laboratorio, dove l’ambiente di lavoro è la variabile indipendente e la variabile dipendente è lo stato di salute degli uomini” (Oddone *et al.*, 1977, p. 104).

Nel complesso le modalità di partecipazione, attive e dal basso, realizzate da esperienze come quella dello Sportello Mammuto e ispirate alle mobilitazioni del passato si basano sul principio, intrinsecamente partecipativo, della non delega e insieme compongono un insieme multiforme e complesso. Nel caso dello Sportello, con la campagna *Riapriamo Villa Tiburtina*, queste pratiche partecipative sono sfociate due volte in una forma di occupazione simbolica dello spazio di Villa Tiburtina, ovvero dell’unica infrastruttura sanitaria presente a Rebibbia rimasta abbandonata da oltre dieci anni. Proprio quella Villa Tiburtina che, grazie all’impegno di attivisti e abitanti del territorio, nel 2026 tornerà ad essere uno spazio pubblico sociosanitario aperto e attivo sul territorio come Casa della Comunità.

Come nel caso della medicina del lavoro anche nella medicina di prossimità si pone il problema del rapporto tra tecnici e comunità (che siano gli operai della fabbrica o gli abitanti del territorio). Un problema di partecipazione e quindi di superamento della barriera tra *caregiver* e *carereceiver*, tra sapere tecnico-scientifico medico (su cui si basa il paradigma occidentale di cura) e conoscenza territoriale frutto dell’esperienza quotidiana dello spazio vissuto. Come si possono conciliare le pratiche dal basso dello Sportello Mammuto e della Comunità territoriale Rebibbia, Ponte Mammolo, Casal de’ Pazzi con la Missione 6 C1 del Pnrr? Come si mettono insieme i bisogni di salute con le modalità tecniche e burocratiche del Ssn?

C'è un conflitto verticale che al di fuori di ogni retorica partecipativa tende a contrapporre istituzioni e comunità, un conflitto di cui Villa Tiburtina è un esempio. Proprio il legame con la precaria Missione 6 C1 del Pnrr rischia come racconta Rina dello Sportello Mammuto di fare rimanere Villa Tiburtina “un guscio vuoto” perché a tutt'oggi non è chiaro quali servizi ospiterà, chi ci lavorerà, quando riaprirà e come funzionerà. Le istituzioni, scarsamente informate sulla missione e gravemente vessate dalla mole di lavoro generata a fronte di decenni di tagli alla sanità e di politiche di *austerità* neoliberiste, non possono riuscire da sole a realizzare un cambio di paradigma di cura e a realizzare forme di prossimità spaziale, affettiva e intersezionale.

Ancora una volta, l'esempio dello Sportello Mammuto dimostra che sono le comunità il vero e primo motore del cambiamento sociale e di una possibile riforma della medicina di prossimità. Infatti, nonostante le incertezze e le mancanze delle istituzioni sulla Missione 6 C1 e su Villa Tiburtina, gli attivisti dello Sportello sono riusciti a creare una rete di comunità e a proporre un modello di funzionamento della medicina di prossimità (il Microdistretto), realizzando dal basso un'apertura del servizio pubblico e delle cure del Ssn al territorio. In particolare, a fronte delle numerose segnalazioni dello Sportello riguardo a problemi di accessibilità alle cure del Ssn per persone migranti, gli operatori dell'Unità operativa complessa (Uoc) Tutela degli Stranieri e delle Comunità Vulnerabili hanno iniziato a partecipare allo sportello, portando il servizio pubblico direttamente sul territorio all'interno dello spazio occupato e autogestito del Comitato Mammuto a Rebibbia, con una presenza fissa per un periodo di due mesi, poi rinnovati periodicamente. Inoltre, in occasione della festa di quartiere del giugno 2024, lo Sportello ha organizzato e autogestito insieme a diversi Dipartimenti della Asl Roma 2 una giornata di prevenzione e promozione della salute dentro il cortile dei lotti di edilizia popolare del quartiere di Rebibbia; e rinnovato anche nel 2025 l'organizzazione della seconda giornata di promozione della salute, in un'ottica concreta di integrazione sociosanitaria proiettata dentro lo spazio vissuto (letteralmente a livello del marciapiede) del quartiere.

Contro le tendenze distruttive dell'ambiente umano, contro la de-territorializzazione della vita sul pianeta – e potremmo aggiungere contro l'accelerazione della crisi sindemica – emergono dal basso forme di ritorno al territorio, esperienze di comunità capaci di creare “nuovi strumenti partecipati di governo socioeconomico del territorio finalizzati al benessere sociale, praticati attraverso la sperimentazione di forme innovative di autorganizzazione delle società locali” (Dematteis e Magnaghi, 2018, p. 13).

Attraverso la partecipazione proattiva e concrete forme di rivendicazione, lo Sportello e le varie realtà sociali che animano i quartieri di Rebibbia, Casal de' Pazzi e Ponte Mammolo sono riuscite a costituire una rete di comunità e uno spazio collettivo di intervento. La stessa scelta di realizzare proprio a Villa Tiburtina la Casa della Comunità locale della Missione 6 C1, anche se non convenzionale, è un esempio anomalo di progettazione partecipata ottenuta dal basso, perché l'individuazione del luogo è stata fortemente influenzata dalla rivendicazione degli abitanti del territorio per la struttura abbandonata di Villa Tiburtina. Nonostante non si sia mai realizzato un autentico tavolo di lavoro congiunto in cui progettare in modo partecipato Villa Tiburtina, abitanti e attivisti hanno fatto comunque valere la propria voce e indirettamente influenzato il progetto. Oggi questa auto-progettazione dal basso si spinge ad immaginare un nuovo modello di organizzazione delle cure, ri-significando la partecipazione prevista dalla Missione 6 C1 del Pnrr per mezzo della creazione di un nuovo livello di geografia amministrativa: il Microdistretto (cfr. Appendice B).

Siccome la Missione 6 C1 teoricamente dovrebbe ridefinire la geografia sanitaria nazionale, individuando delle unità locali minime per le cure di base e i servizi sociosanitari che corrispondono al territorio della Casa della Comunità hub (una ogni 50.000 abitanti al massimo), la proposta dello Sportello Mammuto per la Casa della Comunità di Villa Tiburtina è quella di rendere il suo territorio (la zona urbanistica Casal de' Pazzi) un primo esempio sperimentale di Microdistretto. Si tratterebbe dunque di un nuovo livello della geografia amministrativa al di sotto della Asl, del Distretto e del Municipio (o del Comune). La gestione partecipata e integrata del primo Microdistretto pilota dovrebbe quindi completare la riforma del Pnrr mediante la definizione di un accordo interistituzionale tra Asl e Municipio, per stabilire un tavolo permanente di confronto e consultazione in cui includere gli abitanti del territorio (riuniti in associazioni formali e informali) nelle politiche sociosanitarie, individuandone bisogni e determinanti di salute in modo partecipato e integrato tra i diversi livelli amministrativi (regionale, comunale, municipale, aziendale, distrettuale ecc.).

Il processo partecipativo proposto dallo Sportello Mammuto e dalla sua comunità territoriale mira a realizzare un cambio di paradigma: una rivoluzione che sottende una riformulazione etica della cura e rende necessaria una partecipazione reale e dal basso. Simili pratiche partecipative radicate nei territori rendono possibile il superamento della retorica astratta sulla partecipazione. Questo cambio rivoluzionario è espresso dalle parole dello Sportello Mammuto e della Comunità territoriale di Rebibbia, Casal de' Pazzi e Ponte Mammolo:

“A distanza di quattro anni dall’avvio della vertenza per la riapertura di Villa Tiburtina, a pochi mesi dalla fine dei lavori sulla struttura, è necessario affrontare le sfide insolite e aperte dalla Missione 6 - Salute del PNRR, con particolare riguardo alla Componente 1 e specificamente alle Case e agli Ospedali di Comunità (CdC e OdC), e alla Centrali Operative Territoriali (COT), ovvero la rete infrastrutturale comunitaria che dovrebbe andare a costituire un nuovo modello di medicina di prossimità. L’adozione di misure emergenziali rischia di limitare la capacità di pianificazione e di rafforzare dinamiche di dispersione del denaro pubblico, inadeguatezza e mancanza dei servizi erogati, inefficacia delle politiche pubbliche. Per questo, è essenziale promuovere un modello di microdistretto che valorizzi davvero, come disposto teoricamente dalla normativa, il lavoro svolto dalle realtà del territorio e le integri nella pianificazione socio-sanitaria delle istituzioni competenti con un approccio bottom-up.

Fin dall’inizio della vertenza per la riapertura di un polo sanitario pubblico a Rebibbia-Ponte Mammolo, Villa Tiburtina è stata un prototipo, un esperimento del coinvolgimento degli abitanti di un territorio nella pianificazione socio-sanitaria. Lo Sportello Sanitario Mammut da tre anni prova a fare da collante tra i vari attori in campo, specialmente il IV Municipio e la ASL Rm 2, per creare un dialogo tra istituzioni che non solo possono, ma devono, interloquire su materie così importanti.

Crediamo sia arrivato il momento di allargare questo esperimento e renderlo un modello, un progetto pilota: creare un microdistretto per la pianificazione socio-sanitaria che abbracci i quartieri di Rebibbia, Ponte Mammolo, Casal de’ Pazzi e comprenda tra le 25.000 e le 30.000 persone. Un’entità amministrativa più piccola di un municipio, che possa garantire una vera pianificazione partecipata dei servizi socio-sanitari di prossimità coinvolgendo tutto il territorio”.

In questo approccio pragmatico, sono le comunità ad immaginare e a provare ad orientare le trasformazioni del proprio territorio, semplicemente prendendosene cura, partecipando attivamente alla vita e alle scelte che riguardano il proprio spazio vissuto. Partecipazione attiva in questo caso significa non delegare la propria salute e il proprio benessere ad altri, ma farsene carico in prima persona, prendendosi cura del proprio spazio vissuto.

L’esempio dello Sportello Mammut sembra voler affermare che la mia salute o il mio benessere non possono essere realizzati senza di me. Questa assunzione determina un cambio di paradigma, da qui nasce l’esigenza di rimodulare la geografia sanitaria creando un nuovo spazio di partecipazione: il microdistretto.

In modo analogo, Oddone e Maccacaro basavano la partecipazione dei servizi sanitari su Unità sanitarie locali (Usl) intese prima di tutto come territorio minimo e locale di spazio vissuto. In particolare, la loro idea di partecipazione, specialmente quella di Maccacaro che tanto si era speso sull'argomento, poneva al centro del proprio ragionamento – eminentemente geografico perché attento alla scala di riferimento – la prossimità tra le Usl e gli abitanti del territorio-

“Come l’ambiente di lavoro non è qualcosa d’astratto, ma è l’insieme delle condizioni reali di vita sul lavoro, così il territorio, o meglio l’Unità locale, è l’insieme delle condizioni che caratterizzano la vita degli uomini su quel territorio” (Oddone *et al.*, 1977, p. 114).

Sin dagli anni Settanta l’idea di una riforma della sanità si strutturava a partire da una modulazione della geografia amministrativa fondata sullo spazio vissuto. Le Usl tanto nella concezione di Maccacaro quanto in quella di Oddone erano delle unità minime che si dovevano basare sul proprio territorio svolgendo *in primis* quella funzione di dialogo precedentemente ricordata. Maccacaro, infatti, definisce la Usl come un “sistema informativo” (Maccacaro, 1972, p. 389) e per permettere un dialogo e una partecipazione concreta individua tale sistema su un livello locale di territorio abitato da poche decine di migliaia di persone, e non dalle centinaia di migliaia (o dal milione abbondante della Asl Roma 2) che attualmente compongono le Aziende sanitarie locali.

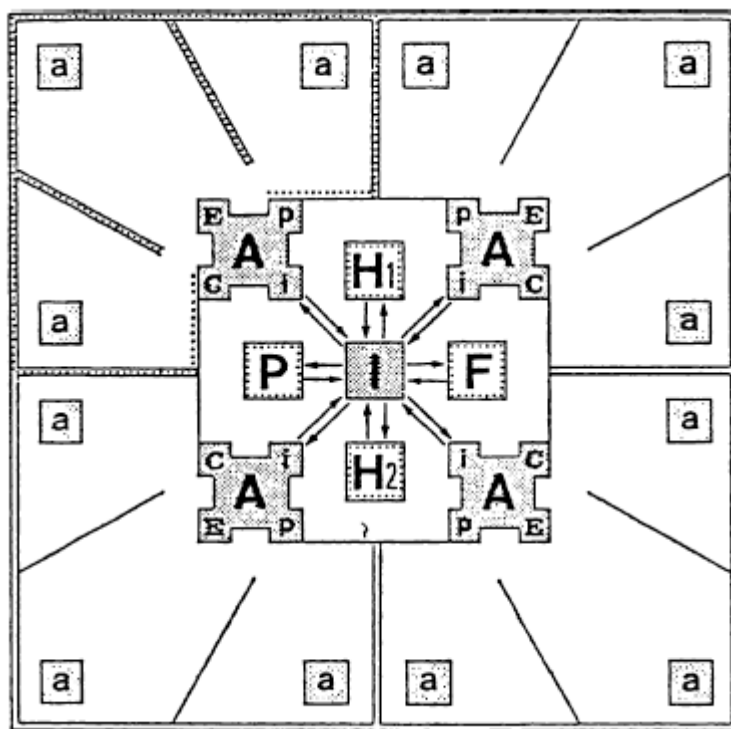


Fig. 63 – “Rappresentazione schematica dell’USL. L’unità è composta di alcune Sub-unità (quattro nella figura), ciascuna delle quali costituita da tre distretti a ciascuno dei quali possono corrispondere 3.000-5.000 abitanti. I è il

centro del sistema informativo cui si raccordano le varie strutture (A) della sub-unità (vedi figura 2). H1 e H2 sono rispettivamente l'ospedale e il paraospedale; P indica il servizio di prevenzione; F il servizio farmaceutico. C ed E rappresentano le sedi della consultazione e dell'educazione. In genere le lettere minuscole indicano i livelli di decentramento delle funzioni centrali indicate con le medesime lettere maiuscole (F, f; P, p; eccetera)"

Fonte: Maccacaro 1979, p. 401.

Siccome tanto l'idea originaria di Usl quanto il microdistretto proposto dallo Sportello Mammut e dalla Comunità territoriale Rebibbia, Ponte Mammolo, Casal de Pazzi si basano sullo spazio vissuto, entrambe intendono concentrare la geografia amministrativa sanitaria su un livello locale comunitario, stabilendo un limite alla scala e alla dimensione del territorio da amministrare.

Non è semplice immaginare un dialogo quotidiano ed efficace né in un territorio vastissimo dove le comunità sono distanti centinaia di chilometri né in un luogo abitato da centinaia di migliaia di persone, perché in entrambi i casi alla partecipazione viene a mancare la prossimità, ovvero la possibilità di condividere la stessa regione di spazio vissuto e quindi di fare riferimento ad un comune bagaglio di esperienze geografico-comunitarie.

Quel che preme sottolineare in conclusione è che in definitiva le Case della Comunità promosse dalla Missione 6 C1 del Pnrr non dovrebbero essere semplicemente un aggregato di servizi medici e assistenziali come comunemente viene inteso un poliambulatorio, ma questi luoghi dovrebbero recuperare l'idea partecipativa che era alla base del proprio fondamentale antecedente: la Casa della salute. Come detto in precedenza, di fatto la Casa della Comunità è il progetto 2.0 della Casa della Salute e sebbene la Casa della Salute non abbia sempre trovato, come le altre Unità complesse di cure primarie (Uccp), grande fortuna nella pratica, in teoria era stata ideata proprio nel contesto rivendicativo e fortemente partecipativo degli anni Settanta. La stessa parola "casa della salute" venne coniata nel 1972 proprio da Maccacaro, con il fine di risignificare lo spazio pubblico sanitario verso una funzione comunitaria, partecipativa e non meramente tecnica. Infatti, sosteneva Maccacaro (1979, p. 402):

"A sua volta il *poliambulatorio* dovrebbe essere non solo il luogo in cui sono erogate prestazioni sanitarie ulteriori a quelle di base ma la sede in cui la comunità "naturale" della *subunità* può appropriarsi degli strumenti necessari alla sua volontà partecipatoria. Pertanto noi vediamo il poliambulatorio come parte tecnica di una struttura politica cui diamo il nome di

3. *La casa della salute*, una sede il cui ingresso – per la pluralità di funzioni ora assegnatele – non è più in alcun modo stigmatizzante: vi si accede, infatti, per partecipare alla gestione

dei problemi sanitari della comunità, portandovi anche, ma non soltanto, il proprio che è anche, ma non soltanto, medico. Nella misura in cui la *sub-unità sanitaria locale* è davvero un ambito naturale e integrato di vita collettiva ed il vero modulo costruttivo della USL, la *casa della salute* deve porre, anche strutturalmente, sullo stesso piano:

- I) l'assistenza,
 - II) la consultazione,
 - III) l'educazione,
 - IV) l'informazione,
- affinché sia possibile e piena la sintesi partecipatoria delle decisioni”.

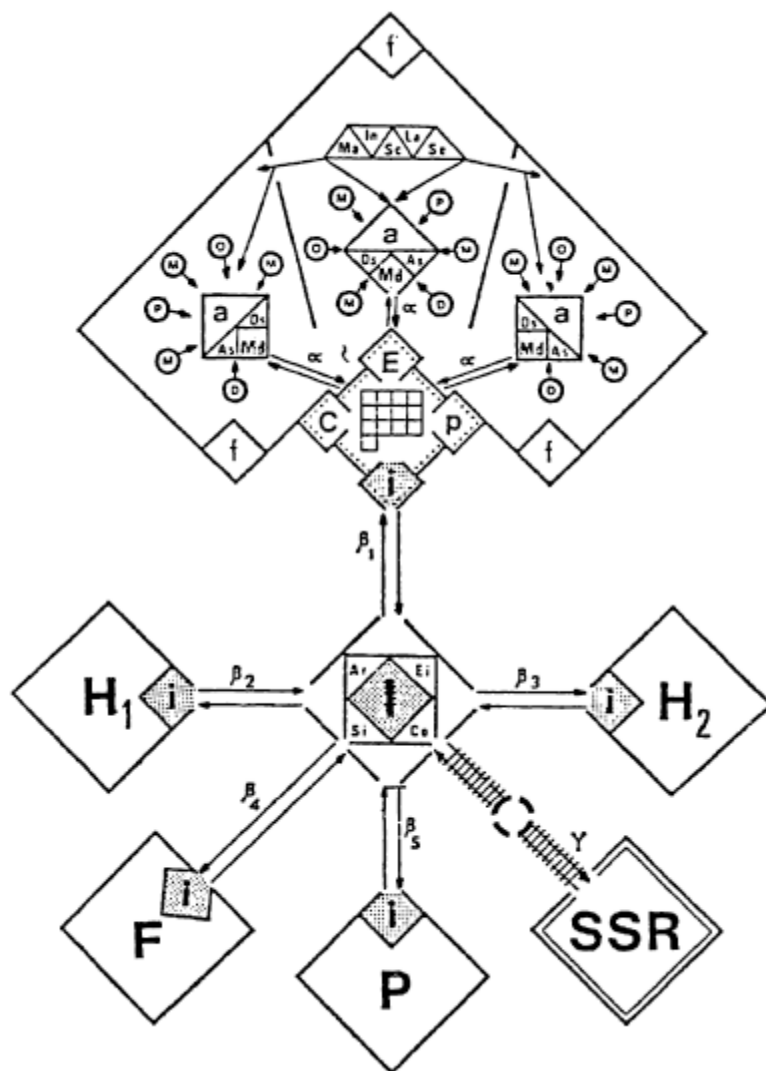


Fig. 64 - “Sub-unità polidistrettuale. La squadra medica distrettuale è costituita da tre medici di base (M), un ostetrico (O), un pediatra (P) e un odontoiatra (D), e gravita sull'ambulatorio distrettuale (a) che è pure sede del medico distrettuale (Md) coadiuvato da un assistente sociale (As) e da un'ostetrica (Os). La squadra interdistrettuale di medicina preventiva complementa l'attività degli altri operatori sanitari di distretto particolarmente nei campi di: maternità (Ma), infanzia (In), scuola (Sc), lavoro (La), senescenza (Se). SSR rappresenta il sistema sanitario regionale. Le frecce e le lettere greche indicano i flussi di informazione”;

In questa concezione di Casa della Salute come centro partecipativo e informativo di un'unità sanitaria locale minima ritroviamo gran parte dello slancio per la riapertura di Villa Tiburtina come centro di un nuovo e sperimentale Microdistretto. Il cambio di paradigma che si diffonde a partire da una nuova etica della cura e dalle mobilitazioni di oggi recupera in gran parte un patrimonio di pratiche e un pensiero politico diffuso già negli anni Sessanta e Settanta. Le agitazioni del presente sono simili a quelle del passato nel reclamare partecipazione e una generale risignificazione delle cure (nonché del sapere medico). Cambiano i linguaggi e, in parte, le riflessioni ma rimangono comuni gli obiettivi centrali. Sono dunque profonde le radici di una nuova etica della cura. Su queste radici anche la Missione 6 C1 del Pnrr e la rete delle nuove strutture di comunità hanno l'occasione di crescere e far sbocciare dal basso un potenziale troppo a lungo tenuto nascosto.

Ma esistono diverse insidie nel modello della medicina di prossimità, specialmente per quanto riguarda la partecipazione: c'è bisogno, dunque, di un cambio di paradigma per evitare che le politiche di prossimità si trasformino in *fast policy* approssimative, come nei modelli della *Città dei 15 minuti* e della *Smart City*.

“Il tema della partecipazione comunitaria va dunque ripensato radicalmente: non si tratta (solo) di creare arene politiche in cui le comunità locali possano prendere parte a processi decisionali, ma di immaginare forme di relazionalità in cui possa ingenerarsi un senso di appartenenza. Le istituzioni, in questo quadro, dovrebbero accogliere e fare affidamento sulle forme di appartenenza simbolica che sono emerse a livello di base (soprattutto se si sono dimostrate resistenti nell'affrontare le circostanze critiche prodotte dalla pandemia). Altrimenti, quando la partecipazione comunitaria sarà necessaria, correremo il rischio di non avere comunità su cui contare” (Consoloni e Quaranta, 2021, p. 134-135).

Al contrario, la partecipazione in ambito medico e sanitario si traduce spesso in politiche volte a stimolare forme di concorrenza tra pubblico e privato e non di compartecipazione o collaborazione con il Terzo Settore. Anche nella Missione 6 C1 e nel d.m. 77 attualmente mancano ancora azioni volte a stabilire reti comunitarie, nelle quali realizzare nuove forme di partecipazione.

“Ancora oggi, per compensare la carenza di risorse pubbliche a fronte di bisogni di salute sempre più complessi, le comunità vengono chiamate a “contribuire” più che a

“partecipare”.⁶ A causa della crisi che attualmente investe il nostro sistema di welfare, il “mercato sociale” è divenuto parte integrante del sistema di protezione sociale⁷, dove le forme di conflittualità possono risultare ampiamente depotenziate⁸ e le pratiche partecipative divenire funzionali al consolidarsi del neoliberismo.⁹ Conseguentemente, anche l’ambizioso progetto di costruire degli spazi di effettiva partecipazione nell’ambito della salute – in Italia inaugurato dalle diverse mobilitazioni che informarono l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale¹⁰ – sembra essere destinato a una sconfitta” (Consoloni e Quaranta, 2021, p. 125).

Il successo della Missione 6 C1 del Pnrr e della riforma dei servizi territoriali non può basarsi solo sulla costruzione di infrastrutture edilizie e sanitarie, ma è necessario lavorare anche sulle persone come infrastrutture (Simone, 2004) sui rapporti sociali umani costruendo nuove strutture basate sul triangolo cura-prossimità-partecipazione.

7.3.1. – Sintesi delle buone pratiche individuate

Nei capitoli 5 e 6 di analisi dei casi di studio sono state descritte una serie di buone pratiche partecipative per la medicina di prossimità individuate nel corso della ricerca. Nel complesso queste pratiche costituiscono un contributo per l’implementazione della riforma dei servizi territoriali. La speranza è che replicando queste pratiche e adattandole a diversi contesti territoriali della città di Roma e della Regione Lazio si possa alimentare una trasformazione dell’attuale paradigma di cura, realizzando forme di coinvolgimento, collaborazione e partecipazione delle comunità locali ai servizi pubblici sociali e sanitari. Attraverso queste pratiche, individuate direttamente sul terreno, la ricerca intende suggerire azioni di *policy* e forme di attivazione per tradurre il dettato del d.m. 77 in proposte operative, in materia di partecipazione. L’obiettivo è, quindi, promuovere un ruolo proattivo del territorio e delle comunità che lo abitano all’interno della nuova rete comunitaria dei servizi territoriali.

Nel rapporto ciclico tra teoria e prassi che ha caratterizzato questa ricerca secondo una metodologia di PAR, le conclusioni non possono che tornare ancora una volta alla pratica. Dopo l’immersione nei casi di studio dei capitoli 5 e 6, e dopo la discussione delle relative implicazioni teoriche di questo capitolo, la ricerca si conclude con una sintesi chiara delle azioni individuate per sostenere la medicina di prossimità nei territori.

Descrizione	Soggetti	Ambito
Monitoraggio e contrasto dei ritardi nelle liste d' attesa. Tale attività di sportello può essere ospitata nei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo locale	Associazioni e singoli CdC, Cot	Supporto all' utenza
Monitoraggio e contrasto dei problemi legati alla presa in carico. Tale attività di sportello può essere ospitata nei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo locale	Associazioni e singoli CdC, Cot	Supporto all' utenza
Assistenza alla prenotazione di visite, esami e prestazioni. Tale attività di sportello può essere ospitata nei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo locale	Associazioni e singoli ReCup (e sportelli di prenotazione)	Assistenza Supporto all' utenza
Cure di base, diagnostica essenziale e prime visite nei contesti territoriali dove il servizio è carente	Associazioni e singoli Medici volontari	Mutualismo Assistenza
Distribuzione di beni di prima necessità, medicine o dispositivi medici. Sia sul territorio che nei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo locale	Associazioni e singoli CdC	Mutualismo Assistenza
Raccolta di campioni biologici (tampone faringeo, nasale ecc.) o realizzazioni di kit-test	Psicologi Associazioni e singoli Consultori	Mutualismo Assistenza
Realizzazione di forme di partecipazione democratica: assemblee, tavoli di consultazione e riunioni, anche all' interno dei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo locale	Associazioni e singoli Municipio/Comune Distretto Asl (CdC)	Democrazia diretta
Sperimentazione di unità sub-distrettuali (Microdistretto, aree elementari ecc.) basate su una riduzione della scala geografica e su una riorganizzazione del servizio attorno alla CdC	Asl – Municipio Singoli- Associazioni	Geografia amministrativa
Attività di ricerca partecipata: distribuzione questionari, interviste, focus group, mappatura e inchiesta nel territorio	Associazioni e singoli Enti di ricerca CdC, Cot, IfoC, Mmg	Ricerca Stratificazione bisogni

Descrizione	Soggetti	Ambito
Co-design e co-progettazione educativa tra Asl, scuole e privato sociale per la prevenzione nelle scuole (possibilmente tramite deliberazione aziendale diretta)	Asl- Associazioni e singoli	Prevenzione Educazione
Organizzazione di attività educative <i>outdoor</i> con le scuole per promuovere la salute attraverso la camminabilità	Asl- Associazioni e singoli	Prevenzione Educazione
Mappature partecipate e sensibili per la realizzazione di percorsi salute e cammini nel territorio	Asl- Associazioni e singoli	Prevenzione Medicina dello sport
Sviluppo metodologie pedagogico-educative per educazione alla <i>respons-ability</i> , consapevolezza in ambito di relazioni di cura e di educazione all' affettività	Asl- Scuole- Associazioni e singoli	Educazione
Costituzioni di gruppi cammino	Associazioni e singoli Dip. Prevenzione	Medicina dello sport
Costituzioni di cerchi di parola e gruppi di ascolto. Tale attività può essere ospitata nei locali della CdC	Psicologi Associazioni e singoli Consultori	Salute mentale
Informazione, orientamento e indirizzamento verso i servizi sociosanitari. Tale attività di sportello può essere ospitata nei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo	Associazioni e singoli	Informazione
<i>Screening</i> comunitari autorganizzati. Tale attività ambulatoriale può essere ospitata nella CdC	Personale sanitario Associazioni e singoli	Prevenzione
Attività di raccolta <i>feedback</i> , sportello legale o tribunale del malato. Tale attività di sportello può essere ospitata nei locali della CdC destinati alla comunità e all' associazionismo locale	Associazioni e singoli	Supporto all' utenza

Tutte le pratiche individuate si basano su forme di collaborazione, partecipazione e coordinamento tra servizi territoriali e comunità locali, includendo forme di relazione diretta del servizio pubblico con il territorio e, viceversa, del territorio con il servizio.

