

PERIFERIE

Rapporto su salute e marginalità
nei quartieri di Roma: Bastogi e Idroscalo di Ostia

FOTO: Odino Vignati - GRAFICA: Laura Galli

Contatti: posta@mediciperidiritiumani.org • info@mediciperidiritiumani.org • www.mediciperidiritiumani.org

Con il sostegno del Programma Periferiacapitale della Fondazione Charlemagne



PERIFERIE

Rapporto su salute e marginalità
nei quartieri di Roma: Bastogi e Idroscalo di Ostia



GLI AUTORI
Alberto Barbieri, Letizia Caielli, Martina Castelli, Anastasia Destro, Concetta Feo, Chiara Maiorano.

IL TEAM SUL TERRENO
Concetta Feo, Anastasia Destro, Saverio Frisina, Mulugheta Nany e Abdoullaye Touré

PER INFORMAZIONI
mediciperidirittiumani.org

CONTATTI:
info@mediciperidirittiumani.org
comunicazione@mediciperidirittiumani.org

FOTOGRAFIE
Odino Vignali

GRAFICA
Laura Galli

Medici per i Diritti Umani (MEDU) è un'organizzazione umanitaria e di solidarietà internazionale senza fini di lucro, indipendente da affiliazioni politiche, sindacali, religiose ed etniche. MEDU si propone di portare aiuto sanitario alle popolazioni più vulnerabili, nelle situazioni di crisi in Italia e all'estero, e di sviluppare, all'interno della società civile, spazi democratici e partecipativi per la promozione del diritto alla salute e degli altri diritti umani. L'azione di Medici per i Diritti Umani si basa sull'attivismo della società civile, sull'impegno professionale e volontario di medici e altri operatori della salute, così come di cittadini e professionisti di altre discipline.

Il Rapporto è realizzato con il sostegno di:



Le attività della clinica mobile sono inoltre sostenute da:



Sommario

	Executive Summary	4
1.	Introduzione	12
	Il progetto <i>Un camper per i diritti</i>	15
2.	Obiettivi del rapporto	16
3.	L'accesso alla salute nelle periferie	18
	Le criticità del Servizio Sanitario Nazionale	20
	Le periferie romane: i casi di Bastogi e Idroscalo di Ostia	21
	- Contesto di Bastogi	23
	- Contesto dell'Idroscalo di Ostia	25
4	Note metodologiche e raccolta dati	26
	Accoglienza	30
	Sportello medico	30
	Sportello psicologico	31
5.	Dati, osservazioni e testimonianze	32
5.1	Caratteristiche socio-demografiche	32
5.2	Profilo clinico e condizioni di salute	33
	Salute fisica	34
	Salute mentale e benessere psicosociale	37
5.3	Aspetti socio-legali	39
	Accesso al sistema sanitario dei cittadini dell'Unione Europea in stato di indigenza: criticità giuridiche e operative. di Avv. Chiara Maiorano	42
5.4	Accesso alle cure	44
6.	Buone pratiche	46
7.	Conclusioni e raccomandazioni	48
	Ringraziamenti	52

Executive Summary

Introduzione e Obiettivi

Le **periferie urbane** rappresentano oggi alcuni dei luoghi in cui più chiaramente si manifestano le **disuguaglianze nell'accesso alla salute**, soprattutto per le persone che vivono in condizioni di vulnerabilità socio-economica, precarietà abitativa e marginalità sociale. In questi contesti, il diritto alla cura resta spesso astratto e frammentato: barriere logistiche, burocratiche e culturali si fanno più marcate, amplificando problemi già esistenti e rendendo ancora più difficile un accesso equo ai servizi sanitari territoriali.

Dal 2004 MEDU opera a Roma con il progetto *Un camper per i diritti*, offrendo assistenza socio-sanitaria e orientamento ai servizi attraverso una clinica mobile, in una logica di prossimità e sussidiarietà rispetto al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Nel 2025, grazie al sostegno della Fondazione Charlemagne, tramite il *Programma Periferiacapitale*, l'intervento è stato esteso ai quartieri di Bastogi e Idroscalo di Ostia.

Il presente rapporto analizza i **bisogni sanitari** e le **barriere di accesso** emerse nei due quartieri, evidenziando il legame tra condizioni di salute e fattori sociali, economici e amministrativi che incidono sulla possibilità concreta di accedere alle cure.

Le criticità emerse nei due quartieri non rappresentano fenomeni isolati, ma riflettono una tendenza più ampia legata al progressivo indebolimento della sanità pubblica negli ultimi anni. Gli effetti di questo processo si manifestano con maggiore evidenza nei contesti periferici e tra le persone più vulnerabili, ma interrogano in realtà la tenuta complessiva dell'universalità del diritto alla salute nel nostro Paese.

Pur basandosi su un periodo di osservazione circoscritto, il documento offre un contributo aggiornato sulle disuguaglianze socio-sanitarie nelle periferie della capitale e propone raccomandazioni e buone pratiche per orientare politiche più eque, fondate su un modello di salute pubblica comunitario e integrato, a tutela delle persone in condizione di vulnerabilità.

Contesto

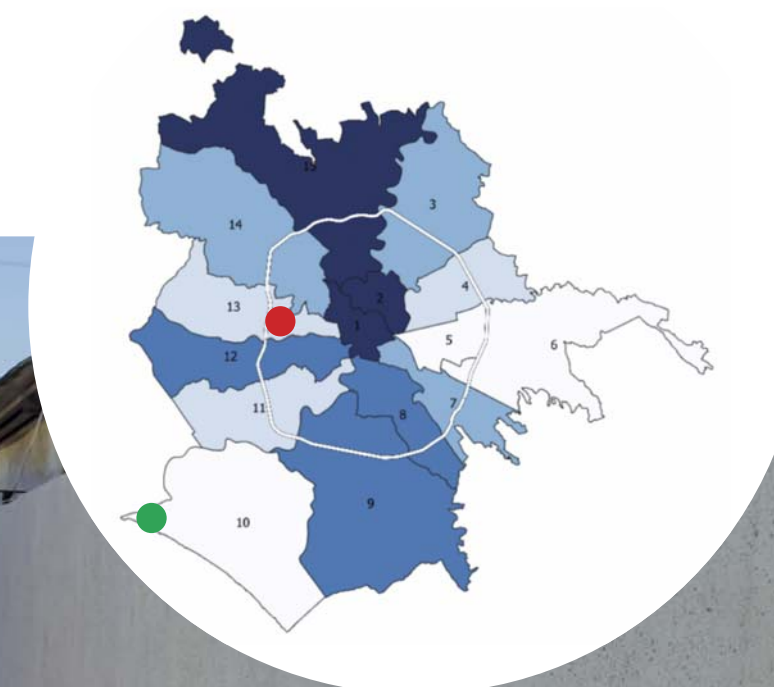
Il rapporto colloca l'analisi dentro una fase critica del SSN segnato da importanti criticità strutturali che, amplificando le disuguaglianze, rendono l'accesso alla salute sempre più dipendente dalle condizioni socio-economiche e dal luogo di residenza. Si osserva un aumento del ricorso alla spesa privata (*out-of-pocket*) e una rinuncia alle prestazioni da parte di una quota non trascurabile di popolazione, soprattutto per motivi economici. Si rileva un chiaro gradiente sociale della salute: nei contesti più svantaggiati si registrano peggiori indicatori clinici, minore prevenzione e maggiore mortalità evitabile, e nelle grandi città tali disuguaglianze risultano amplificate.

Roma, nello specifico, presenta un'estesa periferia sviluppata in modo frammentato e disomogeneo (*urban sprawl*), dove la carenza di collegamenti pubblici e l'insufficienza dei servizi essenziali hanno prodotto aree segnate da isolamento e fragilità strutturale. Quartieri come Bastogi e Idroscalo di Ostia rappresentano esempi emblematici di segregazione spaziale e marginalità socio-sanitaria, in cui l'invisibilità amministrativa e statistica contribuisce ad alimentare un persistente circolo di esclusione.

Bastogi, nel Municipio XIII, è un quartiere caratterizzato da un complesso di edilizia residenziale pubblica che ospita circa 3.000 persone. Presenta forte isolamento urbano, occupazione abitativa, degrado strutturale, carenze manutentive e significativa segregazione spaziale e sociale.

Idroscalo di Ostia, nel Municipio X, è un quartiere informale alla foce del Tevere con circa 500 abitazioni autocostruite e 2.000 residenti. L'area è esposta a rischio di inondazioni, priva di infrastrutture adeguate e isolata, con un accesso ai servizi particolarmente difficoltoso.

Mappa: Indice di Sviluppo Umano (ISU, scala 0–1) nei Municipi di Roma.
(Fonte: Matteo Oliviero e Massimo Pallottino, #MapparomaLab, 2024)
con localizzazione dei quartieri di Bastogi ● e Idroscalo di Ostia ●.



L'analisi del presente report fa riferimento al periodo febbraio-dicembre 2025, durante il quale la clinica mobile ha effettuato 60 uscite (40 all'Idroscalo di Ostia, 20 a Bastogi), raggiungendo 98 persone con 199 interventi tra prime visite e follow-up. Il numero contenuto di utenti riflette la complessità del contesto: vulnerabilità sociale e diffidenza verso nuovi servizi richiedono tempi di approccio dilatati, in cui ogni visita rappresenta anche un investimento relazionale.

Tra le persone assistite si osserva una leggera prevalenza di genere femminile (60%) e di cittadini italiani (52%), con minoranze di stranieri residenti di lungo periodo provenienti da Romania, Ecuador, Cile, Perù e Ucraina. Il numero di persone effettivamente raggiunte resta parziale: gli utenti registrati rappresentano solo la "punta dell'iceberg" rispetto a un ampio sommerso di popolazione che non accede ai servizi pubblici e che, in questa fase, non è ancora stata intercettata dall'intervento. Tra questi vi sono anche i più giovani, che costituiscono la fascia di età meno rappresentata tra le persone incontrate, soprattutto a Bastogi.

Sul piano dei bisogni di salute, sono state registrate fragilità stratificate: nell'80% dei casi il singolo accesso ha richiesto un intervento multidisciplinare (sanitario, psicologico, sociale, legale). Le patologie più frequentemente osservate interessano l'apparato cardio-circolatorio (19% dei casi), seguite da disturbi cutanei (11%), respiratori (10%), metabolici (9%) e dell'apparato digerente (8%). Si tratta prevalentemente di condizioni croniche, spesso già note ai pazienti, ma gestite in modo discontinuo o inadeguato.

L'analisi delle prestazioni erogate allo **sportello medico** conferma la complessità della domanda sanitaria. **La visita medica** rappresenta l'intervento principale (49%), ma in circa la metà dei casi è necessario integrare ulteriori prestazioni. **L'educazione sanitaria** copre circa un terzo degli interventi, evidenziando un forte bisogno di informazioni e strumenti utili per gestire le malattie croniche e adottare stili di vita più sani.

La presenza significativa di attività di **case management** segnala, inoltre, difficoltà nell'orientamento autonomo all'interno del SSN e la necessità di supporto nei percorsi di invio e coordinamento con le ASL. All'Idroscalo si registra una quota più elevata di **controlli di routine** (19% contro il 12% di Bastogi), come misurazioni di pressione arteriosa e glicemia, indicativa di un utilizzo della clinica mobile di MEDU orientato al monitoraggio continuativo dei parametri di salute. A Bastogi, invece, prevalgono accessi più mirati, spesso veicolati dalla rete territoriale o tramite passaparola, con richieste sanitarie specifiche e diagnosi cliniche più definite.

All'Idroscalo l'accesso avviene prevalentemente in modo spontaneo e non programmato: il servizio assume quindi anche una funzione esplorativa e di continuità sanitaria minima che, senza la clinica mobile, difficilmente verrebbe effettuata. In questo contesto si osserva una maggiore reticenza nell'espressione della domanda di cura; tuttavia, nel corso delle visite emergono frequentemente bisogni medici, sociali e psicologici più complessi, rendendo l'intervento anche uno spazio di ascolto e di progressiva emersione del bisogno. Nel complesso, più che singole patologie isolate, emerge un insieme di bisogni complessi e interconnessi, in cui le condizioni di salute si intrecciano con fattori sociali, economici e abitativi.

Tra le motivazioni del primo accesso, **i disturbi psichici e comportamentali** figurano tra le problematiche frequenti, evidenziando il legame tra marginalità sociale, sofferenza psicosociale e scarsa accessibilità ai servizi pubblici. Pur in presenza di una probabile sottostima, emerge un bisogno di supporto continuativo: il 17% dell'utenza ha richiesto consulenza allo **sportello psicologico** e, di questi, il 30% è tornato per successivi incontri. L'intervento di ascolto si è concentrato principalmente sul disagio psicosociale, più che

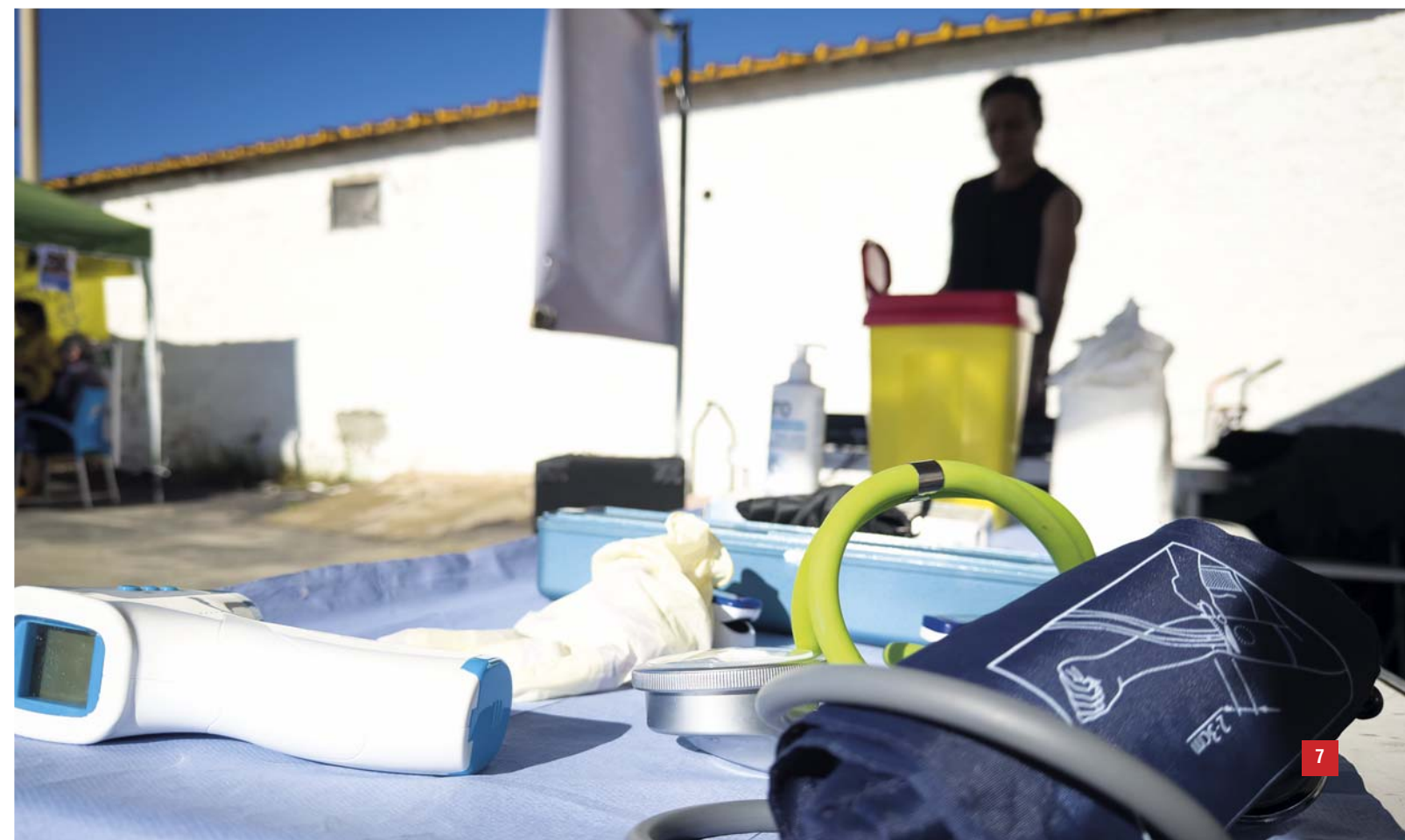
su una mera diagnosi dei disturbi. La sofferenza osservata appare strettamente connessa al contesto di esclusione: isolamento, precarietà e insicurezza contribuiscono all'insorgenza o al peggioramento di disturbi psicologici spesso non riconosciuti né trattati.

In questo quadro si collocano anche l'abuso di sostanze, la vulnerabilità della popolazione anziana e situazioni di violenza domestica, che tendono ad aggravarsi in assenza di reti di tutela strutturate. Inoltre, il senso di identità e appartenenza comunitaria incide sul benessere mentale con una funzione ambivalente: da un lato, espone gli abitanti a dinamiche di stigmatizzazione e pregiudizio esterno, dall'altro, attiva reti informali di supporto e mutuo aiuto, fondate su legami sociali solidi e su forme spontanee di solidarietà, che mitigano l'impatto dell'isolamento e della carenza di servizi istituzionali.

Nel corso dell'intervento di MEDU sono emersi inoltre numerosi **bisogni di natura socio-legale** che rappresentano ostacoli concreti all'effettiva tutela del diritto alla salute ai quali si è risposto attraverso attività di orientamento, informazione e invio ai servizi territoriali e alle associazioni competenti. Le richieste più frequenti hanno riguardato il supporto per la fruizione del SSN, in particolare per l'assegnazione del Medico di Medicina Generale (MMG) e l'invio a servizi specifici, e per problematiche connesse a condizioni abitative.

Una questione che esemplifica come la precarietà abitativa sia un fattore strutturale che incide direttamente sull'accesso ai diritti e ai servizi è quella della residenza anagrafica, senza la quale è bloccata l'assegnazione del MMG. Tra le persone incontrate, soltanto il 55% ha dichiarato di possedere una residenza anagrafica, mentre il 14% una fittizia (la cui assegnazione è subordinata a valutazioni caso per caso, producendo incertezza e discontinuità nei percorsi di tutela).

A Bastogi, molti vivono in occupazioni abitative (condizione per la quale vige il divieto di iscrizione anagrafica) mentre a Idroscalo vi sono persone che non possono ottenere la residenza anagrafica perché l'insediamento si trova su terreno demaniale; sono presenti molti cittadini comunitari per i quali il rilascio della residenza anagrafica è subordinato a requisiti economici e lavorativi, spesso irraggiungibili per chi vive in condizioni di marginalità.





Le barriere nell'accesso alla salute

Nelle periferie analizzate, l'accesso ai servizi sanitari è limitato sia sul piano dell'accessibilità – la possibilità effettiva di entrare nel sistema – sia della fruibilità, ossia la capacità di utilizzare in modo continuativo e appropriato i percorsi di cura disponibili. In entrambi i contesti si osserva una significativa esclusione sanitaria reale: pur rientrando nei criteri di accesso al SSN, molte persone non riescono a beneficiare pienamente dei servizi, evidenziando un divario tra diritto formale e utilizzo concreto delle cure.

