

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

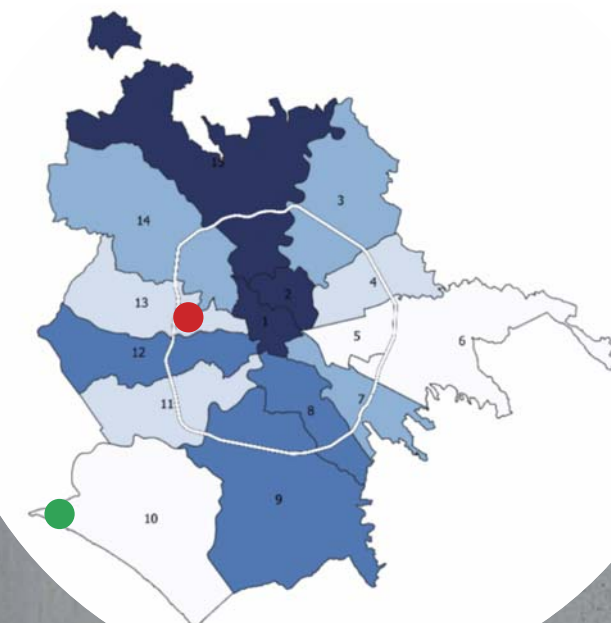
Il rapporto colloca l'analisi dentro una fase critica del SSN segnato da importanti criticità strutturali che, amplificando le disuguaglianze, rendono l'accesso alla salute sempre più dipendente dalle condizioni socio-economiche e dal luogo di residenza. Si osserva un aumento del ricorso alla spesa privata (*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 sviluppatasi 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

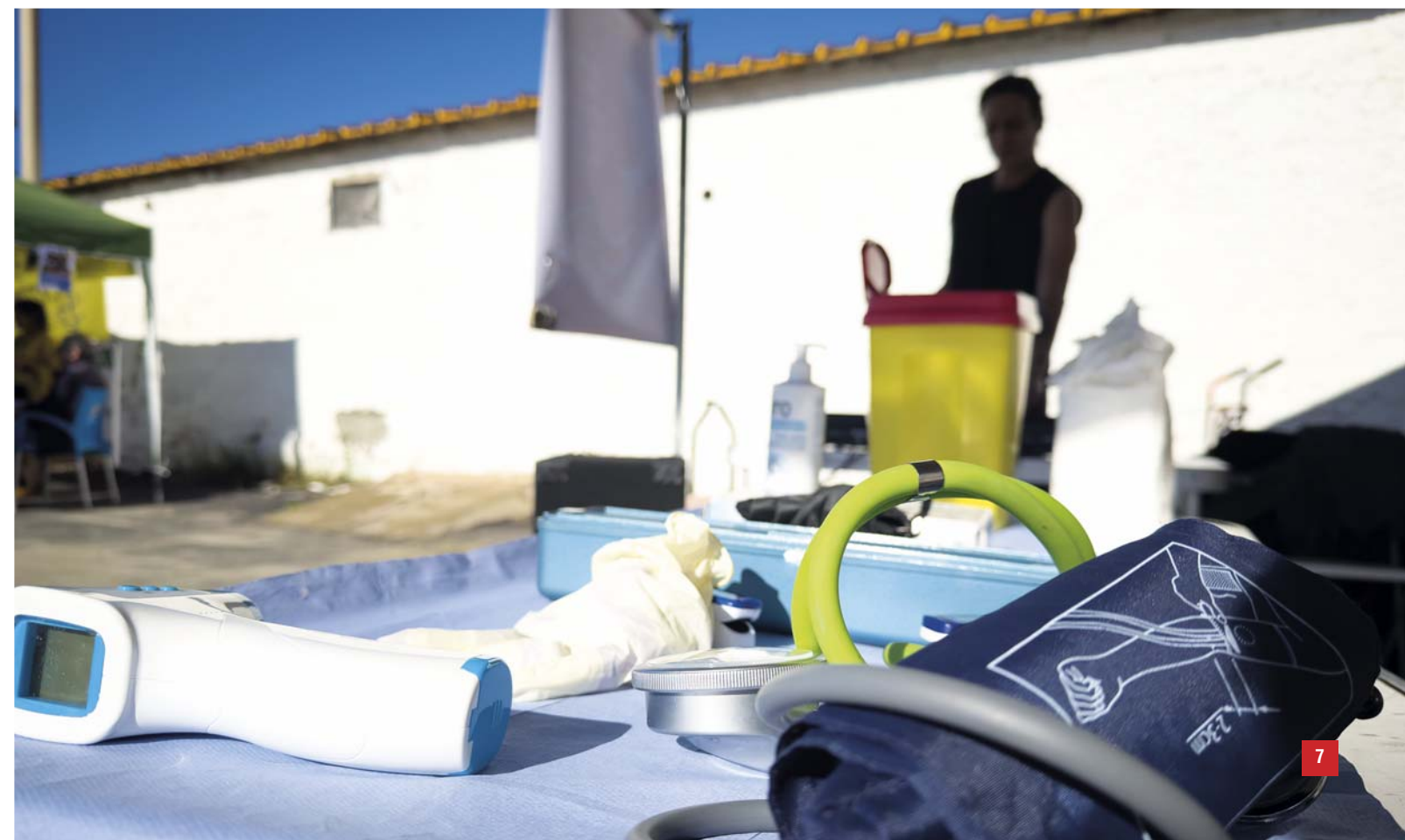
su una mera diagnosi dei disturbi. La sofferenza osservata appare strettamente connessa al contesto di esclusione: isolamento, precarietà e insicurezza contribuiscono all'insorgenza o al peggioramento di disturbi psicologici spesso non riconosciuti né trattati.

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 quello 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.