Infatti, molte delle pratiche individuate rendono associazioni e liberi cittadini *caregiver* che possono operare all'interno dei locali della Casa della Comunità, laddove spazi aperti alle comunità siano stati effettivamente previsti e realizzati in linea con il d.m. 77 e soprattutto con le Linee guida regionali (d.g.r. 643/2022). Tra queste attività si sottolineano quelle di sportello e ambulatorio organizzate da associazioni (formali e informali) del territorio e ispirate a quelle dello Sportello Mammuto e dell'Ambulatorio Roma Est. Come, ad esempio, il contrasto dei ritardi nelle liste d'attesa, la distribuzione di generi di prima necessità o i cerchi di parola e i gruppi di ascolto.

Altre pratiche, invece, in un'ottica di medicina di prossimità e di sanità d'iniziativa (Maciocco, 2019) dovrebbero portare il servizio nei territori, incentivando la diffusione di attività di cura e di prevenzione al di fuori delle infrastrutture di comunità, portando i tecnici direttamente sul territorio. Tra queste: la costituzione di gruppi cammino, che con il sostegno della CdC, del Dipartimento di Prevenzione e della Medicina dello sport potrebbero promuovere la salute attraverso l'attività fisica e la riscoperta del territorio; le attività pedagogiche e di prevenzione della salute nelle scuole, co-progettate con il contributo di medici ed esperti, docenti, studenti e associazioni locali.

Infine, un terzo gruppo di pratiche riguarda direttamente le forme di organizzazione del servizio sia a livello di partecipazione democratica che di ridefinizione della geografia amministrativa. In linea con l'idea originaria di Casa della Salute e con gli intenti partecipativi delle nuove Case della Comunità, è bene prevedere forme di partecipazione assembleare e poteri consultivi, in modo da includere il parere delle comunità locali (come avviene ad esempio nei Consultori) nell'organizzazione e gestione del servizio pubblico. Come dimostra sia l'analisi spaziale del paragrafo 4.2 che l'esperienza di Villa Tiburtina, per completare il quadro della riforma dei servizi territoriali e agevolare l'insieme delle buone pratiche partecipative individuate è bene, infine, sperimentare progetti pilota di ridefinizione dei ritagli amministrativi, definendo attorno allo standard territoriale delle CdC (40.000-50.000 abitanti) un nuovo livello sub-distrettuale, come nel caso del Microdistretto proposto per la CdC di Villa Tiburtina e in linea con l'idea originale di *area elementare*.

Singolarmente quasi tutte le buone pratiche individuate in questa ricerca sono già diffuse sul territorio. Ad esempio, esperienze di collaborazione tra servizi pubblici e comunità locali sono documentate anche nelle Case della Salute, con particolare riguardo al settore associativo per la realizzazione di percorsi di assistenza, attività di orientamento o di ascolto e, in generale, forme di solidarietà (Costa e De Luca, 2023; Brambilla e Maciocco, 2022). Allo stesso modo in ambito di prevenzione della salute esistono già accordi tra Asl e scuole; così come esistono da tempo modelli di collaborazione tra associazioni e aziende sanitarie per la realizzazione di gruppi di cammino o di programmi di attività fisiche e sportive. L'esistenza sul territorio di queste pratiche, che dovrebbero essere messe a valore e opportunamente mappate, garantisce la replicabilità e la concretezza delle buone pratiche individuate sul terreno e non desunte aprioristicamente a livello teorico.

In ambito di prevenzione alla salute esistono numerose e valide esperienze e buone pratiche del Ssn da cui attingere, ma è necessario rendere le attività di prevenzione più costanti e diffuse, quantomeno in ambiti socialmente nevralgici come quello della scuola. Il progetto *Sentieri Metropolitan* dimostra che la prevenzione della salute in ambito educativo e all'interno delle scuole pubbliche offre molteplici occasioni per costruire relazioni di cura e forme di *responsability* delle persone più giovani. È sulle nuove generazioni che inevitabilmente poggia la rigenerabilità della nostra società e del nostro mondo ed è per questo che la prevenzione della salute nelle scuole ha un implicito valore aggiunto. Come mostra *Sentieri Metropolitan*, nella scuola primaria la geografia può costituire un campo dove fare convergere i temi della prevenzione alla salute e della sostenibilità ambientale, coniugando educazione all'affettività, educazione ambientale e valorizzazione del patrimonio storico e geografico territoriale. Nelle scuole, la collaborazione con associazioni locali ed enti o istituti di ricerca è una buona pratica pedagogica tanto quanto sanitaria in un'ottica di promozione e prevenzione della salute. Sul territorio, la promozione della camminabilità mediante l'elaborazione ludica di passeggiate è una buona pratica di riscoperta del territorio che dal corpo allo spazio accompagna l'attività fisica. Le attività di mappatura partecipata e sensibile sono, poi, un modo per riflettere sulla qualità di queste relazioni e stimolare nuove percezioni, costruendo un processo di *responsability* (Haraway, 2016).

Inoltre, esperienze di sanità d'iniziativa come quella realizzata dalla Asl Roma 2 per il progetto *Sentieri Metropolitan* potrebbero essere replicate anche oltre l'ambito prettamente educativo-pedagogico della scuola pubblica. Forme di collaborazione tra Asl e differenti istituzioni pubbliche potrebbero ad esempio riguardare le biblioteche, i musei, gli enti parco

o i centri anziani. Eventi di formazione, educazione e prevenzione della salute potrebbero essere replicati in tutti gli spazi pubblici, amplificandone e sfruttandone le peculiari caratteristiche. Così, ad esempio, tramite deliberazione aziendale della Asl nei musei, potrebbero essere progettati percorsi di *Art-therapy* e nei centri anziani programmi di educazione alla salute o primo soccorso. Particolarmente interessante potrebbe essere la relazione tra servizi territoriali ed università, enti o istituti di ricerca, per creare progetti di ricerca partecipativi dove coniugare il sapere accademico e scientifico con l'esperienza diretta del territorio di *caregiver* e *carereceiver*.

Complessivamente, però, le buone pratiche individuate richiedono chiaramente anche delle trasformazioni strutturali dell'attuale paradigma di cura, invitando a rendere la riforma dei servizi territoriali un'occasione di rigenerazione della cura secondo i concetti di prossimità e partecipazione. A livello strutturale è necessario *in primis* un cambio di scala geografica. La proposta di Microdistretto, presentato per intero nell'Appendice B, ha lo scopo di fondare geograficamente il rapporto tra Casa della Comunità (CdC) e comunità. Serve, in primo luogo, a definire il bacino fondamentale di utenza della CdC affinché possa realizzarsi un'effettiva presa in carico delle comunità locali, ma serve, in definitiva, a creare la nuova struttura di relazioni tra servizi territoriali e comunità, un'infrastruttura sociale, umana, politica e affettiva radicata localmente – come quella descritta da Simone (2004). Le analisi spaziali del paragrafo 4.2 hanno mostrato come in mancanza di un chiaro ritaglio amministrativo risulti discrezionale e disuguale lo standard di 50.000 residenti per ogni CdC del territorio regionale. La proposta di realizzare delle unità sub-distrettuali sperimentata per la CdC di Villa Tiburtina costituisce un modello di trasformazione strutturale delle cure: una buona pratica da replicare in altri contesti regionali e sulla quale basare nuovi processi partecipativi comunitari.

Il progetto di Microdistretto si connette alla seconda trasformazione strutturale dei servizi di cura e del welfare: la partecipazione locale. Una trasformazione del welfare che non corrisponde alle forme di partecipazione pubblico-privato e non corrisponde ad un processo di privatizzazione del welfare, ma ad un processo di partecipazione per il welfare (Saitto, 2026). Per evitare che la comunità rimanga un feticcio di una politica populista e approssimativa, come nel caso delle *fast policy* (Peck, 2005), la riforma dei servizi territoriali dovrebbe focalizzarsi sulla costruzione di nuovi spazi di discussione, confronto e partecipazione effettive delle comunità. Al contrario i casi studiati dimostrano che il dialogo tra istituzioni e tra istituzioni e comunità è attualmente carente e occasionale: mancano gli

strumenti per la partecipazione democratica e *l'empowerment* delle comunità locali, mentre sono lacunosi quelli dell'integrazione sociosanitaria.

Assemblee territoriali, come quelle sperimentate nei Consultori o a Rebibbia per Villa Tiburtina, potrebbero costituire una base attorno alla quale promuovere una democratizzazione delle Asl, attraverso una trasformazione politica (nel senso partecipativo) dei servizi territoriali. All'interno degli spazi assembleari comunitari le persone che fruiscono del servizio pubblico hanno l'occasione di fare sentire la propria voce, rompendo il rigido confine tra *caregiver* e *carereceiver*, verso il riconoscimento e la condivisione della cura come responsabilità collettiva (Fragnito e Tola, 2021; Tronto, 2015). La sperimentazione di nuovi spazi di confronto comunitari dove formulare proposte di intervento, concordare le decisioni istituzionali, monitorare, valutare, correggere e riprogettare obiettivi e modalità di intervento e, insieme, sviluppare le competenze e le risorse delle comunità è un tassello fondamentale per la trasformazione del servizio pubblico (Saitto, 2026), verso la realizzazione di un nuovo modello di medicina di prossimità. Tra le competenze e le risorse da sviluppare per il futuro, assume un ruolo nevralgico nel monitoraggio della salute e dei relativi servizi sociosanitari la costituzione di gruppi di ricerca partecipati, dove riunire insieme tecnici, medici, esperti e comunità locali, creando esperienze multidisciplinari e multisettoriali, come si è tentato di fare in questo lavoro di ricerca.

Se la presente ricerca ha voluto offrire un orizzonte concreto - auspicabile e positivo – di rigenerazione dei servizi pubblici territoriali basato su buone pratiche territorialmente fondate, in conclusione, però, lo stesso principio di concretezza empirica impone un monito chiaro. Le buone pratiche qui individuate ed analizzate possono contribuire ad uno sviluppo positivo della riforma, ma attualmente l'indirizzo della Missione 6 C1 e della riforma dei servizi territoriali si muove in tutt'altra direzione. La stessa realizzazione delle infrastrutture è ancora messa a repentaglio dal ritardo dei lavori edilizi. La mancanza cronica di medici, infermieri e operatori sociosanitari rende incerto il funzionamento della nuova rete di infrastrutture. Le forme di dialogo tra servizi sanitari e sociali o tra servizi territoriali e comunità sono del tutto carenti nella Regione Lazio. A fronte di un quadro complessivo incerto l'esito della Missione 6 C1 e l'efficacia dei fondi del Pnrr è fortemente a rischio. In tale contesto l'esperienza sofferta dell'emergenza Covid rischia in Italia di non tradursi in una trasformazione sistemica e paradigmatica, ma in un clamoroso fallimento politico e spreco di risorse pubbliche. Nello scenario internazionale pesantemente gravato dalle economie di guerra e dall'aumento dei prezzi, il debito accumulato con l'Europa per i fondi

del Pnrr, se non correttamente impiegato, potrebbe rappresentare una tragedia più che una mancata occasione di sviluppo.

Appendice:

Quest'ultima sezione della tesi riporta alcuni materiali e approfondimenti utili o necessari a completare il quadro epistemologico della ricerca. Il bisogno di realizzare un'appendice nasce dal desiderio di agevolare la lettura dell'intero elaborato, alleggerendo i capitoli precedenti in modo da semplificarne la lettura. Mentre nelle sezioni precedenti si è mantenuto il focus sull'attualità e sugli obiettivi generali della ricerca, in questa Appendice sono stati raccolti degli approfondimenti specifici.

L'Appendice A contiene un inquadramento geo-storico necessario per radicare e contestualizzare l'attuale riforma dei servizi territoriali all'interno del più ampio sviluppo della sanità e della medicina in Italia. Questo approfondimento è fondamentale per ricostruire il generale corso delle politiche sanitarie, la struttura dell'attuale paradigma di cura e, quindi, le motivazioni che hanno suggerito determinate scelte di fronte alla crisi sindemica del 2020. Attraverso la ricostruzione geo-storica dell'Appendice A si è voluto anche esplicitare il posizionamento teorico e analitico che ha ispirato e orientato la ricerca, realizzando una chiara critica dello sviluppo egemonico del sapere medico occidentale e neoliberale. La cura è stata ed è ancora una questione di potere, ed è proprio in quanto tale che la sanità e la medicina sono stata organizzate e strutturate. Al contempo, però, la cura è di per sé una questione di relazioni umane, sociali, etiche e persino spirituali, un campo di azioni, idee e speranze collettive che non può essere ridotto a dinamiche di dominio o di potere. Questa duplice tensione tra cura come forma di controllo e cura come processo rigenerativo accompagna lo sviluppo dei servizi territoriali dall'utopia igienista fino alla riforma post-pandemica ed è quindi necessaria per comprendere anche l'attualità.

L'Appendice B, invece, contiene un approfondimento molto specifico: il progetto sperimentale di microdistretto ideato dal basso per la Zona urbanistica di Casal de' Pazzi. La scelta di riportare per intero la versione originale di questo documento è motivata dal fatto che il microdistretto rappresenta la buona pratica più complessa e – probabilmente – più notevole individuata nel corso della ricerca per sostenere una riforma dei servizi territoriali. Il progetto del microdistretto si basa sull'idea che per sostenere un cambio di paradigma delle cure sia necessario realizzare prima di tutto una trasformazione della scala geografica di riferimento dei servizi pubblici. Secondo la Comunità territoriale nata dal basso a Rebibbia, l'attuale organizzazione territoriale delle aziende sanitarie e dei servizi assistenziali non consente lo sviluppo di rapporti di prossimità tra *caregiver* e *carereceiver* né la costituzione

di efficaci reti comunitarie o lo sviluppo di autentici processi partecipativi. Mentre nel corso dei precedenti capitoli questa buona pratica è stata esposta e analizzata - insieme alle altre buone pratiche discusse – in questa sezione si è voluto restituire completamente la parola alle realtà indagate, diffondendone un prodotto originale e ancora poco noto a livello regionale.

Appendice A – Breve Geo-storia della sanità nel Lazio

A.1. – Un inquadramento: dall'antichità al contesto preunitario

Sebbene esista una ricca bibliografia sull'argomento, la cura e l'assistenza dei malati, dei meno abbienti, degli anziani e degli infanti a Roma e nel Lazio rimane un tema ancora oscuro e in buona parte inesplorato. Non è questa la sede per sciogliere i nodi che attanagliano questa storia densa e contorta, tra conflitti di competenze giuridico-amministrativi e problemi di ordine economico, sociale e morale. Quel che, però, possiamo provare a fare, prima di proseguire con l'analisi dell'attuale riforma sanitaria, è fornire alcune coordinate fondamentali sugli istituti delle Opere Pie e del sistema di cura ereditato dallo Stato Pontificio.

Roma ha una lunghissima e complessa tradizione assistenziale, connessa con la vocazione caritatevole della religione cristiana e con le forme di governo tipiche del cattolicesimo romano. Sin dal Medioevo, con l'affievolirsi del potere secolare nella città di Roma, la Chiesa dovette elaborare un complesso sistema di previdenza e assistenza sociale per ovviare alle carenze della struttura di governo imperiale in declino. Tale architettura caritatevole non aveva solo lo scopo di curare e assistere i fedeli, gli abitanti della curia pontificia e i pellegrini, ma aveva anche – se non soprattutto – funzione di legittimazione, mantenimento e controllo dell'ordine costituito. Molto ci sarebbe da dire sul modo in cui per tutto il Medioevo (e talvolta sino in epoca contemporanea) venivano gestite ricchezze e potere dalla Chiesa e dai monaci attraverso l'opera degli istituti ecclesiastici e caritatevoli, delle congregazioni religiose e delle confraternite. Nel Lazio, grandi abbazie come quella di Montecassino e di Farfa acquisirono l'autorità di luoghi di potere capaci di imporsi anche oltre il livello regionale, veri e propri centri di dominio del territorio che non di rado furono in grado di fronteggiare persino il potere del papa e di Roma. Per un'analisi più approfondita della carità nel Medioevo, con particolare riguardo al ruolo dei monaci cluniacensi e cistercensi, si rimanda al libro di Giuliana Albini *Poveri e povertà nel Medioevo* (2016).

Quello che ci preme sottolineare è come la cura a Roma abbia rappresentato nel corso dei secoli un potente e raffinato strumento di dominio, contribuendo al mantenimento dell'ordine sociale non solo – o non tanto – attraverso l'erogazione di servizi ai più bisognosi, ma anche attraverso l'utilizzo della carità come strumento di controllo e legittimazione del

potere e della ricchezza. Per acquisire riconoscimento sociale e mantenere o estendere il proprio dominio territoriale era necessario passare per la chiesa, l'abbazia o il monastero locale utilizzando lo strumento delle donazioni. Attraverso le donazioni si moltiplicavano gli istituti caritatevoli, ma veniva anche compromessa la loro autonomia, schiacciata sotto il peso egemone delle famiglie nobiliari e dei grandi centri di potere. Donare aveva lo scopo di legare indissolubilmente una importante istituzione (religiosa o laica) di un territorio alla propria famiglia (o a sé) in modo da generare un rapporto di dipendenza sugli abitanti locali e imporre tramite la carità la propria orbita d'influenza, assicurando anche il proprio patrimonio dal rischio di dispersione e depauperamento, sia da parte del fisco che a causa di divisioni ereditarie (Albini, 2016).

È in parte per questo motivo che si spiega l'esistenza di un sistema di cure estremamente complesso, contorto e contraddittorio: sulla *pelle* dei malati, dei meno abbienti, dei poveri e dei poverelli si giocava una partita per la legittimazione del potere e del controllo del territorio. La carità era a tutti gli effetti anche uno strumento di dominio e, perciò, tutti coloro che ambivano al potere finivano per incrementare il numero delle strutture caritatevoli, creando un aggrovigliato sistema di enti assistenziali, forme e strutture di cura, che non di rado operava in modo poco chiaro.

Ma la carità nell'*ancien regime* non può essere nemmeno limitata alla funzione di strumento di potere o di dominio del territorio, bisogna riconoscere l'aspetto religioso e spirituale intimamente connesso con le pratiche caritatevoli: edificare un orfanatrofio per i poveri orfanelli era inteso, specialmente nel Medioevo, come un modo per realizzare in cielo, dopo la morte, la propria salvezza (Albini, 2016). Era un modo per assicurare la propria anima al cielo e guadagnarsi il paradiso, sebbene fosse anche una maniera per estendere e legittimare la propria influenza e il proprio potere, in vita, sulle anime altrui.

L'importanza della vocazione cattolica alla cura, all'assistenza dei malati e degli indigenti non può essere ignorata, così come non possono essere ignorate le connessioni salvifiche che legano volontariato, mutualismo, carità e buone opere in Italia: consapevolmente o inconsapevolmente il modo di intendere la cura in Italia è stato influenzato dal pensiero e dalla morale cristiano-cattolica. E di questo pio spirito caritatevole cristiano fondato sulle buone opere rimane una profonda traccia fino ad oggi nelle pratiche di cura e nel sistema mutualistico e assistenzialista della sanità pubblico-privata italiana.

In ogni caso, una parte delle cure è sempre rimasta affidata alla famiglia, che si è sobbarcata costantemente gli oneri del mantenimento dei propri cari, anche se è bene decostruire l'immagine storicamente poco fondata di una "Europa mediterranea caratterizzata da famiglie estese e complesse dove ospedali e ospizi erano destinati solo agli individui isolati e derelitti" (Groppi, 2010, pp. 13). Infatti:

"Alla luce anche di quanto sostenuto da numerose ricerche relative alla realtà anglosassone è evidente che – tanto nella Roma cattolica della carità pontificia quanto nell'Inghilterra protestante delle *Poor Laws* – il mantenimento dei vecchi bisognosi era compito a cui erano chiamate a concorrere sia le famiglie sia le istituzioni di assistenza, e che un tipo di intervento non escludeva l'altro" (Groppi, 2010, pp. 13).

Come emerge dall'analisi di Angela Groppi sull'assistenza e la solidarietà alla vecchiaia in età moderna è a partire dalla fine del Cinquecento che il sistema assistenziale romano si consolida, sviluppando progressivamente un rafforzamento delle responsabilità familiari. Nonostante la rete assistenziale romana delle Opere pie fosse percepita come antiquata nel 1870, essa poggiava su di un complesso sistema di norme giuridiche, prassi burocratiche e contenziosi, un sistema per niente affatto semplice e rudimentale, ma al contrario piuttosto rigido e farraginoso, con molteplici norme e giurisdizioni concorrenti.

Dopo la grande peste del Trecento crebbero le spinte per una riforma del sistema di cura in Italia. In molti degli stati italiani del Quattrocento ebbe inizio una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria. Sotto la spinta delle amministrazioni e delle autorità civili si ampliò la rete degli ospedali urbani (cui lo statuto di opere pie assicurava una generosa indipendenza, che però rendeva difficile se non impossibile la gestione complessiva delle cure, specie nei momenti d'emergenza di una pandemia). Sotto l'esempio delle grandi istituzioni ospedaliere milanesi e toscane (dall'antico Ospedale di S. Maria Nuova a Firenze allo Spedal Grande de la Nunciata a Milano voluto dal duca Francesco Sforza) si diffuse in Italia la riforma ospedaliera del XV secolo. In parallelo, con l'inizio dell'età comunale si rafforzò il processo di laicizzazione e specializzazione del mestiere del medico, anche se rimaneva tra il medico, curatore del corpo, e il sacerdote, curatore dell'anima, una certa permeabilità. D'altronde erano stati proprio dettati conciliari e bolle papali ad aver vietato al clero lo studio e l'esercizio di una medicina basata sulla dissezione cadaverica e su pratiche sanguinose poco consone a monaci e sacerdoti (nonostante ad inizio Trecento il Concilio di Ravenna avesse ribadito la preminenza della Chiesa nelle opere assistenziali e negli istituti ospedalieri). Come osserva Giorgio Cosmacini: "Il sistema della carità entra dunque in crisi per due diversi fattori: il già

ricordato impatto con la peste, espressivo di profonde trasformazioni strutturali, e il cambiamento della figura tradizionale di chi dispensa e presta l'assistenza" (Cosmacini, 1995, p. 52).

Mercantilismo e positivismo segnano il pensiero medico moderno, influenzando il ruolo del medico e le pratiche di cura. Aprono nuovi lazzaretti, l'ospedale, sempre più grande e specializzato – diviso per bracci o settori come una fabbrica – pur rimanendo un luogo di carità e misericordia mette al centro del proprio agire la tecnologia medico-assistenziale (Cosmacini, 1995). Persino la carità e l'assistenza dei bisognosi nello Stato Pontificio hanno dovuto piegarsi alle logiche moderne di razionalizzazione delle risorse dello stato, cedendo parte della propria vocazione spirituale a favore di quella per il governo. Secondo Michel Foucault, è a partire dal Cinquecento che in Occidente cominciò un progressivo spostamento verso la logica delle scienze politiche, quando si diffuse il pensiero di Niccolò Machiavelli e le teorie sull'arte del governo si collegarono allo sviluppo dell'apparato amministrativo delle monarchie territoriali (Foucault, 2007). D'altronde, l'estensione dei domini territoriali, acquisiti alla nascita dall'unione delle casate asburgica e castigliana o strappati tramite conquista e colonizzazione, dell'impero asburgico di Carlo V poneva un problema di governo nel senso della gestione e amministrazione del territorio e delle sue risorse, ovvero di come organizzare la nuova catena di comando per garantire un controllo capillare del territorio. Allo stesso modo, l'espansione dell'Inghilterra elisabettiana poneva simili (sebbene differenti) questioni di razionalizzazione e controllo del territorio, che la cultura mercantilista del Seicento non tardò a cogliere e riprodurre, anche nell'ambito della cura dei bisognosi, introducendo modelli basati sull'accentramento del potere.

Il processo di secolarizzazione dei servizi assistenziali e sanitari non sarà mai in grado di annullare il ruolo di cura della famiglia, della sfera privata in generale (nelle sue varie declinazioni singolari, plurali e di genere) o della Chiesa, ma in età moderna la cura dei malati e degli indigenti è evoluta passando via via da un ambito religioso e dal controllo della Chiesa ad uno politico, sotto la concorrente autorità dello Stato. Nemmeno Roma è stata aliena al processo di progressivo slittamento del senso del governo dalla direzione spirituale delle anime al dominio politico e sociale dei corpi e delle menti. Utilizzando la chiave interpretativa di Michel Foucault, possiamo individuare in questo periodo del XVI secolo l'inizio del passaggio dalla tanato-politica alla bio-politica: il dominio delle relazioni di potere fondate sulla morte e quindi sulle anime delle masse cede il passo alle relazioni di potere fondate sulla vita e quindi sui corpi e le menti dei cittadini. È proprio dalla cura per la salvezza delle anime

diffusa nelle società cristiane occidentali che si trasla la moderna cura come disciplinamento dei corpi per un bene superiore, la salute e il benessere della nazione.

Ancora secondo Foucault (2007), fu durante l'epoca vittoriana che si sviluppò la morale sulla sessualità, un nuovo e potente strumento bio-politico. Nonostante già nel XVII secolo coesistessero diverse forme e culture mediche, tra medicina del corpo e medicina dell'anima, frutto del sapere medico, ecclesiastico e popolare (Scaramella, 1999), è con l'epoca vittoriana che si completò il passaggio ad una nuova bio-politica fondata sul disciplinamento dei corpi e delle menti. In quel periodo matura la cultura igienista.

Se in Occidente, durante l'epoca vittoriana, si erano estremizzate le posizioni intransigenti della morale cristiana per quanto concerne il corpo, la sessualità e le pratiche sociali, è invece con la Rivoluzione francese che maturò un generale rifiuto delle pratiche di cura dell'*ancien regime*. I lumi delle nuove scoperte scientifiche mediche, come quella del sistema circolatorio ad opera di Harvey, facevano apparire sempre più obsolete le cure mediche tradizionali, intrise di precetti religiosi e folklorici.

È un cambio di paradigma culturale per niente affatto privo di contraddizioni: il sapere medico professionalizzato se da un lato appare progressivamente sempre più slegato dai dogmi dei pii intenti caritatevoli, dall'altro sembra anche piuttosto vulnerabile ad interessi personali, economici e speculativi, come non manca di notare Molière. Le sue commedie sono, infatti, intrise di una nuova diffidenza per la figura del medico, un personaggio avido e distaccato, a tratti meschino.

Lo sviluppo della medicina e della sanità tra Cinquecento e Settecento segue un ritmo serrato, nuovi lumi e scoperte scientifiche instillano fiducia: la ragione umana sembra destinata a trionfare sul futuro e sulla natura. Ma è un cammino che proprio dopo il culmine napoleonico e rivoluzionario viene compromesso. Gli sforzi della Rivoluzione francese e delle esperienze repubblicane italiane dell'Ottocento saranno in parte neutralizzati dal ritorno degli spiriti restauratori e conservatori.

Sebbene la Restaurazione abbia tentato di ridurre il portato rivoluzionario delle nuove idee sanitarie introdotte sull'onda della Rivoluzione francese, in Italia già prima dell'arrivo di Bonaparte nel 1796 erano emerse istanze di insofferenza rispetto all'antico ippocratismo tradizionale, e al contempo acquisiva grande successo la dottrina del padre della moderna fisiopatologia Brown, ma anche dei tedeschi Girtanner e Weikard, e degli italiani Moscati e

Rasori. A testimonianza di questa trasformazione del sapere medico verso il positivismo, possiamo notare come nel periodo francese si registrò un forte aumento delle vaccinazioni, grazie alle scoperte del medico inglese Edward Jenner (Cosmacini, 1995).

La sanità in Italia nell'Ottocento, sebbene fosse sempre più ispirata ai principi positivisti, si configurava ancora come un ambito dove coesistevano diverse forme di cura e assistenza. Al di là delle innovazioni tecnologiche e delle scoperte scientifiche, lo stesso sapere medico ufficiale rimaneva conteso non solo tra diversi ambiti specialistici (medici, statistici, geografici, antropologici ecc.), ma anche tra le influenze della tradizione ippocratica e quelle delle nuove teorie sociali darwiniste, lombrosiane, oltre che dalla coesistenza con forme popolari di cura, ancora oggi diffuse (Motti *et al.*, 2019), basate su saperi locali e naturali o ancora magici e folklorici. In sintesi, la salute si basava su un complesso sistema di cure quasi completamente private e affidate, *in primis*, alle singole famiglie e al funzionamento caritatevole e mutualistico di enti e congregazioni religiose, con un ruolo del pubblico ridimensionato alla funzione di regolazione normativa, legale e solo in poche eccezioni alla gestione diretta dell'assistenza o al finanziamento dei servizi.

Quella che emerge nell'Ottocento è una sanità disuguale (Della Peruta, 1980) segnata, come già tuonava Vincenzo Cuoco nel suo *Saggio Storico sulla Rivoluzione Napoletana del 1799*, da profonde differenze sociali e geografiche, tali da rendere il Meridione uno dei luoghi con i più alti tassi di mortalità d'Europa. Su questo bisogno concreto di cura si erano poggiate due spinte: quella di una nuova medicina sociale igienista – connessa agli ambienti massonici – capace di connettere sapere medico, geografico, statistico e ambientale; e il desiderio politico di affermazione di maggiore giustizia sociale attraverso la realizzazione di uno stato sociale e nazionale unito e libero dalla dominazione straniera.