A fronte di circa il 70% delle persone assistite che riferisce di avere un Medico di Medicina Generale assegnato, solo il 48% dichiara di utilizzarlo regolarmente. Sul piano documentale, sebbene il 77% dell'utenza risulti in possesso di una tessera sanitaria, solo il 17% ne dispone in corso di validità.

Questa fragilità amministrativa è strettamente connessa alla condizione abitativa (occupazioni, diniego di residenza, precarietà del domicilio) e produce discontinuità dei percorsi di cura, alimentando un senso diffuso di insicurezza e sfiducia.

Le barriere di accesso individuate risultano interconnesse e tendono a rafforzarsi reciprocamente:

- **Barriere fisiche:** distanza dai presidi sanitari, insufficienza dei trasporti pubblici e isolamento geografico (Idroscalo); degrado strutturale degli edifici (come malfunzionamento cronico degli ascensori e l'assenza di rampe accessibili) producono una "reclusione" domestica per anziani e persone con disabilità (Bastogi).
- **Barriere economiche:** spesa sanitaria a carico degli individui, impossibilità di ricorrere alla sanità privata, costi indiretti degli spostamenti; per la popolazione straniera, misure come l'aumento del contributo per l'iscrizione volontaria al SSN (fino a 2.000 euro) e la chiusura di sportelli dedicati (ad es. STP/ENI a Ostia) aggravano l'esclusione e l'accesso alla salute diventa un "bene di lusso".
- **Barriere burocratiche e vuoti normativi:** procedure frammentate, poco chiare o difficilmente comprensibili, scoraggiano l'utenza. Tale complessità amministrativa risulta poi strettamente connessa alla condizione abitativa: in assenza di residenza non è possibile accedere all'assegnazione di un MMG innescando un circolo vizioso di esclusione sanitaria che risulta particolarmente critico per i cittadini comunitari.
- **Barriere culturali e percezione delle istituzioni:** frattura di fiducia, alimentata da esperienze di esclusione e stigmatizzazione, timore di controlli o discriminazioni; tale sfiducia si traduce in rinuncia preventiva alle cure, accessi tardivi e ricorso ai servizi solo in fase di emergenza, con compromissione della prevenzione e cronicizzazione delle patologie.
- **Carenza di alfabetizzazione sanitaria:** difficoltà a reperire, comprendere e utilizzare informazioni sulla salute, con conseguenti ostacoli nella gestione delle cronicità, nell'aderenza alle terapie e nell'orientamento ai servizi. Da qui deriva un bisogno diffuso di educazione sanitaria continuativa non riducibile a una semplice mediazione verso i servizi.

Conclusioni, buone pratiche e raccomandazioni

Le evidenze raccolte confermano che, nelle periferie romane osservate, la salute è il risultato di un intreccio tra condizioni cliniche e determinanti sociali, economici, abitativi e amministrativi. L'accesso alle cure tende a rimanere intermittente e spesso puramente formale, con discontinuità dei percorsi e gestione inadeguata delle cronicità. Inoltre, una quota significativa della popolazione non arriva nemmeno a sperimentare le difficoltà dell'accesso ai servizi, rinunciando a cercare cure prima ancora di confrontarsi con il sistema sanitario: un fenomeno di esclusione “a monte” che rende il divario ancora più profondo.

Sebbene estrapolate da due contesti specifici, tali dinamiche risultano emblematiche di molte periferie urbane in cui, per garantire il diritto alla salute, è necessario un cambio di paradigma: occorre colmare il divario tra titolarità giuridica e reale accesso alle prestazioni, rafforzando i servizi di prossimità, l'integrazione socio-sanitaria e le tutele amministrative.

Il progetto ha posto in evidenza alcune buone pratiche efficaci: l'**approccio interdisciplinare** consente una presa in carico integrata delle vulnerabilità complesse, riducendo la frammentazione degli interventi. La **medicina di prossimità** si conferma strategica nel raggiungere precocemente i bisogni e nel fungere da ponte verso il sistema pubblico, grazie alla continuità e alla relazione di fiducia costruita sul territorio.

L'**educazione sanitaria** emerge come leva centrale per rafforzare autonomia e uso appropriato dei servizi. Fondamentali risultano inoltre l'ascolto attivo, la **flessibilità operativa** e il coinvolgimento diretto della comunità, anche attraverso interventi domiciliari. Infine, la costruzione di una **rete territoriale** e l'integrazione medico-legale si rivelano decisive per contrastare l'esclusione amministrativa e ripristinare le condizioni giuridiche necessarie all'accesso effettivo alle cure.

MEDU propone, infine, alcune **raccomandazioni** rivolte alle istituzioni pubbliche competenti.

Chiede innanzitutto **al Governo** di rimettere al centro dell'agenda la sanità pubblica, rafforzando il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per arginare l'aumento delle spese *out-of-pocket* e garantire l'effettività dell'universalismo delle cure, nonché di sciogliere i nodi normativi che subordinano l'accesso alla salute alla residenza anagrafica. Occorre consolidare i servizi socio-sanitari territoriali per contrastare le marginalità urbane, integrando strutturalmente la salute mentale e i determinanti sociali nelle politiche nazionali e affrontando l'emergenza abitativa come determinante primario di salute, oltre la risposta meramente ambulatoriale.

Al Comune e ai **Municipi di Roma** di garantire informazione capillare su prevenzione e diritti, semplificare l'accesso alla residenza (anche fittizia) e migliorare i trasporti pubblici. Rimane fondamentale sostenere Tavoli permanenti con il Terzo Settore, la raccolta dati territoriale e la promozione di approcci interculturali, multidisciplinari e di medicina di prossimità.

Alle Aziende Sanitarie Locali di investire nell'educazione sanitaria, intercettare gli “invisibili” con outreach domiciliare, integrare strutturalmente la salute mentale in tutti gli interventi sanitari territoriali, attivare screening multilivello e accompagnamento attivo – dal taxi sanitario gratuito al supporto specialistico – colmando il divario tra accesso formale e accesso reale.

Solo una governance cooperativa, fondata su dati territoriali solidi e alfabetizzazione sanitaria diffusa, può trasformare l'emergenza in programmazione strutturale. Le periferie osservate mostrano, ancora una volta, che la salute nasce dall'incontro tra servizi, comunità e diritti. Essa non può dipendere dal quartiere in cui si vive, dalla stabilità abitativa o dalle condizioni economiche.

Rendere effettivo il diritto alla cura significa difendere e rafforzare un sistema sanitario capace di raggiungere le persone prima che siano loro a rinunciare alle cure.



1. Introduzione

Le periferie urbane rappresentano oggi alcuni dei luoghi in cui più chiaramente si manifestano le disuguaglianze nell'accesso alla salute, soprattutto per le persone che vivono in condizioni di vulnerabilità socio-economica, precarietà abitativa e marginalità sociale. In questi contesti, il diritto alla cura resta

spesso astratto e frammentato: nelle periferie, infatti, le barriere logistiche, burocratiche e culturali si fanno più marcate, amplificando problemi già esistenti e rendendo ancora più difficile un accesso equo ai servizi sanitari territoriali.

Con l'obiettivo di analizzare l'impatto di tali barriere e restituire una fotografia aggiornata dell'accesso alla salute nelle periferie romane, il presente rapporto è frutto della collaborazione tra Medici per i Diritti

Umani - MEDU ETS e la Fondazione Charlemagne, che nel 2025, tramite il *Programma Periferiacapitale*, ha sostenuto l'intervento della clinica mobile.



IL PROGETTO *Un camper per i diritti*

Nel corso degli anni, MEDU ha maturato una solida esperienza in Italia e all'estero nella tutela del diritto alla salute delle persone più vulnerabili, attraverso modelli di intervento adattabili ai contesti di maggiore esclusione sociale.

In Italia, l'organizzazione ha operato in diverse regioni – Lazio, Toscana, Campania, Piemonte, Calabria, Puglia, Basilicata e Sicilia – intervenendo soprattutto in contesti urbani e periferici segnati da marginalità sociale, povertà e ostacoli persistenti nell'accesso ai servizi socio-sanitari.

A Roma la clinica mobile di MEDU è attiva dal 2004 con il progetto *Un camper per i diritti*, nato per promuovere il diritto alla salute nelle aree più fragili della città e raggiungere persone che vivono in strada o in insediamenti informali, spesso escluse dai servizi territoriali. L'intervento si caratterizza per un approccio flessibile e di prossimità: una clinica mobile attrezzata come ambulatorio medico, in grado di operare direttamente nei luoghi dove si concentrano situazioni di vulnerabilità, e un'équipe multidisciplinare composta da un coordinatore del progetto, un coordinatore clinico, mediatori linguistico-culturali, un logista e uno psicologo, affiancata da volontari tra cui medici e operatori socio-legali.

Le aree d'intervento vengono individuate attraverso un monitoraggio continuo e un assessment preliminare, che valuta condizioni di vita, criticità igienico-sanitarie, isolamento dai servizi e bisogni prioritari. Incontri con abitanti, rappresentanti delle comunità e associazioni del territorio permettono di definire in modo partecipato i bisogni prioritari e la frequenza più appropriata degli interventi.

L'esperienza sul campo ha permesso a MEDU di entrare in contatto con una popolazione eterogenea: prevalentemente migranti in transito, richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale e rifugiati, affiancati da cittadini italiani senza dimora. La maggioranza delle persone è esclusa dal mercato del lavoro o impiegata in attività discontinue; non rari i casi di chi, pur avendo concluso il percorso di accoglienza, si ritrova senza reddito e soluzioni abitative, vivendo in strada o in contesti informali. Negli insediamenti abitativi occupati, invece, la popolazione risulta più stabile, spesso in nuclei familiari, con maggiore presenza di lavoro – anche se discontinuo o informale – e organizzata in piccoli gruppi per nazionalità.

Oltre alla prima assistenza medica, il team fornisce orientamento socio-sanitario, informazione sui diritti e supporto nell'accesso ai servizi pubblici e alle reti associative locali, contribuendo a ridurre distanza, isolamento e barriere di accesso alla cura.

L'intervento si colloca in una logica di sussidiarietà rispetto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN): non sostituisce i servizi territoriali, ma mira a raggiungere chi ne resta escluso o ha difficoltà a interfacciarsi con essi, creando un ponte tra le persone più vulnerabili e le strutture sanitarie competenti, e facilitando percorsi di cura appropriati e continuativi.

Tra i servizi a cui le persone sono state inviate figura il centro MEDU *Psyché “Francesca Uneddu”*, attivo dal 2016 e dedicato alla salute mentale transculturale e al supporto psicosociale di persone sopravvissute a tortura o gravi violenze.

L'esperienza maturata evidenzia come precarietà abitativa, isolamento e marginalità sociale rappresentino ostacoli significativi alla continuità dei percorsi di cura, rendendo il lavoro di prossimità ancora più determinante.

Negli ultimi tre anni, la clinica mobile di MEDU ha fornito assistenza a più di 1.800 persone nel corso di circa 4.000 interventi.

In questo quadro, nel 2025 — grazie al sostegno della Fondazione Charlemagne attraverso il *Programma Periferiacapitale* — MEDU ha potuto rafforzare ed estendere l'azione della clinica mobile nelle periferie di Roma, concentrandosi sui quartieri di Bastogi e dell'Idroscalo di Ostia. Si tratta di contesti caratterizzati da condizioni socio-sanitarie complesse, dove risiedono numerosi nuclei familiari fragili e dove la distanza dai servizi territoriali, fisica e simbolica, continua a rappresentare un ostacolo significativo all'accesso alla salute.

Nel periodo di riferimento del presente rapporto e nell'annualità in corso, l'intervento è stato sostenuto anche dalla Fondazione Prosolidar e dal Otto per mille della Chiesa Valdese, che hanno contribuito alla continuità e al consolidamento delle attività della clinica mobile.





2. Obiettivi del rapporto

Il presente report intende documentare le condizioni di accesso alla salute nelle periferie romane attraverso il lavoro svolto dal progetto *Un camper per i diritti*, restituendo un quadro aggiornato della situazione a partire dai due casi studio di Bastogi e Idroscalo di Ostia. L'analisi si basa sui dati raccolti durante le visite della clinica mobile, sulle osservazioni dirette del team e sulle testimonianze delle persone incontrate.

Attraverso tale analisi delle condizioni di vita e di salute della popolazione nei due quartieri presi in esame, si evidenziano le problematiche sanitarie più ricorrenti, le barriere all'accesso ai servizi sanitari e l'interrelazione tra problematiche sociali e sanitarie tipiche delle periferie, spesso caratterizzate da una forte esclusione sociale. Il rapporto non si limita a descrivere ed analizzare le problematiche osservate, ma cerca di formulare proposte concrete a partire

dalle opportunità emerse dagli interventi realizzati con la clinica mobile, promuovendo un approccio alla salute pubblica realmente comunitario e integrato.

La salute è qui intesa – in coerenza con la vision di MEDU e con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia”¹. In questa prospettiva, si presta particolare attenzione ai determinanti sociali della salute, ovvero l'insieme delle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, e delle variabili più ampie – politiche, economiche e sociali – che modellano tali condizioni². Si tratta di elementi non medici che incidono profondamente sul benessere delle comunità e sulle condizioni di salute psico-fisica degli individui. Numerosi studi evidenziano che la salute segue un gradiente so-

ciale: più un contesto è svantaggiato, e quindi caratterizzato da fattori come precarietà abitativa, povertà economica, isolamento sociale e carenza di servizi, peggiori risultano gli esiti sanitari.

Affrontare questi determinanti, dunque, significa non solo prevenire la malattia, ma anche promuovere equità e condizioni di vita più giuste. È in questo quadro che l'intervento della clinica mobile si inserisce, cercando di colmare le distanze che separano le periferie romane dall'effettivo esercizio del diritto alla salute.

Pur basandosi su un periodo relativamente breve e su un campione numericamente limitato, il report consente di individuare alcune tendenze significative rispetto alle difficoltà di accesso alla salute nelle periferie romane. Non ha la pretesa di essere uno studio esaustivo, ma rappresenta un primo passo per riportare attenzione su questi contesti e offrire un contributo concreto al rafforzamento del diritto alla salute delle comunità più vulnerabili della città.

¹ World Health Organization (WHO), «Constitution of the World Health Organization», consultato 25 febbraio 2026, <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

² World Health Organization (WHO), «Social determinants of health: fact sheet», 2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>.



3. L'accesso alla salute nelle periferie

L'accesso alla salute in Italia è oggi influenzato da profonde disuguaglianze, con problematiche trasversali legate a carenze di personale, sovraccarico dei servizi e disparità territoriali, nonché un divario particolarmente marcato tra Nord e Sud del Paese³. Queste difficoltà si riflettono sulla capacità del Servi-

zio Sanitario Nazionale di garantire cure tempestive e continuità assistenziale, con un impatto più significativo sui gruppi sociali vulnerabili⁴. Nelle grandi città, le disomogeneità si amplificano: le periferie urbane presentano barriere aggiuntive, legate a isolamento geografico, carenze infrastrutturali e fragilità

socio-economiche. In questi contesti, l'accesso ai servizi sanitari è più complesso, la prevenzione meno diffusa e le problematiche di salute emergono con maggiore ritardo. Quartieri come Bastogi e Idroscalo di Ostia rappresentano esempi emblematici di come marginalità sociale e segregazione spaziale possano

accentuare le difficoltà già presenti nel sistema sanitario, generando effetti concreti sulla salute e sul benessere della popolazione.

³ Cittadinanzattiva, «Rapporto civico sulla salute 2025», 2025. <https://www.cittadinanzattiva.it/rapporti-osservatori-e-indagini/5-report.html>.

⁴ CREA Sanità, «21° Rapporto Sanità: L'insostenibile staticità dell'intervento pubblico (in Sanità e oltre)», 2025. <https://www.creasanita.it/attivitascientifiche/rapporto-sanita-2025-edizione-xxi/>.

Le criticità del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraversa oggi una fase critica segnata da carenza di personale, sovraccarico e profonde disuguaglianze territoriali, faticando a rispondere alle esigenze della popolazione. In questo contesto, l'accesso effettivo alle cure è diventato una delle principali criticità, spostando la preoccupazione dei cittadini dalla qualità delle prestazioni alla possibilità concreta di ottenerle in tempi adeguati⁵. Le problematiche principali riguardano i tempi di attesa estremamente lunghi soprattutto per visite specialistiche ed esami diagnostici, con scostamenti notevoli rispetto ai tempi garantiti (ad esempio, nel 2024 sono stati segnalati +390 giorni per una risonanza magnetica e oltre 600 per una colonscopia⁶), e una carenza strutturale di personale sanitario, in particolare infermieristico, spesso sottoposto a condizioni di lavoro sempre più insostenibili⁷. La medicina generale è particolarmente sotto pressione, con oltre la metà dei medici di base che supera il carico massimo di 1.500 pazienti per medico, nonostante un numero di medici maggiore rispetto alla media OCSE⁸. Tali carenze riducono i servizi territoriali, compromettendo la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti fragili e cronici⁹. Le conseguenze sui comportamenti di cura sono rilevanti: nel 2024 quasi il 10% degli italiani ha rinunciato alle prestazioni sanitarie, principalmente per motivi economici¹⁰. Particolarmente critico è il calo della prevenzione, con il rischio di un incremento di patologie non diagnosticate in tempo utile, contribuendo al problema della mortalità evitabile¹¹. Si assiste a un crescente ricorso alla spesa privata (attualmente oltre il 70% delle famiglie italiane sostiene spese *out of pocket*, ovvero di “tasca propria”¹²), contemporaneo però ad un aumento delle disuguaglianze economiche, sociali e territoriali. Come conseguenza si stima che, al 2023, 1,25 milioni di famiglie abbiano subito un “disagio economico dovuto alle spese sani-

tarie” e oltre 2,3 siano state soggette a spese sanitarie cosiddette “catastrofiche” (che superano il 40% della loro capacità di spesa mensile)¹³. Questo dimostra l'esistenza di barriere che incidono in modo sproporzionato sui gruppi a basso reddito, creando marcate disuguaglianze socioeconomiche nei bisogni sanitari non soddisfatti, soprattutto per l'assistenza ambulatoriale, odontoiatrica¹⁴ e di salute mentale¹⁵. Le disuguaglianze territoriali rappresentano un ulteriore elemento di fragilità: nelle regioni del Centro-Sud e nelle aree interne l'accesso a servizi essenziali è più complesso¹⁶ ed è minore l'adesione alla prevenzione¹⁷.

Le criticità descritte non sono riconducibili a fattori contingenti, ma riflettono un insieme di cause strutturali che si sono consolidate nel tempo. In particolare, a fronte dell'aumento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione e alla crescita delle patologie croniche, il finanziamento del SSN non è cresciuto in modo proporzionale, rimanendo stabilmente inferiore alle medie europee e OCSE in termini di spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL¹⁸. A tale sottofinanziamento si sommano la frammentazione della governance tra i diversi livelli istituzionali e la disomogeneità regionale nell'organizzazione dei servizi, che incidono negativamente sull'equità di accesso. Non va trascurata, inoltre, l'espansione di un settore privato che rischia di configurare un modello sanitario a doppio binario¹⁹, spostando il carico assistenziale verso le famiglie, ampliando così le disuguaglianze economiche e territoriali.