L'utopia igienista pervadeva (sebbene faticasse a dominare) la politica, le amministrazioni e numerosi intellettuali, mescolandosi con le spinte politiche e sociali tipiche del Risorgimento italiano. Il primo impulso di questa cultura (igienista e sociale post-unitaria), di fronte al grave stato di salute del Paese, sarà quello alla conoscenza. Le inchieste realizzate nell'Ottocento (sebbene estese nel complesso dall'inizio del XIX fino all'inizio del XX secolo) sono una felice espressione del connubio tra aspirazioni politiche e sociali risorgimentali e la nuova cultura medica igienista (Carnevale e Baldasseroni, 1999). La più nota di queste inchieste è quella di Agostino Bertani sulle condizioni della classe agricola e dei lavoratori della terra in Italia, compiuta tra il 1872 e il 1885, dalla quale emerge la fotografia di un paese ancora gravemente arretrato.

Nel 1878 il presidente del Consiglio superiore della sanità Ratti aveva predisposto un questionario da distribuire a tutti i medici condotti del regno per conoscere la topografia medica dei comuni (Frascani, 1980), dimostrando, nonostante le obiezioni di Luigi Bodio nella Giunta centrale di statistica, come fosse diffuso anche nella pubblica amministrazione l'intento di cominciare a studiare la salute nel suo rapporto con l'ambiente, l'alimentazione, il lavoro, la cultura, e quindi il territorio. Ma per vedere finalmente attuata l'indagine immaginata da Ratti, bloccata da una serie di rinvii tra 1881 e 1883, e per attivare la spinta riformatrice dello Stato sarà necessario attendere l'epidemia di colera del 1884, la cui risposta vide, come notava Raffaele Zampa, amministrazioni impreparate e medici all'oscuro della malattia (Frascani, 1980). Ancora una volta è dalla crisi e dal dramma umano e sociale che contagia il territorio, ovvero l'epidemia, che nasce la volontà politica di attuare un cambiamento concreto nel sistema di cura.

Oltre agli influssi dei lavori di noti politici come Agostino Bertani e Stefano Jacini, erano stati gli studi della prima metà del secolo di statistici e geografi come Salvatore De Renzi e Ferrario, concentrati rispettivamente sulla città di Napoli e di Milano, ad ispirare la stagione di inchieste degli anni Ottanta del XIX secolo sull'intero territorio nazionale:

“È stato giustamente rilevato che la medicina fu presente nel dibattito politico che formò, negli anni '30 e '40, un movimento di opinione volto a diffondere tra gli intellettuali l'esigenza di conseguire la unificazione politica del paese⁸. Del resto, prima che ciò si verificasse, lo studio delle condizioni igienico-sanitarie era già stato affrontato per merito di una medicina sociale che⁹, in sintonia con un clima politico cui partecipava la parte più rappresentativa della medicina europea¹⁰, insisteva sul rapporto ambiente-malattia mostrando di saper intravedere i fattori determinanti di molteplici fenomeni morbosi anche nella trama dei processi di trasformazione che segnano l'economia del paese tra il XVIII ed il XIX secolo” (Frascani, 1980, p. 944).

L'analisi geografica medica di Salvatore De Renzi (1838) mostrava un interessante tentativo di connettere la salute con il territorio, comprendendo nel proprio studio la morfologia, la geologia, l'agricoltura e l'ambiente, ma anche l'inquadramento – piuttosto critico – delle questioni dell'abitare urbano, del lavoro in fabbrica, dell'alimentazione ed emigrazione delle classi subalterne. Questa analisi topografica di Napoli si basava su di un innovativo intreccio tra geografia, statistica e medicina, seppur ancora fortemente connotato da classici riferimenti alle teorie dei climi o da considerazioni non proprio scientifiche sull'effetto dei miasmi paludosi.

A Roma a compiere simili studi fu Adone Palmieri (1858). Rispetto all'opera di De Rienzo in quella di Palmieri è meno forte l'impronta propriamente medica, laddove la riflessione tende a discostarsi dall'analisi delle malattie e della sanità nello Stato Pontificio. Nonostante ciò, alcune tabelle e diverse pagine dell'opera dimostrano una conoscenza approfondita dei saperi medico-popolari, con una lunga elencazione dei rimedi curativi naturali associati alle piante locali. Molto rilevante è la descrizione di Palmieri del sistema di cure e assistenza dello Stato Pontificio, con informazioni dettagliate riguardo gli ospedali, le opere pie, i refettori, il manicomio e tutti gli enti caritatevoli della città di Roma, comprese notizie sul personale, laico e religioso, impiegato per il loro funzionamento.

Se negli anni Trenta e Quaranta dell'Ottocento la medicina aveva contribuito a ispirare il movimento d'opinione per l'unificazione dell'Italia, negli anni Ottanta dell'Ottocento, dopo l'Unità e la presa di Roma del 20 settembre 1870, medici e statistici, spesso funzionari per le amministrazioni o l'esercito, come Giuseppe Sormani, cercarono di compiere studi sulla salute dell'intero territorio nazionale, sebbene le condizioni di ricerca fossero complicate e le fonti scarse:

“Ritengo difficile raccogliere attualmente maggior copia di materiale statistico.

Fui consigliato di profittare anche delle pubblicazioni degli ospedali o di altri istituti di beneficenza. Ma dovetti rinunciarci, perché oltre alle difficoltà per procurarmi tali documenti, riflettei che ben poco possono giovare negli studi di geografia medica, non essendo tutti gli ospedali retti da uniformi regolamenti d'ammissione; onde dalla scarsezza o dall'assenza di talune malattie sulle rispettive *tablelle nosologiche*, non se ne può indurre che la popolazione ne vada esente” (Sormani, 1881, p.129-130).

Nelle ricerche di Sormani l'“attenzione accordata in prevalenza ai fattori climatici e geografici induceva questi medici ad allargare l'analisi del quadro nosologico alla verifica degli elementi sociali ed ambientali che lo condizionavano spingendoli a ridisegnare la realtà igienica e sanitaria del paese” (Frascani, 1980, p. 946). Fu una feconda stagione di geografia medica capace di pesare e influire sulle aspirazioni unitarie e l'immaginario del nuovo paese. La spinta di queste inchieste sulle amministrazioni del Regno per la realizzazione di una nuova riforma sanitaria fece breccia fino alle più alte cariche del governo di Agostino Depretis dopo le evidenti carenze strutturali del sistema di cura annichilito dall'esplosione dell'emergenza colerica a Napoli (Frascani, 1980). Nella città campana affluirono da subito squadre di volontari, con l'impegno e la guida di Felice Cavallotti e Antonio Maffi: la salute pubblica era ora diventata una preoccupazione urgente (Della Peruta, 1980).

Era stata necessaria un'emergenza (ancora una volta epidemica), oltre all'impegno civile di intellettuali, medici, ricercatori, funzionari pubblici, politici e più in generale dell'opinione pubblica, per smuovere lo Stato a farsi carico della salute degli italiani. L'epidemia di colera era stata solo la punta di un *iceberg* ben più profondo. Infatti, come emerge proprio dalle inchieste della seconda metà dell'Ottocento, in tutto il Paese la principale causa di morte, specie nel contesto urbano, era la tubercolosi, mentre il vaiolo uccideva solo a Roma tra il 1870 e il 1872 più di tremila persone (Della Peruta, 1980). Dopo la tubercolosi, la seconda causa di morte era rappresentata dall'insieme delle malattie gastroenterologiche, tra cui spiccavano il tifo e la dissenteria, oltre che il già menzionato colera. La presenza endemica di queste malattie infettive è da collegare all'interconnessione dei rapporti tra salute e territorio: la diffusione era spesso una causa diretta delle condizioni insalubri dell'ambiente di vita e di lavoro, di scarsa igiene personale e domestica, di assenza di controlli e tutele sul lavoro sia per quanto concerne gli agenti contaminanti e le nocività sia per quanto riguarda la salubrità degli ambienti, degli strumenti e dei turni di lavoro, tanto in fabbrica quanto nei campi. Erano, insomma, le condizioni strutturali della società a creare le premesse per l'elevato tasso di mortalità, con particolare riguardo sia al sistema di sfruttamento tipico dell'economia capitalista sia alla mancanza di cultura preventiva igienica e sanitaria.

Per comprendere l'arretratezza dell'intero sistema italiano possiamo osservare lo stato in cui versava l'infanzia. Le prime classi di età incidevano pesantemente sui tassi di mortalità: dal 1863 al 1865 il 48% dei morti complessivi nel Paese era rappresentato da bambine e bambini (Della Peruta, 2009). Spesso le cause di morte nell'infanzia erano legate proprio a complicazioni gastroenterologiche, a loro volta dovute alla mancanza di corretta alimentazione, igiene o cura. In quella che veniva definita come la "strage degli innocenti" era evidente il collegamento tra gli alti tassi di mortalità infantile e la diffusione delle pratiche di esposizione (l'abbandono degli infanti in luogo pubblico) e baliatico. In particolare, il baliatico nel corso dell'Ottocento si era esteso (anche a causa dell'impiego del lavoro femminile in fabbrica) fortemente tra ampi strati di lavoratori urbani, raggiungendo nelle città più industrializzate come Milano tassi elevatissimi: l'indagine della Società umanitaria del 1908 giunse a sostenere che il 43% dei bambini nati nella città di Milano era stato consegnato a nutrici mercenarie (Della Peruta, 1980).

Malattie legate alla cattiva alimentazione come la pellagra e il gozzo devastavano le campagne e gli ambienti rurali. L'alcool e il vino, al di là delle questioni sociali e psicologiche legate all'alcolismo, rappresentavano anche una comune soluzione di massa per un'alimentazione

scarsa o del tutto insufficiente (Della Peruta, 1980). Al Nord, specie laddove insistevano monoculture di riso, era diffusa la malaria, che fino agli anni Ottanta dell'Ottocento si riteneva fosse legata ai miasmi paludosi, come gli scritti di De Renzi (1838) testimoniano. Vi era poi il problema degli infortuni sul lavoro – un problema quantomai attuale – e quello delle malattie professionali legate ai turni e agli sforzi eccessivi, oltre che all'inquinamento e alla nocività dei materiali impiegati.

Proprio a causa della diffusione di malattie endemiche e delle scarse igiene e alimentazione, nelle ricerche o nelle osservazioni mediche precedentemente menzionate emergeva una grande preoccupazione per i corpi delle masse: emaciati, smunti o addirittura deformi. In alcuni casi la preoccupazione prendeva la forma di vera e propria paura per il decadimento della razza italiana (Della Peruta, 1980).

È su queste preoccupazioni che lo Stato italiano si vide costretto a intervenire nel 1888 con una riforma del sistema sanitario pubblico. Il sistema sanitario, prima dell'approvazione della legge Crispi il 22 dicembre del 1888, ricalcava sostanzialmente quello piemontese della Legge Rattazzi del 1859; a sua volta costituito sulla base del regio decreto del 30 ottobre 1847, cui si aggiungevano le modifiche intervenute con la legge del 20 marzo 1865 n. 2248 (allegato C). La sanità era legata al potere esecutivo e in particolare al Ministero dell'Interno spettava il vertice della piramide del sistema sanitario, da qui le responsabilità concrete venivano distribuite a governatori, intendenti e sindaci. A questi ultimi spettava la vigilanza igienica in materia di alimenti e bevande, di abitazioni e spazi pubblici.

A.2. – Dall'Unità all'affermazione delle casse mutue

Come osserva Berlinguer (1991, p. 183-4):

“Con la formazione dello Stato unitario, si precisa e si consolida la distinzione fra un'attività di polizia sanitaria, affidata a norme e istituzioni centralizzate; un'attività di assistenza, fondata su forze locali (i Comuni, il volontariato laico e cattolico) e una previdenza sociale, prima volontaria e decentrata (le società di mutuo soccorso), poi obbligatoria e centralizzata (il sistema delle assicurazioni sociali).

[...]

Si precisa e diviene norma – al tempo stesso – un ruolo di controllo sociale della sanità, già svolto nel passato per l'ambiguo confine che separava la sanità dalla beneficenza e

dall'assistenza pubblica. Allora l'istituzione ospedaliera dichiarava lo scopo di ridonare «alla società elementi cui era stata curata la salute del corpo e dello spirito» ⁶.

Nella misura in cui la medicina diviene scienza (cioè si avvale del metodo sperimentale e utilizza per la verifica del suo fare il criterio quantitativo-statistico) e si specializza, attraverso un corpo professionale delegato alla cura ma anche alla gestione dei malati, diviene sempre più forte la spinta verso una medicalizzazione totalizzante dei fenomeni sociali.

La salute — giustamente — assume un significato più ampio, poiché alla chiarezza dei suoi fattori causali, che rompono lo stato di equilibrio dell'individuo, si associa anche un'interpretazione estensiva del benessere. Ma questo si presta ad un uso politico-coercitivo della medicina. [...] La medicina è quindi individuata come uno strumento-principe della regolazione sociale. È un notevole salto concettuale. La medicina pubblica viene intesa come dovere dello Stato di mantenere la salute quale bene supremo della nazione, ma anche come consolidamento di sostanziali iniquità. Questa funzione di garante comprende l'assunzione di responsabilità sanitarie da parte dello Stato non solo — come nel passato — nei confronti di quelle malattie che «comportano pericolo per la collettività» ⁸, bensì anche per «la cura e l'igiene delle classi povere»: che restino pure povere, ma siano più sane e tranquille, come intendeva sostanzialmente Giolitti alla Camera, parlando sui compiti degli ufficiali sanitari ⁹. Ancora una volta, questa cura è affidata ai Comuni singoli o consorziati, perché solo a livello locale è possibile quell'esercizio di terapia e insieme di controllo sociale, che risulta essere la maggiore preoccupazione delle autorità di governo. Mentre la terapia viene interamente affidata ai Comuni, che la esercitano attraverso le utili condotte mediche, si accresce sempre più il potere amministrativo centrale, che assorbe gran parte delle competenze igienistiche e sanitarie. L'autorità sanitaria corrisponde all'autorità periferica dello Stato, vale a dire al Prefetto”.

Quello italiano era un sistema sanitario fortemente accentrato e soggetto all'influenza di scelte elettorali e finanziarie, più che igieniche o mediche. L'esistenza dei consigli consultivi, distribuiti su tre livelli (quello nazionale del Consiglio superiore della sanità, quello provinciale e quello circondariale) non garantiva un efficace riequilibrio dell'accentramento di potere, a causa delle limitate funzioni di controllo e vigilanza attribuite ai consigli. Le cure erano affidate — oltre che agli enti assistenziali e caritatevoli già ricordati — alla figura del medico condotto, che già presente in epoca medioevale, aveva avuto grande diffusione in Toscana e Lombardia, e specialmente le autorità austriache ne avevano fatto il perno di un sistema sanitario all'avanguardia (Della Peruta, 1980).

Il medico condotto era sostanzialmente un medico assunto dal comune, riconosciuto ufficiale sanitario stabile (dopo un periodo di prova di tre anni che precedentemente doveva essere costantemente rinnovato) dalla legge Crispi del 1888 (Della Peruta, 2009), a cui era affidato il compito di curare gratuitamente i poveri iscritti nell'apposito ruolo e di fornire sorveglianza, assistenza e intervento sulla sanità pubblica. A questi compiti piuttosto generici e molto ampi, in realtà corrispondeva un'attribuzione mutevole che poteva cambiare in base al contesto locale (vi erano contesti comunali, specie rurali, ove la cura gratuita era di fatto estesa a tutti) ed emergenziale (durante le epidemie erano i medici condotti a doversi occupare delle vaccinazioni).

Questo sistema era stato attuato anche nel Regno sabaudo, nonostante la legge Rattazzi del 1859 non avesse ancora previsto l'obbligatorietà per ciascun comune di provvedere all'assunzione di un medico condotto. "Fu infatti solo con la legge comunale e provinciale del 20 marzo 1865 che venne imposto ai comuni l'onere finanziario del servizio sanitario" (Della Peruta, 2009, pp. 745), grazie a quest'ultimo provvedimento nel 1885 su circa 17.600 sanitari quasi la metà (8585) prestavano servizio come medici condotti. Sebbene, molte fossero le differenze a livello regionale, laddove nei territori dello Stato Pontificio e del Mezzogiorno rimaneva scarsa la diffusione del medico condotto.

A Roma il regio decreto n. 6070 del 1 dicembre 1870 istituiva la Congregazione di carità di Roma, ponendo fine alla Commissione dei sussidi pontificia, cui subentrava. Iniziava ufficialmente la secolarizzazione della carità delle Opere pie.

Ma prima di giungere alla codificazione della legge Crispi, vennero redatte e discusse quattro proposte di codice sanitario (in effetti tre, siccome quella di Depretis non riuscì ad approdare in Parlamento a causa della morte prematura del suo stesso promotore). La redazione del primo codice sull'igiene pubblica e sulla sanità era stata realizzata da Lanza nel 1872 nel cosiddetto Codice Lanza, che discusso in Senato non approdò mai alla Camera. Nel 1880 Depretis, che dopo l'emergenza napoletana (il colera) si presentava come il politico più impegnato sull'argomento, affidò a Bertani, di cui erano già note le inchieste sullo stato della popolazione contadina e rurale, la redazione di un nuovo codice sulla pubblica igiene. Il codice di Bertani divenne la base per l'elaborazione di una nuova proposta di legge nel 1886, presentata da Depretis senza però riuscire ad arrivare al voto in Parlamento dopo la morte del suo stesso promotore. A raccogliere questa eredità fu quindi Crispi, all'epoca ministro degli Interni, in un clima politico favorevole che tra 1883 e 1886 aveva visto anche la

promulgazione di due leggi sociali con cui veniva istituita la Cassa nazionale di infortuni sul lavoro e regolato il lavoro minorile (Della Peruta, 1980; Della Peruta, 2009).

Con la legge n. 5849 del 22 dicembre 1888, redatta dall'igienista Luigi Pagliani a capo della nuova Direzione sanitaria (Taroni, 2015), si confermava l'accentramento nelle mani dell'esecutivo della sanità pubblica, con una sostanziale limitazione all'autonomia dei consigli (nominati dall'alto dall'amministrazione) e all'intervento della Direzione, ma veniva riconosciuta e potenziata la figura del medico condotto. Immediatamente successiva, la legge 6972 del 17 luglio 1890 rese le Opere pie istituzioni pubbliche di beneficenza.

Nonostante queste leggi abbiano rappresentato un passo positivo e importante per la sanità italiana, rimanevano lacune, differenze regionali e forti squilibri amministrativi, laddove gli oneri del servizio gravavano principalmente sui comuni. In particolare, c'è:

“Tra gli squilibri anzitutto quello del carico di spesa gravante sui comuni nei confronti degli oneri finanziari dello Stato e delle province. Mentre infatti la spesa del ministero per la Sanità nell'esercizio finanziario 1890-91 risultava di poco superiore a 1.700.000 lire, e assai esigua era quella delle amministrazioni provinciali, sulle spalle dei comuni gravavano nello stesso esercizio circa 70 milioni di lire (senza tener conto delle erogazioni delle opere pie); e sempre sui comuni sarebbe ricaduto il maggiore onere dell'assistenza ostetrica e veterinaria (resa obbligatoria in tutti i comuni la prima, e imposta la seconda dal prefetto ai comuni singoli o consorziati nei quali fossero state giudicate necessarie la vigilanza e l'assistenza zooiatria¹³⁰), dell'ampliamento di attribuzioni di quei medici condotti che sarebbero diventati ufficiali sanitari, e dei nuovi più ampi compiti di vigilanza igienico-sanitaria¹³¹” (Della Peruta, 1980, p. 758).

Come dimostrano le contorte vicende politiche sanitarie post-unitarie, il cammino della salute pubblica in Italia non era stato affatto semplice e le riforme dovevano scontrarsi, oltre che con propri limiti interni, con l'ostilità di numerosi gruppi di interesse. Per cogliere il clima in cui venivano recepite nel Paese queste nuove leggi possiamo osservare quanto scriveva Ugo Imperatori sul Giornale degli Economisti nel 1891.

“Anche adunque, rispetto all'assistenza sanitaria delle classi povere, la legge riesce inefficace. L'estensione dell'obbligo dell'assistenza medica per i poveri ai 500 Comuni che non l'hanno ancora provveduta (ammesso che sia possibile provvedere) impone una spesa di cui gli interessati non sono disposti a riconoscere il vantaggio il quale in ogni modo si

stima molto inferiore al sacrificio. Quanto poi alla dispensa gratuita dei soccorsi terapeutici, la legge non aggiunge nulla a ciò che han fatto già i cittadini e gli Enti locali: quindi, malgrado i 18 milioni spesi dai Comuni per il servizio medico, la questione della assistenza sanitaria resta là ove la trovò la nuova legge (1). Riassumendo: il principio igienico come base di una legislazione sociale è teoricamente giustissimo, ma inattuabile in mezzo alla costituzione economica della società. Gli sforzi che si fanno in vario senso per trapiantare l'idea sociale in un terreno che non l'è proprio, riescono tutti ad un intento: danno frutti, come quelli della leggenda, pieni di cenere" (Imperatori, 1891, pp. 283-4).

Per vedere realizzata la sanità pubblica in quello stato sociale agognato da patrioti e rivoluzionari non era insomma sufficiente lo sforzo messo in atto dal governo, perché bisognava ancora vincere dure resistenze. Forse, sarebbe stata necessaria una revisione sistematica della struttura sociale, culturale ed economica del Paese. In mancanza di una rivoluzione del sistema di cura l'impianto crispiniano rimase la struttura portante della sanità in Italia fino all'istituzione del Ssn con la legge 833 del 23 dicembre 1978, ovvero per novant'anni (Taroni, 2015).

A Roma bisognerà attendere il Regio decreto del 28 maggio 1896 per il passaggio degli ospedali allo Stato, con patrimonio comune ed unica amministrazione, quando finalmente fu costituito l'Ente morale Pio istituto S. Spirito ed Ospedali riuniti. Mentre per quanto riguarda le Opere pie, sebbene fosse già costituita la Congregazione di Carità di Roma dal 1871, fu con la legge 390 del 18 luglio 1904 che queste furono assoggettate al Consiglio dell'assistenza e della beneficenza pubblica, presieduto dal prefetto e alle dipendenze della Provincia e del Consiglio superiore dell'assistenza e della beneficenza pubblica del Ministero dell'Interno.

Per quanto riguarda il caso romano, un interessante approfondimento sulle condizioni di salute, igiene e cura proviene dalle accurate ricerche di Domenico Orano nel quartiere popolare di Testaccio. Il contributo di Orano, educatore meticoloso, amministratore illuminato e studioso scrupoloso, ha un enorme valore geografico, come nota recentemente Irene Ranaldi (2012).

Domenico Orano proveniva da una buona famiglia ben inserita negli ambienti intellettuali italiani, il padre era stato professore universitario e penalista, mentre lo zio, Domenico Berti, era stato già ministro dell'Istruzione durante il governo di Cavour e, come il nipote, convinto massone. Anche Domenico, infatti, entrerà a far parte della massoneria, affiliato alla Loggia

Roma nel 1900 diventerà maestro il 6 novembre 1903, rimanendole sempre devoto – come molti degli igienisti sin qui ricordati. Lo stesso Educatorio Roma a Testaccio, di cui era il direttore, prendeva il nome proprio dalla sua loggia di appartenenza (Ranaldi, 2012). Il suo percorso di pubblico amministratore si inseriva all'interno del solco tracciato dal sindaco Ernesto Nathan, eletto con la lista del Blocco popolare, di cui lo stesso Orano entrerà a far parte. Quella di Nathan era stata un'amministrazione che aveva tentato di invertire la deriva speculativa dell'edilizia romana, promuovendo nel 1909 un nuovo Piano regolatore redatto dall'ingegner Edmondo Sanjust de Teulada, capo del Genio civile di Milano (Insolera e Berdini, 2011).

All'analisi di Testaccio Domenico Orano dedicò gran parte della propria vita. L'opera *Come vive il popolo a Roma* (Orano 1912) si basa su di uno studio sul terreno condotto tra il 3 marzo e il 28 novembre del 1908 (Orano 1912, p. 102) durante il quale si reca casa per casa a censire tutti gli abitanti, i negozi, le proprietà e addirittura i portoni del quartiere, oltre a consultare carte d'archivio e progetti urbanistici.

Il quartiere di Testaccio era sorto in modo sparso e abbastanza disorganizzato, molte aree erano rimaste abbandonate con cantieri a metà. Erano le conseguenze del crack immobiliare. Stipate nel poco spazio a disposizione vivevano intorno alle novemila persone e la popolazione, come registrava Orano, era in aumento ad un ritmo di poco superiore al 18% dell'intera città di Roma (Orano, 1912, p. 109). Per questo si creavano “baracche di fango, di latta o di legname che popolano gli sterri” (Orano, 1912, p. 111) dove le imprese edilizie avevano lasciato insoluti e abbandonato i lavori. Al riguardo Orano dichiara:

“può immaginarsi a che cosa si riducono le abitazioni di quel centinaio di famiglie che vivono nelle casette in muratura, in fango, in legname, in “bandone” costruite sugli orti e sugli sterrati oggi di proprietà del Comune.

Tipico è il casotto fra via Vanvitelli e la piazza dell'Industria, tipico l'agglomeramento di casette fra via Marmorata e Vanvitelli: un vero piccolo e lurido villaggio di pezzenti. In questi due ultimi anni le condizioni di molte famiglie del quartiere peggiorano. Sfrattate dalle loro abitazioni, alcune di esse occuparono le mura cittadine tra il Camposanto dei protestanti e il Mattatoio, altre si stabilirono nelle Grotte. Nella grotta n. 49 verso il Campo Boario trovai una famiglia in istato quasi primitivo, inebetita dagli stenti e dalle condizioni di vita che conduce, senza che alcuno se ne sia mai interessato”. (Orano, 1912, p. 202-3)

Qui emerge lo storico disagio abitativo romano insieme alla cultura igienista e positivista di Orano, alla cui base era l'idea che il suo compito e unico scopo fosse il risanamento del quartiere. Comunque, la descrizione dettagliata di Orano permette di cogliere molti elementi sostanziali sulla salute a Testaccio e a Roma nei primi del Novecento.

Il sovraffollamento era certamente uno dei maggiori problemi:

“Nei casamenti quindi più affollati l'Istituto romano di Beni Stabili ha in media 3.5 inquilini per camera, la Cassa di Risparmio ne ha 4.3, il Banco di Napoli ne ha 3.3, l'istituto delle case popolari 2.4, il Marotti 4.

Gli abitanti nelle casupole salgono a 407 e vivono in 84 vani. In media dunque 4.8 inquilini per vano” (Orano 1912, p. 143-4).

Alla radice del sovraffollamento c'era la “deficienza di case”, una “fame di case” economiche (Orano 1912, p. 147), cioè alla portata delle tasche dei lavoratori della capitale che non riuscivano a permettersi di sostenere un affitto. Per risolvere il problema del costo dell'affitto e della casa si ricorreva al subaffitto dei vani abitativi, moltiplicando ulteriormente il numero degli abitanti di uno stesso appartamento, così in una stessa camera arrivavano a dormire fino a 14 o 16 persone. Con gravi conseguenze sulla diffusione di malattie in spazi angusti, sovraffollati, privi di servizi e, secondo la cultura igienista dell'epoca, promiscui.

“Il sovraffollamento ha una delle sue cause nel subaffitto, che è la grande piaga dei quartieri popolari e incentivo a gravissimi inconvenienti, sia dal lato dell'igiene che della morale (2). L'adulterio, il libero amore, la corruzione dei minorenni, le malattie infettive, trovano un terreno meraviglioso di cultura nell'agglomerato umano” (Orano 1912, p. 153-4).

Se le case operaie non avevano risolto il problema della casa nemmeno nel quartiere di edilizia popolare di Testaccio, questo era dovuto a una più generale strategia:

“La costruzione delle case operaie del quartiere, il suo sviluppo e la sua stasi si riannodano alla crisi edilizia che colpì la città dopo il 1890, e che costrinse decine di migliaia di lavoratori ad abbandonare la capitale, lasciando vuoti circa 50 mila vani. Fu allora che i proprietari alienarono i loro stabili a prezzi irrisori a favore dei grossi istituti. Così si venne formando quello che fu chiamato e divenne realmente un demanio bancario. Questo demanio fu la grande base di operazioni sicure, che si allargò sempre più per l'audacia

amministrativa di esperti speculatori quando, cessata la crisi, Roma riprese il suo sviluppo e vide la popolazione moltiplicarsi” (Orano, 1912, p. 197).

Ma pur condividendo le sciagure del resto della città, Testaccio aveva la fortuna di poter vantare due qualità molto rare a Roma: lavoro e case popolari, grazie alla presenza del Mattatoio, dei vicini Mercati generali e dei lotti di edilizia residenziale pubblica. Eppure, anche qui le problematiche abitative e sociali pesavano sulle condizioni igieniche e la salute del quartiere. Nelle abitazioni di Testaccio Orano descrive le conseguenze della mancanza di bagni privati e dello scarso utilizzo di quelli pubblici, letti sporchi occupati da vestiti d’uso e non di rado fango e polvere, stoviglie lasciate a incrostare, “promiscuità dell’esistenza fra sani e malati” (Orano, 1912, p. 284), insufficienza di acqua pulita nei lavatoi di casamenti abitati da centinaia di persone.

“In questo stato di cose è evidente che l’applicazione di regole igieniche diventa, ed è realmente un’ironia. Il popolo, non solo non si serve di quanto l’igiene prescrive, ma considera l’igiene come cosa di lusso, un insieme di parole e frasi da conferenza, rispondente ad un’idealità che come la ricchezza egli è ben lungi dal raggiungere” (Orano, 1912, p. 283).

Alla mancanza di cultura e cura igienica facevano eco gli scarsi servizi di quel poco di sanità pubblica basata sulle riforme crispine. Basti pensare che alla base del servizio sanitario era un solo medico condotto per tutto il quartiere, oltre diecimila persone.

“Il medico condotto insieme all’igienista della Scuola e dell’Ambulatorio annesso alla Delegazione, è tutto quanto il Comune fa per l’igiene in un quartiere operaio, oggi che pur si parla di cartella sanitaria per ciascun cittadino, di registro delle malattie del Newsholme! L’Ufficio sanitario ha la vigilanza delle abitazioni infette e delle botteghe che spacciano generi alimentari. Ma questo organismo, che può chiamarsi prevenzione, è incerto e manchevole.

In pratica la vigilanza igienica è esercitata molto superficialmente. In generale perché essa abbia luogo occorre che qualche avvenimento speciale la provochi. In questo caso per qualche giorno gli ispettori compiono i loro controlli, poi la indifferenza ritorna e più nessuno si cura di sorvegliare sino a qualche altro incidente non si verifichi.

Le disinfezioni eseguite nelle case, se furono 12 nell’ultimo quadrimestre 1905, scesero a 7 nel 1906, a 4 nel 1908, a 5 nel 1909 e a 6 nel 1910 (1).

Ma quale casa dal lato di una larga e sana igiene sociale, non andrebbe disinfettata al Testaccio?” (Orano, 1912, p. 289).

Questo era lo stato di salute del popolo romano descritto da Orano: un contesto in cui la mortalità infantile restava alta (sebbene fosse scesa a partire dalla fine dell'Ottocento), il popolo era denutrito, la tubercolosi imperversava e l'amministrazione comunale faticava ad applicare le leggi e i regolamenti sanitari. Oltre al medico condotto e l'igienista della scuola e dell'ambulatorio, era presente in quartiere l'antica farmacia comunale che dal 1898 al 1910 risultava aver prestato 1271 soccorsi d'emergenza (Orano, 1912).

La cura dell'igiene pubblica descritta da Orano prodigava dunque, oltre a diversi sussidi, infrastrutture per soccorsi d'emergenza, assistenza igienica scolastica con l'aiuto dell'ambulatorio privato annesso all'Educatario Roma, servizi di trasporto e soprattutto cure a domicilio prestate dai medici condotti per poveri indigenti e assistenza a scopo profilattico. Queste ultime stimate per un totale di 11.169 negli anni tra il 1904 e il 1909 (Orano, 1912, p. 302). Un sistema di impegno pubblico minimo più che essenziale, che, pur prosciugando le disponibilità comunali, di certo non poteva soddisfare i bisogni della città.

Nel quartiere di Testaccio, alle infrastrutture, alle funzioni e ai dispositivi di cura si sommava un altro ambito di azione proprio della cultura igienista del XIX e XX secolo: la vigilanza sanitaria. Secondo Orano (1912, p. 296-7), nel biennio 1907-8 l'attività sanitaria finanziata dal Comune contava a Testaccio mediamente intorno ai 180 poveri iscritti all'assistenza sanitaria (rispettivamente 186 e 177), ma anche un numero sorprendente di ispezioni a mercati ed esercizi (4371 e 2963) e visite a locali (2010 e 1836), con oltre un centinaio di multe annuali (114 e 162) e decine di sequestri (15 e 66).

Il compito dei comuni era da un lato quello di controllare la diffusione di malattie infettive e amministrare le cure per assicurare l'assistenza sanitaria ai poveri, correttamente iscritti, per mezzo del finanziamento dei ricoveri presso le Opere pie ospedaliere; ma dall'altro il loro compito era in gran parte quello di vigilare sulla qualità di alimenti e bevande, sulle condizioni del suolo, sullo stato delle abitazioni e delle industrie insalubri. Il legame tra salute, ambiente e territorio tipico dell'Ottocento tendeva ad assumere anche i tratti della repressione dell'insalubre, dell'eliminazione della malattia, ovvero del disciplinamento dei corpi e degli spazi fisici.

Le funzioni di cura dello Stato in una sanità posta sotto le direttive del Ministero degli Interni e del prefetto erano anche quelle di controllo. Una vigilanza igienica fondata sì sul concetto di prevenzione, ma con una certa tendenza a trascendere tale concetto – e non solo per la dovizia delle sue cure – nella misura in cui adottava modalità di imposizione e sovradeterminazione dell'individuo che, anche quando non coercitive, tendevano ad imporre una propria idea di salute, di igiene, di condotta giusta o sbagliata, con forti tratti etico-morali.

Nello sforzo muscolare di migliorare il paese della cultura igienista era facile passare dal monitoraggio al controllo sociale. Su multe, sanzioni, sequestri e divieti si fondava una sorta di potere disciplinare di polizia igienica capace di spaventare il più umile cittadino come i più grandi imprenditori. E da questa responsabilità proveniva anche un enorme privilegio che associato a interessi personali o improprie teorie sulla razza, sull'isteria femminile o sulla religione poteva diventare causa di azioni nefaste. Tra gli orrori compiuti dallo Stato italiano in forza anche dei principi igienici vi sono indubbiamente quelli commessi durante l'espansione coloniale in Africa (Del Boca, 2011) che, pur non potendo essere qui approfonditi, è doveroso menzionare.

La parte III dell'Annuario statistico del Servizio di statistica del Comune di Roma del 1915 contiene nel capitolo X interessanti dati sulla sanità e l'igiene, mostrando ampie differenze tra la situazione urbana, descritta da Orano, e quella delle campagne rurali (Annuario statistico, 1915).

In particolare, nelle stazioni rurali i medici comunali di fatto prestavano assistenza gratuita a tutti, perché tutti versavano in condizioni di bisogno a causa della distanza e della scarsità di servizi alternativi, e della povertà estremamente diffusa. Le 22 condotte mediche dell'agro romano superavano numericamente le 20 cittadine e le 10 del suburbio. Il totale della popolazione civile residente nella campagna, ottenuto dalla somma della popolazione dell'agro e del suburbio, era di 37.878 secondo l'ultimo censimento del 1911 (capitolo VIII, Annuario, 1915), mentre il totale complessivo dell'intero Comune era di poco superiore a mezzo milione e l'elenco dei poveri contava alla fine del 1913 28.732 poveri. Ma nell'Annuario si specifica che a tale numero, corrispondente al numero di famiglie più che di individui, andrebbe sostituita la stima di 138.429 persone, ovvero circa il 26% della popolazione totale (Annuario statistico, 1915, p. 267-268).

Nonostante i numeri demografici – da considerare sempre come approssimazioni – le campagne romane assorbivano nel 1913 circa un terzo del totale generale delle cure ai malati

poveri operate “dai medici municipali, a domicilio e negli ambulatori”, pari a 121.744 su 324.580 (Annuario statistico, 1915, p. 237). Si potrebbe osservare da questi dati ufficiali, pur parziali e non del tutto attendibili, come fosse maggiore lo sforzo per portare l’igiene pubblica nei territori più remoti e periferici del Comune sia in termini di distribuzione spaziale delle infrastrutture (condotte) che in termini di estensione della gratuità delle cure. Il Comune, rispondendo al criterio del minimo coinvolgimento finanziario nella beneficenza, interveniva specialmente là dove era più necessario, realizzando così una cura di prossimità essenziale, basata sul bisogno concreto che specie le zone più periferiche e rurali vivevano.

Nel complesso, secondo l’Annuario, la maggior parte delle spese di beneficenza erano sostenute dallo Stato (generalmente per mezzo del Fondo di beneficenza e culto per la città di Roma), dalla Congregazione di carità, dall’Istituto ospedali riuniti e da altre istituzioni di beneficenza minori. Con riguardo alle sole spese di beneficenza l’Annuario traccia il seguente quadro finanziario: il Fondo di beneficenza e di religione nella Città di Roma aveva nel 1913 uno stato patrimoniale di 34.224.738,50 di lire e 1.481.961.38 di entrate a fronte di una spesa di poco superiore, pari a 1.492.879,00 di lire; la Congregazione di carità di Roma aveva invece uno stato patrimoniale pari a circa 20 milioni di lire e un bilancio in pareggio con quasi 6 milioni di entrate e di uscite; la gestione ospedaliera del Pio istituto di S. Spirito ed Ospedali riuniti costava, “eliminate le spese patrimoniali, i movimenti di capitali, le partite di giro e compensazioni fra l’Entrata e l’Uscita” (Annuario statistico, 1915, p. 271) 6.216.802,33 di lire (su un totale di circa 8,5 milioni), di cui solo un milione era coperto dal patrimonio del Pio istituto, lo Stato nel complesso metteva oltre 3,5 milioni e il Comune un altro milione (a cui si aggiungevano le spese pagate in proprio dai malati, i modesti contributi della Provincia e altre entrate minori).

Il Pubblico tendeva a tenere in pareggio il bilancio delle spese per la cura, senza impegnarsi nell’aumentare ulteriormente le risorse necessarie per assolvere alle nuove responsabilità. D’altronde l’introduzione del principio della salute come diritto sociale era stata una profonda innovazione ottocentesca che scaturiva dall’idea dello Stato sociale. Non era affatto scontato che lo Stato si assumesse l’onere di questo diritto, trasformando e secolarizzando l’antico sistema di cure basato su una salute intesa come dovere morale e religioso, ovvero come carità e beneficenza di cui ciascuno aveva il compito di farsi carico attraverso donazioni, offerte, elemosine e buone azioni.

Il passaggio dal dovere al diritto non era ancora maturo a livello culturale e politico, oltre che sanitario, e soprattutto comportava finanziariamente uno stravolgimento rivoluzionario.

I servizi garantiti per mezzo del proprio lavoro, della carità e delle rendite immobiliari, derivanti a loro volta da donazioni, dovevano ora essere pagati per mezzo di nuove fonti di finanziamento, e lo Stato non era intenzionato né in grado di farsi carico di tutto.

Per restituire il clima di opposizione a questa rivoluzione secolare, possiamo leggere quello che veniva scritto ad inizio Novecento sul Giornale degli Economisti:

“Il problema della beneficenza è nelle capitali sempre più grave che altrove, gravissimo qui ove lo Stato, dopo il 1870, distrusse o incorporò molti istituti che esercitavano larghissima beneficenza, mentre la cresciuta popolazione, le maggiori esigenze della vita moderna e della igiene, l'accorrere alla capitale di tanti spostati e dei disoccupati d'ogni parte d'Italia rendono il carico della beneficenza insopportabile al Comune ed agli Istituti locali e necessario un largo concorso dello Stato. Notiamo così al cap. 117 del Bilancio del Tesoro 1,200,000 quale contributo del tesoro dello Stato a favore della beneficenza pubblica romana, e L. 300,000 (al cap. 118) come contributo eventuale (ma continuo) dello Stato a favore della Congregazione di carità di Roma; in fine altre 300,000 (al cap. 118 bis) come concorso dello Stato nella spesa per la cura degli infermi poveri non appartenenti al Comune di Roma ricoverati nell'Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti.

Se teniamo poi conto che anche il Fondo di beneficenza e di religione per la città di Roma elargisce un assegno di L. 180,000 alla Congregazione di carità, un assegno di L. 200,000 all'istituto di Santo Spirito ed infine un segno di L. 5,000 al comune di Roma per la società giardini educativi d'infanzia (cap. 36, 37 e 38 del Bilancio speciale del fondo suddetto) rileviamo che lo Stato tribuisce direttamente o indirettamente con L. 2,185,000 alla Beneficenza speciale per la città di Roma. Lo Stato dimostra con ciò di riconoscere la necessità del suo concorso in tutti gli speciali servizi della Capitale” (Branzoli-Zappi, 1902).

Al di là delle decisioni politiche e delle scelte di ripartizione dei fondi, la sanità pubblica si presentava come un groviglio, un sistema complicato da una sovrapposizione di livelli amministrativi e di competenze ambigue.

Per questo conviene tornare al territorio ed osservare la messa a terra di questo sistema. Ritornando all'anno 1913, confrontando i dati dell'Annuario con quelli forniti dal sito di Roma Capitale (<https://www.info.roma.it/ospedali-di-roma.asp>, consultato il 04/03/2025), possiamo tracciare una mappa delle principali infrastrutture di ricovero presenti a Roma.

Il sistema sanitario pubblico appena descritto costituirà l'intelaiatura di base di cura per i successivi novant'anni, fino all'approvazione della legge 833 (Taroni, 2015).

“L'intervento sanitario del fascismo si mosse, sostanzialmente, sulle linee tracciate dai governi precedenti, accentuando quegli aspetti che meglio corrispondevano alla nuova filosofia sociale: centralizzazione delle decisioni, esautoramento della partecipazione popolare nelle iniziative di prevenzione (soprattutto nella medicina del lavoro), affermazione di una «medicina scientifica e fiscalista – sosteneva Giulio Maccacaro – largamente vittoriosa nella battaglia contro le patologie infettive e parassitarie», ma rivolta principalmente a normalizzare «le gravi perturbazioni demografiche»¹⁷ tipiche delle società preindustriali.

L'organizzazione sanitaria, a livello centrale, non subì modifiche di rilievo. Nel 1923 vennero istituiti i Laboratori provinciali di igiene e profilassi. Nel 1934 venne approvato il nuovo Testo unico delle leggi sanitarie, che integrava le modifiche apportate nel triennio 1927-1929 al testo del 1907. Nel 1938 vennero emanate le norme per l'organizzazione dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali, con le quali l'autorità sanitaria centrale disciplinava l'attività igienico-sanitaria degli ospedali” (Berlinguer, 1991, p. 208-209).

Pur cambiando gli enti e gli istituti di cura, lo Stato manteneva l'architettura complessiva di una sanità sottoposta al Ministero degli Interni, con il potere dei tecnici, i medici, limitato da quello politico. Il pubblico (il cui obiettivo non era quello di fornire cure gratuite e universali) continuò a garantire e a potenziare cure essenziali, minime più che di base, ovvero prestazioni gratuite per i poveri, servizi sanitari e ospedalieri d'urgenza e servizi assistenziali a scopo profilattico. Oltre a questo, rimanevano le funzioni di vigilanza e di polizia sanitaria, che specialmente durante la seconda parte del Ventennio e la promulgazione delle *leggi fascistissime* assunsero un ruolo sempre più strategico per il disciplinamento delle masse. Attraverso le istituzioni totali (*in primis*, scuole, carceri e ospedali) era possibile forgiare con la forza l'uomo nuovo che il Fascismo agognava.

Quello che invece mancava per completare il quadro del sistema sanitario del Paese era l'altro lato della medaglia: una riorganizzazione dell'assistenza e delle cure private. La sanità pubblica copriva solo una parte della domanda di cure, alla Chiesa e ad una serie di iniziative private competeva l'erogazione delle prestazioni non soddisfatte dal pubblico. Ma il processo di secolarizzazione e gli interessi speculativi per quello che era il ramo più remunerativo delle

cure, la sanità privata, imponevano un cambio di registro, e soprattutto lo imponeva il mutato contesto nazionale e internazionale.

Fino al 1910, in Italia, la percentuale di popolazione attiva coperta da assicurazioni sociali era inferiore al 10%, ben al di sotto della media tedesca, francese, inglese o svedese (Alber, 1983). La Chiesa, nelle sue varie declinazioni, rimaneva saldamente *leader* del settore, ma esisteva ed era in crescita un sistema di protezione garantito da associazioni di categoria, confraternite, casse di previdenza e casse mutue per lavoratori dipendenti. La guerra, con il suo portato di sofferenze, malattie, paure e reduci sarà una delle cause dell'aumento di ciascuna di queste forme di copertura economica sanitaria e assistenziale (Cherubini, 1977).

Al contempo, con la guerra erano cambiati i rapporti sociali e i ruoli sociali, oltre alle condizioni materiali, del popolo italiano. La mobilitazione industriale per sostenere lo sforzo bellico assumeva nuovi forsennati criteri di sfruttamento, causando infortuni e morti sul lavoro. Nel contempo, agli uomini partiti per combattere subentravano nel lavoro donne e giovani, in una continua ricerca di forza lavoro a buon mercato (Carnevale e Baldasseroni, 1999). Per contro, però, si sviluppavano anche pratiche di resistenza operaia: si moltiplicavano gli scioperi, l'assenteismo e l'occupazione di fabbriche e officine.

Con la fine della Prima guerra mondiale si apriva una stagione di rivendicazioni e lotte sociali. Tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento il movimento dei lavoratori si era affermato sulla scena politica italiana, con la nascita delle camere del lavoro, la trasformazione delle leghe di mestiere e un'ondata di scioperi, rivendicazioni e occupazioni (Carnevale e Baldasseroni, 1999). Anche grazie a questa attivazione si era già realizzato un programma di riforme sociali, come le leggi di tutela sul lavoro di donne e fanciulli. Così, nel pieno del cosiddetto Biennio Rosso, il Governo si vide nuovamente costretto a concedere delle riforme con Nitti, nel 1919, senza però riuscire a sedare gli animi dei lavoratori, tra cui le idee rivoluzionarie di Gramsci e Togliatti erano ampiamente diffuse. Con Nitti iniziava l'attività degli Enti e delle Opere parastatali, cominciata prima con l'Istituto nazionale assicurazioni (INA), quindi proseguita negli anni Venti con l'Opera nazionale combattenti, cui il fa-scismo avrebbe affidato i programmi di bonifica integrale (Taroni, 2015).

Se l'arrivo del fascismo non stravolse il precedente paradigma di cura, mise però fine ad una forte stagione di lotte sociali. Dal 1922 al 1926 lo Stato fascista cercò di tornare indietro sulle riforme appena conquistate. E anche la solidarietà tra medici e lavoratori (che ad esempio aveva caratterizzato le inchieste di Jacini e dell'utopia igienista) fu spezzata, perché

considerata irrituale o peggio eversiva, mentre si rinforzava la figura del medico di fabbrica come alleato e persona di fiducia dell'azienda, depenalizzando e deresponsabilizzando di fatto i datori di lavoro (Carnevale e Baldasseroni, 1999).

La situazione cambiò, però, dopo il delitto Matteotti (Taroni, 2015) e specialmente dopo il 1926, anno di svolta nella politica del Ventennio, non solo per le leggi fascistissime ma anche per il culto della persona (Gentile, 2001). Mussolini divenne il simbolo del nuovo corso, assunto ad incarnazione dello Stato fascista e della nazione italiana, un modello cui le masse avrebbero dovuto aspirare. Per questa sorta di *rebranding* del fascismo, fomentato dalla propaganda, era necessario costruire un'immagine diversa: scrollarsi di dosso le vesti da regime per apparire come uno Stato sociale – o meglio, un impero sociale – impegnato per il bene della nazione. Anche se, chiaramente, era proprio in virtù di quel bene superiore (il bene della nazione), che lo Stato diventava totalitario. Ed è il corporativismo a creare l'amalgama perfetta per imbrigliare lo Stato sociale al di sotto di un regime totalitario.

Nel 1927 la Carta del lavoro indicava la nuova linea guida per la tutela della salute: il sistema delle casse mutue alimentate dai lavoratori dipendenti e dai datori di lavoro, per garantire cure e tutele (non universali) per mezzo di un programma di assicurazioni sociali. Questo sistema si è mantenuto fino agli anni Settanta, completando il quadro della sanità precedentemente delineato con l'organizzazione dell'iniziativa privata e parastatale. Nel mentre, nel pubblico rimaneva dominante il principio dell'accentramento organizzativo e politico, che anzi subiva un sostanziale rafforzamento: la tutela della sanità spettava ancora al Ministero dell'Interno, il cui controllo sul territorio era affidato a prefetti e podestà.

Altro avvenimento fondamentale era stato l'accordo tra Stato e Chiesa del 1929, con la firma dei Patti lateranensi. La lettera *b* del Concordato regolava la condizione giuridica degli enti ecclesiastici e l'articolo 29 aggiungeva alle agevolazioni stabilite in favore degli enti ecclesiastici ulteriori agevolazioni tributarie, equiparando il fine di culto ai fini di beneficenza e di istruzione (Cioppi, 1985). Oltre al riconoscimento dello Stato del Vaticano e alle somme – esorbitanti – corrisposte alla Chiesa, il Concordato sanciva una condizione di privilegio per gli enti ecclesiastici, inclusi quelli dediti alle cure e all'assistenza. Tale privilegio ecclesiastico si fondava sull'esclusione dal normale controllo di vigilanza statale e su di una immunità fiscale maggiore di quella accordata ad ogni altro soggetto senza scopo di lucro (Cioppi, 1985).

Fatta salva la Chiesa, dunque, avveniva una fascistizzazione profonda dello Stato sociale: la Cassa nazionale per le assicurazioni si trasformava in Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale (Infps), stessa sorte era toccata alla Cassa nazionale d'assicurazione per gli infortuni sul lavoro che nel 1933 divenne l'Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Infail). Con la legge 847 del 3 giugno 1937 veniva istituito in ogni comune del regno l'Ente comunale di assistenza, prendendo il posto della Congregazioni di carità. Infine, nel gennaio del 1943 nasceva l'Istituto nazionale di assicurazione alla malattia (Inam), la maggiore delle casse mutue (Taroni, 2015).

Rispetto alla salute e al benessere molte sarebbero le considerazioni da fare riguardo al Ventennio— ma qui è bene mantenere il focus sul sistema sanitario e assistenziale. Nel complesso, la cultura igienista è stata fagocitata dall'ideologia e dalla propaganda, subendo l'influsso delle teorie sulla razza e sul destino coloniale dell'impero ~~discendente dall'antica Roma~~. In particolare, come nota Berlinguer (1991), si erano consolidati gli strumenti della vigilanza sanitaria seguendo quattro precisi obiettivi: rendere la sanità uno dei cardini del regime; allargare il controllo sociale sui lavoratori; affidare il controllo e la gestione delle mutue a propri uomini di fiducia; far pagare i costi della sanità direttamente ai lavoratori tramite un prelievo diretto dell'Inps dalle buste paga.

Con il fascismo, il disciplinamento dei corpi e delle menti penetrava la società nel profondo: la salute della nazione tendeva a soppiantare ogni altro principio, permettendo quei crimini contro l'umanità che sarebbero stati un segno evidente della riduzione dell'essere umano a nuda vita, sacrificabile per il bene superiore della nazione (Agamben, 2005).

Questa era la situazione della sanità in Italia ereditata dal Risorgimento e poi aggravata dal fascismo: il blocco fascista delle riforme sociali, che avrebbero potuto portare alla nascita di una sanità pubblica universale, garantiva e anzi rinsaldava un sistema sanitario contorto, disuguale e basato sulle casse mutue.

“Agli esordi della Repubblica l'assetto sanitario italiano era dunque contraddistinto da una pletora di casse mutue e da grandi enti previdenziali, volti a gestire l'assicurazione contro le malattie di svariate categorie professionali appartenenti al pubblico impiego e al settore privato. Gli enti più importanti erano: l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM), così ridenominato nel 1947, per i lavoratori dell'industria, agricoltura, commercio, credito, assicurazioni, servizi tributari e per i loro familiari conviventi⁴⁹; l'ENPAS per i dipendenti dello Stato; l'INADEL per quelli degli enti locali; l'ENPDEDP

per i dipendenti degli enti di diritto pubblico. A questi si aggiungevano ulteriori enti ed istituti per l'assistenza malattia di altre categorie professionali; l'INPS con i suoi sanatori per la tubercolosi; la sovrabbondanza di casse mutue, comprese quelle aziendali (dalla Fiat, alla Montecatini, alla Pirelli, ecc.) e territoriali (la Cassa per i lavoratori delle province di Trento e Bolzano). Tale assetto era volto a fornire, in caso di malattia, prestazioni economiche sostitutive del salario che coprivano fra il 50 e l'80% delle retribuzioni; prestazioni sanitarie estese anche ai familiari, quali assistenza ospedaliera, specialistica, medico-generica attraverso liberi professionisti convenzionati, i "medici della mutua"; e in misura variabile assistenza farmaceutica, ostetrica, integrativa, compresi gli assegni funerari" (Giorgi, 2024, p. 37).

La Repubblica nata dalle ceneri del fascismo doveva fare i conti con una pesante eredità. Ma come nel resto dell'Occidente si diffondeva l'influsso di nuovi modelli di intervento pubblico, dalle politiche keynesiane degli Stati Uniti al *Beveridge Report* in Inghilterra, dove nel 1948 era entrato in funzione il National Health Service, con una adesione al sistema da parte del 97% dei cittadini e della maggior parte dei medici. E, ovviamente, a promuovere lo sviluppo sanitario contribuivano: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), nata il 22 luglio del 1946, secondo cui la salute era uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale; nonché la Dichiarazione universale dei diritti umani, con cui veniva riconosciuto il diritto di ogni individuo ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia (Giorgi, 2024).

In Italia, profondi ragionamenti e progetti di riforma della sanità erano circolati all'interno del Comitato di Liberazione Nazionale (Cln). La Repubblica, con la proclamazione dell'articolo 32 della Costituzione Italiana, aveva formulato una definizione avanzata del diritto alla salute, che veniva espressamente elevato a diritto fondamentale. Ma il sistema sanitario rimaneva sempre più basato economicamente sulle mutue, la cui spesa passò dal 1952 al 1963 da un terzo a due terzi del totale della spesa sanitaria. Mentre il rimanente terzo della copertura economica per le spese sanitarie gravava sullo Stato, gli enti locali e i singoli cittadini. Una tendenza che nemmeno l'istituzione del Ministero della Salute nel 1958, per effetto della legge 296 del 13 marzo, avrebbe arrestato (Giorgi, 2024).

Lo stesso Ministero della Salute, richiesto fin dai tempi dell'Unità e faticosamente ottenuto quasi dopo un secolo, rimaneva sostanzialmente esautorato dei propri poteri: era, infatti, noto come il ministero dei "salvo" per le numerose competenze da cui era escluso, mentre

il finanziamento della sanità pubblica rimaneva ancora a carico delle casse comunali (Taroni, 2015).

Nel 1974 tre quarti della spesa totale sanitaria dipendevano dalle mutue e, per di più, si trattava di una popolazione cresciuta demograficamente sull'onda del *baby boom* che aveva portato dai 47,5 milioni del 1951 ai 54,1 del 1971 (Giorgi, 2024). Erano gli anni del cosiddetto miracolo economico: oltre ad aumentare la natalità e alla riduzione della mortalità, cresceva il benessere, inteso in primo luogo come benessere economico. Ma erano anche le condizioni, le abitudini e i desideri del Paese a cambiare. L'Italia da economia arretrata, rispetto alle potenze dell'Occidente, si stava trasformando in uno dei paesi più ricchi al mondo.

Sull'onda del miracolo economico aumentavano anche le possibilità di spesa per la salute pubblica. Se nel 1960 solo il 2,5% del Prodotto interno lordo (Pil) era destinato alla sanità, nel '92, prima della crisi, la spesa era cresciuta fino a quasi il 6%. Con la ripresa dello sviluppo, tra 1995 e 2008, la spesa per la sanità pubblica era arrivata quasi al 7% (Giorgi, 2024), fino a quando non cominciò il definitivo rallentamento con l'austerità degli anni Duemila e la grande recessione legata allo scoppio della crisi finanziaria, innescata dalla bolla immobiliare dei mutui subprime statunitensi.

A cambiare nel Dopoguerra, oltre all'economia, era stata anche, se non soprattutto, la cultura. L'intera società italiana era in fermento: nuove aspirazioni sociali e politiche fomentavano una lunga ed efficace stagione di rivendicazioni. Il movimento per la riforma sanitaria si inseriva in questa stagione di lotte, collegandosi alla spinta delle nuove istanze ambientaliste, ecologiste, femministe e post-coloniali, in un contesto di diffusa pressione sociale dal basso e di pratiche politiche e partecipative inedite. Grazie alla sinergia di forze, percorsi e mobilitazioni degli anni Sessanta e Settanta, l'obiettivo della realizzazione di un servizio sanitario pubblico nazionale – sebbene con alcuni limiti – è stato finalmente coronato (Giorgi e Pavan, 2019).

In questo periodo, lo stesso sapere medico scientifico era messo in discussione sotto diversi punti di vista. Tanto durante la stagione del liberalismo democratico quanto durante quella fascista, l'assistenza tendeva, almeno idealmente, a rimanere associata e assegnata alle donne come tradizionale compito di cura domestico ed extra-domestico (Gori, 2016). Ora, invece, le soggettività subalterne tendevano a rompere gli schemi tradizionali, rivendicando non solo pari diritti, ma anche libertà di scelta e indipendenza, ruoli e compiti non assoggettati al

modello sociale dominante patriarcale. Nel 1967 presso il convegno organizzato dall'Istituto Gramsci sulla medicina, Laura Conti metteva in discussione l'idea della salute come una condizione di presupposta normalità e sosteneva al contrario che la salute era frutto ed espressione della società e dei rapporti che si instauravano tra le persone (Giorgi e Pavan, 2019).