In definitiva, senza un adeguato rafforzamento dell'offerta pubblica, la combinazione di difficoltà strutturali e disomogeneità territoriali sta trasformando l'accesso alla salute da diritto fondamentale a variabile sempre più dipendente da capacità di spesa e luogo di residenza.

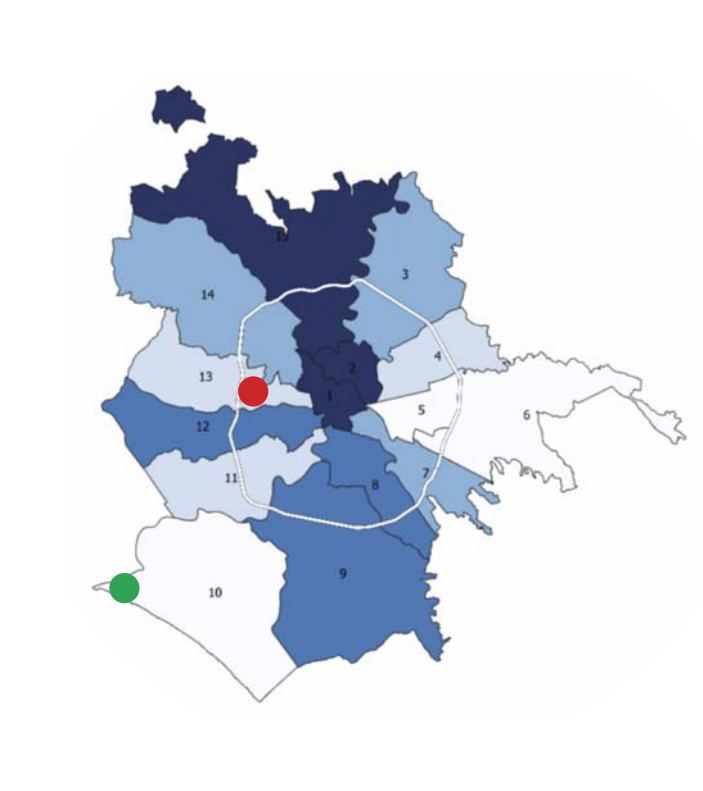
Le periferie romane: i casi di Bastogi e Idroscalo di Ostia

Nelle grandi città le profonde disuguaglianze e criticità che caratterizzano l'accesso alla salute sono particolarmente complesse da affrontare poiché restano in gran parte invisibili. Le statistiche ufficiali, infatti, tendono a rappresentare i territori urbani come realtà omogenee, finendo per appiattire le differenze interne. Di conseguenza, molti dei fattori che influenzano la salute, e che contribuiscono a peggiorare lo stato di benessere nei quartieri segnati dall'esclusione sociale, finiscono per essere ignorati dall'attenzione delle politiche pubbliche e del sistema sanitario locale²⁰. **Le periferie diventano così i luoghi in cui questa invisibilità si traduce più chiaramente in un accumulo di svantaggi e in un circolo vizioso di marginalizzazione.**

Roma nello specifico, presenta un tessuto urbano particolarmente complesso dove la periferia costituisce una parte sostanziale della città. È suddivisa in 15 municipi che per dimensione equivalgono a comuni di medio-grandi dimensioni, con 140-300 mila abitanti ciascuno. Intorno al Grande Raccordo Anulare vivono oltre 1,5 milioni di persone, mentre nel centro storico se ne contano meno di 100.000²¹. Eppure, la distribuzione dell'accesso ai servizi socio-sanitari non rispecchia questo squilibrio, anche perché le periferie romane, dagli anni Settanta in poi, si sono sviluppate attraverso un'estensione disordinata e non pianificata (il cosiddetto *urban sprawl*)²². Ne sono nati quartieri formali e informali, con popolazioni distribuite in modo irregolare e una forte carenza di collegamenti pubblici. Confini irregolari e servizi insufficienti hanno progressivamente trasformato vaste aree da periferie a veri e propri spazi di emarginazione²³. Perciò molte periferie romane si portano dietro decenni di marginalità urbana e segregazione spaziale che comportano esclusione sociale, povertà educativa, emergenza abitativa, tassi di disoccupazione elevati, illegalità e condizioni di salute peggiori rispetto al resto della città.

In questo contesto, alcuni quartieri dei municipi periferici diventano vere e proprie isole di segregazione spaziale e sociale²⁴, soprattutto nelle aree di edilizia residenziale pubblica (ERP) e negli insediamenti informali, dove livelli di istruzione, benessere economico e integrazione sociale risultano nettamente inferiori rispetto alle zone circostanti. La distanza fisica dai servizi si combina perciò con barriere socio economiche e organizzative, accentuando il disagio e i suoi effetti sulla salute e rendendo più complesso l'accesso alle cure di base, al punto da rendere i problemi sanitari ancora più difficili da far emergere.

Questa condizione strutturale di disagio e distanza, non solo fisica, dal resto della città, è evidente nei quartieri di Bastogi e Idroscalo di Ostia che rappresentano alcuni dei casi più significativi di marginalità socio-sanitaria all'interno della capitale.



Mappa: Indice di Sviluppo Umano (ISU, scala 0–1) nei Municipi di Roma. (Fonte: Matteo Oliviero e Massimo Pallottino, #MapparomaLab, 2024) con localizzazione dei quartieri di Bastogi ● e Idroscalo di Ostia ●.

⁵ Cittadinanzattiva, «Rapporto civico sulla salute 2025».

⁶ *Ibidem*

⁷ Fondazione GIMBE, «8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale», 2025. <https://www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/8-rapporto-gimbe.it-IT.html>.

⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, «State of Health in the EU - Italy : Country Health Profile 2025», 2025. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/italy-country-health-profile-2025>.

⁹ *Ibidem*

¹⁰ Cittadinanzattiva, «Rapporto civico sulla salute 2025».

¹¹ Osservatorio Salute Benessere Resilienza - Fondazione RIES, «RAPPORTO 2024 - Nuove proporzioni: sinergie per la salute in un mondo trasformato», 2025. <https://www.osservatoriosalute.it/rapporto-2024>

¹² CREA Sanità, «21° Rapporto Sanità».

¹³ *Ibidem*

¹⁴ European Observatory on Health Systems and Policies, «State of Health in the EU».

¹⁵ Osservatorio Salute Benessere Resilienza - Fondazione RIES, «RAPPORTO 2024».

¹⁶ *Ibidem*

¹⁷ European Observatory on Health Systems and Policies, «State of Health in the EU».

¹⁸ Fondazione GIMBE, «8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale».

¹⁹ *Ibidem*

²⁰ Barbara Sena e Raffaella Nicoletti, «Disuguaglianze di salute nei contesti urbani metropolitani.

Un'analisi quantitativa sull'“effetto quartiere” nel comune di Roma», Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione 72, fasc. 1 (2025), <https://doi.org/10.32049/RTSA.2025.1.05>.

²¹ Periferiacapitale - Fondazione Charlemagne, «Dentro La Città», consultato il 25 febbraio 2026, <https://www.periferiacapitale.org/dentro-la-citta/>.

²² Barbara Sena e Raffaella Nicoletti, «Disuguaglianze di salute».

²³ Periferiacapitale - Fondazione Charlemagne, «Dentro La Città».

²⁴ Lorenzo Paglione et al., «Salute urbana e disuguaglianze a Roma in contesti a elevata marginalità sociale», Epidemiologia & Prevenzione 44, fasc. 5-6 Suppl 1 (2020): 38–44, <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S1.P038.072>.



• **Contesto di Bastogi**

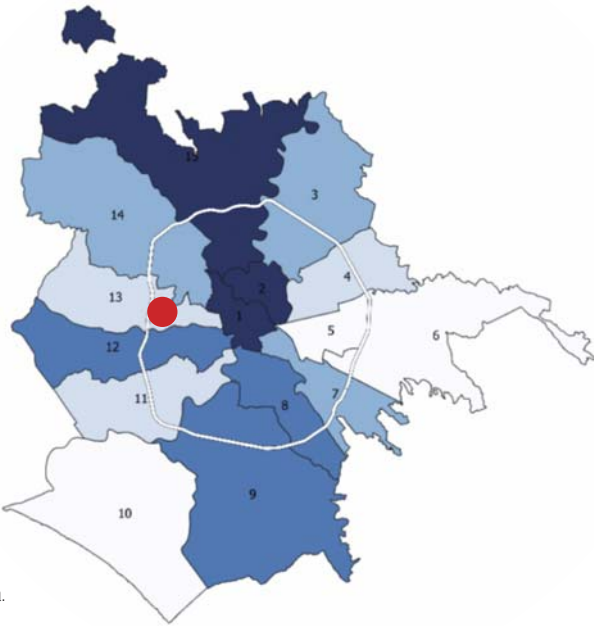
Bastogi è un quartiere del Municipio XIII, nella zona nord-ovest della città. È nato dall'occupazione di una struttura originariamente pensata come motel per il personale di volo. Mai adibita a questo uso, la struttura è stata acquisita dal Comune di Roma e destinata, negli anni '90, all'edilizia residenziale pubblica. Nel tempo, le situazioni abitative temporanee si sono trasformate in insediamenti stabili, caratterizzati da una gestione interna non ufficiale, occupazioni abusive, presenza di criminalità ed elevata dispersione scolastica. Il complesso residenziale comprende sei palazzine abitate, alcune strutture di servizio e un perimetro ben definito. Questa configurazione lo rende di fatto separato dal tessuto urbano circostante: una segregazione spaziale che accentua quella sociale.

Oggi il quartiere ospita circa 3.000 persone (circa 400 famiglie), anche se non esiste un censimento aggiornato²⁵. La comunità, composta prevalentemente da italiani con una minoranza di stranieri residenti di lungo periodo, denuncia l'assenteismo del Comune, in particolare per la mancanza di manutenzione ordinaria e le condizioni degli impianti. Un esempio riportato è la presenza di incendi frequenti a causa di cortocircuiti, dovuti anche all'assenza di collegamento alla rete del gas²⁶. In risposta a questa condizione di isolamento, gli abitanti hanno assunto la gestione autonoma degli spazi comuni e diverse associazioni di volontariato forniscono attività e servizi complementari. In tale quadro, Bastogi costituisce un caso rilevante di mutualismo e auto-organizzazione comunitaria²⁷.

Resta tuttavia fortemente compromesso l'accesso alla salute, aggravando un quadro già complesso, segnato da povertà educativa, patologie croniche, fragilità nella salute mentale e insicurezza alimentare. Lo studio di Paglione et al.²⁸, che ha analizzato i dati dei Municipi XIII e XIV tra il 2011 e il 2018, ha rilevato indicatori sanitari più critici nelle aree urbane caratterizzate da marginalità e svantaggio sociale, con effetti particolarmente marcati nel quartiere di Bastogi. Qui si osservano tassi elevati di ospedalizzazione (+60%)

e di ricorso al pronto soccorso (+150%), sintomi evidenti di un accesso al Servizio Sanitario Nazionale limitato ai momenti di peggioramento delle condizioni di salute. Questa tendenza, tipica dei contesti con limitata disponibilità di informazioni sanitarie e strumenti di prevenzione, contribuisce all'altro dato preoccupante: una mortalità superiore del +140% rispetto al resto dell'area urbana considerata²⁹. A conferma della situazione critica, Caminada et al.³⁰ nel 2021 evidenziano una condizione complessivamente peggiore per gli abitanti di Bastogi, rispetto al resto del territorio della ASL Roma 1. Sono state riscontrate differenze significative nella prevalenza di malattie non trasmissibili, disturbi di salute mentale e partecipazione a strategie di prevenzione, tra cui lo screening del cancro, così come un comportamento meno incline a cercare aiuto e una scarsa fiducia nei professionisti sanitari da parte degli abitanti di Bastogi³¹. Nonostante tali studi abbiano evidenziato come i determinanti sociali producano disuguaglianze sanitarie e ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria, delineando una situazione di forte squilibrio, presente ormai da anni, le condizioni di vita nel quartiere oggi risultano sostanzialmente invariate evidenziando l'inadeguatezza delle soluzioni intraprese a livello istituzionale.

Mappa: Indice di Sviluppo Umano (ISU, scala 0–1) nei Municipi di Roma. (Fonte: Matteo Oliviero e Massimo Pallottino, #MapparomaLab, 2024) con localizzazione del quartiere di Bastogi ●.



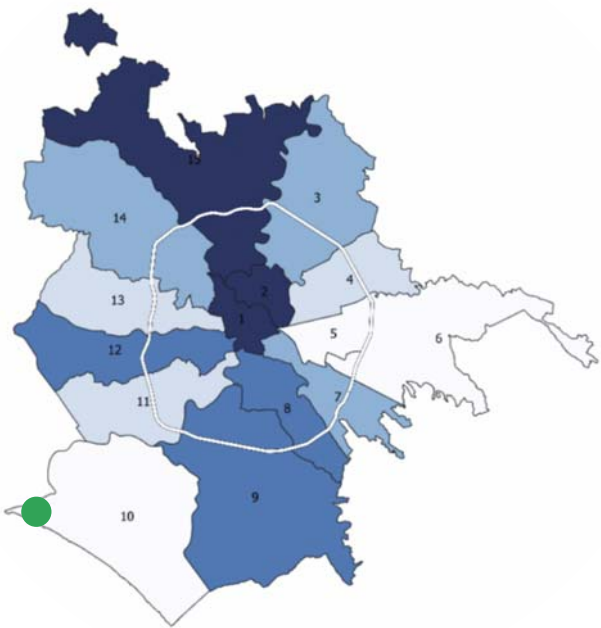
²⁵ Annalisa Camilli, «Nelle periferie di Roma la povertà è in aumento», Internazionale, 14 novembre 2025. <https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2025/11/14/se-il-governo-complica-la-vita-alle-periferie-in-difficolta>.
²⁶ Ibidem
²⁷ Ibidem
²⁸ Lorenzo Paglione et al., «Salute urbana e disuguaglianze a Roma».
²⁹ Ibidem
³⁰ Susanna Caminada et al., «Urban Health and Social Marginality: Perceived Health Status and Interaction with Healthcare Professionals of a Hard-to-Reach Community Living in a Suburban Area of Rome (Italy)», International Journal of Environmental Research and Public Health 18, fasc. 16 (2021): 8804, <https://doi.org/10.3390/ijerph18168804>.
³¹ Ibidem



• Contesto dell’Idroscalo di Ostia

L’Idroscalo di Ostia si trova alla foce del Tevere, nel Municipio X della città di Roma. Nel 1926 venne inaugurato come aeroporto militare, per essere poi dismesso dopo i pesanti danneggiamenti subiti durante la Seconda guerra mondiale. Già a partire dagli anni ‘50, l’area, priva di funzioni istituzionali, fu progressivamente occupata in modo informale attraverso il riadattamento delle strutture residue e processi di autocostruzione, favorendo l’insediamento di diversi nuclei familiari³². Oggi circa 500 case autocostruite costituiscono un quartiere informale in cui abitano circa 2.000 persone³³, tra cui molti giovani. I residenti sono principalmente italiani, insieme a migranti comunitari, soprattutto romeni, e a poche altre nazionalità extra-europee, in particolare sudamericani. Il quartiere è quindi segnato da abusivismo abitativo e da una scarsa sicurezza delle infrastrutture, con criticità che comprendono l’assenza di un sistema fognario e di una rete elettrica adeguati e la collocazione stessa del quartiere. Difatti, oltre a essere una zona difficilmente

raggiungibile, è costantemente esposta a inondazioni a causa dell’elevato rischio esondazione del Tevere e alle mareggiate. Nonostante ciò, la popolazione è restia a lasciare il quartiere, anche in ragione di una forte coesione interna, per la quale le diverse comunità nazionali mostrano livelli relativamente elevati di integrazione reciproca³⁴. Gli abitanti condividono una forte percezione di isolamento dal comune di Roma, accentuata da una stigmatizzazione esterna, e una diffusa sfiducia verso le istituzioni, anche a seguito delle numerose richieste di messa in sicurezza rimaste senza risposta. Sebbene la raccolta di dati sanitari sul quartiere sia limitata, sono comunque evidenti rilevanti difficoltà di accesso ai servizi di salute. Ciò comporta un aumento della cronicizzazione delle patologie, un peggioramento complessivo dello stato di salute della popolazione e una maggiore difficoltà nell’intervenire tempestivamente su situazioni di vulnerabilità sanitaria e psicosociale.



Mappa: Indice di Sviluppo Umano (ISU, scala 0–1) nei Municipi di Roma.
(Fonte: Matteo Oliviero e Massimo Pallottino, #MapparomaLab, 2024)
con localizzazione del quartiere di Idroscalo di Ostia ●.

³² Stefano Portelli, «Dove l’acqua dolce incontra quella salata. Idroscalo, ultimo grande quartiere autocostruito di Roma», *Antropologia* 4, fasc. 3 N.S. (2017), <https://doi.org/10.14672/ada20171349%2525p>.
³³ *Ibidem*
³⁴ *Ibidem*

4. Note metodologiche e raccolta dati

Il presente report si basa sui dati raccolti nell'ambito del progetto *Un camper per i diritti*, che a partire da febbraio 2025, grazie al sostegno della Fondazione Charlemagne, ha ampliato il proprio intervento in maniera strutturata presso Bastogi e Idroscalo di Ostia, i due contesti periferici qui presi in esame.

I dati analizzati nel report comprendono sia informazioni quantitative - numero di visite, persone incontrate, orientamenti e invii ad altri servizi (*referrals*), caratteristiche socio demografiche e cliniche delle persone assistite - sia elementi qualitativi, raccolti attraverso l'osservazione diretta, i colloqui informali e l'interazione continuativa con la comunità locale.

L'attività di *Un camper per i diritti* si svolge seguendo un calendario operativo predefinito. Durante queste sessioni, comunemente denominate "uscite", l'unità mobile attrezzata (comprensiva di lettino, strumentazione diagnostica e farmaci essenziali) e il team operativo, con competenze multidisciplinari, si recano nei territori di riferimento. Tali interventi sono resi possibili e sostenuti da una solida rete di collaborazione sistematica, costruita attraverso la relazione con le persone che vivono il territorio, i referenti chiave delle comunità e il contatto con le associazioni locali. La raccolta dati, infatti, non si limita al momento dell'uscita con la clinica mobile ma comprende un lavoro di coordinamento e networking che consente una valutazione costante e partecipata delle dinamiche e delle difficoltà del territorio.

Il report analizza il periodo compreso tra febbraio e dicembre 2025, durante il quale la clinica mobile di MEDU ha operato all'Idroscalo di Ostia con cadenza settimanale e a Bastogi con frequenza quindicinale.