Era un cambiamento culturale di portata rivoluzionaria che trasformava nel profondo il quotidiano e lo spazio vissuto: dal modo di vestire a quello di parlare, dalle relazioni e dagli affetti fino alle professioni, ai ruoli sociali e al rapporto con il proprio corpo, e quindi alla cura di sé. Con lo stravolgimento del mondo immateriale delle idee – l'Iperuranio di Platone – la rivoluzione dei costumi cominciava a riflettersi anche sul mondo materiale, sullo spazio vissuto, attraverso le pratiche quotidiane di milioni di persone che decidevano di partecipare attivamente alla vita politica del Paese, dando forma a mobilitazioni, movimenti e spinte sociali. Questo gigantesco bagaglio rivoluzionario di patrimonio memico, di aspirazioni sociali e politiche e di partecipazione attiva alimentava una consapevolezza: la medicina e la sanità erano malate.

Già negli anni Cinquanta che la medicina in Italia fosse malata se ne erano accorti due degli intellettuali più attivi in tema di sanità, Giovanni Berlinguer e Severino Delogu (1959), entrambi iscritti al Partito Comunista Italiano (Pci), che insieme al Partito Socialista Italiano (Psi) e a quello Radicale erano formazioni politiche che presentavano agende politiche e programmi elettorali fortemente imperniati su di una riforma della sanità pubblica (Giorgi e Pavan, 2021).

Come già detto in precedenza, gli sforzi per allargare la tutela della salute nella Repubblica degli anni Cinquanta portarono, anziché alla nascita del Ssn, all'estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie per i lavoratori di diversi settori, ovvero all'aumento di quelle forme di copertura privata e parastatale di cui le mutue erano la principale espressione, oltre che eredità fascista. L'assistenza sanitaria era finanziata per il 93% dai contributi versati dagli assicurati, solo il 7% era a carico dello Stato. Mentre la situazione rimaneva carente, a livello ospedaliero, rispetto allo standard Oms di 10 posti letto ogni 1.000 abitanti, con forti disuguaglianze regionali: 17 province su 20 del Sud non avevano nemmeno un ospedale per acuti (Giorgi, 2024).

A.3. – Rivendicazioni sociali, riforme e primi compromessi: verso la 833 del 1978

Per sbloccare davvero l'annosa questione della sanità pubblica in Italia sarebbe stato necessario un processo dal basso di attivazione politica capace di travalicare gli stessi ambiti tipici dell'agone politico (sindacati, partiti e istituzioni), innescando un movimento di massa in grado di attivare un processo di generale risignificazione non solo del proprio territorio, ma del mondo (*wordmaking*).

Nelle parole di uno dei protagonisti di quelle lotte sociali, Giulio Maccacaro, presso il congresso costitutivo dell'associazione Medicina democratica, ritroviamo la linea programmatica di un nuovo approccio alla salute e alla cura: sostituire la medicalizzazione della politica imposta dal capitale con la politicizzazione della medicina da parte della classe lavoratrice. Secondo Maccacaro, la razionalità deviata del sistema capitalistico aveva separato il sociale dal sanitario, medicalizzando il malessere sociale e riducendolo a una causa accidentale: la malattia (Giorgi e Pavan, 2019).

La connessione tra salute, ambiente (di vita, di lavoro, urbano, rurale ecc.) e territorio, inteso come costruito di interrelazioni sociali tra elementi materiali e immateriali, era tornata, come nella stagione delle grandi inchieste ottocentesche, ad essere attuale, e anzi si esprimeva in un frastagliato movimento di massa, composto in primis da lavoratori e studenti.

Per accrescere la consapevolezza sui temi della salute sociale e ambientale, decisiva è stata l'opera dei lavoratori contro le nocività. Nel 1961 l'organizzazione di un gruppo di ricerca, composto da medici, sanitari, ma anche e soprattutto dai lavoratori dello stabilimento farmaceutico di Farmaitalia a Settimio Torinese, aveva spinto la Camera del lavoro di Torino a realizzare la prima indagine sulle nocività in ambiente di lavoro – non a caso proprio nel controverso contesto dell'industria farmaceutica. L'indagine sulla nocività dell'ambiente di lavoro, coordinata da Ivar Oddone, aveva portato a costituire una commissione medica all'interno del sindacato. Questo modello di intervento sui luoghi di lavoro (di costituzione di gruppi di ricerca, commissioni e centri composti da tecnici e operai) sarebbe diventato una vera e propria strategia di azione dal basso. Lo stesso Oddone era uno degli autori della dispensa *L'ambiente di lavoro*, che ristampata e diffusa in diverse edizioni diventerà uno dei vari manuali di formazione di lotta alle nocività, dalla fabbrica al territorio (Giorgi, 2024).

La nuova strategia operaia dimostrava un approccio complesso ed empirico alla salute capace di individuare diversi gruppi di fattori nocivi: un primo gruppo ambientale (luce, rumore,

temperatura, ventilazione e umidità) ideato in base all'abitabilità dello spazio; un secondo basato sugli inquinanti (gas, polveri, fumi e vapori) direttamente connesso alle sostanze nocive della produzione industriale in fabbrica; un terzo corrispondente al lavoro fisico, la fatica fisica; e, infine, un quarto a cui corrispondevano i fattori psicosociali, quali l'ansia generata dai carichi di responsabilità, la monotonia e altri effetti stancanti (L'ambiente di lavoro, 1971).

Queste nuove pratiche rappresentavano un passaggio fondamentale di apertura alla partecipazione operaia, a partire dalla salute sull'ambiente di lavoro, in un processo di democrazia dal basso capace gradualmente di ampliare la propria scala d'azione. La lotta cominciata dal luogo di lavoro procedeva verso il territorio, dove abitavano gli operai e/o dove insisteva il luogo di lavoro, la fabbrica, che riversava nocività connesse al processo produttivo: era evidente l'interconnessione tra fabbrica e territorio, al pari di quella tra salute e ambiente.

Dopo che nel 1964 era nato il primo Centro di lotta contro le nocività, in tutti i sindacati si cominciò a diffondere la lotta contro le nocività degli ambienti di lavoro: nel 1965 nascevano l'Istituto nazionale confederale di assistenza e il Centro ricerche e documentazione rischi e danni da lavoro. Particolarmente attiva era la Confederazione Generale Italiana del Lavoro (Cgil), che aveva iniziato il proprio percorso di impegno per la sanità pubblica già nel 1956, quando aveva presentato un primo progetto di servizio sanitario nazionale. Secondo il quale, il finanziamento delle spese per la salute, alimentato da un'imposta progressiva sui redditi e da un contributo dei datori di lavoro, sarebbe dovuto essere esteso a tutti e tutte, configurando la protezione sanitaria come un diritto universale (Giorgi, 2024).

Una svolta nell'azione strategica della Cgil per la salute in fabbrica era stata la Conferenza nazionale di Rimini, intitolata *La tutela della salute nei luoghi di lavoro*, del 1972. A dispetto delle precedenti strategie di contrattazione collettiva nazionale, che anteponevano la trasformazione della società a quella della fabbrica, il nuovo indirizzo sindacale stabilito a Rimini ribaltava il modello precedente, puntando sulla centralità rivendicativa della fabbrica e sulla contrattazione articolata di tutti gli elementi, inclusa la salute, del rapporto di lavoro (Oddone *et al.*, 1977).

Grazie a nuovi strumenti e nuove strutture sindacali (centri di ricerca e documentazione, centri regionali e provinciali di lotta contro le nocività, ma anche riviste e manuali di salute), la pressione esercitata dagli operai per tutelare la salute sui luoghi di lavoro e contrastare le

nocività prodotte dal sistema di sfruttamento capitalista assumeva un carattere nazionale, conquistando un ruolo trainante per la nascita dell'intero Ssn.

“Vogliamo spiegarci con un esempio che chiarisce il significato teorico e pratico della assunzione da parte del sindacato del valore della centralità della fabbrica come processo di cambiamento: se oggi esiste un modello di riforma sanitaria, un modello di Servizio sanitario nazionale, un modello di Unità sanitaria locale, ed una saldatura concettuale tra i modelli di prevenzione-cura-riabilitazione, ciò si deve in primo luogo al fatto che partendo dall'esperienza dei lavoratori, di sindacalisti e di tecnici, (medici e psicologi, fondamentalmente anche se non esclusivamente) attraverso anni di lavoro, sono stati elaborati, partendo dalla fabbrica: il modello teorico di rischio e di danno; gli strumenti di diffusione delle informazioni; i materiali per la formazione sindacale necessari a creare un linguaggio comune; i concetti di «non delega» e di «validazione consensuale»; il sistema informativo sanitario che dovrà stare alla base del Servizio sanitario nazionale (registri dei dati ambientali e biostatistici e libretti di rischio e sanitari). Se tutto questo non fosse stato sperimentato in fabbrica, partendo dall'esperienza operaia sugli effetti dell'ambiente, in una ricerca continua delle soluzioni per conoscere, controllare ed eliminare la nocività del lavoro, attraverso un nuovo rapporto con i tecnici, oggi avremmo soltanto una bella idea, quella lanciata dalla CGIL negli anni '50 sul Servizio sanitaria nazionale e progetti cartacei di riforma sanitaria, mentre invece abbiamo molto di più, perché abbiamo già costituito embrioni del nuovo sistema sanitaria e attraverso questa esperienza possiamo imparare come costruire l'intera struttura” (Oddone *et al.*, 1977, p. 68-69).

Lo sviluppo della partecipazione era stato diverso in base alle regioni e ai territori, ma in generale gli operai avevano cominciato a chiedere conto al medico di fabbrica dei criteri in base al quale individuava (o rifiutava di riconoscere) le nocività del lavoro, opponendo al sapere scientifico medico le proprie evidenze empiriche dello spazio vissuto nell'ambiente di lavoro. Quindi, attraverso l'organizzazione di collettivi di ricerca misti, composti sia da operai che da tecnici sanitari, si realizzava un nuovo rapporto tra classe operaia e sapere medico. Un nuovo modello di coscienza saldava il lavoro intellettuale scientifico ai bisogni concreti dei lavoratori, alle loro richieste e aspirazioni, offrendo a medici e operatori sanitari un orizzonte collettivo di lotta e di cura, al servizio della società e delle classi svantaggiate. La critica del sapere medico astratto e teorico, lontano dalle evidenze empiriche e dagli effetti concreti delle nocività del lavoro, portava a delineare le basi per un nuovo modello di sapere, un nuovo modello di medicina in cui l'esperienza diretta della fabbrica, come spazio vissuto,

la conoscenza dei processi tecnici produttivi e degli effetti nocivi direttamente sperimentati sulla pelle dei lavoratori influenzavano profondamente (oltre la medicina del lavoro) gli stessi concetti di salute, cura e benessere in un senso collettivo, pubblico e universalistico.

Dalle nocività dell'ambiente di lavoro a quelle del territorio, il passo era breve. L'interconnessione tra la salute e l'ambiente era stata evidente sin dalle prime lotte contro le nocività del lavoro. Nel caso dell'Acna di Cengio, alle proteste degli operai del... si erano presto unite quelle degli abitanti del territorio, dove la fabbrica riversava gli agenti inquinanti connessi al processo produttivo Proprio la consapevolezza del legame tra salute e ambiente portava le avanguardie operaie e intellettuali del movimento contro le nocività ad un nuovo piano d'azione. La riedizione del 1977 de *L'ambiente di lavoro*, intitolata *Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio*, si apriva proprio con il ricordo delle mobilitazioni per l'Acna e testimoniava l'intenzione di spostare la lotta operaia per la salute e contro le nocività dalla fabbrica all'intero territorio (Oddone *et al.*, 1977).

La questione ambientale aveva compiuto, a partire dagli anni Sessanta, decisivi passi in avanti. Nel 1962 la pubblicazione del libro *Silent spring* di Rachel Carson aveva dimostrato a tutto il mondo le conseguenze nefaste per l'ambiente delle attività umane, mostrando gli effetti sull'ecosistema dell'utilizzo indiscriminato degli insetticidi (il Ddt). Le nuove consapevolezze sui limiti del modello di sviluppo capitalista e sui suoi effetti nocivi sul territorio portavano a riconsiderare in un'ottica di maggiore sostenibilità l'organizzazione della società umana e quindi di ciascuna regione o ambiente di vita.

Grazie a questo cambio di paradigma culturale che dalla fabbrica si estendeva al territorio e alla medicina, la richiesta di eliminare le nocività e curare la società aveva contaminato il paese, insinuandosi fino alle massime sfere politiche nazionali, sin dentro i piani di governo.

All'interno del panorama politico e partitico italiano, figura chiave delle riforme sociali sanitarie italiane era il socialista Luigi Mariotti, ministro della sanità dal 1964 al 1968 e poi nuovamente dal 1970 al 1972. Durante il primo mandato, nel 1968, il suo progetto di riforma era culminato nell'approvazione della legge 132, grazie alla quale era stata riorganizzata la rete ospedaliera presente sul territorio nazionale. Veniva riconosciuta l'universalità del diritto all'assistenza ospedaliera pubblica, tutti avevano diritto alle cure ospedaliere a prescindere dalla propria provenienza o copertura assicurativa. Infine, con la legge 132 gli ospedali venivano classificati in base alla scala territoriale e ai servizi offerti in zonali, provinciali e regionali (Giorgi, 2024).

A livello geografico, la riforma di Mariotti imprimeva alla sanità due caratteristiche fondamentali:

- l'accessibilità universale alle cure ospedaliere, distribuite per mezzo di una rete diffusa sul territorio di infrastrutture disomogenee (divise per livelli)
- l'affermazione di un modello centrato sugli ospedali.

Oltre alla 132, nel 1968, veniva approvata anche la legge 431, con cui si affrontava un altro aspetto nevralgico delle cure, la vigilanza sanitaria. Il disciplinamento dei corpi e delle menti, malati o semplicemente non conformi, rimaneva un tratto imprescindibile della cultura sanitaria e medica, con una eredità fascista cui nemmeno la lotta di liberazione aveva del tutto rimediato. In particolare, destava allarme la condizione degli istituti psichiatrici e dei manicomi, dove le pratiche coercitive di disciplinamento e controllo rimanevano all'ordine del giorno nelle cure. Erano state le critiche sollevate da Franco Basaglia, direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia dal 1961 (cui Sergio Zavoli dedica il reportage *I giardini di Abele* proprio nel 1968), a smuovere l'opinione pubblica a favore di una riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica. Con la legge 431 si introduceva la possibilità del ricovero volontario: nel complesso era un tentativo di spezzare il nesso tra malattia mentale e pericolosità sociale, puntando piuttosto sulla prevenzione (Giorgi, 2024). Oltre a rappresentare un passo verso l'abolizione del sistema manicomiale, cui bisognerà attendere il 1978, la legge 431 dimostrava un cambio di paradigma culturale, un cambio nel modo di guardare alle cure della salute mentale, che si traduceva in una parziale apertura sul territorio, in forma volontaria, alle strutture di ricovero legate alle malattie mentali. Verso la definitiva – o quasi – apertura realizzata dalle riforme basagliane.

Nonostante il cambio di paradigma culturale, sospinto da forti e diffuse rivendicazioni sociali, le riforme rimanevano osteggiate da ampie forze reazionarie, conservatrici, in un percorso sempre difficile che vide anche le riforme Mariotti duramente combattute da parte del mondo cattolico, dal Partito liberale, dal Movimento sociale italiano (Msi) e dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnoom) (Giorgi, 2024).

Lo schema per istituire il Fondo sanitario nazionale era stato predisposto da Mariotti già nel 1970 e dal 1969 erano al lavoro appositi comitati di studio, ma ci vollero quattro anni per approdare ad un disegno di legge, presentato al Parlamento nell'agosto del 1974 dal nuovo ministro della Sanità, Vittorino Colombo; e ci vorranno ancora altri quattro anni per vedere quel disegno realizzato (Giorgi, 2024).

Continui rinvii paralizzavano il processo di riforma e lo spettro della razionalizzazione economica minacciava l'effettiva realizzazione di un servizio sanitario nazionale. In questo clima sia il Pci che la Democrazia Cristiana (Dc) presentavano proprie proposte di legge per il Ssn. Nella Dc l'apertura a sinistra, inaugurata in particolare dal quarto governo Fanfani del 1962, orientava il partito verso la realizzazione di un piano di riforme sociali, con l'obiettivo di guadagnare la fiducia degli operai e delle classi sociali in fermento. Uomini come Rumor e Colombo, erano espressione del nuovo panorama culturale interno al mondo cattolico, quello in particolare rappresentato dalle Associazioni cristiane dei lavoratori italiani (Acli). Ma, nonostante il riavvicinamento tra Dc, Psi e Pci, che solo la brusca fine del *Compromesso storico* avrebbe interrotto, rimanevano forti resistenze all'effettiva realizzazione del Ssn.

Decisivi per rompere le resistenze all'instaurazione del Ssn furono due tragici eventi degli anni Settanta: il colera del 1973 e il disastro di Seveso del 1976 (Giorgi, 2024). Ancora una volta un'epidemia funzionava come una sorta di campanello d'allarme per la salute, un principio di realtà non derogabile per riformare la sanità. La diffusione del colera a Napoli e a Bari del 1973 mostrava tutta l'arretratezza della sanità italiana: un contesto disuguale dove il Meridione restava attanagliato dalle cosiddette *malattie della miseria*, a causa della povertà, delle pessime condizioni igieniche e degli scarsissimi servizi sanitari.

A Seveso, invece, nel cuore del Nord industriale, l'esplosione di un reattore dello stabilimento chimico Icmesa aveva provocato una fuoriuscita di agenti inquinanti, che si erano riversati in una nube tossica di diossina, distruggendo raccolti e allevamenti e, soprattutto, compromettendo la salute della popolazione locale. Il disastro di Seveso mostrava l'inconciliabilità della tutela della salute con il modello di sviluppo industriale capitalista.

Grazie anche a questa spinta venivano rotte le tenaci resistenze al Ssn e la lunga preoccupazione per l'insostenibilità del Ssn, che con la crisi petrolifera aveva ritrovato nuova enfasi. Nel 1974 la legge 386 determinava le norme per estinguere i debiti degli enti mutualistici, così si procedeva al commissariamento delle mutue in vista della loro soppressione entro il 30 giugno 1977 (Giorgi e Pavan, 2019).

La legge 349 del 1977 e il DPR 616 dello stesso anno attribuivano alle Regioni gran parte delle funzioni precedentemente esercitate dagli enti mutualistici, e ai Comuni le restanti funzioni non riservate allo Stato né alle Regioni (Giorgi, 2024). Alle Regioni veniva affidata anche la gestione di uno nuovo e peculiare spazio di cura: il consultorio. Nato all'interno

delle esperienze autonome delle donne e delle libere soggettività del movimento femminista, il consultorio veniva ufficialmente assunto dalla politica nazionale e istituzionalizzato con la legge 405 del 1975, scatenando un forte dibattito interno ai movimenti.

Consultori e centri per la salute della donna erano nati a Padova, Torino, Milano e Roma in parallelo all'emergere di un variegato movimento femminista che si riconosceva nella depenalizzazione dell'aborto. Proprio quando nel 1971 la Corte di cassazione ammetteva la legittimità della propaganda anticoncezionale e il Movimento di liberazione della donna presentava una proposta di iniziativa popolare per depenalizzare l'aborto, si cominciavano a diffondere diversi spazi autogestiti da donne e libere soggettività. Si trattava di esperimenti autonomi di riappropriazione della propria identità e del sapere sul corpo delle donne da parte delle donne stesse, eliminando l'ingerenza del sistema patriarcale, per rivendicare il desiderio di liberare la propria soggettività e il bisogno di cambiare il mondo. La nascita dei consultori si inseriva in un fermento culturale dove si instauravano relazioni anche con collettivi di altri paesi, specialmente francesi e statunitensi (Barone, 2023).

A Roma, erano attivi due consultori già prima della legge 405: il Gruppo femminista per la salute della donna (Gfsd) e il consultorio dello storico quartiere operaio e universitario San Lorenzo. Nel Gfsd si praticava il *self-help* e l'autovisita, concentrando il proprio impegno sulla riappropriazione da parte delle donne della conoscenza e della cura del proprio corpo, sottraendolo alla medicalizzazione e alla cultura igienista patriarcale. Nel consultorio di San Lorenzo, invece, si offrivano servizi sanitari gestiti direttamente e autonomamente da donne, sotto la guida della biologa e medica Simonetta Tosi (Barone, 2023).

La legge 405 se da un lato aveva permesso l'apertura di nuovi consultori, evitando che rimanessero luoghi isolati e sporadici, al contempo aveva realizzato una forma di istituzionalizzazione del consultorio che snaturava il senso stesso del luogo, trasformandolo in uno spazio di assistenza alla famiglia e alla maternità e incastrandolo nella faticosa dialettica tra sapere scientifico e partecipazione democratica. La legge apriva uno scontro all'interno del movimento femminista tra sostenitrici del servizio pubblico, come vittoriosa imposizione delle istanze femministe sulla società e sullo Stato, e tra quante si orientavano per l'autogestione del consultorio come unica garanzia possibile contro l'assimilazione patriarcale dei consultori da parte dello Stato. Il Coordinamento romano aborto e contraccezione (Crac) assumeva in questo dibattito una posizione chiara: i consultori pubblici dovevano essere come quelli sperimentati dal movimento (Barone, 2023).

Mentre con la legge sull'aborto, la 194 del 1978, si esauriva gradualmente l'iniziativa del Crac, che vedeva ormai realizzata la propria spinta costituente. Sia il Gfsd che il consultorio di San Lorenzo continuavano le proprie attività e anzi, a San Lorenzo, di fronte all'impossibilità di accedere ai finanziamenti pubblici preclusi ai consultori autogestiti, si continuava l'esperienza autonoma del consultorio sotto le nuove vesti dell'associazione Iris (Barone, 2023). L'esperienza dei consultori romani mostrava l'effettiva coesistenza, persino all'interno di uno stesso spazio, della critica al processo di istituzionalizzazione degli spazi di cura autogestiti e, insieme, del desiderio di influenzare le sorti del servizio pubblico. Un servizio che si voleva universale, e quindi necessariamente pubblico, ma anche libero, in un delicato e a volte contraddittorio rapporto con lo Stato. Ne risultavano reciproche contaminazioni, ma, comunque, le istanze operaie, ambientaliste, femministe e sociali avevano fatto breccia nei più alti gangli dello Stato.

La settima legislatura italiana si apriva con il cosiddetto "Governo della non sfiducia": solo grazie all'astensione del Pci, la Dc era riuscita a superare la fiducia in Parlamento nel 1976, eleggendo come presidente del Consiglio Giulio Andreotti. L'intero governo del Paese si reggeva, dunque, su di un precario equilibrio di compromesso.

Le riforme di Colombo erano state riprese, dopo una parentesi incerta, dal nuovo ministro della Dc Luciano Dal Falco, il cui disegno di legge era stato approvato dal Consiglio dei ministri il 4 marzo 1977. Ma il percorso delle riforme e la realizzazione dello Stato sociale rimanevano ghermiti di ostacoli e trappole. La riforma sanitaria, la cui discussione nel frattempo era passata alla Camera (accompagnata dagli ulteriori disegni di legge presentati da Pci, Psi, Democrazia proletaria e dal Partito liberale), giungeva così a Montecitorio nel dicembre 1977, superati i lavori della Commissione permanente Igiene e Sanità pubblica (Giorgi, 2024).

Non sarebbe stato, però, nemmeno il nuovo ministro Dal Falco a inaugurare la nascita del Ssn: la situazione stava, infatti, per esplodere. Il compromesso tra riforme e rivoluzione aveva sollevato fortissime reazioni. Tanto negli animi più rivoluzionari, quanto in quelli più conservatori si levava una feroce critica del Compromesso storico. Il 16 marzo 1978, giorno in cui si sarebbe dovuta votare la fiducia in Parlamento al nuovo governo Andreotti (il quarto), con, per la prima volta, lo storico sostegno diretto del Pci, venne rapito il presidente della Dc Aldo Moro. Proprio in questo mutato clima politico, contraddistinto dalla tensione e dalla paura, si concludeva la tormentata vicenda del Ssn (Vicarelli, 2019).

Sotto l'ombra della solidarietà nazionale e del terrore, appena prima della Vigilia di Natale, il 23 dicembre 1978, la prima ministra donna della storia italiana, Tina Anselmi (a capo prima del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale e poi del Ministero della Sanità), firmava la legge 833 del quarto governo Andreotti, inaugurando il Ssn.

Appendice B – Il Microdistretto

Nel seguente paragrafo è contenuta la proposta progettuale di Microdistretto elaborata dalla Comunità territoriale di Rebibbia, Ponte Mammolo e Casal De' Pazzi. Tale proposta attualmente è in fase di definizione e perfezionamento, nel tentativo di tradurre questa idea nata dal basso nel quartiere di Rebibbia in una mozione municipale e, quindi, in un'intesa interistituzionale tra Asl, Municipio e realtà associative (formali e informali) del territorio.

La proposta ha lo scopo di:

- intraprendere un primo passo verso la sperimentazione di un nuovo livello della geografia amministrativa sociosanitaria, cui per l'appunto è stato dato il nome di Microdistretto;
- sviluppare forme di partecipazione diretta attraverso occasioni di confronto assembleari tra le realtà associative del territorio, i suoi liberi cittadini e i vari servizi presenti nello stesso Microdistretto;
- istituire tavoli di consultazione fissi a convocazione periodica (mensile) con la partecipazione di rappresentanti istituzionali del Distretto Asl e del Municipio, tecnici sociosanitari (unità operative, Segretariato sociale, Consultori, Csm ecc.), enti presenti sul territorio (scuole, musei, biblioteche, enti gestori parchi, centri anziani, Rsa ecc.) e la rete locali di associazioni, comitati, liberi cittadini e società civile

B.1. – Un progetto pilota di unità sub-distrettuale

Documento di presentazione: Microdistretto territoriale

Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi

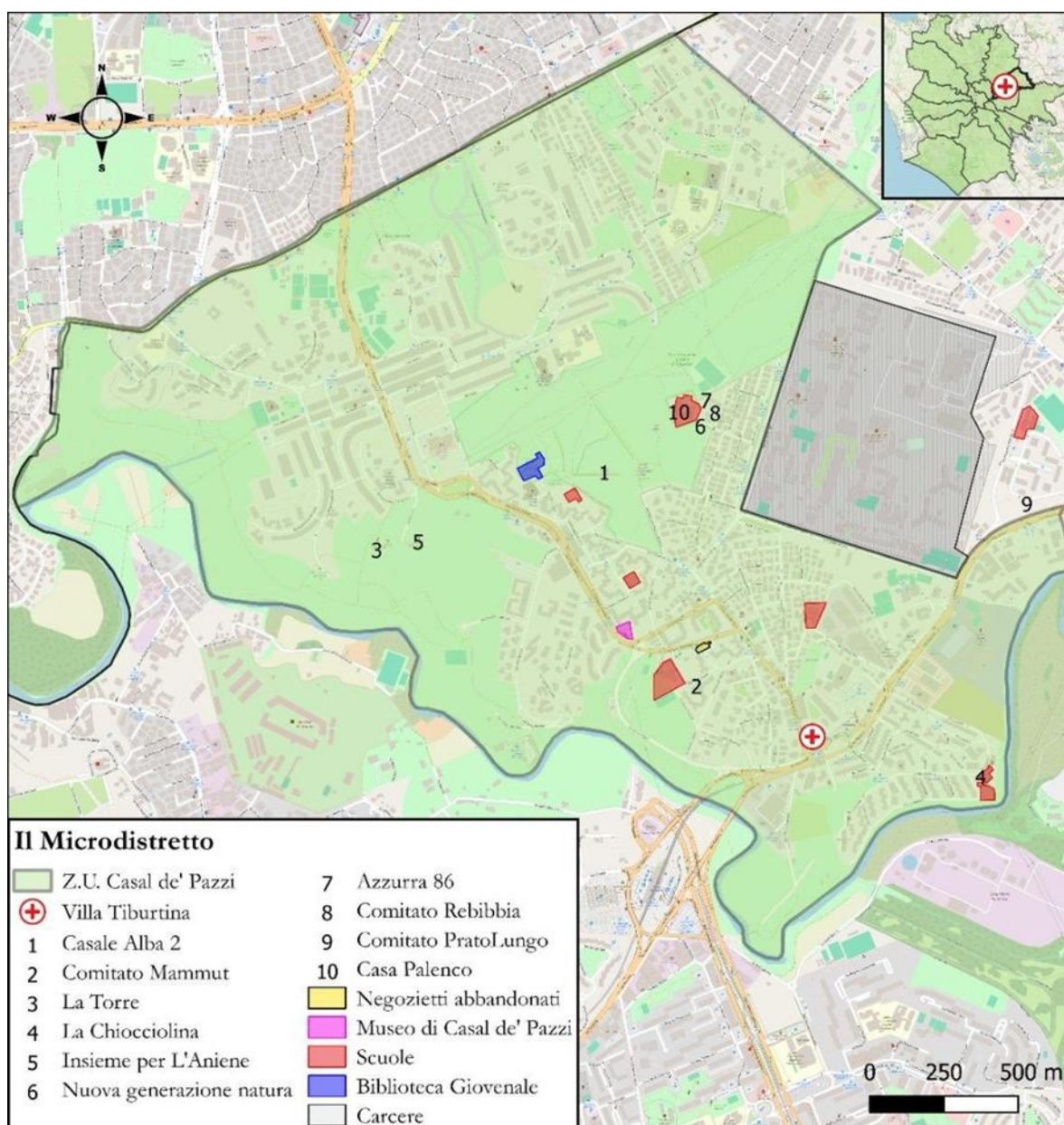


Fig.1 Mappa del microdistretto: infrastrutture e realtà presenti

Introduzione

Il piano di microdistretto territoriale, illustrato nelle figure 1 e 2, è il frutto di anni di lavoro sul territorio di Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi da parte di numerose realtà sociali e politiche. Lo scopo è presentarlo alle istituzioni competenti con l'obiettivo di migliorare la pianificazione socio-sanitaria dell'area interessata e rispondere alle esigenze della comunità locale. Il presente documento aggiorna propone interventi che tengano conto sia delle criticità strutturali accumulate nel tempo, sia delle opportunità latenti per promuovere una gestione partecipata dei servizi di prossimità.

Per raggiungere questi obiettivi, è fondamentale un intervento integrato da parte di tutti gli enti responsabili: ASL Rm2, IV Municipio, Comune di Roma, Regione Lazio e altri soggetti istituzionali coinvolti. Una pianificazione socio-sanitaria efficiente non può avvenire senza un'azione coordinata tra questi attori, che allo stato attuale è assente o sporadica, e un parallelo confronto costante con gli attori non istituzionali del territorio di riferimento. La proposta di microdistretto nasce dall'ascolto delle necessità degli abitanti e dall'analisi delle potenzialità locali, da professionisti del settore socio-sanitario con decenni di esperienza e persone impegnate nel mondo dell'università e della ricerca. La prospettiva è di un'elaborazione integrale, coordinata, partecipata dei bisogni socio-sanitarie del microdistretto e dei conseguenti servizi di prossimità erogati, in primis dalla nascita Casa di Comunità Villa Tiburtina in via Casal De' Pazzi 16.

Finora la mancanza di una strategia strutturata ha lasciato la pianificazione socio-sanitaria sconnessa e disorganizzata, in balia di logiche di mercato e di interessi privati, senza una visione organica per i territori di riferimento. Per il quadrante di Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi, nel tempo, gli interventi pubblici frammentari hanno contribuito alla marginalizzazione del territorio, favorendo fenomeni di desertificazione commerciale e sociale prima ancora che sanitaria. Inoltre, la progressiva riduzione dei servizi di prossimità e la carenza di infrastrutture adeguate hanno reso gli spazi pubblici meno accessibili e più vulnerabili a fenomeni di degrado.

Le iniziative promosse dalle realtà associative e dai gruppi informali sul territorio rappresentano oggi importanti presidi di partecipazione e inclusione sociale. Attraverso la loro azione, sono stati sviluppati progetti che rispondono a bisogni fondamentali in ambiti come salute, istruzione, sport, emergenza abitativa, supporto sociale. Negli ultimi anni, queste realtà hanno lavorato per costruire reti di solidarietà, promuovere istanze di miglioramento e sensibilizzare le istituzioni sulla necessità di interventi mirati e sostenibili.

La mappatura degli interventi esistenti e delle esigenze ancora inevase offre una base di lavoro per orientare le future politiche territoriali. Essa permette di individuare le opere incompiute, le urgenze non più rimandabili e le risorse già attivate grazie all'autorganizzazione locale. L'obiettivo a medio

termine è integrare e ampliare alcune di queste attività, come lo Sportello socio-sanitario Mammuto, con la pianificazione istituzionale in materia di servizi sanitari di prossimità, superando approcci emergenziali e costruendo strategie di sviluppo di lungo periodo basate sulla partecipazione attiva della comunità, sull'inchiesta puntuale e su verifiche regolari delle strategie adottate.

A distanza di quattro anni dall'avvio della vertenza per la riapertura di Villa Tiburtina, a pochi mesi dalla fine dei lavori sulla struttura, è necessario affrontare le sfide insolite e aperte dalla Missione 6 - Salute del PNRR, con particolare riguardo alla Componente 1 e specificamente alle Case e agli Ospedali di Comunità (CdC e OdC), e alla Centrali Operative Territoriali (COT), ovvero la rete infrastrutturale comunitaria che dovrebbe andare a costituire un nuovo modello di medicina di prossimità. L'adozione di misure emergenziali rischia di limitare la capacità di pianificazione e di rafforzare dinamiche di dispersione del denaro pubblico, inadeguatezza e mancanza dei servizi erogati, inefficacia delle politiche pubbliche. Per questo, è essenziale promuovere un modello di microdistretto che valorizzi davvero, come disposto teoricamente dalla normativa, il lavoro svolto dalle realtà del territorio e le integri nella pianificazione socio-sanitaria delle istituzioni competenti con un approccio bottom-up.

Fin dall'inizio della vertenza per la riapertura di un polo sanitario pubblico a Rebibbia-Ponte Mammolo, Villa Tiburtina è stata un prototipo, un esperimento del coinvolgimento degli abitanti di un territorio nella pianificazione socio-sanitaria. Lo Sportello Sanitario Mammuto da tre anni prova a fare da collante tra i vari attori in campo, specialmente il IV Municipio e la ASL Rm 2, per creare un dialogo tra istituzioni che non solo possono, ma devono, interloquire su materie così importanti.

Crediamo sia arrivato il momento di allargare questo esperimento e renderlo un modello, un progetto pilota: creare un microdistretto per la pianificazione socio-sanitaria che abbracci i quartieri di Rebibbia, Ponte Mammolo, Casal de' Pazzi e comprenda tra le 25.000 e le 30.000 persone. Un'entità amministrativa più piccola di un municipio, che possa garantire una vera pianificazione partecipata dei servizi socio-sanitari di prossimità coinvolgendo tutto il territorio.

Contesto generale e inquadramento normativo

Negli ultimi anni, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha posto sempre maggiore attenzione alle modalità di erogazione delle cure al di fuori dell'ambito ospedaliero, con un particolare focus sul modello delle Case della Salute (CdS), considerate il fulcro dell'assistenza territoriale. Recenti

mappature hanno evidenziato la progressiva diffusione di queste strutture, seppur con notevoli differenze regionali nella loro realizzazione.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale rappresenta un'esigenza consolidata da tempo. Tuttavia, la crisi pandemica degli ultimi anni ha esercitato una forte pressione sui servizi sanitari regionali, accelerando la necessità di un cambiamento strutturale nel paradigma assistenziale. A conferma di questa centralità, il governo italiano ha destinato una specifica componente della Missione 6 del PNRR alle "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". Tra gli obiettivi principali figurano il rafforzamento del SSN, attraverso l'allineamento dei servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, e il potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, con un incremento dei servizi di assistenza domiciliare.

Questo processo, che intende realizzare una riforma della sanità e dell'accesso alle cure e all'assistenza, è articolato in tre linee di investimento dalla Componente 1 della Missione 6 del PNRR:

- Case della Comunità e presa in carico della persona, per una presa in carico globale, multiprofessionale e territorialmente fondata;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina, per l'implementazione delle COT, lo sviluppo dell'assistenza domiciliare e della telemedicina;
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità), per il potenziamento della capacità ricettiva di ciascun territorio.

Diversamente dal passato, quando lo sviluppo delle CdS è avvenuto in modo disomogeneo, questa nuova fase si caratterizza per un più marcato ruolo di indirizzo da parte delle istituzioni nazionali nella programmazione e nella definizione degli standard. Dopo un lungo processo di confronto tra i diversi attori coinvolti – Ministero della Salute, AGENAS e Conferenza Stato-Regioni – nel giugno 2022 è entrato in vigore il nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale (Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77). Per la prima volta, sono stati introdotti standard uniformi a livello nazionale in termini di strutture, organizzazione del personale, servizi da erogare e dotazioni tecnologiche, con l'obiettivo di garantire un'assistenza più equa ed efficiente su tutto il territorio.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari, nonché il coinvolgimento attivo delle realtà territoriali nel tessuto sociale, rappresentano principi consolidati nelle normative succedutesi nel corso dei decenni a livello istituzionale. Tuttavia, nonostante la loro costante enunciazione nei testi legislativi, la loro effettiva attuazione si è rivelata finora frammentaria e insufficiente a generare quel processo virtuoso tanto auspicato.

Ma quali sono stati gli ostacoli che hanno impedito la piena realizzazione di questi principi? Di seguito, analizziamo alcune delle cause principali:

1. Il gigantismo istituzionale - Nel settore sanitario, si è assistito a un progressivo accentramento gestionale, con il conseguente svuotamento delle funzioni dei Distretti Sanitari a favore delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). In città come Roma, ciascuna ASL si trova a gestire un numero eccessivo di

assistiti, anche superiore al milione, mentre i singoli Distretti Sanitari superano ampiamente i 100.000 abitanti. Questo ha determinato una crescente distanza tra i servizi e i cittadini.

2. La separazione tra settore sociale e sanitario - La distinzione tra le competenze delle diverse istituzioni ha mantenuto una rigida divisione operativa: il settore sociale fa capo ai Comuni e ai Municipi, mentre quello sanitario è gestito a livello regionale attraverso ASL e Distretti Sanitari. Questa separazione ha reso difficile la comunicazione e la collaborazione tra i due ambiti, impedendo un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni dei cittadini.

3. La verticalizzazione gestionale delle ASL - Attualmente, le ASL operano senza organismi consultivi o partecipativi, con un potere decisionale accentrato nelle mani del Direttore Generale, nominato dalla Regione. La trasformazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) in aziende ha posto al centro della gestione la sostenibilità economica, spesso a scapito della partecipazione di utenti e operatori alla definizione delle strategie assistenziali.

4. Discontinuità e precarietà dei servizi, carenza di personale - Molti dei servizi offerti sono discontinui e non inseriti in un quadro progettuale organico. Spesso l'erogazione dipende da bandi e appalti che affidano le prestazioni a soggetti privati, con contratti di lavoro precari e instabili. Soprattutto in ambito sanitario, il personale in organico è spesso insufficiente a garantire i servizi e frequentemente, in caso di pensionamento, non vengono effettuate nuove assunzioni.

I principali riferimenti legislativi che regolano l'integrazione tra sociale e sanitario sono la Legge 328 del 2000, che disciplina gli interventi sociali a livello comunale e municipale, e il Decreto 77 del 2022, che organizza le nuove strutture territoriali come Case e Ospedali di Comunità, nonché Centrali Operative Territoriali, fornendo la base legislativa per le Linee guida generali della Regione Lazio.

Il Decreto 77 prevede una riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso:

- L'istituzione di Case di Comunità Hub, ciascuna con un bacino massimo di 60.000 abitanti;
- La presenza continua di personale medico e infermieristico (24 ore su 24), con l'indicazione dello standard minimo di personale (7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 personale di supporto);
- Un approccio multidisciplinare per la gestione delle principali patologie (cardiologia, diabetologia, ecc.);
- L'offerta di esami diagnostici, prelievi e consulenze specialistiche;
- Il coinvolgimento dei medici di famiglia in una quota del loro orario di servizio;
- Il coordinamento tra i diversi percorsi diagnostico-terapeutici, dalla prevenzione al ricovero ospedaliero e all'assistenza domiciliare;
- La presenza di personale comunale o municipale per garantire un Punto Unico di Accesso (PUA), favorendo una risposta unificata ai bisogni sociali e sanitari.

Le Contraddizioni e le Sfide Attuative

Nonostante le premesse teoriche, l'attuazione del nuovo modello di assistenza incontra diverse criticità:

- Non sono previste nuove assunzioni di personale sanitario sufficienti a rendere operative le infrastrutture di Comunità, poiché i fondi del PNRR coprono esclusivamente le spese edilizie e l'acquisto di strumentazioni;
- Le poche Case di Comunità già ultimate risultano ancora chiuse o funzionano solo parzialmente;
- Il ruolo dei medici di famiglia, attualmente oggetto di accese discussioni, non è stato chiarito in modo definitivo.

Un Cambio di Paradigma Necessario

Affinché il nuovo modello di assistenza funzioni, è necessario un profondo cambiamento nell'approccio delle istituzioni (ASL, Distretti, Comuni e Municipi) nei confronti del territorio.

Questo cambiamento non riguarda solo la garanzia di servizi accessibili e umanizzati, evitando ai cittadini percorsi burocratici complessi per ottenere prestazioni sanitarie. La vera trasformazione consiste nell'accettare che un'assistenza di prossimità non può prescindere da un dialogo aperto e continuo con la popolazione, superando le rigidità burocratiche.

L'introduzione di una Casa di Comunità in un territorio dovrebbe essere accompagnata da un coinvolgimento diretto dei suoi abitanti, attraverso campagne informative, momenti di confronto, e indagini sui bisogni reali della popolazione. Tuttavia, ad oggi, tali iniziative risultano pressoché assenti.

Uno dei limiti più evidenti sia della Legge 328 che del Decreto 77 è proprio l'assenza di strumenti normativi chiari che garantiscano un'effettiva interlocuzione tra cittadini e istituzioni. Senza un meccanismo strutturato di partecipazione, il rischio è che anche questo tentativo di riforma resti solo un enunciato sulla carta, senza tradursi in un reale miglioramento della qualità dell'assistenza sociale e sanitaria.

Stato dell'arte degli interventi a tema socio-sanitario

Lo Sportello Socio-sanitario Mammuto è stato istituito nel 2021 e, ad oggi, ha assistito oltre 300 persone che hanno riscontrato difficoltà di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel corso del tempo, lo sportello ha identificato quattro principali problematiche legate all'accesso al SSN: le cosiddette "agende chiuse", ovvero l'impossibilità di prenotare visite o esami per completa mancanza di disponibilità in agenda; la mancata presa in carico da parte della struttura curante, che lascia i

pazienti senza un adeguato follow-up; i problemi di carattere socio-sanitario; e il mancato rispetto del codice di priorità sulla ricetta medica.

La Figura 2 fornisce una panoramica dettagliata di queste problematiche.

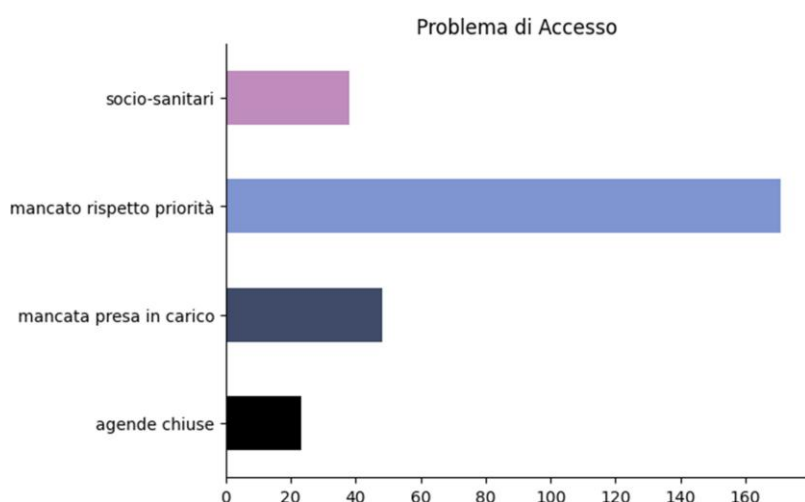


Fig. 2 Problemi di accesso al SSN riscontrati dallo sportello socio-sanitario - Elaborazione Sportello Socio-sanitario Mammuto

L'intervento dello sportello si basa principalmente su due strumenti giuridici: il Decreto Legislativo 124/1998, che garantisce il rispetto del codice di priorità sulle ricette mediche, e la Legge 161/2014, che vieta la pratica delle "agende chiuse".

Nel 2023 lo sportello ha iniziato una collaborazione con la ASL Rm2. Tale collaborazione si è concretizzata in seminari di formazione per operatrici e operatori dello sportello sanitario, presenza periodica di personale ASL allo sportello, giornate della prevenzione in quartiere, istituzione di un gruppo cammino di quartiere in collaborazione con il dipartimento di Medicina dello Sport. Recentemente, lo sportello ha stabilito una collaborazione anche con il segretariato sociale del IV municipio, tassello indispensabile per l'integrazione dei servizi socio-sanitari di prossimità.

Il lavoro pluriennale dello Sportello ha evidenziato la mancanza di una visione strategica nella pianificazione socio-sanitaria, per cui si avrebbe bisogno di:

- Integrare interlocutori socio-sanitari (non solo tra istituzioni ma anche abbattere le compartimentazioni nelle stesse istituzioni)
- Modellizzare e istituzionalizzare questa integrazione attraverso strumenti amministrativi dedicati.

Di fatto, lo sportello è l'intermediario tra le diverse istituzioni locali che dovrebbero essere coinvolte nella pianificazione socio-sanitaria!

L'implementazione del microdistretto

Lo scopo generale del progetto pilota è realizzare un caso/modello dove si mette in opera a pieno la riforma del SSN introdotta dalla Missione 6C1 del Pnrr in un contesto urbano, completando la ridefinizione dell'assetto amministrativo secondo il principio di sussidiarietà. Il microdistretto diventerebbe la prima unità funzionale del SSN. La CdC individua un microdistretto cui è assegnato il compito di farsi carico dei bisogni locali di cura, lasciando alla Asl funzioni finanziarie, amministrative, contabili e di indirizzo generale. La pianificazione socio-sanitaria sul territorio del microdistretto è il frutto di un confronto periodico tra le istituzioni preposte e le realtà sociali del territorio, organizzati nella Comunità Territoriale (Polo Civico) Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi.

Programma di realizzazione del microdistretto

- realizzare un patto di collaborazione degli enti locali, tra Regione, in qualità di soggetto attuatore della Missione 6c1 del PNRR, la CdC Villa Tiburtina, Asl Roma 2 (nelle varie emanazioni/sottostrutture/dipartimenti), IV Distretto sanitario, Comune, Municipio, Consultorio, SERD, ed eventuali altre strutture socio-sanitarie, definendo impegni, responsabilità e cornice generale di inquadramento della governance socio-sanitaria del microdistretto di Rebibbia, Ponte Mammolo e Casal de' Pazzi.

Con il patto si sancisce l'istituzione del microdistretto basato su un numero di circa 25.000 abitanti. Il patto istituisce altresì un tavolo interistituzionale permanente che si riunisce periodicamente per confrontarsi sulle strategie di pianificazione socio-sanitaria. Questo tavolo è composto dai delegati suddetti attori istituzionali e dalle realtà sociali del territorio, raccolte nella Comunità territoriale/Polo civico (centri anziani, scuole, comitati, associazioni, gruppi informali, individui);

- convocare un momento pubblico nel territorio in cui informare gli abitanti dell'istituzione del microdistretto, del patto interistituzionale e della comunità territoriale/polo civico. Il primo come strumento di confronto tra le realtà sociali del territorio; la seconda come luogo di orientamento delle politiche socio-sanitarie del microdistretto dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità, elaborando il piano di salute territoriale del microdistretto;

- dedicare una stanza all'interno della CdC alla comunità territoriale/polo civico, che abbia funzioni informative rispetto all'attività del microdistretto e della comunità territoriale.

Parallelamente, dedicare uno spazio fisico in prossimità della CdC Villa Tiburtina, nella fattispecie i locali vuoti di proprietà comunale della piastra commerciale di via Giovanni Palombini 15. Un luogo centrale del quartiere, accessibile ed aperto alle realtà sociali e agli individui che abitano il microdistretto, dove fare azione di informazione, orientamento e monitoraggio dei servizi socio-sanitari, inchiesta e attività di sportello, più attività ludiche, ricreative, culturali e di discussione scientifica e politica dei temi della cura, della salute e della sanità pubblica;

- elaborare dei contenitori tecnico professionali per impostare i percorsi terapeutici multiprofessionali e le modalità operative delle équipes, costruendo la rete intra-CdC; elaborare la rete inter-CdC coordinando a livello del Dipartimento i singoli microdistretti; elaborare infine, insieme alla Centrale Operativa Territoriale (COT), la rete che integra a livello di Asl i servizi e le attività ospedaliere (inclusando ADI, RSA, consultori e i servizi di salute mentale)
- realizzare un'intesa tra Asl (Distretto IV) e MMG e PLS (medici e pediatri) che lavorano sul territorio per concordare turni e modalità di servizio presso la CdC;
- rendere operativo un sistema informativo (collegato al Fascicolo Sanitario Elettronico) comune attraverso la COT, per mettere a disposizione in modo strutturato i dati sanitari del microdistretto, in modo che siano consultabili, fruibili ed elaborabili dalle stesse CdC, dalle Asl e dal mondo della ricerca; predisporre i format affinché i dati istituzionali del microdistretto possano essere aggregati alle informazioni contenute nei database degli sportelli locali, per integrare le antenne delle reti sociali e le conoscenze degli operatori locali; offrire strumenti semplici di rielaborazione delle informazioni a livello di singola CdC; valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili, utili per il dialogo con la comunità e per le riflessioni operative locali dei professionisti.

Azione	Descrizione	Soggetti	Fase
Patto istituzionale di microdistretto	Elaborazione del quadro operativo della Consulta microdistrettuale per la pianificazione socio-sanitaria;	Regione Asl Distretto Comune Municipio	1
Intesa MMG e PLS	Concordare turni e modalità di servizio presso la CdC;	Distretto CdC MMG PLS	1
Spazio di Comunità	Predisporre uno spazio fisico all'interno della CdC e uno spazio in prossimità della CdC per la Comunità Territoriale/Polo Civico	Comune Municipio Distretto CdC Realtà sociali	1
Sistema informativo	Programmazione del sistema informativo centrale e del metodo di aggregazione dei dati, per valutare il quadro dei bisogni e delle risorse formali e sociali disponibili	Asl Distretto CdC COT	2
Comunità territoriale Rebibbia/Ponte Mammolo/Casal dé Pazzi	Prima assemblea di connessione della rete territoriale microdistrettuale	CdC realtà sociali (centro anziani, comitato, associazioni ecc. ma anche museo, biblioteca, consultorio - esclusi organi direzionali politici e sanitari)	2
Tavolo interistituzionale permanente	Riunioni periodiche interistituzionali del microdistretto per elaborare quadro bisogni territoriali, pianificazione socio-sanitaria, intervento della CdC	Attori istituzionali (ASL RM2, Municipio, IV Distretto, CdC, Consultorio, ecc.) + Comunità Territoriale/Polo Civico	2

Personale intra CdC	Bandire le posizioni lavorative della CdC (7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 personale sociosanitario e amministrativo di supporto)	Regione Asl Distretto Municipio CdC (?)	3
Azione	Descrizione	Soggetti	Fase
Reti operative territoriali intra	Elaborare PAI e protocolli operativi multiprofessionali d'equipe per la rete intra-CdC tra professionisti che operano nella CdC	Distretto Microdistretto Personale intra	3
Reti operative territoriali inter	Elaborare la rete territoriale che si estende tra le varie CdC (inter-CdC), divise tra presidi hub e spoke, le COT, gli OdC, i servizi ADI, le RSA, i consultori, igiene mentale e i vari servizi sociosanitari	Regione Asl Distretto Comune Municipio Microdistretto	3

FASE 1: Organizzazione del piano operativo del microdistretto e riorganizzazione dei servizi della CdC su scala locale microdistrettuale;

FASE 2: Messa in opera del patto interistituzionale e della Comunità Territoriale/Polo Civico con la promozione e il lancio degli strumenti partecipativi;

FASE 3: Assunzione dipendenti e definizione del contesto di lavoro della CdC e pianificazione socio-sanitaria partecipata a livello microdistrettuale.

Il Consultorio: infrastruttura fondamentale del microdistretto

Il consultorio familiare è uno spazio socio-sanitario dedicato agli abitanti di ogni età e identità sessuale, ragazzi e ragazze, donne, uomini e libere soggettività LGBTQIA+. Istituiti con la legge 405 del 1975, i consultori sono strutture pubbliche e gratuite che forniscono servizi socio-sanitari essenziali sul territorio. È possibile accedervi senza necessità di ricetta medica o del permesso dei genitori (nel caso di minorenni).

Il consultorio rappresenta un presidio di prossimità che offre una vasta gamma di servizi fondamentali: prevenzione, educazione sessuale e affettiva, ascolto e supporto psicologico (es. casi di violenza domestica), servizi di contraccezione e percorso per l'ivg, assistenza durante la gravidanza e nel post-parto, supporto alla genitorialità e per le adozioni, e molto altro.

Il ruolo di questa struttura è cruciale anche nelle scuole, dove può monitorare e ascoltare i giovani che vivono situazioni di socialità e affettività spesso problematiche. I dati raccolti dallo sportello socio-sanitario del comitato di quartiere Mammut evidenziano come i problemi socio-sanitari gestiti dal consultorio rappresentino un'importante questione di accesso ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come illustrato nella Figura 2.

L'assemblea delle donne, degli uomini e delle libere soggettività, che si tiene mensilmente all'interno del consultorio, rappresenta un momento fondamentale in cui i partecipanti possono confrontarsi e individuare le esigenze e i servizi necessari per gli abitanti.

Nel territorio di Rebibbia/Ponte Mammolo/Casal De' Pazzi esistono spazi abbandonati, come alcuni negozi di proprietà comunale, dove l'istituzione di un servizio sociale di prossimità come il consultorio potrebbe rappresentare una svolta positiva. Non solo garantirebbe un servizio essenziale, ma contribuirebbe anche a prevenire il degrado di questi spazi.

Nel quartiere Rebibbia/Ponte Mammolo, che conta circa 27.000 abitanti, in base alla legge 405/1975 dovrebbe infatti essere garantito un consultorio (previsto ogni 20.000 abitanti). La campagna per l'apertura del consultorio è di fondamentale importanza e prevede il coinvolgimento attivo del territorio attraverso banchetti informativi, questionari, raccolta firme e volantinaggi. Il consultorio, insieme alla ASL e al Municipio, rappresenta uno degli attori istituzionali con cui la comunità territoriale intende costruire un dialogo per essere informata e ascoltata riguardo alle esigenze degli abitanti del quartiere.

Il consultorio di Rebibbia/Ponte Mammolo potrà fare rete con i due consultori limitrofi già attivi, a San Basilio e Pietralata, quartieri che condividono problematiche simili, e con la vivace assemblea che si riunisce mensilmente da alcuni mesi presso il consultorio di Pietralata, nonché con tutte le altre assemblee consultoriali della città di Roma.

Microdistretto e disabilità

Attualmente le persone con disabilità residenti in questo microdistretto riscontrano le seguenti criticità:

- Disservizi dovuti alla mancanza di personale sanitario nelle ASL
- Lunghe liste d'attesa

- Ritardi nell'ottenimento di una prima valutazione dell'Equipe Multidisciplinare per una immediata presa in carico dell'utente e per attivare eventuali terapie di riabilitazione. Per i minori tale ritardo può diventare estremamente deleterio:

le terapie riabilitative non potranno partire; le scuole, senza CIS (Certificato di Integrazione Scolastica) non potranno richiedere né l'insegnante di sostegno né l'OEPAAC né l'Assistente alla CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) qualora fossero necessari.

- Difficoltà ad ottenere appuntamenti per accertamenti diagnostici o visite specialistiche in tempi brevi e in una struttura relativamente vicina (persone con disabilità gravissima costrette a raggiungere il Sant'Eugenio!)

- Mancanza di collegamento tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e Servizi di Prossimità che spesso si ignorano

Tutte queste criticità potrebbero essere risolte quando Villa Tiburtina verrà aperta e diventerà operativa.

Villa Tiburtina dovrà diventare un punto di riferimento anche per le persone disabili del territorio che non dovranno più percorrere chilometri per fare una visita specialistica ma potranno avere a portata di mano tutti i servizi sanitari di base, ma anche specialisti e professionisti come logopedisti, fisioterapisti o tecnici della riabilitazione.

Inoltre l'integrazione dei servizi da sanitari a socio-sanitari faciliterà lo scambio e velocizzerà quei processi che ad oggi risultano essere davvero troppo lunghi.

La compresenza nella stessa struttura di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta faciliterà e velocizzerà la diagnosi di patologie o di eventuali disabilità così da permettere un'immediata presa in carico dell'utente mediante un approccio multidisciplinare e una veloce attivazione di tutti quei processi che seguono alla diagnosi di una disabilità come anche la compilazione di un CIS.

Il contatto diretto previsto tra MMG e PLS e medici specialisti potrà inoltre favorire l'attivazione di Campagne di Prevenzione e di Screening.

Si dovrebbe anche prevedere l'ausilio di Associazioni che ruotano intorno a specifiche disabilità o patologie.