In particolare, nel quartiere dell'Idroscalo di Ostia il consolidamento dell'intervento si è sviluppato attraverso due binari: comunitario e istituzionale. Il primo è stato costruito grazie alla collaborazione con Don Fabio, sacerdote della Fraternità dell'Incarnazione presente a Idroscalo di Ostia dal 2003. Il radicamento della Fraternità affonda le radici in una scelta di prosimità che dura da due decenni, trasformando la presenza religiosa in un punto di riferimento costante per una comunità nata spontaneamente e cresciuta tra mille difficoltà. Collaborando fianco a fianco con i residenti, Don Fabio lavora attivamente per far emergere il valore sociale dell'Idroscalo, trasformando il

disagio abitativo in un'occasione di solidarietà e resistenza culturale. La sua mediazione, insieme a quella dell'associazione locale La Rada, ha permesso a MEDU di diventare un punto di riferimento stabile per la comunità e di consolidare nel tempo un rapporto di fiducia. Questo ha reso possibile anche l'attivazione di interventi domiciliari. Il percorso di integrazione è culminato con la partecipazione di MEDU al "*Festival della Partecipazione*" (Novembre 2025), evento simbolo con e per Idroscalo, che ha unito associazioni e residenti. Sul versante istituzionale, dopo una fase iniziale caratterizzata da una limitata interlocuzione con le autorità sanitarie e da difficoltà nell'invio ai servizi — in particolare nell'ambito della salute mentale — si è aperta l'interlocuzione diretta con il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio per le Dipendenze (SerD), volta alla firma di accordi formali per colmare, seppur parzialmente, le criticità emerse.



Nel quartiere di Bastogi, le autorità socio-sanitarie locali hanno da tempo avviato interventi orientati alla prossimità, portando i servizi sanitari direttamente all'interno del quartiere. Attraverso attività come screening gratuiti e visite odontoiatriche e pediatriche in loco, queste esperienze mostrano concretamente come la medicina di prossimità rappresenti uno strumento efficace per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure. Pur nella complessità del contesto, Bastogi si configura già come un laboratorio di collaborazione interistituzionale e comunitaria, anche grazie all'esistenza di un tavolo permanente che coinvolge Istituzioni sanitarie, Terzo Settore e una componente attiva della comunità, dal quale sono già scaturiti risultati concreti.

Si tratta tuttavia di un percorso in fase di consolidamento, non ancora capace di intercettare in modo sistematico tutte le situazioni di fragilità presenti. L'attività di MEDU si è inserita in questo contesto con l'obiettivo di rafforzare il rapporto di fiducia tra la comunità e i servizi ufficiali, contribuendo a ridurre la distanza — non solo operativa ma anche relazionale — che spesso ne ostacola l'accesso. In questo percorso è risultata centrale la sinergia con gli attori locali: la collaborazione con Aurelio in Comune e il Social Market, punto di riferimento per la spesa solidale e le istanze legate al diritto all'abitare, con il doposcuola e la palestra del quartiere e, in particolare, con le suore della comunità, la cui casa rappresenta un luogo di ascolto privilegiato e ha consentito di intercettare fasce di popolazione altrimenti difficilmente raggiungibili.

La clinica mobile ha così effettuato, nel periodo di riferimento, 60 “uscite”, di cui: 40 presso l'Idroscalo di Ostia (una delle quali in occasione del Festival della Partecipazione) e 20 presso Bastogi.

Sono state raggiunte complessivamente 98 persone e sono stati effettuati 199 interventi tra prime visite e follow-up. Di questi 127 (61 persone) presso l'Idroscalo di Ostia e 72 (37 persone) presso il Quartiere Bastogi.

Il numero contenuto di utenti raggiunti non costituisce un limite operativo, ma riflette la profonda complessità del contesto. La vulnerabilità sociale e la naturale diffidenza dei residenti richiedono tempi di approccio dilatati: ogni visita si trasforma così in un investimento relazionale, necessario a costruire quel rapporto di fiducia che è l'unico presupposto per un intervento sociale realmente efficace.

Nella maggior parte dei casi (84%), le persone che si rivolgono al camper accedono a una visita medica o a un colloquio di ascolto psicologico; le restanti si avvicinano invece ai servizi esclusivamente per ricevere informazioni o orientamento, senza necessità di essere visitati. Ciascun utente può, in ogni caso, usufruire contemporaneamente di più servizi del camper durante la stessa uscita, ricevendo quindi sia assistenza medico-psicologica sia orientamento ai servizi.

Durante le visite mediche e i colloqui di ascolto psicologico, il team multidisciplinare è in grado di individuare i casi più complessi e procedere all'invio (*referral*) ai servizi territoriali competenti. Il progetto prevede, come discusso, anche una costante mappatura dei servizi e creazione di una rete tra enti locali, ASL e associazioni che operano sul territorio. La creazione di tale network, oltre a garantire un sistema di *referral* più completo e coordinato, permette di evidenziare lacune nei servizi territoriali che possono ostacolare la continuità della presa in carico e acquisire una conoscenza più approfondita dei bisogni specifici della popolazione.



Come si svolgono le visite?

Il team multidisciplinare

Il servizio è assicurato da personale qualificato che opera in coordinamento:

- Coordinatore e logista.
- Medico referente e psicologo.
- Volontari sanitari e volontari di accoglienza.

Il percorso dell'assistenza su *Un camper per i diritti*

L'accesso ai servizi è garantito in modalità accesso libero per fornire un aiuto immediato sul territorio. La visita consiste in un processo strutturato, dall'identificazione del bisogno all'orientamento specialistico:

Accoglienza (operatore di accoglienza)

- Raccolta della richiesta e acquisizione del consenso informato.
- Indirizzamento al servizio MEDU più appropriato.

Intervento sanitario (medico/infermiere)

- Visita medica ed educazione sanitaria.
- Orientamento e, se necessario, collegamento con i servizi sanitari territoriali esterni.

Supporto psicologico (psicologo)

- Offerta di ascolto psicologico.
- Collegamento, se necessario, con i servizi psico-sociali territoriali.

Accoglienza

Il ruolo dell'operatore di accoglienza è quello di accogliere chiunque si avvicini al camper, ascoltare le necessità e rispondere alle esigenze presentate. Qualora il bisogno fosse solo di natura informativa, dove quindi la consultazione sanitaria non viene ritenuta necessaria, esso viene indirizzato ai servizi territoriali di competenza, siano questi istituzionali o enti del terzo settore.

Tra gli orientamenti principalmente forniti rientrano le indicazioni relative alle modalità di richiesta della scelta del medico di base e della residenza fittizia, di accesso ai servizi psicosociali territoriali, di iscrizione al SSN o di prenotazione di una visita medica, nonché le informazioni riguardo richieste di esenzione o di assistenza legale.

Questo approccio consente, quindi, di cogliere non solo le condizioni cliniche delle persone assistite, ma anche i fattori sociali, abitativi e comunitari che influenzano l'accesso ai servizi sanitari e il benessere complessivo. Per ogni persona assistita viene inoltre aperta una scheda socio-anagrafica, previa informativa sulla privacy, che consente di registrare condizioni di salute e aspetti sociali e abitativi rilevanti.

Sportello medico

La clinica mobile di MEDU è un camper allestito ad ambulatorio, dotato quindi di strumenti per lo screening di base (come misurazione di pressione, temperatura, glicemia, possibilità di fare medicazioni) e di una farmacia essenziale, la cui fornitura varia a seconda delle necessità più frequentemente incontrate. A bordo del camper è sempre presente la coordinatrice medica, affiancata da medici volontari con diverse specializzazioni.

Il ruolo del medico e più in generale del personale sanitario all'interno del camper non è limitato alla gestione dell'aspetto clinico delle patologie, ma cerca di rilevare e capire quali sono i determinanti che concorrono alla salute dell'utente.

Si riportano di seguito le cinque principali categorie in cui si possono raggruppare gli interventi svolti dal personale sanitario, pur riconoscendo che schematizzare l'intervento sanitario riduce la complessità e la varietà delle situazioni effettivamente affrontate.

Visita medica: la visita vera e propria, dove l'intervento comprende l'anamnesi accurata (raccolta della storia clinica), l'esame obiettivo e la successiva sintesi diagnostica. L'attività si conclude con l'elaborazione di un piano terapeutico, la fornitura di indicazioni cliniche specifiche o la prescrizione medica necessaria per il percorso di cura.

Medicazione: interventi di valutazione, detersione e trattamento di ferite, lesioni cutanee o ulcere, sia per il primo soccorso di lesioni di recente riscontro, sia il monitoraggio e la rivalutazione clinica di ferite croniche, finalizzati a prevenire complicazioni infettive e a promuovere la guarigione.

Educazione sanitaria e Accompagnamento: articolata su tre livelli, essa comprende l'orientamento clinico (scelta degli specialisti e gestione delle cronicità), il supporto tecnico-pratico (formazione sull'uso dei dispositivi, igiene e stili di vita) e, infine, la dimensione relazionale. Quest'ultima accoglie le paure dei pazienti e ne facilita l'accesso al SSN, trasformando l'ascolto in uno strumento di consapevolezza e inclusione.

Case management (o invii sanitari): insieme delle attività di facilitazione attiva tra il paziente e la rete dei servizi territoriali. Si tratta di un lavoro di mediazione e accompagnamento che si estende anche al di fuori dei momenti di presenza del camper sul territorio, garantendo la continuità assistenziale soprattutto per i casi più complessi e cronici. Gli interventi includono il supporto diretto nella prenotazione di esami, il contatto con i servizi socio-sanitari e l'invio mirato a medici specialisti, assicurando che il paziente non venga lasciato solo nella navigazione del sistema sanitario.

Screening e monitoraggio (follow up): raggruppano interventi di monitoraggio dei parametri vitali, come la misurazione della pressione arteriosa e della glicemia. Sebbene l'accesso sia spesso motivato da un controllo di routine, queste occasioni diventano fondamentali momenti di intercettazione precoce: il semplice monitoraggio evolve frequentemente in attività di educazione sanitaria personalizzata o, laddove necessario, in una visita medica approfondita, trasformando il camper in un presidio di prevenzione attiva sul territorio.

Sportello psicologico

Il primo accesso allo sportello psicologico è definito *prima sessione o sessione d'ascolto*. In tale occasione, lo psicologo effettua una valutazione del bisogno espresso dall'utente, interviene secondo il bisogno e conclude l'incontro con un momento di psicoeducazione e di orientamento ai servizi territoriali competenti, qualora necessario.

Laddove non sia previsto un successivo accesso allo sportello, ciò avviene generalmente perché l'utente viene inviato ai servizi sanitari territoriali attraverso un percorso di facilitazione attivato dal personale di MEDU, oppure perché non emerge l'indicazione clinica a proseguire con ulteriori colloqui.

In base agli elementi emersi nel corso del primo incontro, lo psicologo può invece concordare con l'utente la possibilità di una sessione successiva, finalizzata a rivalutare la situazione e, contestualmente, concludere gli incontri oppure indicare il servizio territoriale idoneo al bisogno emerso.

Il *Primo Soccorso Psicologico (PSP)*, infine, rappresenta un protocollo d'intervento mirato alla gestione delle crisi emotive acute (come gli stati di shock). Data la sua natura tempestiva, il PSP non è una prerogativa esclusiva della figura psicologica: l'intero staff di MEDU riceve infatti una formazione specifica per applicare questo approccio comunicativo, garantendo una risposta immediata e coordinata a supporto della persona vulnerabile.

Infine è importante sottolineare che ciascun utente può usufruire contemporaneamente di più servizi offerti dal camper durante la stessa uscita, ricevendo ad esempio sia assistenza medica che supporto psicologico.

5. Dati, osservazioni e testimonianze

Il presente report fornisce una fotografia significativa e clinicamente rilevante delle dinamiche socio-sanitarie prevalenti nei due quartieri monitorati, nonostante faccia riferimento a un periodo temporale limitato (febbraio–dicembre 2025) e a un campione numericamente contenuto.

L'analisi qui presentata consente di individuare tendenze ricorrenti e bisogni prioritari, offrendo al contempo elementi utili per orientare l'elaborazione di interventi futuri più coordinati ed efficaci. L'obiettivo non è quello di fornire uno studio esaustivo, bensì di

delineare un quadro realistico e fondato sull'esperienza sul campo, capace di contribuire in modo proattivo al rafforzamento del diritto alla salute e della continuità assistenziale nei contesti periferici più vulnerabili della città.

In questa prospettiva, il capitolo riunisce dati e testimonianze raccolti dal team del progetto *Un camper per i diritti* relativi al profilo socio-demografico, allo stato di salute e alle condizioni socio-legali della popolazione incontrata, per poi concludersi con una sintesi delle principali barriere di accesso alle cure emerse.

5.1 Caratteristiche socio-demografiche

In riferimento agli abitanti dei due quartieri, si nota una prevalenza di cittadini italiani, affiancata da minoranze straniere residenti di lungo periodo. Nel periodo di riferimento, la clinica mobile di MEDU ha raggiunto complessivamente 98 persone: 61 presso l'Idroscalo di Ostia e 37 nel quartiere di Bastogi. La maggior parte delle persone assistite è risultata di nazionalità italiana (52%), mentre le principali nazionalità straniere rilevate provengono da Romania, Ecuador, Cile, Perù e Ucraina (rispettivamente il 22%, 5% e 3%).

L'analisi disaggregata per territorio evidenzia una prima differenza. A Bastogi, la presenza di cittadini italiani tra le persone incontrate dalla clinica mobile

è nettamente prevalente (65%). All'Idroscalo, invece, si registra una quota rilevante di cittadini provenienti dall'Unione Europea (37%, a fronte del 44% di nazionalità italiana e 19% di extra-UE), molti dei quali vivono in condizioni di povertà e sono inseriti in circuiti di lavoro irregolare.

Anche osservando età e genere le comunità assumono alcune specificità. Complessivamente, la fascia d'età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 31 e i 50 anni (37%), seguita dalle fasce 51–64 anni (21%) e over 65 (20%), con una prevalenza di genere femminile pari al 60%.

A Bastogi, tuttavia, la popolazione assistita risulta prevalentemente femminile (83%, contro il 48% dell'Idroscalo) e mediamente più anziana. In particolare, la quota di persone con meno di 30 anni è più contenuta rispetto all'Idroscalo (16% contro il 24%), mentre risulta più elevata la presenza di persone over 65 (24% a Bastogi contro il 18% all'Idroscalo). In questo contesto emerge una specifica fragilità legata al monoparentalismo femminile — giovani madri e nonne sole — nonché la presenza di alcuni casi di violenza domestica.

Oltre agli utenti direttamente intercettati dal servizio offerto con la clinica mobile, a Bastogi è stato rilevato un numero significativo di persone in emergenza abitativa. Tra queste, una quota rilevante è composta da anziani e persone con disabilità che vivono in una condizione di sostanziale isolamento domiciliare,

spesso “reclusi” all'interno delle abitazioni a causa di barriere architettoniche.

All'idroscalo la maggiore concentrazione di giovani e stranieri mostra come la diversità culturale possa trasformare gli ostacoli linguistici in occasioni di scambio: le barriere comunicative vengono superate quotidianamente grazie al ruolo attivo delle nuove generazioni, che operano come mediatori e traduttori per gli adulti. I giovani emergono così non solo come una componente demografica significativa, ma come un elemento chiave per la coesione sociale del quartiere. Parallelamente, la presenza consistente di bambini e adolescenti evidenzia un patrimonio di potenzialità ancora largamente inespresso, che rischia tuttavia di essere compromesso dai processi di marginalizzazione cronica che caratterizzano il territorio.

5.2 Profilo clinico e condizioni di salute

Le caratteristiche socio-demografiche descritte si riflettono in modo diretto sulle condizioni di salute delle persone incontrate nei due quartieri, delineando un quadro clinico complesso, segnato da cronicità, fragilità multiple e bisogni sanitari spesso non intercettati dal sistema pubblico. Lo stato di salute emerge infatti come strettamente connesso alle condizioni sociali, economiche e abitative, che ne condizionano l'insorgenza, lo sviluppo e le possibilità di presa in carico.

Nell'80% dei casi, il singolo accesso alla clinica mobile ha richiesto un intervento di tipo multidisciplinare. I bisogni intercettati risultano infatti raramente riconducibili a una singola problematica o a una mera diagnosi clinica, ma richiedono risposte integrate che

combinano interventi sanitari, supporto psicologico, educazione alla salute e orientamento verso i servizi socio-sanitari del territorio. Questo aspetto suggerisce la presenza di fragilità stratificate, che difficilmente trovano risposte adeguate attraverso i canali ordinari di accesso alle cure.

Per ragioni espositive, i dati vengono presentati distinguendo tra salute fisica e salute mentale, mentre gli aspetti socio-legali emersi e affrontati nel corso delle visite saranno approfonditi nel paragrafo successivo. Tale suddivisione serve a fini analitici, consapevoli però che nella realtà quotidiana le dimensioni della salute fisica, mentale e socio-legale sono strettamente interconnesse e difficilmente separabili.



Salute fisica

I bisogni sanitari più frequentemente rilevati durante il periodo di intervento offrono un quadro rappresentativo delle criticità sanitarie più diffuse nelle periferie urbane. Si tratta prevalentemente di bisogni di salute essenziali e criticità sistemiche, più che di singole patologie, che mettono in luce come il profilo clinico della popolazione sia fortemente influenzato da determinanti sociali, economici e abitativi.

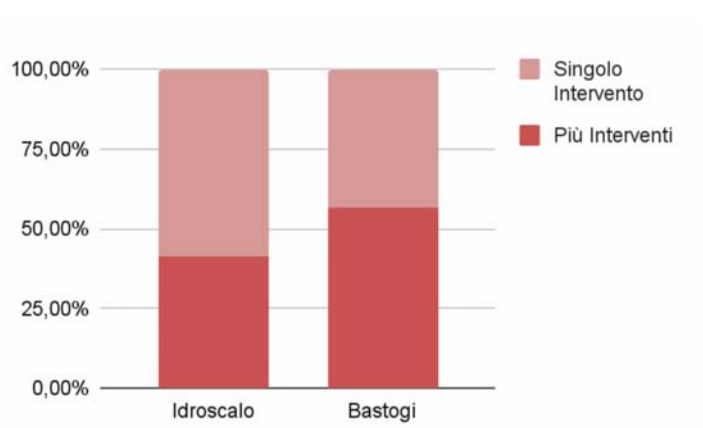


GRAFICO 1 - Percentuale di interventi singoli o multipli per ciascun accesso alla clinica mobile – confronto tra Bastogi e Idroscalo

Dalla lettura del *Grafico 1*, che indica per ciascun accesso se sia stato necessario un singolo tipo di intervento (ad esempio solo la prestazione infermieristica) o più interventi contemporaneamente (cfr. Capitolo 4), emerge come nella maggior parte dei casi si è reso necessario un approccio multidimensionale. Circa la metà degli accessi ha richiesto l'integrazione di più interventi, quali visita medica, prestazione infermieristica o medicazione, case management, educazione sanitaria, screening di base e attività di prevenzione. Questi dati evidenziano la complessità dei casi incontrati che si traduce operativamente nella necessità di integrare più interventi all'interno del singolo accesso.