Sarebbe opportuno pensare anche ad uno spazio dedicato alla gestione sociosanitaria di persone con disabilità cognitiva comportamentale con scarso o assente grado di collaborazione, ad esempio avvalendosi della collaborazione di "Curare con cura", che offre "un punto di ascolto per una presa in carico integrata e precoce attraverso un apposito percorso assistenziale", servizio attualmente assente nel Distretto IV.

Ambiente e microdistretto

Ormai moltissimi studi hanno comprovato la correlazione tra natura e salute fisica e mentale, e tra presenza di verde e risparmio di spese per cure mediche.

In zone particolarmente antropizzate, come il nostro territorio, la presenza di aree verdi è determinante per la rimozione di inquinanti atmosferici, la mitigazione di calore, la riduzione dello stress e di disturbi psicologici e psichiatrici, la prevenzione di malattie cardio-respiratorie, metaboliche e tumorali, il rafforzamento del sistema immunitario, la possibilità di accedere, tramite l'esperienza e il contatto con la natura, a fondamentali modalità di funzionamento psico-sociale attraverso l'attività fisica, la coesione sociale e le opportunità di incontro con gli altri.

Le istituzioni sono tenute a garantire la tutela e la qualità ambientale delle aree verdi, le più importanti delle quali nel nostro territorio sono la Riserva Naturale della Valle dell'Aniene e il Parco Regionale di Aguzzano, polmoni verdi che esistono grazie alle battaglie sostenute dagli abitanti ed essenziali per il loro stesso benessere. Non sempre le istituzioni sono in grado di compiere il loro dovere: le associazioni e i cittadini si sono trovati negli anni, e si trovano tuttora, a segnalare – spesso inascoltati – criticità ambientali quali discariche illegali, sversamenti nel fiume, inquinamento delle acque, rischio di incendi e roghi tossici, nonché a svolgere compiti che sostituiscono il ruolo stesso degli Enti preposti, con attività di pulizia, manutenzione, educazione ambientale, la gestione di orti urbani, forestazioni e riqualificazioni di ecosistemi.

E' necessaria da parte delle Istituzioni un'attenzione e un'azione costante, a partire dal contrasto alle attività illegali, per garantire spazi verdi urbani ben tutelati, inclusivi e accessibili per tutti, e consentire una migliore qualità della vita degli abitanti e lo sviluppo di comunità e territori sani e resilienti. Una gestione del verde a livello microdistrettuale, in concerto con le autorità competenti e con un piano strategico socio-sanitario, permetterebbe una visione complessiva della tutela ambientale e della salute come parte della stessa necessità del territorio.

Prevenzione e microdistretto

Prevenzione odontoiatrica per bambine e bambini

Negli anni precedenti, lo Sportello Socio-Sanitario Mammuto ha organizzato uno screening odontoiatrico pediatrico per 54 bambini del quartiere. Di conseguenza, la ASL RM2, che è stata presente per un anno presso il nostro sportello (una volta al mese), ha realizzato un corso di formazione sulla prevenzione odontoiatrica all'interno della scuola Palombini.

Gruppo di cammino

L'idea di un gruppo di cammino (percorso salute), avviato da oltre un anno su stimolo dello sportello sanitario Mammut, sta regalando un'esperienza preziosa agli abitanti del quartiere. Camminare nei parchi del territorio, immersi nella natura, offre momenti di benessere, favorendo il rilascio di endorfine che migliorano la salute fisica e mentale.

Questa attività, se praticata con costanza, contribuisce a prevenire patologie dell'apparato cardiovascolare, ipertensione, diabete e rafforza il sistema muscolo-scheletrico, rallentando l'invecchiamento biologico. Inoltre, camminare migliora le capacità cognitive, come attenzione, memoria e creatività, riducendo il rischio di demenza, depressione e ansia, e aumentando l'autostima. In definitiva, il cammino non solo migliora la salute e la qualità della vita a costo zero, ma rappresenta anche un notevole risparmio per il sistema sanitario.

A dicembre 2024 è stato organizzato un corso di formazione sul cammino, in collaborazione con i medici dello sport della ASL RM2. Questo corso si è rivelato fondamentale per accrescere la consapevolezza sui benefici del camminare e sui danni della sedentarietà, contribuendo alla diffusione della cultura di uno stile di vita attivo e sano, anche attraverso una corretta alimentazione.

Oltre a tutti questi vantaggi, camminare insieme rappresenta anche un'importante opportunità di socializzazione e di rafforzamento del senso di comunità, favorendo la cura attiva del territorio.

Prevenzione della scoliosi nelle scuole

Visti i benefici riscontrati nel progetto sul cammino, gli stessi medici dello sport della ASL RM2 hanno proposto alla dirigenza dell'Istituto Palombini un progetto di prevenzione della scoliosi rivolto alle bambine e ai bambini della scuola.

La prevenzione è un'attività fondamentale per ridurre l'incidenza delle patologie. Integrarla nei programmi scolastici fino all'età adolescenziale è essenziale per costruire un futuro più sano e per ridurre i costi sanitari a lungo termine.

Riepilogo e conclusioni

Alla luce delle criticità e delle potenzialità evidenziate nel presente documento, riteniamo fondamentale che le istituzioni competenti – ASL RM2, IV Municipio, Comune di Roma, Regione Lazio e altri attori istituzionali – assumano un ruolo attivo nella realizzazione del microdistretto territoriale Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi, garantendo un modello di governance partecipata e integrata. Questo impegno potrebbe sostanzarsi attraverso la seguente roadmap:

1. Istituzionalizzazione del Microdistretto – Proponiamo la formalizzazione di un Patto di collaborazione interistituzionale che sancisca il microdistretto come entità amministrativa competente nella pianificazione socio-sanitaria;
2. Attuazione di un tavolo interistituzionale permanente – È necessaria la creazione di un tavolo di confronto tra enti pubblici e realtà sociali locali, che assicuri un dialogo continuo per definire strategie integrate e monitorare l'efficacia delle politiche attuate;
3. Rafforzamento dei servizi di Prossimità e attivazione di un consultorio del microdistretto – Chiediamo l'incremento di risorse e personale per strutture fondamentali come la Casa di Comunità Villa Tiburtina e l'attivazione di un consultorio adeguato al bacino di utenza del microdistretto;
4. Valorizzazione della Partecipazione Civica – Infine, proponiamo il riconoscimento e il sostegno alle realtà sociali, ai soggetti informali e ai singoli abitanti che già operano nel territorio, includendole nei processi consultivi e garantendo strumenti concreti per il loro coinvolgimento attivo.

Queste proposte mirano a trasformare il microdistretto in un modello innovativo di gestione socio-sanitaria territoriale, capace di rispondere in modo equo, efficiente e partecipato ai bisogni della comunità di riferimento.

Firmatari

Comunità territoriale Rebibbia-Ponte Mammolo-Casal De' Pazzi

Composta da:

Casale Alba 2

Comitato di Quartiere Mammut

Riapriamo Villa Tiburtina - Sportello socio-sanitario Mammut Csoa La Torre

Associazione La Chiocciolina odv CdQ Kant-Nomentana

Rete Studenti Roma Est Insieme per l'Aniene Onlus Centro Anziani Ponte Mammolo Museo di Casal De' Pazzi Comitato di Quartiere Rebibbia Red Foxes

Nuova Generazione Natura a.p.s. Azzurra 86 A.s.d.

Roma NoProfit Donne De Borgata

Scuola Palenco - Movimento per il diritto all'Abitare

Bibliografia

- Agamben G. (2005), *Homo sacer: il potere sovrano e la nuda vita*, Torino, Piccola Biblioteca Einaudi.
- Ahmed S. (2013), *The cultural politics of emotion*, Abingdon, Routledge.
- Ahmed S. (2020), *On being included: Racism and diversity in institutional life*, Londra, Duke University Press.
- Alegana V. A., Wright J. A., Pentrina U., Noor A. M., Snow R. W., Atkinson P. M. (2012). Spatial modelling of healthcare utilisation for treatment of fever in Namibia, *International journal of health geographics*, 11,1, 6, pp 1-13.
- Alastra V., Bronzini M., Ingrosso M. (a cura di) (2022), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti, esperienze*, Milano, FrancoAngeli.
- Albanese V.E. (2021), Geografie della pandemia e capitalismo della sorveglianza: riflessioni italiane, *Documenti geografici*, 2, pp. 53-80.
- Albini G. (2016), *Poveri e povertà nel Medioevo*, Carocci, Roma.
- Al-Faham H., Davis A. M., Ernst R. (2019), Intersectionality: From theory to practice, *Annual Review of Law and Social Science*, 15, 1, pp. 247-265.
- Amato F., Cerreti C., Dumont I., Fournier J.M., Hérin R., Maggioli M., Raoulx B., Tabusi M. (2016), Pre-visioni di geografia sociale, *Rivista geografica italiana*, 124, pp. 461-464.
- Ambretti A., Telese V. (2022), Outdoor education: esperienze italiane a confronto, in Chistolini S., *Per una pedagogia della persona*, Il Falco editore, 26, 52, pp. 223-233.
- Amin A. E., Thrift N. (2002), *Cities: Reimagining the urban*, Cambridge, Polity Press.
- Anionwu E. N., Atkin K. (2001), *The politics of sickle cell and thalassaemia*, Open University.
- Annuario statistico (1915), Anni 1913 e precedenti, Comune di Roma Servizio di statistica, Roma, Tipografia Ludovico Cecchini.
- Ansaldi F., Astengo M., Battaglini A., Grammatico F., Marchini F., Fiorano A., Allegretti S., Schenone I., Amicizia D. (2024), A new organizational model of primary healthcare in Liguria, Italy. Insights and implications, *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65, 2, pp. E236-E244.
- Antaki N., Belfield A., Moore T. (2024), Radical urban classrooms: civic pedagogies and spaces of learning on the margins of institutions, *Antipode*, 56,5, pp. 1509-1534.
- Ares P., Risler J. (a cura di) (2016), *Manual of Collective Mapping. Critical cartographic resources for territorial processes of collaborative creation*, Iconoclasistas, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar/> (ISBN 978-987-42-2150-6)

- Ascani A., Faggian A., Montresor S. (2021), The geography of COVID-19 and the structure of local economies: The case of Italy, *Wiley Journal of regional science*, 61, pp. 407–441.
- Asl Salerno (2025), Protocollo operativo “Botteghe della comunità”, Salerno.
- Athanasίου A., Butler J. (2013), *Dispossession: The Performative in the Political*, Cambridge, Polity Press Wiley.
- Baglio G., Eugeni E. (2019), Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard-to-reach, in Maciocco G. (a cura di), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Roma, Carocci, pp. 77-84.
- Bagnasco A. (a cura di) (2001), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, il Mulino, Bologna.
- Bambra C., Riordan R., Ford J., Matthews F. (2020), The COVID-19 pandemic and health inequalities, *J Epidemiol Community Health*, 74, 11, pp. 964-968.
- Bancheri G. (2022), Pnrr: dal Dm 71 al Dm 77 e i Distretti socio sanitari “depotenziati”, *Studi e analisi*, 3, pp. 11-17.
- Barone A. (2023), “Facevamo un consultorio, ma era un progetto politico”. I consultori a Roma prima e dopo la legge 405/1975, in Stelliferi P., Voli S. (a cura di), *Anni di rivolta. Nuovi sguardi sui femminismi degli anni Settanta e Ottanta*, Roma, Viella.
- Baum F., MacDougall C., Smith D. (2006), Participatory action research. *Journal of epidemiology and community health*, 60, 10, pp. 854-857.
- Belluto M., Consoloni M., Da Mosto D., Neri M., Vallerani S. (2023), Comunità di cura e spazi urbani: retoriche pubbliche, limiti e potenzialità della partecipazione comunitaria, *Tracce Urbane*, 9, 13, pp. 303-309.
- Berlinguer G. (1991), *Storia e politica della salute*, Milano, Franco Angeli.
- Berlinguer G., Delogu S. (1959), *La medicina è malata*, Bari, Laterza.
- Berta P., Martini G., Spinelli D., Vittadini G. (2022), The beaten paths effect on patient inter-regional mobility: An application to the Italian NHS. *Paper in Regional Science*, 101, pp. 945–977.
- Bertazzoni G., Ruggiero M., Bertazzoni B. (2020), Spatial inequalities of COVID-19 in Italy, *J-READING (Journal of Research and Didactics in Geography)*, 1, 9, pp. 207-212.
- Bifulco L., Dodaro M., Mozzana C. (2022), Local welfare and social innovation in times of emergency, *Polis*, 37, 1, pp. 105-134.
- Bissell D. (2021), A changing sense of place: Geography and COVID-19, *Geographical Research*, 59, 2, pp. 150-159.
- Bobini M., Fattore G., Longo F., Meda F. (2022), La Casa della Comunità come piattaforma erogativa decentrata dell'ospedale hub. Il caso servizi oncologici della Casa della Salute di Bettola (AUSL PC), *MECOSAN*, 121, pp. 91-121.

- Bollier D. (2020), Commoning as a transformative social paradigm. *The new systems reader*, 3, pp. 348-361.
- Boni S., Koensler A., Rossi A. (2020), *Etnografie militanti: prospettive e dilemmi*, Milano, Mimesis.
- Borghi R. (2020), *Decolonialità e privilegio: pratiche femministe e critica al sistema-mondo*, Milano, Meltemi.
- Borruso G., Balletto G., Murgante B., Castiglia P., Dettori M. (2020), Covid-19. Diffusione spaziale e aspetti ambientali del caso italiano, *Semestrale di Studi e Ricerche di Geografia*, 32, 2, pp. 39-56.
- Boschma R. (2005), Proximity and innovation: a critical assessment, *Regional studies*, 39, 1, pp. 61-74.
- Bourdieu P. (2015), *Forme di capitale*, Roma, Armando.
- Bourlessas, P., Puttilli, M. (2025), 'Is this the city of beauty?': facilitating critical student subjectivities through a creative place-based urban geography workshop in Florence, Italy, *Journal of Geography in Higher Education*, 49,1, pp. 18-35.
- Bozzato S. (a cura di) (2020), *Geografie del Covid-19*, Roma, Documenti Geografici, Università di Tor Vergata.
- Brambilla A., Cacciapuoti I., Botturi D., Donatini A. (2022), Le Case della Salute in Emilia-Romagna, in Brambilla A., Maciocco G. (a cura di), *Dalle Case della Salute a Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci, pp. 71-96.
- Brambilla A., Maciocco G. (a cura di) (2022), *Dalle Case della Salute a Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci.
- Branzoli E., Zappi A. (1902), *La beneficenza dello Stato*, *Giornale degli Economisti* 2, 25, pp. 517-543.
- Breitbart M.M. (2010), Participatory research methods, in Clifford N.J., French S., Valentine G. (a cura di) (2010), *Key Methods in Geography*, Thousand Oaks, SAGE.
- Bronzini G. B. (1983), Antropologia e medicina popolare. Note sugli studi dei positivisti italiani. *La Ricerca Folklorica*, 8, pp. 13-16.
- Brunialti T., Dai Prà E., Gabellieri N. (2020), Malattie infettive e cartografia per l'analisi e il monitoraggio: il progetto di mappatura del COVID-19 in Trentino, *Bollettino della Associazione Italiana di Cartografia*, 170, Special Issue, pp. 19-36.
- Bruno, V. (2025), Educazione (s)extracurricolare: le lacune legislative dell'educazione alle sessualità in Italia, *Nuova Secondaria Ricerca*, 10, 42, pp. 432-446.
- Bultrini M. (2017), Il walkability index: un indice di camminabilità urbana, *Stato dell'Ambiente*, 75, 17, pp. 65-70.
- Burkey M. (2012), Decomposing geographic accessibility into component parts: methods and an application to hospital, *Ann Reg Sci*, 48, pp. 783-800.

- Butler, J. (1997), *The psychic life of power: Theories in subjection*, Stanford, Stanford University Press.
- Buzzi N., Mozzetta I. (a cura di) (2018), *SSN 40. Rapporto Sanità 2018: 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale*, Nebo Ricerche PA.
- Cadei L. (2023), I consultori, luoghi di dialogo e di cura, *Humanitas: rivista bimestrale di cultura*, 78, 2, 2023, pp. 315-324.
- Cadman L. (2009), Nonrepresentational Theory/Nonrepresentational Geographies, *International Encyclopedia of Human Geography*, 1, pp. 456-463.
- Caretta M. A., Pepa M. (2024), Decolonising pedagogy in practice: cuerpo-territorio to consolidate students learning, *Journal of Geography in Higher Education*, 48, 4, pp. 718-726.
- Carnevale F., Baldasseroni A. (1999), *Mal da lavoro: storia della salute dei lavoratori*, Laterza, Roma.
- Caron R.M., Adegboye A.R.A. (2021), COVID-19: a syndemic requiring an integrated approach for marginalized populations, *Frontiers in Public Health*, 9, pp. 1-8.
- Cartabellotta N., Colanichia I. (2020). Manifesto per un nuovo Servizio sanitario nazionale: Nino Cartabellotta in conversazione con Ingrid Colanichia. *MicroMega*, 5, 1.
- Casti E. (2020), Geografia a “vele spiegate”. Analisi territoriale e mapping riflessivo sul Covid-19 in Italia, *Documenti geografici*, 1, pp. 61-83.
- Casti E., Riggio A. (a cura di) (2022), *Atlante Covid-19. Geografie del contagio in Italia*, Roma, A.Ge.I.
- Castiglioni B. (2022). *Paesaggio e società. Una prospettiva geografica*, Roma, Carocci Editore.
- Castillo-Retamal F., Cordero-Tapia F., Soares Gomes Scopel, A. J. (2019), Interdiscipline and education: Orienteering as systemic proposal, *Pensar en Movimiento: Revista de ciencias del ejercicio y la salud*, 17, 2, pp. 163-185.
- Castriotta L., Giangreco M., Cogliati-Dezza M. G., Spanò M., Atrigna E., Ehrenfreund C., Rosolen V., Paoletti F., Barbone, F. (2020), Measuring the impact of a social programme on healthcare: a 10-year retrospective cohort study in Trieste, Italy. *BMJ Open*, 10, 7, pp. 1-9.
- Celata F., Lucciarini S. (a cura di) (2016), *Atlante delle disuguaglianze a Roma*, Roma, Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di Roma.
- Cellamare C. (2019), *Città fai-da-te. Tra antagonismo e cittadinanza. Storie di autorganizzazione urbana*, Roma, Donzelli.
- Cenci C., Polvani S., Giovanale F., Testa M. (2022), R-esistere: dalle narrazioni della pandemia alle potenzialità delle tecnologie digitali per nuove relazioni di cura, in Alastra V., Bronzini M., Ingrosso M. (a cura di), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie. Ricerche, progetti, esperienze*, Milano, FrancoAngeli, pp. 112-127.

- CERGAS (2017). *Rapporto oasi 2017. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Sda Bocconi, Milano, EGEA.
- Cerreti, C. (2021), Tracce di geografia sociale: l'anomalia italiana, *Geography Notebooks*, 4, 2, pp. 193-205.
- Chan K.W., Gentile M., Kinossian N., Oakes T., Young C. (2020), "More-than-viral" Eurasian geographies of the covid-19 pandemic: interconnections, inequalities, and geopolitics, *Eurasian Geography and Economics*, 61, 4, pp. 343-361.
- Chatzidakis A., Hakim J., Litter J., Rottenberg C. (2020), *The Care Manifesto: The Politics of Interdependence*, Edinburgh, Verso Book.
- Cherubini A. (1977), *Storia della previdenza sociale in Italia*, Roma, Editori riuniti.
- Chevée A. (2022), Mutual Aid in north London during the Covid-19 pandemic. *Social Movement Studies*, 21, 4, pp. 413-419.
- Christodoulou A., Dijkstra L., Christidis P., Bolsi P., Poelman H. (2020), A fine resolution dataset of accessibility under different traffic conditions in European cities, *Scientific data*, 7, 1, pp. 279-289.
- Cinelli G., Fattore G. (2024), The 2022 community-based integrated care reform in Italy: from desiderata to implementation, *Health policy*, 139, pp. 1-4.
- Cioppi G. (1985), Soggettività tributaria e problemi fiscali degli Enti ecclesiastici, *Studi Urbinati, A-Scienze giuridiche, politiche ed economiche*, 37, pp. 301-324.
- Clifford N., Cope M., Gillespie T., French S. (a cura di) (2016), *Key methods in geography*, Londra, Sage.
- Codol J.P. (1985), L'estimation des distances physiques entre personnes: suis-je aussi loin de vous que vous l'êtes de moi?, *L'année psychologique*, 85, 4, pp. 517-534.
- Colleoni M., Caiello S., Daconto L. (2017), Walkability e accessibilità urbana, *Stato dell'Ambiente*, 75, 17, pp. 71-80.
- Conradson D. (2003), Geographies of care: Spaces, practices, experiences, *Social & Cultural Geography*, 4, 4, pp. 451-454.
- Consoloni M., Quaranta I. (2021), Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia, *Civiltà e Religioni*, 7, pp. 123-136.
- Conti M., Faralli U. (2022), La Casa della Salute di Castiglione Fiorentino, in Brambilla A., Maciocco G. (a cura di), *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci, pp. 169- 185.
- Corasanti S. (2021), *Volsci: i comitati autonomi operai romani negli anni Settanta (1971-1980)*, Firenze, Le Monnier università- Mondadori education.
- Cosmacini G. (1995), *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Editori Laterza, Bari.

- Costa G., De Luca F. (2023), Il ruolo delle associazioni di volontariato nelle Case della Salute e nelle Case di Comunità: un approfondimento empirico. *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, pp. 101-118.
- Dai Prà E., Fornasari C., Rapisarda A. (2020), Leggere e comunicare l'emergenza attraverso la cartografia: per un'analisi della trasmissione dei dati epidemiologici durante la pandemia COVID-19, *Bollettino della Associazione Italiana di Cartografia*, 170, Special Issue, pp. 4-18.
- Dalvi M.Q., Martin K.M. (1976), The measurement of accessibility: some preliminary results, *Transportation*, 5, pp. 17-42.
- D'Amico D. (2020), Il commissariamento della sanità regionale, *Il diritto amministrativo Rivista giuridica*, 12, pp. 1-27.
- D'Eramo M. (2020), *Dominio: la guerra invisibile dei potenti contro i sudditi*, Milano, Feltrinelli.
- De Certeau M. (2012), *L'invenzione del quotidiano*, Roma, Edizioni Lavoro.
- de La Bellacasa M. P. (a cura di) (2017), *Matters of Care. Speculative Ethics in More Than Human Worlds*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- de León J. S. P. (2023), Cartographies of Contemporary Class Struggles, *Latin American and Latinx Visual Culture*, 5, 4, pp. 8-30.
- De Martino E. (2019), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Torino, Einaudi.
- De Renzi S. (1838), *Topografia e statistica medica della città di Napoli con alcune considerazioni sul regno intero ossia guida medica per la città di Napoli e pel regno*, Napoli, Filatre Sebezio.
- De Spuches G., Governa F., Celata F., Amato F., Bonazzi A., Memoli M., Sistu G., Zilli S. (2019), Per un rinnovato ruolo pubblico della geografia: una premessa al Manifesto. *Rivista Geografica Italiana*, 126, 2, pp. 127-131.
- Debord G. (1979), *La società dello spettacolo*, Firenze, Vallecchi.
- Debord G. (1979), *La società dello spettacolo*, Firenze, Vallecchi.
- Debord G., Knabb K. (2014), Theory of the Dérive, in Caines R., Heble A. (a cura di), *The Improvisation Studies Reader*, Abingdon, Routledge, pp. 176-180.
- Deidda M., Centra M., Tronti L. (2023), *Effetti asimmetrici nelle tre crisi: economia, inflazione e salari in Italia*, Inapp Paper n. 44, Roma, Inapp.
- del Biaggio C. (2005), I concetti di accesso e accessibilità nella geografia della salute e della malattia. *GEA paesaggi territori geografie*, 20, pp. 8-14.
- Del Biaggio C. (2005), I concetti di accesso e accessibilità nella geografia della salute e della malattia, *GEA paesaggi territori geografie*, 20, pp. 8-14.
- Del Boca A. (2011), *Italiani, brava gente?*, Vicenza, Neri Pozza Editore.

- Del Vecchio M., Giudice L., Preti L.M., Rappini V. (2022), Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione, in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2022. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, pp. 407-432.
- Della Peruta F. (1980), Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi, *Studi Storici*, 21, 4, pp. 713-759.
- Della Peruta F. (2009), Riforma sanitaria e riforma delle Opere Pie, in Ricci A., Montevicchi L. (a cura di), *Francesco Crispi: costruire lo Stato per dare forma alla nazione*, Roma, Ministero per i beni e le attività culturali, Direzione generale per gli archivi.
- Dematteis G. (1985), *Le metafore della Terra. La geografia umana tra mito e scienza*, Milano, Feltrinelli.
- Dematteis G., Magnaghi A. (2018), Patrimonio territoriale e corallità produttiva: nuove frontiere per i sistemi economici locali, *Scienze del territorio*, 6, pp. 12-25.
- Demo H. (2016), *Didattica aperta e inclusione. Principi, metodologie e strumenti per insegnanti della scuola primaria e secondaria*, Trento, Edizioni Centro Studi Ericksons.
- Di Méo G. (2024), Esperienze di prossimità, memoria e produzione dello spazio vissuto [Pau (Francia) 1950-2024], *GeoProximitéS*. 4. pp. 1-19.
- Dumitrache L., Nae M., Simion G., Talos A. M. (2020), Modelling potential geographical access of the population to public hospitals and quality health care in Romania, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 22, pp. 1-18.
- Dumont I., Gambazza G., Gamberoni, E. (2025), Dinamiche di inclusione ed esclusione: Una sfida per la geografia sociale, *Memorie Geografiche*, 28, pp. 47-53.
- Dumont I., Gamberoni E. (2020), Spazio pubblico: tra creazione e competizione, *Geotema*, 62, pp. 3-8.
- Eaves L., Al-Hindi K.F. (2020), Intersectional geographies and Covid-19. *Dialogues in Human Geography*, 10, 2, pp. 132-136.
- Elikan O, Bertazzon S. (2012), Identifying gaps in Health care accessibility. An example from aboriginal reserves in Canada, in De Santis G (a cura di), *Salute e Solidarietà, Decimo Seminario Internazionale di Geografia Medica (Roma, 16-18.12.2010)*, Perugia, Edizioni GUERRA, pp.99-110.
- Evangelista V. (2016b), Dinamiche co-evolutive di prossimità: un'analisi regionale in ambito geo-sanitario, *Bollettino della Società Geografica Italiana*, 13, 9, pp. 365-384.
- Evangelista V. (2017a), *Geografia sanitaria: Teorie, metodi, ricerca applicata*, Milano, FrancoAngeli.
- Evangelista, V. (2016), La geografia sanitaria: un'area di ricerca in declino? Una review della letteratura italiana del decennio 2005-2014, *Rivista geografica italiana*, 123, 1, pp. 55-68.
- Evangelista, V. (2017b), I bacini di utenza nel sistema ospedaliero della Regione Abruzzo: un quadro gerarchico-funzionale per le politiche di riassetto della rete di offerta, *Rivista geografica italiana*, 124, 1, pp. 39-61.

- Faccini L. (1976), Storia sociale e storia della medicina, *Studi Storici*, 17, 2, pp. 257-264.
- Fals-Borda, O. (2001), Participatory (action) research in social theory: origins and challenges, in P. Reason, H. Bradbury (a cura di), *Handbook of Action Research*, London, Sage, pp. 27–37.
- Fancello G. (2015), Camminabilità e progetti della città, *Urbanistica Informazioni*, Sessione speciale.,7, pp. 1-8.
- Ferrari G. F. (a cura di) (2021), *La smart cities al tempo della resilienza*, Milano, Mimesis.
- Ferrera M. (1995), La partitocrazia della salute, *Rivista trimestrale di cultura e di politica*, 5, pp. 855-868.
- Festa D. (2021), Vulnerabilità, cura e comune. Note per una lettura di genere della pandemia, *Semestrale di studi e ricerche di geografia*, 33, 2, pp. 93-116.
- Finlayson S.R., Birkmeyer J.D., Tosteson A.N., Nease Jr R.F. (1999), Patient Preferences for Location of Care: Implications for Regionalization, *Medical Care*, 37, 2, pp. 204-209.
- Fosti G., Larenza O., Longo F., Rotolo A. (2012), Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?, in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea.
- Foucault M. (1976), *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Torino, Einaudi.
- Foucault M. (1978), *Storia della sessualità: la volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault M. (2007), *Security, territory, population*, New York, Picador Palgrave.
- Fragnito M., Tola M. (a cura di) (2021), *Ecologie della cura. Prospettive transfemministe*, Napoli-Salerno, Orthotes.
- Francesconi P., Bellini I., Sinisgalli E., Maciocco G. (2019), Malattie croniche e cure primarie, in Maciocco G. (a cura di) (2019), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Roma, Carocci, pp. 59-76.
- Frascani P. (1980), Medicina e statistica nella formazione del sistema sanitario italiano: l'inchiesta del 1885, *Quaderni storici*, 15, 45, pp. 942-965.
- Freire P. (1988), Creating Alternative Research Methods: learning to do it by doing it, in S. Kemmis, R. McTaggart (a cura di), *The Action Research Reader*, Deakin University Press, pp. 291–313.
- Freire P. (2024), *L'educazione come pratica della libertà*, Milano, Mimesis.
- Frémont A (1999), *La région espace vécu*, Parigi, Flammarion.
- Gagliardi F., Accorinti M. (2014), Precarietà lavorativa e rappresentanza nella sanità. Il caso del Lazio, *Quaderni rassegna sindacale*, 1, pp. 47-63.
- Galluccio F., Maggioli M., Morri R. (2021), Nel cuore della pandemia. Geografie in mutamento, *Semestrale di studi e ricerche di geografia*, 33, 2, pp. 5-26.