Un'analisi dettagliata delle diverse prestazioni erogate per ciascun accesso, come dettagliato nel *Grafico 2*, conferma da un lato la complessità della domanda sanitaria e, dall'altro, mostra le configurazioni dei diversi bisogni nei due quartieri.

L'educazione sanitaria costituisce una componente centrale in entrambi i quartieri, raggiungendo il suo picco a Bastogi (31%). Ciò indica che, oltre alla cura clinica, esiste un forte bisogno di alfabetizzazione sanitaria per la gestione delle cronicità e degli stili di vita. Essa non rappresenta quindi un'attività accessoria, ma occupa stabilmente circa un terzo dell'intervento nelle due periferie, a dimostrazione dell'ampia diffusione e della priorità del bisogno di informazione e consapevolezza sulla salute.

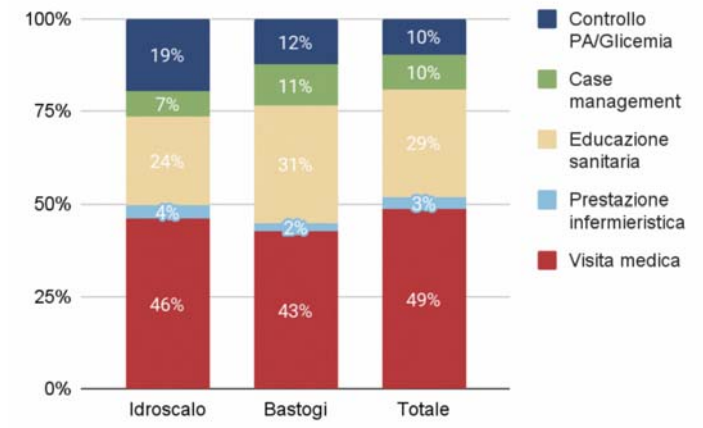


GRAFICO 2 - Tipologie di prestazioni erogate per ciascun accesso alla clinica mobile

Dalla lettura del *Grafico 2* si evidenzia, in entrambi i quartieri, la necessità di interventi di case **management**, con una quota leggermente maggiore a Bastogi (11% contro il 7% dell'Idroscalo). Ciò segnala difficoltà significative nell'orientarsi autonomamente all'interno del SSN e una necessità di supporto nei percorsi di invio e presa in carico, con un lavoro intenso di referral agli specialisti e di coordinamento con le ASL.

Per il team della clinica mobile, a Bastogi questa attività è stata agevolata dalla sinergia con la rete territoriale di enti istituzionali e del terzo settore, che facilita l'invio dei pazienti ai servizi di competenza. Nel territorio dell'Idroscalo, invece, il raccordo con il sistema sanitario locale si è rivelato più complesso, traducendosi in una minore percentuale di interventi di case management a causa delle difficoltà nell'invio ai servizi competenti.

Per quanto riguarda i **controlli di routine**, come la misurazione della pressione arteriosa e della glicemia, la percentuale risulta leggermente maggiore a Idroscalo (19% contro il 12% di Bastogi). Questo dato suggerisce un utilizzo della clinica mobile a Ostia maggiormente orientato al monitoraggio continuativo dei parametri di salute, piuttosto che a una domanda legata a patologie acute o a malesseri contingenti, più frequenti a Bastogi. Parte di questa differenza è riconducibile a modalità diverse di accesso al servizio, come sarà approfondito più avanti nel paragrafo.

La **visita medica** costituisce infine la componente principale dell'intervento sanitario, rappresentando il 49% del totale delle prestazioni. Tuttavia, raramente è sufficiente da sola: in circa la metà dei casi è necessario affiancare ulteriori interventi, a testimonianza di un bisogno di cura continuativo e strutturale, piuttosto che di risposte a esigenze temporanee o isolate.

Le patologie più frequentemente osservate (*Grafico 3*) durante le visite mediche in entrambe le località interessano l'apparato cardio-circolatorio (19% sul totale dei casi), seguite dai disturbi cutanei (11%), respiratori (10%), metabolici (9%) e dell'apparato digerente (8%). Si tratta prevalentemente di condizioni croniche, spesso già note ai pazienti, ma gestite in modo discontinuo o inadeguato.

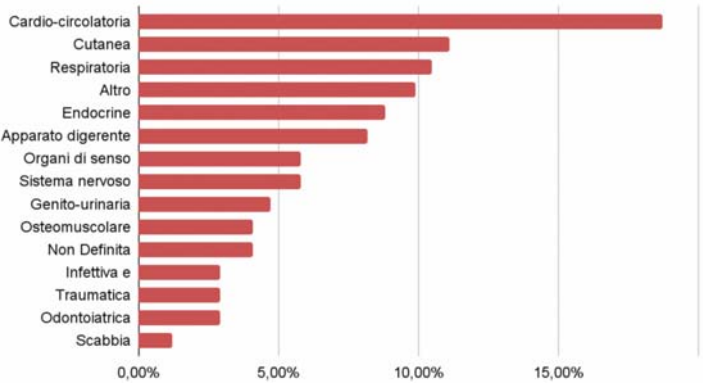


GRAFICO 3 - Distribuzione delle principali condizioni cliniche riscontrate tra i pazienti assistiti dalla clinica mobile

Pur in presenza di profili clinici complessivamente simili nei due contesti, la comparazione tra i due quartieri (*Grafico 4*) rileva alcune peculiarità.

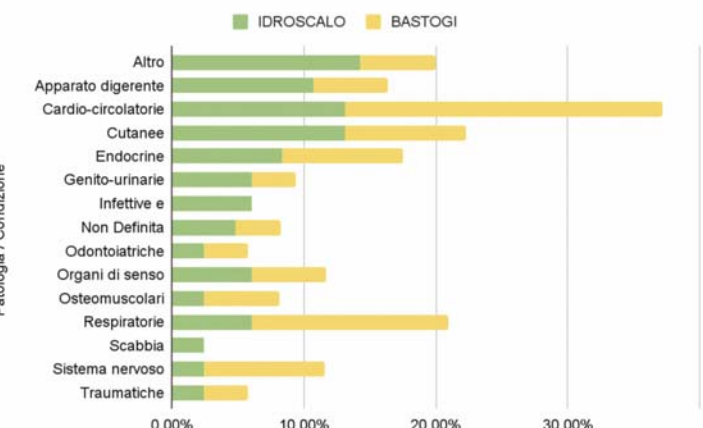


GRAFICO 4 - Confronto delle principali condizioni cliniche tra i pazienti assistiti nei quartieri di Bastogi e Idroscalo

È rilevante sottolineare come i diversi bisogni sanitari intercettati siano influenzati anche da aspetti legati all'intervento stesso, a partire dalle **differenti modalità di accesso** al servizio sanitario offerto da MEDU attraverso la clinica mobile nei due contesti.

Nel quartiere di **Bastogi**, gli utenti che accedono alla clinica mobile sono prevalentemente inviati attraverso la rete di servizi e associazioni attive sul territorio o tramite passaparola strutturato. Ciò si traduce in un accesso più mirato al servizio: le persone arrivano più frequentemente con un bisogno sanitario specifico e, nella maggior parte dei casi, è possibile individuare facilmente una diagnosi clinica definita.

Si è rilevata la prevalenza di patologie cardiovascolari (24%) e respiratorie (15%). Questo dato si colloca in continuità con quanto riportato da precedenti studi sul quartiere, che descrivono condizioni abitative critiche — muffe, umidità strutturale, infestazioni,³⁵³⁶ — associate a un carico significativo di disturbi respiratori, patologie croniche non adeguatamente trattate e problematiche correlate alle dipendenze da sostanze. In tale contesto, l'abitazione non rappresenta un fattore protettivo, ma un elemento che contribuisce al mantenimento della vulnerabilità sanitaria.

Si osserva inoltre una tendenza alla medicalizzazione di forme di disagio prevalentemente sociale, legate a condizioni abitative, economiche e relazionali precarie, che trovano nel servizio sanitario uno dei pochi canali di ascolto e riconoscimento del bisogno.

All'Idroscalo di Ostia, le modalità di accesso al servizio di MEDU risultano differenti. L'accesso alla clinica mobile avviene prevalentemente in modo spontaneo e non programmato, senza che sia necessariamente formulata una richiesta di salute specifica al primo accesso. Il servizio assume quindi una funzione più esplorativa e di monitoraggio generale, piuttosto che di risposta a un bisogno clinico già definito.

In questo contesto, le persone si sono spesso rivolte alla clinica mobile per esigenze apparentemente semplici, quali il controllo della pressione arteriosa o la medicazione di piccole ferite. La clinica mobile ha assunto, quindi, la funzione di uno strumento di **continuità sanitaria minima**, rappresentando per molti

³⁵ Lorenzo Paglione e Maurizio Marceca, «Comunità: Il progetto "ex-Bastogi"», Sapienza Università di Roma, Slide Report, 16 novembre 2018. https://www.researchgate.net/publication/329398756_Comunita_Il_progetto_ex-Bastogi

³⁶ Lorenzo Paglione e Maurizio Marceca, «Salute e inclusione sociale nelle periferie urbane: l'esperienza del quartiere Bastogi», in Salute e Società, FrancoAngeli, 2019.

l'unica opportunità di monitoraggio regolare dello stato di salute e della gestione delle patologie croniche, che altrimenti resterebbero in larga parte non seguite.

Nel corso di visite talvolta ripetute nel tempo, sono tuttavia emerse problematiche di natura medica, sociale e psicologica più complesse. La dimensione clinica risulta infatti strettamente intrecciata alle difficoltà della vita quotidiana, rendendo la domanda di cura spesso implicita e poco definita in senso strettamente medico. L'intervento di MEDU si è di conseguenza configurato in misura significativa come un'attività di ascolto e accompagnamento, finalizzata a favorire l'emersione progressiva dei bisogni sottostanti.

Nonostante l'organizzazione di eventi e iniziative di sensibilizzazione, si osserva una marcata reticenza a parlare apertamente della malattia, verosimilmente riconducibile a fattori culturali e relazionali che influenzano le modalità di espressione del bisogno sanitario.

Un ulteriore elemento rilevante nella valutazione del quadro clinico emerso riguarda la capacità dell'intervento di intercettare l'utenza. Le persone raggiunte dalla

clinica mobile rappresentano infatti, in senso figurato, solo la punta dell'iceberg, mentre alla base permane un ampio sommerso di popolazione che, in questa prima fase di intervento, non è stata intercettata dalla clinica mobile e non raggiunge i servizi sanitari pubblici.

A questo aspetto si collega una differenza nel profilo anagrafico delle persone raggiunte nei due quartieri. Nel quartiere di Bastogi, gli utenti intercettati risultano mediamente più anziani rispetto a quanto osservato all'Idroscalo di Ostia, mentre le fasce più giovani, pur presenti, risultano complessivamente meno raggiunte dall'intervento in entrambe le aree.

Infine, considerando anche i dati relativi agli accessi successivi al primo contatto, i *Grafici 5 e 6* mostrano che, su un totale di 199 accessi effettuati da 98 pazienti, la quota di prime visite e di accessi successivi risulta pressoché sovrapponibile. La percentuale di follow-up pari a circa il 50% del totale degli accessi, suggerisce la persistenza dei bisogni sanitari nel tempo e conferma la necessità di un intervento di medicina di prossimità in contesti in cui il sistema sanitario pubblico risulta di difficile accesso.

Dal punto di vista qualitativo, tale andamento indica inoltre l'avvio di un progressivo rapporto di fiducia nei confronti del servizio, come rilevato dagli operatori, nonostante una diffusa sfiducia iniziale verso i servizi sanitari e una marcata diffidenza al primo contatto.

Nel complesso, il quadro clinico delineato evidenzia come i bisogni sanitari delle persone incontrate nelle due periferie non trovino risposte adeguate e continue all'interno dei canali ordinari di accesso alle cure. Molte persone non accedono regolarmente ai servizi sanitari in presenza di un bisogno e, anche quando

sono consapevoli di patologie già diagnosticate, tendono a interrompere o non proseguire in modo costante i percorsi di cura. Infine, i bisogni intercettati non possono essere letti esclusivamente in termini biomedici, ma richiedono una comprensione integrata delle dimensioni sociali, abitative e psicologiche che ne influenzano l'insorgenza, l'evoluzione e la gestione nel tempo. In tale prospettiva, l'analisi della salute mentale rappresenta un passaggio necessario per completare la lettura dei bisogni emersi e comprendere pienamente la complessità delle condizioni di vulnerabilità riscontrate nei due contesti.



GRAFICO 5 - Ripartizione tra prime visite e visite successive a Bastogi

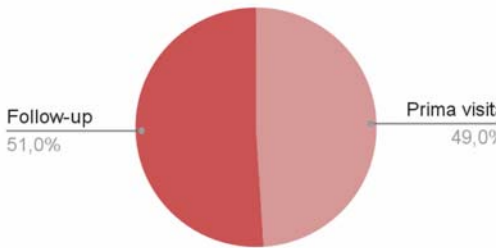


GRAFICO 6 - Ripartizione tra prime visite e visite successive all'Idroscalo

Salute mentale e benessere psicosociale

La salute mentale costituisce una dimensione centrale del benessere complessivo. Nei quartieri monitorati, le fragilità psicologiche emergono come un tema significativo, la cui complessità rimane tuttavia non sufficientemente approfondita dai dati disponibili. Vi è infatti una probabile sottostima del fenomeno riconducibile sia alla persistenza di tabù culturali che ostacolano la richiesta di supporto, sia alla recente introduzione dello sportello psicologico all'interno delle attività della clinica mobile, nonché al limitato periodo di osservazione. Ciononostante, analizzando le motivazioni del primo accesso alla clinica mobile, i disturbi psichici e comportamentali risultano già tra le problematiche più frequentemente riscontrate (15%), seconde solo alle patologie dell'apparato cardiocircolatorio.

Nel corso del periodo di attività, lo sportello psicologico ha registrato 48 sessioni di ascolto (di cui 32 a Idroscalo e 16 a Bastogi), che costituiscono il 17% degli interventi clinici svolti, coinvolgendo 19 utenti. Circa una persona su cinque ha richiesto una prima consulenza, che nel 30% dei casi si è trasformata in accessi successivi (*Grafico 7*) e, laddove necessario, in un invio ai servizi territoriali competenti. Questo dato conferma il bisogno da parte della popolazione di un percorso di accompagnamento continuativo anche sul piano psicologico.

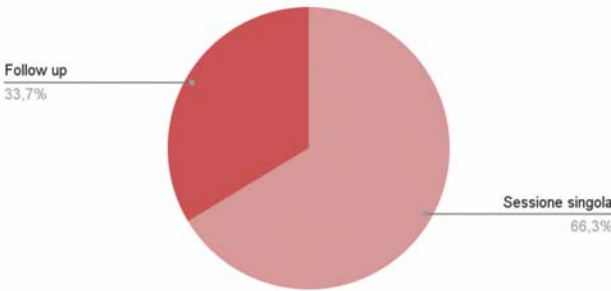


GRAFICO 7 - Distribuzione delle sessioni psicologiche tra sessioni singole e follow-up

La proporzione tra sessioni singole e follow-up appare sostanzialmente analoga nei due contesti (*Grafico 8*). Questo dato suggerisce che, indipendentemente dal contesto geografico, il servizio psicologico di prossimità riesce ad attivare la costruzione di un legame di fiducia con una quota significativa dell'utenza – pari a circa un terzo –, garantendo una continuità assistenziale minima e superando la logica dell'intervento occasionale o esclusivamente emergenziale.

“

A Bastogi incontriamo **Pietro** (nome di fantasia), un uomo di circa 60 anni affetto da patologie croniche. Soffre di problemi al cuore, di diabete e di una grave malattia dei vasi sanguigni che limita molto i suoi movimenti.

Pietro ci racconta la sua storia e, tra le difficoltà del presente, emerge anche un passato di abuso di sostanze. Dopo un recente e lungo ricovero ospedaliero, lo aiutiamo a prenotare alcune visite specialistiche.

Il signor Pietro appare inizialmente diffidente e fatica a fidarsi; non sempre ha piena consapevolezza della propria situazione sanitaria. Allo stesso tempo, le sue condizioni generali molto compromesse rendono difficile prendersi cura di sé in modo autonomo.

Alcune persone del quartiere lo supportano nelle attività quotidiane: lo aiutano a pulire la casa, ad assumere correttamente le numerose terapie farmacologiche, a preparare i pasti e ad accompagnarlo alle visite mediche, cercando anche di aiutarlo a comprendere indicazioni sanitarie non sempre chiare.

La situazione clinica di Pietro è complessa e si intreccia con una condizione sociale altrettanto fragile, che richiede continuità di attenzione e supporto. Allo stesso tempo, Pietro non riesce a formulare una richiesta esplicita di aiuto, nonostante l'evidente bisogno di sostegno.

(Testimonianza raccolta dall'operatrice del team di Un camper per i diritti)

”

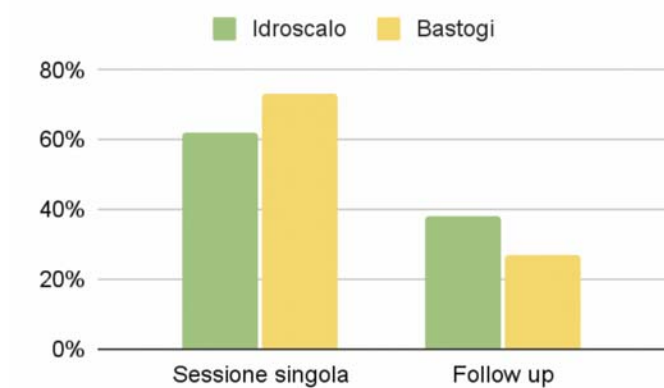


GRAFICO 8 - Confronto tra sessioni psicologiche singole e follow-up nei quartieri Idroscalo e Bastogi

Il Primo Soccorso Psicologico (PSP) è stato attivato in due soli casi, confermandosi come un intervento di natura eccezionale riservato esclusivamente alla gestione di crisi emotive acute e stati di shock.

Più che puntare a una mera diagnosi di disturbi mentali, l'approccio adottato durante i colloqui si è focalizzato sulla comprensione del disagio psicosociale, inteso come una condizione di sofferenza che emerge dal profondo divario tra le pressanti sfide legate al contesto e le risorse (materiali ed emotive) a disposizione dell'individuo.

Nonostante i numeri contenuti e la necessità di aggiornare gli strumenti di rilevazione del disagio psicologico, le osservazioni degli operatori e la presenza costante degli specialisti della salute mentale a bordo del camper hanno evidenziato la necessità di un supporto stabile e continuativo. Anche nelle differenze dei due contesti, il bisogno psicologico è forte in entrambi e le criticità rilevate nell'ambito della salute mentale appaiono strettamente connesse alle condizioni di marginalità. Si è quindi riscontrata una sofferenza psicologica inscindibile dal contesto di emarginazione in cui matura, a conferma di come le condizioni socio-economiche svantaggiose non sono solo cornice, ma causa primaria di un meccanismo di esclusione ricorsivo.