- Geddes M., Maciocco, G (2021), Vax-Covid. A passo di Gambero, *saluteinternazionale.info*, 304, 6, pp. 1-9.
- Geddes M., Neri S., Spina E., Vicarelli M. G. (2024), Le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale: nodi critici e prospettive future, *LABOSS Laboratorio su salute e sanità*, pp. 1-27.
- Genova, A., Lombardini, S. (2024), General practitioners in front of COVID-19: Italy in European comparative perspective, *Frontiers in Sociology*, 9, pp. 1-6.
- Gentile E. (2001), *Il culto del littorio: la sacralizzazione della politica nell'Italia fascista*, Roma, Laterza.
- Geurs K. T., Van Wee, B. (2004), Accessibility evaluation of land-use and transport strategies: review and research directions, *Journal of Transport geography*, 12, 2, pp. 127-140.
- Gibson-Graham J. K. (2006a), *The end of capitalism (as we knew it): a feminist critique of political economy*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Gibson-Graham J. K. (2006b), *A postcapitalist politics*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Gibson-Graham J. K. (2008), Diverse economies: performative practices for 'other worlds', *Progress in human geography*, 32, 5, pp. 613-632.
- Gilligan C. (1977), In a different voice: Women's conceptions of self and of morality, *Harvard Educational Review*, 47, 4, pp. 481-518.
- GIMBE (2024), 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Bologna, Fondazione GIMBE, Testo disponibile al sito: www.salviamo-ssn.it/7-rapporto (consultato il 20 aprile 2025).
- Giorda C. (2014), *Il mio spazio nel mondo. Geografia per la scuola dell'infanzia e primaria*, Roma, Carocci.
- Giorda C. (a cura di) (2019), *Geografia e antropocene: uomo, ambiente, educazione*, Roma, Carocci.
- Giordano C. (2024), Care aux personnes âgées et travailleuses migrantes: distance (s) et proximité (s) comme sources de rapports de domination, *GéoProximitéS*, 2, pp. 1-5.
- Giorgi C. (2024), *Salute per tutti: Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi*, Bari, Gius. Laterza & Figli.
- Giorgi C., Pavan I. (2019), Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978), *Studi storici*, 2, pp. 417-455.
- Giorgi C., Pavan I. (2021), *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, Il mulino.
- Giorgi C., Taroni, F. (2020), Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia. Passato e futuro delle politiche per la salute, *La Rivista delle Politiche sociali*, Speciale "Covid.19: riflessioni sull'emergenza, e oltre", Futura editrice.

- Gori P. (a cura di) (2016), *L'assistenza sociale negli anni del Governatorato di Roma. L'Inventario dell'Ufficio Assistenza Sociale (1926-1935)*, Roma, Viella.
- Groppi A. (2019), *Il welfare prima del welfare*, Roma, Viella.
- Gurrutxaga M. (2019), Geografía de la salud: aplicaciones en la planificación territorial y urbana, *Estudios geográficos*, 80, 286, pp. 1-18.
- Hansen W.G. (1959), How accessibility shapes land use, *Journal of American Institute of Planners*, 25, 1, pp. 73-76.
- Haraway D. (1988), Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective, *Feminist Studies*, 14, 3, pp. 575-599.
- Haraway D.J. (2016), *Staying with the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*, Durham, Duke University Press.
- Haraway D.J. (2023), When species meet, in *The Routledge international handbook of more-than-human studies*, pp. 42-78, Routledge.
- Hardin G. (1968), The Tragedy of the Commons, *Science*, 162, pp. 1243-1248.
- Hardt M., Negri A. (2009), *Commonwealth*, Massachusetts, Harvard University Press.
- Harvey D. (2007), Neoliberalism and the city, *Studies in Social Justice*, 1, 1, pp. 2-13.
- Harvey D. (2010), *La crisi della modernità*, Milano, Il Saggiatore.
- Harvey D. (2013), *Città ribelli. I movimenti urbani dalla Comune di Parigi a Occupy Wall Street*, Milano, il Saggiatore.
- Harvey D. (2021), *Cronache anticapitaliste: guida alla lotta di classe per il XXI secolo*, Milano, Feltrinelli.
- Hollands R. (2008), Will the real smart city please stand up? Intelligent, progressive or entrepreneurial?, *City*, 12, 3, pp. 303-320.
- hooks b. (2020), *Insegnare a trasgredire. L'educazione come pratica della libertà*, Milano, Meltemi.
- Horton R. (2005), The neglected epidemic of chronic disease, *The Lancet*, 366, pp. 1514.
- Horton R. (2020), Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The lancet*, 396, pp. 874.
- Iannello D. (2020), Il ruolo del Terzo settore ai tempi del Covid 19, *Documenti geografici*, 1, pp. 857-862.
- Imperatori U. (1891), La nuova politica sanitaria in Italia, *Giornale degli Economisti*, 2, 2, pp. 371-410.
- Ingrosso M. (a cura di) (2022), Le discontinuità paradigmatiche nella progettazione delle Case della Comunità, *Sistema Salute*, 66, 1, pp. 11-32.

- Ingrosso M. (a cura di) (2024), *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*, Perugia, Cultura e Salute.
- Insolera I., Berdini P. (2011), *Roma moderna: da Napoleone I al XXI secolo*, Torino, Einaudi.
- Istat (1986), *Sommario di statistiche storiche*, Roma, Istituto centrale di statistica.
- Kadri M. (2023), Mes proximités, une affaire de distance sensible?, *GéoProximitéS*, 0, pp. 1-5.
- Kindon S., Pain R., Kesby M., (a cura di) (2007), *Participatory Action Research Approaches and Methods Connecting People, Participation and Place*, Abingdon, Routledge.
- Knoben J., Oerlemans L.A.G. (2006), Proximity and Inter-organizational Collaboration: A Literature Review, *International Journal of Management Reviews*, 8, 2, pp. 71-89.
- Koch T., Kralik D. (2006). *Participatory Action Research in Health Care*. Singapore, Blackwell Publishing.
- Kropotkin P. (1987), *Mutual aid: A factor of evolution*, Freedom Press.
- L'ambiente di lavoro (1971), Sindacati Metalmeccanici FIM – FIOM – UILM, Roma.
- La popolazione di Roma (2021), Dipartimento Trasformazione Digitale U.O. Statistica – Open Data. Comune di Roma.
- Laponce J. (2001), Le centre du monde: icône ou carrefour?, *Revue internationale de sociologie*, 11, 3, pp. 299-307.
- Laursen K., Reichstein T., Salter A. (2011), Exploring the effect of geographical proximity and university quality on university–industry collaboration in the United Kingdom, *Regional studies*, 45, 4, pp. 507-523.
- Lebrun N. (2023), Pour une conscience de proximit(é)s, *GéoProximitéS*, 0, pp. 1-4.
- Lee J., Miller H. J. (2018), Measuring the impacts of new public transit services on space-time accessibility: An analysis of transit system redesign and new bus rapid transit in Columbus, Ohio, USA, *Applied geography*, 93, pp. 47-63.
- Lefebvre H. (2014), *Il diritto alla città*, Verona, Ombre corte.
- Lefebvre H. (2019), *Elementi di ritmanalisi. Introduzione alla conoscenza dei ritmi*, Siracusa, LetteraVentidue.
- Lehmann X. (2023), La proximité, une question de typologie (s)?, *GéoProximitéS*, 0, pp. 1-3.
- Lelo K., Monni S., Tomassi F. (2021), *Le mappe della disuguaglianza: una geografia sociale metropolitana*, Roma, Donzelli.
- Lelo K., Monni S., Tomassi F., *Le mappe della disuguaglianza: una geografia sociale metropolitana*, Roma, Donzelli, 2019
- Lévy J. (2020) L'humanité habite le Covid-19, *AOC. Analyse, Opinion, Critique*, (aoc.media/analyse/2020/03/25/lhumanite-habite-le-covid-19/).

- Lewin, K. (1946), Action research and minority problems, *Journal of Social Issues*, 1, 2, pp. 34-46.
- Lindner A., Kühnel F., Schrömbges M., Kuhnimhof T. (2024), When to measure accessibility? Temporal segmentation and aggregation in location-based public transit accessibility, *Urban Science*, 8, 4, 165, pp. 1-18.
- Linebaugh P. (2008), *The Magna Carta Manifesto: Liberties and Commons for All*, Berkeley, University of California Press.
- Lloyd-Smith M. (2020), The COVID-19 pandemic: resilient organisational response to a low-chance, high-impact event, *BMJ Leader*, 4(3), pp. 109-112.
- Loda M. (2008), *Geografia sociale. Storia, teoria e metodi di ricerca*, Roma, Carocci.
- Lonati F. (2024), Il cammino verso le Case della Comunità: esempi di esperienze in atto, in Ingrosso M. (a cura di), *Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni*, Perugia, Cultura e Salute, pp. 94-113.
- Lorde A. (1984), *Sister Outsider: Essays and Speeches*, Berkeley, Crossing Press.
- Maccacaro G.A. (1972), L'unità sanitaria locale come sistema. *A.b.d.c.e.*, 1, pp. 1-18.
- Maccacaro G.A. (1979), L'Unità Sanitaria Locale come sistema, In Maccacaro G.A., *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Milano, Feltrinelli, pp. 383-405.
- Maciocco G. (a cura di) (2019), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Roma, Carocci.
- Macpherson H. (2010), Non-representational approaches to body-landscape relations, *Geography Compass*, 4, 1, pp. 145-161.
- Maffei C. M. (2023), La crisi del Ssn richiede un cambiamento nelle scelte di politica sanitaria: il caso del rapporto tra ospedale e territorio, *la Rivista delle Politiche Sociali*, 2, 139-152.
- Magnaghi A. (2013), Riterritorializzare il mondo, *Scienze del territorio*, 1, pp. 47-58.
- Maino F. (1999), La regionalizzazione della sanità italiana negli anni novanta, *Il politico*, 4, pp. 583-621.
- Malagoli E., Borelli B., Cacciapuoti I., Bastai C. (2022), La Casa della Salute del Sorbara Dottor Roberto Bortoli di Bomporto, in Brambilla A., Maciocco G. (a cura di), *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, pp. 119-133.
- Manzini E. (2021), *Abitare la prossimità. Idee per la città dei 15 minuti*, Milano, Egea.
- Mazzette A. (a cura di) (2013), *Pratiche sociali di città pubblica*, Bari, Laterza.
- McLuhan M. (1964), *Understanding media: The extensions of man*, New York, McGraw-Hill.
- McPhee S. R. (2022), Advocating for blended pedagogy as a shift to more holistic inclusive geography, *Journal of Geography in Higher Education*, 46, 4, pp. 495-506.

- Middleton J., Samanani F. (2021). Accounting for care within human geography. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 46, 1, pp. 29-43.
- Mondi C. F., Giovanelli A., Reynolds A. J. (2021), Fostering socio-emotional learning through early childhood intervention, *International Journal of Child Care and Education Policy*, 15, 1, pp. 1-43.
- Moretti G., Morini A. L., Giuliani A. (2017), Promuovere e accertare competenze nelle classi prime di scuola primaria: il dispositivo “compito di realtà” in forma di simulazione, *Form@re*, 17, 3, pp. 149-161
- Morri R. (2020a), *Pratiche di public geography. Un anno con il Touring Club Italiano alla “riscoperta della geografia”*, Bologna, Patron.
- Morri R. (2020b), Lo spazio dell’assenza: geografia e didattica a distanza di massa, *Documenti Geografici*, 1, pp. 199-218.
- Morri R. (a cura di) (2022), *Viaggio nella scuola d’Italia. XV Rapporto della Società Geografica Italiana*, Roma, Società Geografica Italiana.
- Motti R., Bonanomi G., Emrick S., Lanzotti V. (2019), Traditional Herbal Remedies Used in women’s Health Care in Italy: a Review Source. *Human Ecology Springer Nature*, 47, 6, pp. 941-972.
- Mould O., Cole J., Badger A., Brown, P. (2022), Solidarity, not charity: Learning the lessons of the COVID-19 pandemic to reconceptualise the radicality of mutual aid, *Transactions of the Institute of British Geographers*, 47, 4, pp. 866-879.
- Moya-Gómez B., García-Palomares J. C. (2015), Working with the daily variation in infrastructure performance on territorial accessibility. The cases of Madrid and Barcelona, *European Transport Research Review*, 7, 2, 20, pp. 1-13.
- Murray H.M., Buckley J., Byers K.A., Fake K., Lehrer E., Magle S.B., Stone C., Tuten H., Schell C.J. (2022), One Health for All: Advancing Human and Ecosystem Health in Cities by Integrating an Environmental Justice Lens, *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics*, 53, pp. 403–426.
- Nelson A. (2011), *Body and soul: The Black Panther Party and the fight against medical discrimination*, University of Minnesota Press.
- Neri, S. (2008), Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario, *La rivista delle politiche sociali*, 3, pp. 97-114.
- Neve M. (2021), L’intuizione di qualcos’altro. Lineamenti geografici di una catastrofe antropocenica, *Semestrale di Studi e Ricerche di Geografia*, 33, 2, pp. 27-39.
- Nilsson J., Wallenstein S.O. (a cura di) (2013), *Foucault, Biopolitics, and Governmentality*, Stockholm, Södertörn University.
- Nodo solidale (2023), *Autodifesa medica. Pantere Nere e Ezln*, Roma Elementi Kairos.
- Nota Upb (2025), *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, Focus tematico, Ufficio parlamentare di Bilancio.

- Nussbaum M. (2003), Rawls and feminism, in Freeman S. (a cura di), *The Cambridge Companion to Rawls*, Cambridge University Press, pp. 488-520.
- Oddone I., Marri G., Gloria S., Briante G., Chiattella M., Re A. (a cura di) (1977), *Ambiente di lavoro. La fabbrica nel territorio*, Roma, Editrice Sindacale Italiana.
- Oddone I., Re A., Briante G. (2008), *Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*, Torino, OTTO editore.
- Orangotango (a cura di) (2018), *This is not an atlas: a global collection of counter-cartographies*, Berlino, Verlag.
- Orano D. (1912), *Come vive il popolo a Roma: saggio demografico sul quartiere Testaccio*.
- Ostrom E. (1990), *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge University Press.
- Oxfam (2018), *Ricompensare il lavoro, non la ricchezza*, Oxfam Italia.
- Oxfam (2022), *La pandemia della disuguaglianza. Di cosa abbiamo bisogno per combattere le disuguaglianze che in Italia e nel mondo si stanno acuendo a causa della pandemia di COVID-19*, Oxfam Italia.
- Paglione L., Napoli M., Marigliani L., Oddi G., Pasqualetti D., Pizzo B., De Fiore R., De Fiore C., Di Blasio N. (2024), *Sentieri Metropolitani*. Un'esperienza di educazione alla città e promozione della salute in un'ottica One health, con la scuola primaria nel territorio della Asl Roma 1. *Forward*, 3, 35, pp.30-31.
- Palagiano C. (1989), *Geografie della salute in Italia*, Milano, FrancoAngeli.
- Palagiano C. (2020), Covid-19: il parere di un geografo, *Documenti geografici*, 1, .pp. 837-844.
- Palagiano C., Pesaresi C. (2011), *La salute nel mondo. Geografia medica e qualità della vita*, Roma, Carocci.
- Palmieri A. (1858), *Topografia statistica dello Stato Pontificio ossia breve descrizione delle città e paesi loro malattie predominanti*, Roma, Tipografia Forense.
- Paradiso M. (2013), Per una geografia critica delle «smart cities». Tra Innovazione, Marginalità, Equità, Democrazia, Sorveglianza, *Bollettino della Società Geografica Italiana*, 13, 6, pp. 679-693, pp. 679-693.
- Parr H. (2003), Medical geography: Care and caring. *Progress in Human Geography*, 27, 2, pp. 212-221.
- Pasqualetti D. (2020), Il quartiere che resiste: un esperimento di gestione partecipata, *Geotema*, 62, pp. 71-77.
- Pasqualetti D., Vallerani S., Arrighetti G. (2023), Cura e partecipazione per Villa Tiburtina: dalla ricerca alla mobilitazione, *Memorie geografiche*, 23, pp. 161-166.
- Pasquinelli d'Allegra D., Pavia D., Pesaresi C., (a cura di) (2017), *Geografia per l'inclusione. Partecipazione attiva contro le disuguaglianze*, Milano, FrancoAngeli.

- Peck J. (2005), Struggling with the creative class, *International Journal of Urban and Regional Research*, 29, 4, pp. 740-770.
- Pellizzari S., Magliari A. (a cura di) (2019), Pubblica amministrazione e terzo settore confini e potenzialità dei nuovi strumenti di collaborazione e sostegno pubblico, *Quaderni della facoltà di giurisprudenza*, 42, Università degli Studi di Trento.
- Penchansky R., Thomas J.W. (1981), The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction Author(s), *Medical Care*, 19, 2, pp. 127-140.
- Pesaresi C. (2022), Educazione geografica alla salute, in Morri R. (a cura di), *Viaggio nella scuola d'Italia*, XV Rapporto della Società Geografica Italiana, Roma, Società Geografica Italiana, pp.43-53.
- Pesaresi C., Pavia, D., De Vito, C. (2022), Integrazione di un Simulatore dinamico di diffusione spaziotemporale in ambiente GIS sviluppato per analizzare la propagazione del COVID-19 a Roma. Un'esemplificazione replicabile, *Bollettino della Associazione Italiana di Cartografia*, 175, pp. 54-74.
- Pesaresi F. (2022), Le Case della Comunità. Come saranno, *I luoghi della cura online*, 3, pp. 1-13.
- Picone M. (2021), Geografia sociale e partecipazione. L'esperienza di #esserefiera, *Geography Notebooks*, 4(2): 29-40.
- Pioggia A. (2024), *Cura pubblica e amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare le nostre amministrazioni*, Bologna, il Mulino.
- Pizza, G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo* (Vol. 1), Carocci, Roma.
- Pizzi E. Bortolus R., Battilomo S., Tamburini C., Donati S. (2022), Consultori familiari e le giovani generazioni, *Rapporti ISTISAN* 22, 16, pp.102-111.
- Podda C., Scanu G. (2020), Trattamento spaziale dei dati pandemici: la cartografia del COVID-19, *Bollettino della Associazione Italiana di Cartografia*, 170, Special Issue, pp. 37-57.
- Ponce De León J.S. (2023), Cartographies of Contemporary Class Struggles, *Latin American and Latinx Visual Culture*, 5, 4, pp. 8-30.
- Pouzoukidou G., Chatziyiannaki Z. (2021), 15-Minute City: Decomposing the new urban planning eutopia. *Sustainability*, 13, 2, 928.
- Primerano G. A. (2023), Il commissariamento della sanità regionale nella prospettiva del riequilibrio territoriale. *Nuove autonomie*, 2, pp. 667-721.
- Privitera, E., Lo Re L. (2020), Il potenziale trasformativo del dono, della cura e delle reti territoriali: Spazi di prossimità e pratiche di solidarietà durante la pandemia a Catania, *Contesti. Città, territori, progetti*, 2, pp. 97-118.
- Quaranta I. (2014), Antropologia medica e salute globale, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 16, 37, pp. 127-146.

- Ramadier T. (2023), La multidimensionalità della prossimità geografica, *GéoProximitéS*, 0, pp. 1-4.
- Rampulla F.C. (1999), Pubblico e privato: dall'evoluzione all'involuzione della disciplina nazionale delle prestazioni ospedaliere, *Il Politico*, 64, 2, pp. 307-328.
- Ranaldi I. (2012), *Testaccio. Da quartiere operaio a Village della capitale*, Milano, FrancoAngeli.
- Ranaldi I. (2014), *Gentrification in parallelo. Quartieri tra Roma e New York*, Roma, Aracne Editrice.
- Richard J.L., (1995), Accès aux soins de santé en milieu tropical, in Verhasselt Y., Dory D. (a cura di), *Éléments de géographie de la santé*, Bulletin de la société neuchâteloise de géographie, 39, pp.121-136.
- Risler J., Ares P. O. (2016), Manual of collective mapping: critical cartographic resources for territorial processes of collaborative creation, Iconoclasistas, ISBN 978-987-42-2150-6.
- Rocca L. (2020), I suoni dei luoghi per la cura del paesaggio, *Scuola Ticinese*, 337, 4, pp. 45-51.
- Rodotà S. (2012), Beni comuni: una strategia globale contro lo human divide, in Marella M.R. (a cura di), *Oltre il pubblico e il privato*, Verona, Ombre Corte.
- Romagnoli L. (1991). L'area Tiburtina: una millenaria utilizzazione del territorio. *Semestrale di studi e ricerche di geografia*, 2: 27-42.
- Rossi P. O. (2003), *Roma. Guida all'architettura moderna. 1909-2000*, Roma, Editori Laterza.
- Rutz C., Loretto M.C., Bates A., Davidson S., Duarte C., Jetz W., Johnson M., Kato A., Kays R., Mueller T., Primack R., Ropert-Coudert Y., Tucker M., Wikelski M., Cagnacci F. (2020), Covid-19 lockdown allows researchers to quantify the effects of human activity on wildlife, *Nature Ecology & Evolution*, 4, pp. 1156-1159.
- Sabatini F., Palermo G. (2021), Saperi situati e pratiche spaziali nel movimento Non Una di Meno, *Geography Notebooks*, 4, 2, pp. 79-90.
- Sadalla E.K., Burroughs W.J., Staplin L.J. (1980), Reference points in spatial cognition, *J Exp Psychol Hum Learn*, 6, 5, pp. 516-28.
- Saitto C. (2026), *La comunità tra partecipazione locale e stato sociale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Salimbeni A. (2023), *Genere e spazio urbano. Pratiche femministe per una geografia gioiosa*, Milano, FrancoAngeli.
- Sampugnaro R., Santoro P. (2021), The pandemic crisis, Italian municipalities, and community resilience, *Partecipazione e conflitto*, 14, 1, pp. 283-301.
- Scaramella, P. (1999), Medici e confessori, medicina del corpo, medicina dell'anima, *Studi Storici*, 40, 2, pp. 613-627.

- Scarpelli L. (1989), Il processo di innovazione tecnologica nell'industria romana e il terziario avanzato: caratteri e tendenze. *Bollettino della Societa Geografica Italiana*, 11, 6, pp. 351-365.
- Scheper-Hughes N. (1995). The primacy of the ethical: Proposition for a militant anthropology. *Current Anthropology*, 36, 3, pp. 409-440.
- Searle A., Turnbull J., Lorimer J. (2021), After the anthropause: Lockdown lessons for more-than-human geographies, *The Geographical Journal*, 187, 1, pp. 69-77.
- Seppilli T. (2010), Salute e sanità come beni comuni. Per un nuovo sistema sanitario, in *ESPS*, 33, 4, pp. 369-381.
- Seppilli, T. (1996). Antropologia medica: fondamenti per una strategia. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1, pp. 7-22.
- Shannon J., Hankins K.B., Shelton T., Bosse A.J., Scott D., Block D., Fischer H., Eaves L.E., Jung J., Robinson J., Solis P., Pearsall H., Rees A., Nicolas A. (2021), Community geography: Toward a disciplinary framework, *Progress in Human Geography*, 45, 5, pp. 1147-1168.
- Simandan D. (2016), Proximity, subjectivity, and space: Rethinking distance in human geography, *Geoforum*, 75, pp. 249-252.
- Simone A. (2004), People as infrastructure: Intersecting fragments in Johannesburg, *Public Culture*, 16, 3, pp. 407-429.
- Simone A., Coletti R. (2023), Roma città solidale: il Covid-19 e la trasformazione dell'azione collettiva, *Annali del Dipartimento di Metodi e Modelli per l'Economia, il Territorio e la Finanza*, 1, pp. 1-19.
- Singer M. (1996), A dose of drugs, a touch of violence, a case of aids: conceptualizing the sava syndemic, *Free Inquiry - Special Issue*, 24, 2, pp. 99-110.
- Singer M. (2009), *Introduction to Syndemics: A Systems Approach to Public and Community Health*, San Francisco, Wiley Jossey-Bass.
- Singy, P. (2003), Santé et migration: traduction idéale ou idéal de traduction?, *La linguistique*, 39, 1, pp. 135-150.
- Sormani G. (1881), *Geografia nosologica dell'Italia*, Roma, Annali di statistica Ministero d'Agricoltura, Industria e Commercio.
- Spagnuolo S., Stasi S. (2016), La crisi del settore sanitario: la *voice* degli infermieri. Come uscire da una situazione critica? *Sociologia del lavoro*, 142, pp. 80-97.
- Tajfel H., Wilkes A.L. (1963), Classification and quantitative judgement, *British Journal of Psychology*, 54, 2, pp. 101-114
- Taroni F. (2015), La sanità in Italia dall'Unità al Servizio sanitario, in Calamo Specchia F. (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Temenos C. (2022), Troubling austerity: Crisis policy-making and revanchist public health politics, *ACME: An International Journal for Critical Geographies*, 21, 6, pp. 728-749.

- Thelen T. (2021), Care as belonging, difference, and inequality, in *Oxford Research Encyclopedias, Anthropology*, pp. 1-17.
- Tilli C. (2014), Verso una valutazione dell'integrazione socio-sanitaria. Il caso del Lazio, *Rassegna italiana di valutazione*, 16, 57, pp. 171-197.
- Tiratelli L., Kaye S. (2020), *Communities Vs Coronavirus. The Rise of Mutual Aid*, Londra, NLGN.
- Tronto J. C. (2015), *Who cares? how to reshape a democratic politics*, New York, Cornell University Press.
- Turco A. (1988), *Verso una teoria geografica della complessità*, Milano, Unicopli.
- Turco A. (2020), Epistemologia della pandemia, *Documenti geografici*, 1, pp. 19-60.
- UN Women (2020), *From insight to action. Gender equality in the wake of COVID-19*, USA e-ISBN: 978-92-1-005339-6.
- Vallerani S. (2022a), Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e Pnrr tra pulsioni conservatrici e istanze trasformatrici, *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, pp. 255-272.
- Vallerani S. (2022b), From Availability to Accessibility. Vaccination Proximity in a Social Clinic in Palermo, *Partecipazione e Conflitto*, 15, pp. 614-633.
- Vanolo A. (2015), Smart city e sviluppo urbano: alcune note per un'agenda critica. *Scienze del territorio*, 3, pp. 111-118.
- Vanolo A. (2024), *La città autistica*, Torino, Giulio Einaudi editore.
- Vicarelli G. (2013), Salute e sanità come beni comuni, *Cambio: rivista sulle trasformazioni sociali*, 5, 1, pp. 113-116.
- Vicarelli G. (2017), Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione, *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, p 221-238. (doi: 10.1447/88330)
- Vicarelli G. (2019), The Creation of the NHS in Italy (1961-1978), *Dynamis*, 1, pp. 21-43.
- Vicarelli G., Neri S. (2021), Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19, *Politiche Sociali*, 2, pp. 233-253.
- Vicarelli, G., Spina, E. (2020), Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?, *Social Policies*, 7, 1, pp. 77-102.
- Viney W., Callard F., Woods A. (2015), Critical medical humanities: embracing entanglement, taking risks, in *Med Humanit*, 41, pp. 2-7. DOI: 10.1136/medhum-2015-010692.
- Wang F., Xu Y. (2011), Estimating O-D travel time matrix by Google Maps API: implementation, advantages, and implications, *Annals of GIS*, 17, 4, pp. 199-209.

- Weiss D. J., Nelson A., Vargas-Ruiz C. A., Gligorić K., Bavadekar S., Gabrilovich E.,... Gething P. W. (2020). Global maps of travel time to healthcare facilities, *Nature medicine*, 26, 12, pp. 1835-1838.
- Wenger E. (1999), *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University Press.
- Wilkinson R., Marmot M. (2003), *Social determinants of health: the solid facts*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Williams F. (2001), In and beyond new labour: Towards a new political ethics of care. *Critical Social Policy*, 21, 4, pp. 467-493.
- Zhao Y., Zhou Y. (2024), Isochrone-based accessibility analysis of pre-hospital emergency medical facilities: A case study of central districts of Beijing., *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 13, 8, 288, pp. 1-19.
- Zignale M. (2020), Lo spazio vissuto tra mobilità e restrizioni da Covid-19, *Documenti geografici*, 1, pp. 321-330.
- Zhou C. M., Qin X. R., Yan L. N., Jiang Y., Yu, X. J. (2022), Global trends in COVID-19, *Infectious Medicine*, 1, 1, pp. 31-39.