In contesti di estrema marginalità, la sofferenza psicologica non deve essere, infatti, interpretata come una fragilità intrinseca del singolo, bensì come una risposta reattiva e "fisiologica" a un ecosistema precario e al difficile accesso alle cure. Questo quadro spesso si esprime in meccanismi di coping come tossicodipendenze e alcolismo che possono riflettere tentativi estremi, seppur dannosi, di gestire un dolore esistenziale e sociale altrimenti intollerabile. Tra gli utenti in-

contrati sono stati, infatti, rilevati disturbi legati all'uso e abuso di sostanze, spesso utilizzati come strategie di coping di fronte a vissuti di abbandono e a una percezione di "ineluttabilità" del proprio destino.

Inoltre, malgrado la difficoltà di accesso fisico ai servizi della clinica mobile, si è osservata la sofferenza psicologica nella popolazione anziana, frequentemente segnata da isolamento sociale, perdita di reti di supporto e cronicizzazione del disagio emotivo, in assenza di adeguate prese in carico territoriali.

Sono stati inoltre intercettati casi di violenza domestica, emersi nel corso degli interventi di ascolto. In tali situazioni è stato attivato un invio immediato e un lavoro di raccordo con i servizi competenti, in particolare con i Centri Antiviolenza (CAV) e i Centri di Salute Mentale (CSM), favorendo l'avvio di percorsi di presa in carico e di tutela.

Entrambi i quartieri si configurano come contesti caratterizzati da una condizione psicosociale complessa, in cui una fragilità trasversale coesiste con significative risorse di resilienza individuale e collettiva. Il marcato senso di appartenenza e di identità comunitaria incide in modo rilevante sul benessere mentale della popolazione, svolgendo tuttavia una funzione ambivalente: da un lato, l'appartenenza al quartiere espone gli abitanti a dinamiche persistenti di stigmatizzazione e pregiudizio esterno, con potenziali ricadute sul piano emotivo e psicologico; dall'altro, favorisce la costruzione di reti informali di supporto e mutuo aiuto, fondate su legami sociali solidi e su forme spontanee di solidarietà, che contribuiscono a mitigare l'impatto dell'isolamento e della carenza di servizi istituzionali, più marcata nella realtà di Idroscalo, sul benessere psicosociale complessivo.

5.3 Aspetti socio-legali

Come emerso dall'esperienza sul campo, la presenza di un'équipe multidisciplinare consente di andare oltre una lettura meramente epidemiologica dei bisogni della popolazione, permettendo di intercettare i determinanti sociali che incidono in modo diretto sulle condizioni di salute. Attraverso un confronto costante con la comunità locale e con gli enti attivi sul territorio, è stato possibile delineare un insieme di criticità di natura socio-legale che rappresentano ostacoli concreti all'effettiva tutela del diritto alla salute. L'analisi di tali condizioni risulta centrale per comprendere le principali barriere che incidono sull'accesso ai servizi e sulla presa in carico nei due quartieri considerati e, più in generale, nelle aree della capitale caratterizzate da marginalità sociale.

Nel corso dell'intervento di MEDU sono emersi numerosi bisogni di natura socio-legale, ai quali si è risposto attraverso attività di orientamento, informazione e invio ai servizi territoriali competenti. Le richieste più frequenti hanno riguardato il supporto nell'accesso e nella fruizione del Servizio Sanitario Nazionale — in particolare per l'assegnazione del medico di medicina generale e per l'invio a servizi sociosanitari specifici — nonché problematiche connesse a condizioni abitative instabili. Proprio su quest'ultimo aspetto emerge un dato particolarmente significativo: tra le persone incontrate, soltanto il 55% ha dichiarato di possedere una residenza anagrafica, mentre il 14% risulta titolare di una residenza fittizia. Questo elemento evidenzia la precarietà abitativa come fattore strutturale che incide direttamente sull'accesso ai diritti e ai servizi.

Abbandono scolastico, disoccupazione, lavoro informale, casi di detenzione, abusivismo abitativo e precarietà delle condizioni di vita, rappresentano fragilità

diffuse nei contesti di maggiore marginalità e risultano presenti in entrambi i territori di riferimento. Tuttavia, per garantire un accesso reale ed efficace alla salute, è necessario approfondire le specificità proprie di ciascun contesto.

A **Bastogi**, uno dei principali nodi critici riguarda la condizione anagrafica, strettamente intrecciata al quadro normativo vigente. Una quota significativa delle persone incontrate vive in occupazioni abitative o è priva di residenza anagrafica; altre risultano formalmente residenti in municipi diversi o fuori dal Comune di Roma. Tra i cittadini stranieri, in particolare, è diffuso il timore di modificare la propria residenza per paura di possibili sanzioni o conseguenze amministrative. Il divieto di iscrizione anagrafica per chi vive in occupazione abitativa comporta l'impossibilità di ottenere l'assegnazione del Medico di Medicina Generale (MMG) e limita l'accesso ai servizi territoriali. Ne deriva una condizione di esclusione sanitaria di fatto: alcune persone, per evitare controlli o segnalazioni, tendono a ridurre al minimo il contatto con le istituzioni, rinunciando alla prevenzione e ricorrendo alle cure solo in fase di urgenza, attraverso l'accesso al pronto soccorso. Questo meccanismo contribuisce, a sua volta, al fenomeno degli accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza ospedalieri.

Un'altra criticità del quartiere riguarda il degrado strutturale degli edifici, che per gli anziani e le persone con disabilità si traduce in una forma di segregazione forzata, creando una fetta di popolazione sommersa e spesso sconosciuta ai servizi. Nello specifico, ad esempio, il malfunzionamento cronico degli ascensori e l'assenza di rampe accessibili impediscono a molti pazienti di muoversi, causando immobilità evitabile.

“

Ho 51 anni e fin dall'infanzia ho subito violenze. Mia madre soffriva di depressione e aveva problemi di alcolismo, mio padre era violento sia con lei sia con me. Sono cresciuta in un ambiente familiare difficile e per molti anni ho vissuto per strada. Poi ho incontrato quello che sarebbe diventato mio marito, una persona che entrava e usciva dal carcere. Durante le sue uscite sono rimasta incinta, ma in quel periodo vivevo una situazione precaria e mi sono stati tolti i figli.

Nel corso della mia vita ho avuto altre relazioni con uomini che si sono rivelati violenti, in modo simile a mio padre. Oggi vivo sola e la mia salute risente delle difficoltà e delle esperienze che ho vissuto nel passato.

”

Persone con capacità motorie residue restano confinate nei propri appartamenti, rinunciando non solo alle visite mediche, ma anche a qualsiasi forma di socialità, con conseguenze dirette sulla salute fisica e mentale. A queste difficoltà si aggiunge la presenza di un'ampia utenza "sommersa", confermata anche da altre realtà attive nel quartiere. Si tratta di persone totalmente estranee alla rete dei servizi e probabilmente escluse dal SSN e dal circuito istituzionale. Rimane da chiarire se questo isolamento sia dovuto a sfiducia verso le istituzioni, timore, mancanza di informazioni o a una combinazione complessa di fattori psico-sociali ed economici.

A differenza di altre realtà, come quella di Idroscalo, Bastogi dispone di una rete attiva di attori locali, tra cui ASL, Municipio e Terzo Settore. La gestione delle richieste degli utenti risulta facilitata grazie alla concreta interazione con gli assistenti sociali della ASL e al presidio sanitario presente sul territorio. Sono inoltre organizzati tavoli periodici di aggiornamento con istituzioni e associazioni del quartiere, che favoriscono lo scambio di informazioni e il rafforzamento dei canali di presa in carico. Tuttavia, questa ricchezza comporta anche alcune criticità. Da un lato, la presenza di molteplici presidi di prossimità può generare confusione tra gli utenti o duplicazioni negli interventi, con

“

Siamo tutte madri sole qui. Io ho 55 anni e sono già bisnonna. Mia figlia, che ha 38 anni, è nonna di un bambino di due anni e mezzo. Per quanto riguarda mio marito, non ho più notizie di lui: non so che fine abbia fatto dopo l'ultima volta che è stato in carcere. Oggi vivo da sola, come tante altre donne qui.

”

Si osserva una profonda sfiducia verso le istituzioni, percepite come assenti o inefficaci. Questo sentimento porta molte persone a evitare il contatto con i servizi sanitari e sociali, limitando così l'accesso a informazioni e strumenti fondamentali per la prevenzione e la cura. Di conseguenza, la comunità sviluppa una scarsa educazione alla salute, basata più su convinzioni personali o legate all'esperienza diretta, che su indicazioni professionali. La malattia viene quindi spesso considerata non come una condizione prevenibile o gestibile, ma come un evento temuto, capace di compromettere ulteriormente equilibri di vita già fragili. Nonostante la presenza di un tavolo di collaborazione tra comunità, enti del Terzo Settore e servizi

pazienti seguiti da più enti per la stessa patologia. Dall'altro, nonostante la vicinanza geografica, persiste una distanza "culturale" e burocratica: la bassa scolarizzazione, con casi di analfabetismo funzionale o assoluto, limita la comprensione del linguaggio medico, rendendo il rapporto medico-paziente asimmetrico e poco efficace. Si osserva inoltre una tendenza alla "medicalizzazione" di problemi sociali: richieste di visite per sintomi organici spesso nascondono bisogni legati a vulnerabilità economica o solitudine. Allo stesso tempo, una parte della popolazione si trova in una condizione di rassegnata incuria, in cui la sfiducia nelle istituzioni porta all'abbandono totale della propria salute.

Le osservazioni del team sul campo hanno evidenziato diverse criticità strutturali che influenzano il benessere della comunità dell'**Idroscalo**, alcune specifiche di questo territorio. Tra queste, un forte isolamento geografico dovuto principalmente alla carenza di trasporti: l'unico collegamento con il centro di Ostia e il resto della città è una sola linea di autobus con frequenza ogni mezz'ora. La situazione è ulteriormente aggravata dalla chiusura dell'ex percorso pedonale interno, che prima permetteva di raggiungere il lungomare in circa 15 minuti, limitando così drasticamente la mobilità spontanea dei residenti.

territoriali (ASL), la rete non ha ancora sviluppato la rapidità necessaria per affrontare la gravità dei bisogni rilevati. La fiducia della comunità nei servizi del progetto Periferie si è costruita soprattutto grazie al coinvolgimento delle figure religiose locali, che ha reso possibile anche l'implementazione di interventi domiciliari. Questi interventi hanno messo in luce ulteriori vulnerabilità, rivelando un quadro di marginalità estrema solo parzialmente mitigato dai servizi del CAD (Centro Assistenza Domiciliare). Pur garantendo una presenza sanitaria minima sul territorio, tali servizi risultano insufficienti rispetto alla complessità e alla gravità dei bisogni rilevati nelle abitazioni.

“

Mi chiamo **Daniel** (nome di fantasia) e sono rumeno. Soffro di una cardiopatia e ho una famiglia da mantenere, ma non riesco ad avere accesso a cure perché non ho la residenza anagrafica. Senza residenza non ho diritto al medico di base e, di fatto, è come se non esistessi, anche se sono malato. Non riesco a curarmi perché mi manca un documento. Ho provato più volte a richiedere anche la residenza fittizia, ma finora non mi è stata concessa.

”

Questi elementi confermano che le barriere socio-legali non sono un fattore separato dalla salute, ma incidono direttamente sull'accesso ai servizi, sulla continuità delle cure e sull'efficacia degli interventi.

Infine, anche all'Idroscalo di Ostia l'accesso al sistema sanitario risulta fortemente condizionato dalla residenza anagrafica. In questo contesto si rilevano prevalentemente due profili ricorrenti.

Il primo caso riguarda persone – a prescindere dalla nazionalità – che, pur vivendo stabilmente nell'area, non possono ottenere la residenza anagrafica perché l'insediamento si trova su terreno demaniale. Dopo una finestra temporale limitata negli anni passati, il rilascio della residenza è stato interrotto, creando una condizione di irregolarità anagrafica strutturale per chi non vi ha avuto accesso in quel periodo. La comunità dell'Idroscalo rifiuta la residenza fittizia e rivendica il riconoscimento della residenza reale, in quanto stabilmente presente sul territorio. Questa richiesta viene portata avanti attraverso un'azione collettiva di tutela legale, in collaborazione con la Fondazione Charlemagne e l'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI).

Il secondo caso evidenzia una criticità strutturale del contesto italiano: la presenza di cittadini comunitari, soprattutto provenienti dall'Est Europa, che pur vivendo stabilmente nel Paese restano intrappolati in condizioni di povertà e lavoro irregolare (vedi focus *Accesso al sistema sanitario dei cittadini dell'Unione Europea in stato di indigenza: criticità giuridiche e operative*). Il rilascio della residenza anagrafica, infatti, è subordinato al possesso di requisiti economici e lavorativi formali (contratto di lavoro, reddito, ISEE), spesso irraggiungibili per chi vive in condizioni di marginalità. Di conseguenza, molte persone non riescono a ottenere la residenza e rimangono in una condizione di irregolarità anagrafica. Nel contesto dell'Idroscalo,

questa criticità è ulteriormente aggravata dal fatto che il Comune non rilascia la residenza anagrafica reale, mentre l'accesso alla residenza fittizia è subordinato a valutazioni caso per caso, producendo incertezza e discontinuità nei percorsi di tutela. L'assenza di una residenza, reale o fittizia, comporta così l'esclusione di fatto dall'accesso ordinario ai servizi sanitari e sociali. Questa condizione spinge molte persone, per necessità economiche, a insediarsi in aree periferiche degradate e in soluzioni abitative informali, alimentando una spirale che consolida abusivismo e marginalità e rafforza lo stigma sociale.

L'impossibilità di ottenere una residenza non rappresenta dunque soltanto un ostacolo burocratico, ma costituisce il presupposto stesso dell'invisibilità istituzionale, che preclude l'accesso ai diritti fondamentali, a partire da quello alla salute.

Accesso al sistema sanitario dei cittadini dell'Unione Europea in stato di indigenza: criticità giuridiche e operative

di Avv. Chiara Maiorano - Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)

Il diritto alla salute come nucleo irriducibile della dignità umana nel quadro costituzionale

L'ordinamento costituzionale italiano individua nel diritto alla salute un pilastro fondamentale dell'identità democratica, qualificandolo non solo come interesse della collettività ma come diritto soggettivo perfetto e inalienabile dell'individuo. Ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, la Repubblica è chiamata a garantire cure gratuite agli indigenti, stabilendo un nucleo irriducibile di protezione che non può essere intaccato da contingenze economiche o scelte politiche. Questo mandato costituzionale si riverbera oggi in una realtà complessa, dove la marginalità sociale di numerosi cittadini dell'Unione Europea, residenti in insediamenti precari come Bastogi o l'Idroscalo di Ostia, viene aggravata da barriere amministrative che rendono il diritto alla cura una mera astrazione. L'universalità del Servizio Sanitario Nazionale, intesa come parità di accesso a prescindere dallo status giuridico, rappresenta il limite invalicabile per ogni attività della Pubblica Amministrazione.

Il paradosso della cittadinanza europea e l'illegalizzazione della povertà

Si osserva attualmente un paradosso giuridico di estrema gravità che vede il cittadino dell'Unione Europea in stato di indigenza trovarsi in una condizione di minor tutela rispetto al cittadino extra-comunitario. Mentre per quest'ultimo l'ordinamento prevede meccanismi di emersione e codici specifici per l'assistenza urgente ed essenziale, il cittadino comunitario è spesso intrappolato nei rigidi parametri del Decreto Legislativo n. 30/2007. Tale normativa subordina la regolarità del soggiorno superiore ai tre mesi al possesso di risorse economiche sufficienti, di fatto rendendo la condizione di povertà un ostacolo legale alla regolarizzazione. Ne consegue che il cittadino UE che non dispone di un reddito minimo non può ottenere l'iscrizione anagrafica e, per effetto domino, viene escluso dall'iscrizione obbligatoria al SSN. Questa dinamica trasforma la cittadinanza europea in un fattore di esclusione, creando una categoria di soggetti invisibili che, pur essendo formalmente comunitari, godono di standard di protezione inferiori a quelli garantiti per altre categorie di stranieri vulnerabili.

Il Codice ENI: Un'Integrazione Parziale e le Barriere all'Assistenza Territoriale

In questo scenario, il codice ENI (Europeo Non Iscritto) rappresenta l'unico, seppur debole, strumento di accesso alle cure per il cittadino comunitario non regolarizzato. Tuttavia, l'utilizzo di tale codice è segnato da profondi limiti strutturali che ne vanificano l'efficacia protettiva. A differenza dell'iscrizione obbligatoria al SSN, il codice ENI non consente l'assegnazione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta, limitando l'assistenza alle sole prestazioni "urgenti ed essenziali". Questa limitazione preclude la gestione delle patologie croniche e la medicina preventiva, costringendo i pazienti a rivolgersi ai servizi di emergenza solo in fase di acuzie. Inoltre, l'accesso al codice ENI è spesso ostacolato da prassi burocratiche difformi tra le ASL, che talvolta richiedono paradossalmente quella residenza che il cittadino non può ottenere, creando un circolo vizioso che nega il diritto alla vita e all'integrità fisica protetto dagli articoli 2 e 6 del PIDCP e dall'articolo 8 della CEDU.

La Deliberazione della Giunta Capitolina n. 110/2024 e il divieto di discriminazione

Un punto di criticità centrale è rappresentato dalla recente attività regolamentare dell'amministrazione locale, con particolare riferimento alla Deliberazione della Giunta Capitolina n. 110/2024. Sebbene tale atto sia nato con l'intento di facilitare l'iscrizione anagrafica dei soggetti vulnerabili in deroga ai requisiti ordinari sull'idoneità alloggiativa, esso esclude esplicitamente i cittadini dell'Unione Europea dalla sua applicazione. Tale esclusione configura una discriminazione diretta fondata sulla nazionalità, ponendosi in aperto contrasto con l'articolo 21 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e con l'articolo 26 del Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici, i quali impongono l'uguaglianza dinanzi alla legge e vietano ogni distinzione basata sulla condizione economica o l'origine nazionale. Negare l'accesso alla residenza fittizia a chi è comunitario ma indigente significa svuotare di contenuto lo status di cittadino europeo e impedire l'accesso ai servizi essenziali, tra cui la fondamentale scelta del medico di medicina generale.

Il contrasto tra le prassi amministrative e il quadro normativo trova una chiara censura nella giurisprudenza di merito. In particolare, la Sentenza n. 4261/2021 del Tribunale Ordinario di Roma, Sezione I Civile, rappresenta un precedente fondamentale per la tutela dei diritti dei marginalizzati. Il Tribunale ha ribadito con fermezza che l'iscrizione anagrafica costituisce un diritto soggettivo perfetto, legato esclusivamente al dato di fatto della dimora abituale sul territorio. Secondo i giudici capitolini, l'amministrazione non può condizionare l'iscrizione al possesso di requisiti economici o alla regolarità formale del soggiorno ai sensi del D.Lgs. 30/2007, specialmente quando ciò pregiudichi l'accesso a diritti fondamentali come la salute. Tale orientamento giurisprudenziale conferma che le attuali restrizioni comunali sono contra legem e che il legame tra reddito e residenza non può essere utilizzato come grimaldello per negare la dignità umana.

Violazioni del sistema multilivello dei diritti umani e della normativa sovranazionale

L'attuale prassi amministrativa e normativa determina una violazione sistematica degli obblighi internazionali assunti dallo Stato italiano. L'articolo 35 della Carta di Nizza stabilisce inequivocabilmente che ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di beneficiare di cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali, le quali non possono essere interpretate in modo tale da annullare il diritto stesso. Parallelamente, la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha chiarito che, ai sensi dell'articolo 3 della CEDU, il diniego di cure essenziali a persone in condizioni di vulnerabilità estrema può integrare un trattamento inumano e degradante. Anche il diritto al rispetto della vita privata e familiare, sancito dall'articolo 8 della CEDU, risulta leso quando l'integrità fisica del soggetto è messa a rischio dall'impossibilità di accedere a percorsi di cura cronica, obbligando il malato a ricorrere solo alle emergenze ospedaliere in fase critica.

La monetizzazione del diritto alla salute e le barriere della Legge di Bilancio 2024

Il quadro è ulteriormente aggravato dalle disposizioni introdotte dalla Legge 30 dicembre 2023, n. 213, che ha imposto una quota minima di duemila euro per l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale. Una simile barriera economica agisce come un filtro censitario, precludendo l'accesso alla salute a chiunque non appartenga a una fascia di reddito sufficiente. Tale norma non solo contrasta con il principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione, ma viola anche l'articolo 2 del Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici, che obbliga gli Stati a garantire i diritti riconosciuti senza distinzioni di alcun genere, incluse quelle basate sul patrimonio. La trasformazione della salute in una prestazione soggetta a capacità reddituale mina le basi della convivenza civile e della solidarietà sociale, costringendo i cittadini comunitari più poveri a una condizione di perenne rischio biologico e sociale.

Conclusioni e necessità di un adeguamento amministrativo

In conclusione, l'invisibilità istituzionale dei cittadini UE indigenti non è un effetto collaterale inevitabile, ma il risultato di una stratificazione di norme e prassi amministrative che necessitano di un'urgente revisione in chiave costituzionale e sovranazionale. È imperativo che l'amministrazione riconosca il diritto soggettivo perfetto alla residenza anagrafica, slegandolo da requisiti di reddito che non possono costituire un limite all'esercizio di diritti umani fondamentali per chi vive stabilmente sul territorio. Solo attraverso il superamento della discriminazione contenuta nella Delibera 110/2024 e il riconoscimento della piena dignità del codice ENI, garantendo l'assegnazione del medico di base anche in assenza di residenza formale, sarà possibile ricondurre l'operato delle istituzioni nell'alveo dei principi fondamentali dell'Unione Europea. Il rispetto della dignità umana non può essere subordinato alla nazionalità o al censo, dovendo rimanere la stella polare di ogni azione di tutela dei diritti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Fonti Costituzionali
Articolo 2 Cost.: Diritti inviolabili dell'uomo e doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.
Articolo 3 Cost.: Principio di uguaglianza formale e sostanziale e divieto di discriminazione.
Articolo 32 Cost.: Tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività; garanzia di cure gratuite agli indigenti.
Articolo 97 Cost.: Principio di buon andamento e imparzialità della Pubblica Amministrazione.
Fonti dell'Unione Europea
Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (Carta di Nizza):
Articolo 21: Divieto di qualsiasi forma di discriminazione, in particolare quella fondata sulla nazionalità o sul patrimonio.
Articolo 34: Diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa per garantire un'esistenza dignitosa.
Articolo 35: Protezione della salute e diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di beneficiare di cure mediche.
Direttiva 2004/38/CE: (Recepita dal D.Lgs. 30/2007) Relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri.
Fonti Internazionali
Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali (CEDU):
Articolo 3: Divieto di tortura e di pene o trattamenti inumani o degradanti (applicato al diniego di cure essenziali).
Articolo 8: Diritto al rispetto della vita privata e familiare (esteso alla tutela dell'integrità fisica e psichica).
Articolo 14: Divieto di discriminazione nel godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti dalla Convenzione.
Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici (PIDCP):
Articolo 2: Obbligo di garantire i diritti senza distinzione di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica, origine nazionale o sociale, condizione economica.
Articolo 6: Diritto alla vita (interpretato come obbligo degli Stati di adottare misure positive per la protezione della salute).
Articolo 26: Uguaglianza dinanzi alla legge e diritto a una protezione eguale ed efficace contro ogni discriminazione.

Normativa Nazionale
Decreto Legislativo 6 febbraio 2007, n. 30: Attuazione della direttiva 2004/38/CE sul diritto di soggiorno dei cittadini UE.
Legge 30 dicembre 2023, n. 213 (Legge di Bilancio 2024): Art. 1, comma 240 (Innalzamento delle quote per l'iscrizione volontaria al SSN).
Testo Unico Immigrazione (D.Lgs. 286/98): Artt. 34 e 35 (per l'analogia riguardante la tutela degli stranieri vulnerabili e il codice STP).
Atti Amministrativi
Deliberazione della Giunta Capitolina n. 110 del 23 aprile 2024: Linee guida per l'iscrizione anagrafica e la residenza fittizia per persone in condizione di precarietà abitativa.
Giurisprudenza europea
Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (Corte EDU): Sentenza Paposhvili c. Belgio (Grande Camera, 13 dicembre 2016): Sentenza cardine sull'Art. 3 CEDU, che stabilisce il divieto di espulsione o di privazione di cure quando sussistano motivi fondati di ritenere che il soggetto affetto da una grave patologia corra un rischio reale di subire un declino grave, rapido e irreversibile del proprio stato di salute.
Giurisprudenza di Merito:
Tribunale Ordinario di Roma, Sezione I Civile, Sentenza n. 4261/2021: Fondamentale nel riconoscere l'iscrizione anagrafica come diritto soggettivo perfetto, non subordinabile alla regolarità del soggiorno o al reddito, ma basato esclusivamente sulla dimora abituale.
Corte Costituzionale:
Sentenza n. 252/2001: Sul nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, che deve essere garantito anche agli stranieri irregolarmente presenti

5.4 Accesso alle cure

In entrambi i contesti monitorati emerge una quota significativa di esclusione sanitaria reale, che segnala una distanza concreta tra i bisogni di salute e la possibilità effettiva di accedere ai servizi. Questo dato risulta particolarmente rilevante se si considera che la popolazione raggiunta dalla clinica mobile è in larga parte composta da persone che, sul piano formale, rientrano pienamente nei criteri di accesso al Servizio Sanitario Nazionale. Ne consegue che il possesso giuridico di un diritto non coincide necessariamente con la possibilità concreta di esercitarlo.

Pur in presenza di un'elevata percentuale di iscrizione al SSN, è stata infatti osservata una fruizione molto carente dei servizi: a fronte del fatto che circa il 70% delle persone assistite riferisce di avere un Medico di Medicina Generale (MMG) assegnato, solo il 48% dichiara di utilizzarlo regolarmente.

Le cause dello scollamento tra utenza e istituzioni possono essere molteplici, ma di certo i due territori sono caratterizzati da un intreccio di fattori che alimentano isolamento ed esclusione. Il profilo socio-demografico, le condizioni di salute e quelle socio-legali descritte nei paragrafi precedenti, permettono di delineare il quadro aggiornato delle barriere, distinte per ambiti, che impediscono la piena realizzazione dei diritti fondamentali di accesso alle cure:

• Barriere fisiche:

Le barriere fisiche comprendono innanzitutto ostacoli logistici, quali la distanza dai presidi sanitari e l'insufficienza dei trasporti pubblici. All'Idroscalo, l'isolamento geografico è particolarmente marcato: il quartiere è collegato al resto della città da un'unica linea di autobus, ulteriormente penalizzata dalla recente chiusura del percorso pedonale interno. A Bastogi, invece, è il degrado strutturale e abitativo estremo a rappresentare la principale criticità fisica, con condizioni diffuse di umidità, muffe, infestazioni e il malfunzionamento cronico degli ascensori.

Da un lato, tali condizioni contribuiscono ad aggravare o generare patologie croniche; dall'altro, per la popolazione anziana e per le persone con disabilità, l'assenza di ascensori funzionanti e di infrastrutture accessibili si traduce in una vera e propria reclusione domestica. Molti residenti restano confinati nei propri

appartamenti, diventando invisibili ai servizi e rinunciando a cure, mobilità e socialità anche in presenza di condizioni potenzialmente prevenibili o trattabili.

• Barriere economiche:

Alle diseguaglianze economiche che incidono sull'accesso al SSN — quali il peso della spesa sanitaria a carico degli individui (out-of-pocket) e l'impossibilità economica di ricorrere alla sanità privata a fronte delle criticità dell'offerta pubblica (fenomeno particolarmente rilevante nell'assistenza ambulatoriale, odontoiatrica e nella salute mentale) — si aggiungono, nei contesti di maggiore vulnerabilità, ulteriori fattori penalizzanti. Tra questi assume particolare rilievo la carenza di presidi sanitari territoriali, che costringe l'utenza a sostenere spostamenti onerosi verso zone difficilmente raggiungibili. Una condizione di fragilità specifica riguarda la popolazione straniera: misure quali l'aumento del contributo per l'iscrizione volontaria al SSN (fino a 2.000 euro) e la chiusura di sportelli dedicati (come quello STP/ENI di Ostia) contribuiscono a rendere l'accesso alla salute un vero e proprio “bene di lusso”.

• Barriere burocratiche e vuoti normativi:

L'accesso alle cure è fortemente ostacolato da una complessità amministrativa che scoraggia l'utenza, caratterizzata da procedure frammentate, poco chiare o difficilmente comprensibili, che finiscono per disincentivare l'effettivo utilizzo dei servizi. Tale criticità emerge in modo evidente dai dati del progetto: sebbene il 77% dell'utenza risulti in possesso di una tessera sanitaria, solo il 17% ne dispone in corso di validità. Questi ostacoli amministrativi risultano strettamente connessi alla condizione abitativa — in particolare a Bastogi nei casi di occupazione e all'Idroscalo di Ostia dove non viene concessa la residenza anagrafica — e si traducono di fatto nell'impossibilità di accedere pienamente al Servizio Sanitario Nazionale. Tale meccanismo di esclusione si manifesta con particolare intensità nel caso dei cittadini comunitari, spesso esclusi dalle risorse territoriali a causa di un “vuoto normativo” istituzionale: per ottenere la residenza anagrafica è richiesto un reddito stabile, ma in assenza di residenza non è possibile accedere all'assegnazione di un Medico di Medicina Generale (MMG), innescando un circolo vizioso di esclusione sanitaria.

• Alfabetizzazione sanitaria (*Health Literacy*):

La prevalenza di interventi complessi (come descritto nel par. 5.2), così come l'elevata percentuale di interventi di educazione sanitaria e di *case management* (grafico 3), riflette non solo la gravità delle patologie riscontrate, ma anche una diffusa carenza di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*). Con questo termine si intende la capacità delle persone di reperire, comprendere e utilizzare le informazioni relative alla salute per compiere scelte consapevoli nella vita quotidiana, come interpretare correttamente le indicazioni terapeutiche (comprendere il dosaggio dei farmaci indicato sul foglietto illustrativo), riferire in modo adeguato i propri sintomi al medico, valutare l'affidabilità delle informazioni sanitarie reperite online o aderire a misure di prevenzione quali vaccinazioni e programmi di screening.

Tale evidenza mostra come non sia sufficiente una mera mediazione verso i servizi sanitari o socio-legali, ma emerge un bisogno di informazione chiara e accessibile e continuativa a fronte di una popolazione che spesso non conosce i propri diritti né le modalità di accesso e di utilizzo del SSN.

• Barriere culturali e percezione delle istituzioni

Nei due contesti analizzati emerge una frattura profonda e stratificata nel rapporto di fiducia tra la popolazione residente e le istituzioni pubbliche, in particolare quelle sanitarie e sociali. Tale distanza si è costruita nel tempo attraverso esperienze ripetute di esclusione, risposte percepite come frammentarie o inefficaci e una sensazione diffusa di abbandono istituzionale. La stigmatizzazione percepita, il timore di discriminazioni e la paura di conseguenze negative legate al contatto con le istituzioni — come controlli, segnalazioni o la perdita di benefici — contribuiscono ad alimentare una diffidenza generalizzata verso i servizi. Questa sfiducia si traduce frequentemente in una rinuncia preventiva alle cure, in una scarsa aderenza ai percorsi terapeutici e in un accesso tardivo ai servizi sanitari, spesso limitato alle sole fasi di emergenza o di acuzie. In questo quadro, la prevenzione e il monitoraggio continuativo delle patologie risultano fortemente compromessi. Si osserva inoltre una progressiva normalizzazione della malattia e del disagio, vissuti come elementi inevitabili della propria condizione di vita. Tale atteggiamento di rassegnazione riduce ulteriormente la propensione a richiedere aiuto e

contribuisce a rafforzare dinamiche di incuria e auto-esclusione, soprattutto tra le persone più anziane, isolate o con un vissuto prolungato di marginalità.

Tra i due quartieri sussiste una criticità d'accesso alle cure analoga che, tuttavia, assume connotazioni differenti in base alle specificità dei singoli contesti locali. All'Idroscalo di Ostia, la precarietà abitativa e l'isolamento geografico si traducono direttamente in una forma di esclusione sistematica dai servizi essenziali, in un quadro in cui la sfiducia verso le istituzioni risulta particolarmente diffusa, capillare e radicata.

A Bastogi, al contrario, sono presenti esperienze funzionanti di collaborazione tra istituzioni sanitarie, Terzo Settore e una parte attiva della comunità, che rappresentano un importante fattore di mitigazione delle barriere di accesso. Tuttavia, il percorso verso una reale inclusione sanitaria resta ostacolato da due nodi critici principali: 1) l'emersione degli “invisibili”, ovvero una quota significativa di popolazione vulnerabile che rimane irraggiungibile e confinata in forme di isolamento tali da richiedere strategie di aggancio domiciliare più strutturate e incisive; 2) il nodo casa-salute, rappresentato dalla persistente fragilità legale e amministrativa legata alla condizione abitativa. In assenza di una risoluzione o di adeguate tutele sulla dimora, l'accesso alle cure rimane precario e discontinuo, alimentando un senso diffuso di insicurezza che continua ad allontanare i cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale.

Tali barriere, al contempo generalizzabili ad altre periferie e declinate in forme specifiche a seconda dei contesti territoriali, non operano in modo isolato, ma si intrecciano e si rafforzano reciprocamente. Le periferie di Bastogi e Idroscalo sono esempi di ecosistemi di elevata fragilità, nel quale il diritto alla salute risulta compromesso da una stratificazione di criticità strutturali e sociali. Ne deriva un circolo vizioso in cui la sfiducia alimenta l'allontanamento dai servizi e tale allontanamento, a sua volta, consolida condizioni di esclusione sanitaria cronica, rendendo l'accesso alle cure non un diritto pienamente esigibile, ma una possibilità intermittente e fragile.

6. Buone pratiche

Nonostante le sfide strutturali, il progetto ha generato un impatto tangibile sul tessuto sociale. In particolare, la continuità della presenza di MEDU sul territorio ha permesso di costruire un solido capitale di fiducia con i *community leader*, che si sono rivelati mediatori fondamentali per raggiungere le persone più isolate. In questo senso, la metodologia di lavoro adottata dalla clinica mobile nei quartieri romani di Bastogi e Idroscalo di Ostia si conferma efficace e capace di produrre risultati significativi in termini di tutela della salute della popolazione più vulnerabile e marginalizzata. Tale approccio ha consentito di identificare e consolidare alcune **buone pratiche per la promozione della salute e dell'accessibilità ai servizi di cura:**

Approccio interdisciplinare: è emerso come elemento distintivo e particolarmente efficace l'approccio interdisciplinare del progetto, che ha consentito di leggere i bisogni di salute non come eventi esclusivamente clinici, ma come espressione di vulnerabilità complesse, spesso intrecciate a fattori sociali, economici, abitativi e giuridici. In questo quadro, accanto all'intervento medico, l'attivazione di un'antenna di ascolto psicologico ha svolto un ruolo essenziale nell'intercettare forme di sofferenza emotiva, disagio relazionale e solitudine, frequentemente non esplicitate come domanda di salute mentale ma presenti in modo trasversale nella popolazione incontrata. La presenza coordinata di competenze sanitarie, psicologiche, sociali e legali ha reso possibile una presa in carico più completa e realistica, capace di intervenire non solo sul sintomo, ma anche sulle condizioni che lo generano e lo mantengono. Questo assetto ha contribuito a ridurre la frammentazione degli interventi, rafforzare l'orientamento ai servizi e aumentare la continuità dei percorsi di cura, soprattutto nei casi di marginalità estrema.

Efficacia della medicina di prossimità: l'elevata percentuale di utenti che tornano alla clinica mobile dopo il primo accesso rappresenta un indicatore significativo dell'efficacia dell'intervento. La medicina di prossimità emerge come una delle strategie più incisive per ridurre le disuguaglianze sanitarie, portando la cura direttamente nei luoghi in cui il bisogno è più acuto o dove l'accesso ai servizi risulta altrimenti compromesso. Questo modello di intervento si conferma capace di intercettare precocemente i bisogni di salute e di fungere da "ponte" verso il Servizio Sanitario Nazionale. Le comunità locali riconoscono infatti nell'approccio umano e nella continuità della presenza sul territorio un valore aggiunto fondamentale, in grado di integrare la cura clinica con l'ascolto, l'orientamento e il rispetto della persona.

Educazione sanitaria: è emersa come uno dei bisogni più urgenti della popolazione, mettendo in evidenza un marcato deficit di alfabetizzazione sanitaria, in particolare nella gestione delle patologie croniche e degli stili di vita. Il bisogno di informazione e di costruzione della consapevolezza appare diffuso e prioritario, soprattutto alla luce di una popolazione che spesso non conosce i propri diritti, né le modalità di accesso e di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo contesto, l'educazione sanitaria si è rivelata anche uno strumento efficace di connessione e mediazione tra cittadino e sistema sanitario, facilitando la comprensione dei percorsi di cura, l'uso appropriato dei servizi territoriali e contribuendo a disincentivare il ricorso improprio al pronto soccorso.

Ascolto attivo, flessibilità e coinvolgimento della comunità: la strategia di MEDU, basata sull'ascolto attivo e sulla flessibilità operativa, ha consentito sia di anticipare l'orario e giorno di uscita per adattarsi ai ritmi della popolazione, sia di raggiungere una fascia di utenza altrimenti irraggiungibile, entrando nelle abitazioni e intercettando persone allettate. Ciò conferma come sia fondamentale un coinvolgimento attivo dei residenti, inteso non solo come ascolto, ma come una vera e propria co-progettazione. Coinvolgere la comunità nella mappatura dei bisogni permette infatti di far emergere criticità altrimenti invisibili e di trasformare i cittadini da beneficiari passivi ad attori protagonisti della tutela della propria salute.

Centralità della rete territoriale e integrazione medico-legale: è emersa con chiarezza l'importanza di una rete territoriale capace di affrontare le problematiche di salute con un approccio integrato. In particolare, si è confermata l'efficacia dell'affiancamento tra intervento medico e supporto legale, soprattutto nei casi di cittadini comunitari (UE) che vivono in condizioni di estrema marginalità e si vedono di fatto negato l'accesso alle cure.

In questo contesto, il contributo di organizzazioni giuridiche specializzate si è rivelato fondamentale. Il loro intervento mira a scardinare il diniego della residenza – che colpisce sia cittadini italiani sia stranieri – e a ripristinare la certezza del diritto anagrafico come prerequisito essenziale per l'esercizio della cittadinanza e dell'accesso al sistema sanitario. Non si tratta esclusivamente di assistenza tecnica, ma di una vera e propria azione di tutela dei diritti, volta a contrastare pratiche amministrative che, pur in assenza di un fondamento normativo, producono esclusione sanitaria.

7. Conclusioni e raccomandazioni

Le osservazioni e le testimonianze raccolte nel presente report confermano criticità già note e fanno emergere bisogni urgenti e problematiche strutturali persistenti, tra cui la carenza di servizi territoriali, la discontinuità dell'offerta pubblica e la presenza di vuoti normativi. Pur essendo radicate nei due quartieri oggetto di monitoraggio, Bastogi e Idroscalo di Ostia, le evidenze presentate non riguardano esclusivamente questi contesti: esse risultano rappresentative di molte periferie urbane caratterizzate da fragilità socio-economiche e abitative.

L'intervento nei due quartieri restituisce un quadro di **marginalità complessa**, in cui il bisogno sanitario non si manifesta mai come elemento isolato, ma risulta profondamente intrecciato a determinanti sociali, amministrativi e abitativi. Bastogi e Idroscalo condividono criticità strutturali rilevanti — tra cui disoccupazione, lavoro sommerso, casi di detenzione, abusivismo abitativo e precarietà delle condizioni di vita — che incidono in modo diretto e cumulativo sullo stato di salute della popolazione residente.

Dal punto di vista dell'accesso alle cure, emerge con chiarezza come le iniziative comunitarie e istituzionali attualmente presenti non siano sufficienti a superare l'isolamento strutturale di questi territori. Ne deriva un **circolo vizioso di marginalizzazione**: la scarsa accessibilità ai servizi essenziali, in particolare sanitari, rafforza le disuguaglianze e il senso di abbandono istituzionale. Il peggioramento delle condizioni di salute fisica e del benessere psicologico si accompagna a una progressiva riduzione della domanda di aiuto, alimentando ulteriori dinamiche di esclusione sociale.

Alla luce delle evidenze raccolte, il lavoro qui presentato consente di aggiornare e sistematizzare il quadro delle difficoltà di accesso alla salute, individuando **dinamiche ricorrenti** comuni a entrambi i contesti analizzati e rappresentative delle aree urbane caratterizzate da forte marginalità.



1. Barriere strutturali, legate all'abitare e alla gestione dei servizi pubblici: L'instabilità abitativa e il degrado del contesto vanno oltre la dimensione pratica e logistica, incidendo direttamente sui processi di esclusione sociale e favorendo la diffusione di stigma, isolamento e sfiducia nei confronti delle istituzioni. In questo quadro si inseriscono la carenza di servizi territoriali adeguati e di collegamenti pubblici efficienti; le situazioni di occupazione abitativa e le difficoltà nell'ottenimento della residenza anagrafica; l'inadeguatezza o la discontinuità dei servizi esistenti, talvolta chiusi per carenza di personale o scarsamente coordinati tra loro; la bassa scolarizzazione, che può tradursi in analfabetismo funzionale e difficoltà di accesso e comprensione dei servizi; la tendenza alla medicalizzazione di problemi sociali; la diffusa sfiducia nelle istituzioni e il timore di discriminazioni.

2. Vulnerabilità multidimensionale e complessità dei bisogni: Le condizioni cliniche osservate non si configurano come patologie isolate, ma come espressione di un intreccio profondo tra malattia e marginalità sociale. Prevalgono patologie croniche non adeguatamente trattate e disturbi psicologici che spesso si manifestano attraverso abuso e dipendenza da sostanze. Il quadro sanitario riflette direttamente il degrado abitativo e sociale, dando luogo a una diffusa multimorbidità, in cui problemi fisici e sofferenza mentale si sovrappongono. I disturbi psichici e comportamentali, confermano il legame strutturale tra marginalità sociale e disagio mentale, aggravato dall'assenza di percorsi psicologici pubblici accessibili e dalla sfiducia verso le istituzioni. In altre parole, nei contesti osservati emerge la compresenza di vulnerabilità multiple (patologie croniche e disturbi psicologici, abuso di sostanze, casi di detenzione, disoccupazione...) e di bisogni specifici (di anziani, persone con disabilità, donne, giovani e cittadini stranieri...) che richiedono risposte integrate e un'attenzione più profonda al benessere psicosociale.

3. Frammentazione della cura e accesso formale al sistema sanitario: Si rileva una marcata discrepanza tra il possesso formale di documentazione sanitaria e l'effettiva fruizione dei servizi, indice di un accesso che resta spesso puramente formale e non reale. Tale scollamento è alimentato da precarietà abitativa, incertezza dello status amministrativo e deficit informativi. Emblematico è il caso del Medico di Medicina Generale (MMG): nonostante l'assegnazione formale, solo una parte delle persone incontrate vi ricorre abitualmente. Emerge così un fenomeno di mancato accesso funzionale, in cui l'iscrizione al sistema non si traduce in una presa in carico reale, non garantendo l'effettiva fruizione delle cure. Barriere burocratiche, culturali e una diffusa carenza di alfabetizzazione sanitaria impediscono ai residenti di riconoscere i propri bisogni di cura e di orientarsi nel sistema pubblico.

Come emerge complessivamente da questa analisi, garantire il diritto alla salute nelle periferie richiede un cambio di paradigma: risulta necessario colmare il divario tra l'accesso formale alle cure e la loro effettiva fruizione, trasformando la salute da diritto teorico a diritto effettivo, dignitoso e realmente universale.

A tal fine e a fronte delle barriere di accesso alla salute emerse attraverso osservazioni e testimonianze presentate in questo report, MEDU propone alcune raccomandazioni rivolte alle istituzioni pubbliche competenti con l'intento di promuovere migliori condizioni di salute psico-fisica e di benessere integrale delle persone che vivono in condizione di esclusione nelle periferie della capitale.

RACCOMANDAZIONI AL GOVERNO

• **Rafforzare il finanziamento del SSN per garantire universalità e accesso reale alle cure**

Incrementare in modo strutturale la spesa sanitaria pubblica, oggi inferiore rispetto alle medie europee e OCSE, e non cresciuta in modo proporzionale negli ultimi anni in rapporto al PIL e all'aumento dei bisogni di salute. È necessario contrastare il progressivo spostamento della domanda di cura verso la spesa privata (out-of-pocket), che rischia di trasformare l'accesso alla salute in un bene condizionato dalla disponibilità economica. Un finanziamento adeguato e stabile del SSN rappresenta un prerequisito essenziale per garantire continuità, qualità e fruibilità effettiva delle cure, soprattutto nei contesti di maggiore marginalità.

• **Superare i vuoti normativi che ostacolano l'accesso effettivo al diritto alla salute**

Garantire che il diritto alla salute non sia subordinato alla regolarità abitativa o anagrafica, attraverso: il rafforzamento e la piena applicazione delle norme che consentono l'accesso alle cure indipendentemente dalla residenza; l'armonizzazione delle procedure tra anagrafe, servizi sanitari e welfare, evitando interpretazioni restrittive a livello locale.

• **Rafforzare il ruolo dei servizi territoriali come asse portante del SSN**

Investire strutturalmente nella medicina di prossimità e nei servizi socio-sanitari territoriali, riconoscendoli come strumenti essenziali per: intercettare precocemente i bisogni di salute; ridurre il ricorso improprio al pronto soccorso; contrastare le disuguaglianze sanitarie nelle aree di marginalità urbana.

• **Integrare salute mentale e determinanti sociali nelle politiche sanitarie nazionali**

Promuovere un approccio che riconosca il legame strutturale tra disagio psichico, marginalità sociale e condizioni di vita, prevedendo maggiori risorse per i servizi di salute mentale territoriali e modelli di presa in carico integrata e continuativa per le persone con vulnerabilità multiple.

• **Affrontare il degrado strutturale e abitativo come determinante di salute**

Promuovendo politiche intersettoriali che riconoscano il legame tra condizioni dell'abitare, salute e accesso alle cure e contrastare l'approccio di medicalizzazione dei problemi sociali, riconoscendo che molte delle condizioni di sofferenza sanitaria riscontrate nelle periferie marginalizzate sono il prodotto diretto di determinanti sociali, economici, abitativi e giuridici. In questo senso, è necessario superare una risposta esclusivamente clinica ai bisogni complessi, che rischia di trasformare il disagio sociale in patologia individuale, senza intervenire sulle cause strutturali che lo generano.

RACCOMANDAZIONI AL COMUNE E AI MUNICIPI DI ROMA

• **Garantire il diritto all'informazione sanitaria e sociale**

Attraverso campagne informative periodiche e territorialmente mirate su prevenzione, accesso ai servizi sanitari e sociali e diritti fondamentali, utilizzando materiali multilingue e strumenti di comunicazione accessibili, adattati alle specificità di ciascun quartiere.

• **Agire come garanti dei diritti anagrafici**

Semplificando e accelerando le procedure per il riconoscimento della residenza (anche fittizia), quale prerequisito essenziale per l'accesso alle cure e, più in generale, ai servizi per le persone in condizioni di vulnerabilità abitativa e sociale.

• **Migliorare i collegamenti e i trasporti pubblici**

Verso i presidi sanitari e sociosanitari, riducendo le barriere geografiche che colpiscono in modo sproporzionato le periferie.

• **Garantire un maggiore coordinamento degli interventi a supporto della popolazione**

Attraverso l'ampliamento e il sostegno di Tavoli Permanenti di Coordinamento tra Istituzioni e Terzo Settore, per superare la frammentazione degli interventi sociali e sanitari mediante la costruzione di una governance condivisa e partecipata. L'obiettivo centrale deve essere la creazione di una rete stabile che metta a sistema Municipi, ASL ed associazioni, rendendo l'azione territoriale organica ed efficiente attraverso: una sinergia operativa che promuova una programmazione congiunta e l'ottimizzazione delle risorse; un miglioramento dell'efficienza gestionale, riducendo duplicazioni, sovrapposizioni e dispersioni di interventi; il rafforzamento dell'integrazione tra dimensione sociale (Municipi) e sanitaria (ASL), presupposto indispensabile per la presa in carico globale della persona.

• **Sostenere l'espansione territoriale dei modelli efficaci**

Favorendo la medicina di prossimità e l'approccio integrato alla salute come strumenti per rispondere ai bisogni più urgenti e come ponte verso il consolidamento delle reti sociali e sanitarie esistenti, garantendo una presenza istituzionale stabile nei territori caratterizzati da vuoti assistenziali.

• **Promuovere la raccolta e la sistematizzazione dei dati territoriali**

Al fine di orientare la programmazione degli interventi sulla base dei bisogni reali e specifici della popolazione.

• **Integrare le politiche sanitarie con quelle abitative**

Riconoscendo il ruolo centrale dell'abitare nella prevenzione, nella tutela della salute e nell'accesso ai servizi.

RACCOMANDAZIONI ALLE ASL E AUTORITÀ SANITARIE

• **Potenziare la medicina di prossimità e l'integrazione socio-sanitaria**

Rafforzare modelli di intervento capaci di portare la cura nei luoghi di vita delle persone, favorendo un raccordo stabile tra MMG, servizi specialistici, salute mentale e servizi sociali. In tale prospettiva, risulta prioritario integrare i servizi sanitari territoriali – inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – con interventi di prossimità e di outreach domiciliare, anche in collaborazione con il Terzo Settore. Questo approccio è essenziale per intercettare i nuclei familiari “invisibili”, spesso esclusi dai circuiti assistenziali tradizionali a causa di cronicità cliniche, isolamento sociale o sfiducia verso le istituzioni, e per garantire una presa in carico continuativa e integrata, in particolare nei casi di patologie croniche e disagio psichico.

• **Promuovere una collaborazione formale e continuativa con le organizzazioni del Terzo Settore**

Le ASL dovrebbero attivare e consolidare forme di collaborazione strutturata e continuativa con le organizzazioni del Terzo Settore, sulla base di un approccio di sussidiarietà e di protocolli operativi formalizzati, per l'erogazione di attività di screening, prevenzione e promozione della salute nei contesti a maggiore esclusione socio-sanitaria. Gli attori coinvolti dovrebbero impegnarsi in una collaborazione non limitata alla gestione contingenziale delle emergenze ma volta a una pianificazione strategica e continuativa. In questo quadro, è fondamentale valorizzare e integrare nella programmazione sanitaria ordinaria le metodologie di intervento e le buone pratiche già sperimentate con efficacia dagli attori del Terzo Settore, in particolare quelle basate sulla medicina di prossimità e sull'outreach attivo.

• **Rafforzare l'attenzione sulla salute mentale**

Integrare strutturalmente la salute mentale negli interventi sanitari territoriali: considerata l'elevata incidenza del disagio psichico nelle periferie marginalizzate, questa dimensione deve essere inclusa in modo trasversale in tutti gli ambiti assistenziali. Ciò implica facilitare l'accesso ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), attraverso percorsi differenziati per minori, adulti e anziani, in grado di garantire risposte tempestive e appropriate. È altresì fondamentale promuovere attività di individuazione precoce del disagio, mediante la formazione e la sensibilizzazione del personale sanitario e il rafforzamento di sportelli di ascolto e servizi di prossimità, così come sostenere un approccio interculturale, a partire dal coinvolgimento di mediatori culturali.

Considerata l'elevata incidenza delle patologie legate al disagio mentale e psicosociale, l'intervento sanitario non può limitarsi a una risposta sintomatologica di base, ma deve adottare una prospettiva olistica, promuovendo una presa in carico integrata e l'implementazione di strumenti di screening multilivello. Tale approccio è essenziale per garantire un invio protetto ai servizi specialistici e ridurre il rischio di frammentazione e dispersione delle persone lungo i diversi livelli di cura.

• **Colmare il divario tra accesso formale e accesso reale ai servizi sanitari**

È necessario garantire che il possesso di una tessera sanitaria o l'assegnazione di un MMG si traducano in un'effettiva possibilità di cura. A tal fine, si raccomanda di rafforzare i servizi di orientamento e segretariato sanitario, superando il mero supporto informativo e promuovendo forme di accompagnamento attivo dell'utenza nei percorsi di accesso ai servizi.

In particolare, si suggerisce l'attivazione di percorsi di supporto diretto – sia logistico sia burocratico – verso i presidi sanitari, articolati lungo due possibili direttrici:

- Servizio di “Taxi sanitario” gratuito, rivolto a persone in condizione di vulnerabilità con autonomia motoria e cognitiva ma prive di mezzi di trasporto o di reti di supporto, al fine di garantire l'accesso fisico alle strutture sanitarie;
- Servizio di accompagnamento specialistico, destinato a persone con vulnerabilità complesse (difficoltà cognitive, barriere linguistiche, disabilità fisiche), in cui l'operatore svolga anche una funzione di mediazione e facilitazione lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'adozione di un modello integrato di accompagnamento consente benefici misurabili nel breve e nel lungo periodo, migliorando la continuità assistenziale e l'aderenza terapeutica, riducendo il tasso di abbandono dei percorsi di cura e dei controlli periodici e facilitando l'accesso effettivo ai servizi. Al contempo, contribuisce a ridurre la diffidenza verso le istituzioni e il senso di isolamento, favorendo la costruzione di un rapporto di fiducia tra cittadino e sistema sanitario.

• **Investire in alfabetizzazione sanitaria ed educazione alla salute**

Promuovere interventi strutturati e continuativi di educazione sanitaria, riconoscendo l'alfabetizzazione sanitaria (health literacy) come un determinante fondamentale di salute e come leva essenziale per ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure.

Tali interventi dovrebbero essere finalizzati a:

- rafforzare la capacità delle persone di riconoscere precocemente i propri bisogni di salute, in particolare in relazione alle patologie croniche e al disagio psico-sociale;
- favorire un utilizzo appropriato e consapevole dei servizi sanitari, migliorando la comprensione dei percorsi di cura, dei diritti sanitari e delle modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale;
- ridurre il ricorso tardivo alle cure e l'accesso improprio al Pronto Soccorso, spesso limitato alle sole fasi di emergenza, promuovendo invece la prevenzione, il monitoraggio continuativo e l'aderenza terapeutica.

In contesti caratterizzati da marginalità sociale e da una diffusa sfiducia nelle istituzioni, l'educazione sanitaria assume inoltre una funzione di mediazione e di ricostruzione del rapporto tra cittadino e sistema sanitario, contribuendo a trasformare l'accesso alle cure da episodico e reattivo a strutturato, continuo e orientato alla prevenzione.

Ringraziamenti

Un vivo ringraziamento va a tutte le volontarie e a tutti i volontari della clinica mobile di MEDU, vera anima di questo progetto, per il prezioso e costante impegno nella tutela della salute e dei diritti delle persone più vulnerabili.

Un sentito ringraziamento ai referenti comunitari dei quartieri di Bastogi e dell’Idroscalo di Ostia, che accompagnandoci fin dall’inizio dell’intervento nella conoscenza dei contesti locali e dei bisogni della popolazione, hanno svolto un ruolo essenziale nel lavoro di salute comunitaria e nel radicamento dell’intervento sul territorio.

MEDU desidera inoltre ringraziare il Distretto XII della ASL Roma 1 per il confronto, la collaborazione istituzionale e l’attenzione dimostrata nei confronti delle criticità emerse.

Un ringraziamento va anche alla rete di organizzazioni della società civile, in particolare la Parrocchia della Fraternità dell’Incarnazione, Assistenza e Territorio, Associazione per gli Studi Giuridici sull’Immigrazione (ASGI), Aurelio in Comune e La Rada per l’impegno condiviso per la tutela dei diritti delle persone e dei gruppi più fragili.

Un ringraziamento particolare è rivolto alla Fondazione Charlemagne che ha permesso a MEDU di portare il proprio intervento nelle periferie della capitale, all’Otto per Mille della Chiesa Valdese e alla Fondazione Prosolidar, per aver creduto nel progetto e per il sostegno alla clinica mobile di MEDU.

Infine, Medici per i Diritti Umani desidera ringraziare le comunità che hanno accolto il progetto e tutte le persone che, attraverso le loro storie di vita e testimonianze, hanno dato valore e significato a questo rapporto, con l’auspicio che possa contribuire a migliorare il loro presente e il loro futuro.

Il Rapporto è realizzato con il sostegno di:



Le attività della clinica mobile sono inoltre sostenute da:

