

Comunità in salute: l'ambivalenza come metodo

Come territorio, partecipazione e cura definiscono il ruolo delle comunità nella sanità territoriale

Martina Consoloni, Luca Negrogno, Sara Vallerani, | 10 marzo 2026

I Policy Highlights di Politiche Sociali/Social Policies

L'articolo che segue sintetizza alcuni degli esiti del lavoro pubblicato sul numero 2/2025 di Politiche Sociali/Social Policies, rivista edita dal Mulino e promossa dalla rete ESPAnet-Italia. Per maggiori dettagli e citazioni: M. Consoloni, L. Negrogno, S. Vallerani, [Territorio, partecipazione, cura: ambivalenze della «comunità» in salute e sanità](#), in «Politiche Sociali/Social Policies», 2/2025, pp. 353-377.

Comunità e sanità territoriale: perché interrogare un concetto denso

Negli ultimi anni, la parola “comunità” è tornata a occupare una posizione centrale e strategica nel dibattito sulla salute e sulla sanità in Italia, traducendosi nella promozione di diversi programmi di attivazione comunitaria e di coproduzione dei servizi da parte delle istituzioni pubbliche, spesso in collaborazione con il Terzo Settore. La pandemia ha rafforzato questa tendenza presentando la comunità come la risposta ovvia e naturale alle fragilità dell’assistenza territoriale. Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il DM 77/2022 questa tendenza è resa esplicita, introducendo e rafforzando strutture come le Case e gli Ospedali di Comunità, e attribuendo alla comunità un ruolo strategico nella riorganizzazione delle cure primarie. Tuttavia, questa centralità non è accompagnata da una definizione chiara e condivisa del concetto, né da indicazioni operative su come tradurlo in pratica.

La comunità appare così come un termine denso, evocativo, ma anche ambiguo, capace di orientare interventi molto diversi tra loro. La comunità, infatti, può essere presentata come spazio di emancipazione e democratizzazione dei servizi, ma anche come dispositivo di governo che promuove la responsabilizzazione individuale, spesso in funzione di logiche di contenimento della spesa.

Come approfondito nel [nostro articolo pubblicato nel numero 2/2025 di Politiche Sociali/Social Policies](#), questa ambivalenza non è necessariamente un limite da superare, ma può diventare una lente analitica utile per comprendere le trasformazioni in corso nel welfare territoriale. Per cogliere queste tensioni abbiamo analizzato tre casi studio, costruiti a partire da tre esperienze sviluppatasi tra il 2021 e il 2024, in territori caratterizzati da configurazioni istituzionali e organizzative molto diverse: la mobilitazione per la riapertura di Villa Tiburtina a Roma, l’implementazione del Budget di Salute a Bologna e il Laboratorio di Partecipazione Comunitaria di un ambulatorio di medicina generale a Ferrara.

I tre casi presentano caratteristiche differenti, che permettono di osservare come la comunità venga costruita e mobilitata in contesti eterogenei. A Roma, la mobilitazione per Villa Tiburtina nasce dalla chiusura di una struttura sanitaria territoriale e dalla richiesta, da parte di cittadini, comitati, associazioni e realtà organizzate, di restituire al quartiere uno spazio di cura percepito come bene comune. A Bologna, il Budget di Salute rappresenta un dispositivo di integrazione sociosanitaria che punta a costruire progetti personalizzati attraverso la co-progettazione con utenti, famiglie e reti informali. A Ferrara, il Laboratorio di Partecipazione Comunitaria nasce all’interno di un ambulatorio di medicina generale e coinvolge professionisti, cittadini e associazioni per confrontarsi sui bisogni del territorio e ripensare alcune attività dell’ambulatorio.

L’analisi dei tre casi si basa su ricerche qualitative che combinano osservazione partecipante, interviste con professionisti, cittadini e attivisti, e analisi di documenti istituzionali e materiali prodotti nei contesti locali. Questo lavoro empirico consente di seguire da vicino le pratiche quotidiane, le negoziazioni e le tensioni che attraversano i territori.

È a partire da queste dinamiche che osserviamo come la “comunità” non sia un dato preesistente, ma qualcosa che prende forma nelle pratiche, negli assetti istituzionali e nelle relazioni che si costruiscono nel tempo. I tre casi – diversi per contesto e

configurazione istituzionale – permettono di mettere a fuoco queste modalità di costruzione. Da qui derivano le tre dimensioni analitiche che guidano la nostra lettura: territorio, partecipazione e cura.

Territorio: tra disuguaglianze, governance e mobilitazioni locali

Nel campo della salute e della sanità il territorio non indica soltanto uno spazio geografico. È anche la scala a cui si organizzano i servizi, si distribuiscono le risorse e si manifestano disuguaglianze sociali e sanitarie. Da un lato, rappresenta il luogo in cui si producono e si manifestano le disuguaglianze sociali: condizioni abitative, accesso ai servizi, qualità dell'ambiente urbano e presenza di reti sociali contribuiscono a determinare un gradiente di salute che è al tempo stesso sociale e spaziale. Dall'altro, il territorio indica il livello decentrato dell'azione pubblica: un assetto che in alcuni contesti ha consentito di sviluppare modelli organizzativi più vicini ai bisogni locali, ma che ha anche prodotto forti divari che, a livello locale, incidono profondamente sulle possibilità di attuare un approccio realmente comunitario.

Ma il territorio è anche uno spazio sociale e politico, attraversato da pratiche, conflitti e mobilitazioni. Il caso dell'assemblea per la riapertura di Villa Tiburtina come Casa della Comunità a Roma lo mostra con chiarezza. Durante la pandemia ha preso forma una mobilitazione ampia e composita, in cui cittadini, comitati e associazioni hanno rivendicato la riapertura della struttura sanitaria di Villa Tiburtina - chiusa ormai da qualche anno - come questione di giustizia territoriale e di diritto alla salute. In questo caso, la comunità non è un'entità astratta, ma un soggetto politico che si attiva per presidiare spazi di cura percepiti come beni comuni. La mobilitazione ha denunciato le disuguaglianze territoriali, sociali e sanitarie del quartiere e ha preso parola per rendere visibili bisogni della popolazione che rischiavano di rimanere invisibilizzati e marginali nei processi decisionali, mostrando come il territorio possa diventare luogo di produzione di significati e di contestazione delle politiche pubbliche.

Questa dimensione politica del territorio è spesso assente nelle narrazioni istituzionali, che tendono a presentarlo come semplice cornice geografica o come livello tecnico-amministrativo. L'esperienza di Villa Tiburtina mostra invece che il territorio è un attore a tutti gli effetti, capace di influenzare l'implementazione delle politiche e di generare forme di partecipazione e cura che sfuggono alle definizioni standardizzate.

Partecipazione: tra enunciazioni istituzionali e pratiche situate

La partecipazione, principio guida nell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, è centrale nei documenti della riforma delle cure primarie. Il DM 77 attribuisce alla comunità un ruolo attivo nella progettazione e valutazione dei servizi, ma non chiarisce come garantire un coinvolgimento effettivo e realmente inclusivo. Le Linee di indirizzo AGENAS del 2023 rappresentano un tentativo di colmare questo vuoto, proponendo una visione plurale della comunità come insieme di gruppi territoriali, identitari o relazionali. Tuttavia, anche in questo caso mancano indicazioni sulle condizioni organizzative necessarie per rendere la partecipazione sostenibile e non meramente simbolica.

Il caso del Budget di Salute a Bologna mostra bene questa tensione. Da un lato, il Budget di Salute valorizza la co-progettazione con utenti, famiglie e reti informali, promuovendo percorsi personalizzati e integrati. Dall'altro, la sua implementazione è condizionata da vincoli amministrativi, risorse limitate e differenze territoriali che rischiano di opacizzare le forme di selettività nell'accesso. In diversi territori e servizi, la partecipazione degli utenti risulta più dichiarata che effettiva: dove esistono équipe stabilmente integrate, reti associative attive e una cultura professionale orientata alla coprogettazione, gli utenti riescono a incidere maggiormente sui percorsi che li riguardano; altrove, vincoli organizzativi, minori opportunità relazionali e una più debole integrazione dell'infrastruttura rendono più difficile un coinvolgimento reale, soprattutto per le persone con minori risorse sociali o economiche.

L'idea di co-progettazione, pur centrale nel modello, può così tradursi in un coinvolgimento diseguale, che privilegia chi è già in grado di attivarsi e lascia meno spazio a chi avrebbe maggior bisogno di sostegno. La partecipazione, in questo quadro, non è un dispositivo neutro: può favorire processi di democratizzazione, ma può anche riprodurre asimmetrie di potere e lasciare ai margini i soggetti più fragili.

In definitiva l'analisi dell'implementazione del Budget di Salute mostra che la partecipazione non può essere ridotta a un insieme di procedure o a un requisito formale. È una posta in gioco politica, che riguarda la redistribuzione del potere decisionale e la capacità delle istituzioni di riconoscere e includere il punto di vista di soggetti che altrimenti restano ai margini. La partecipazione effettiva richiede tempo, risorse, competenze e un lavoro quotidiano di costruzione di fiducia e di riconoscimento reciproco che impatta sul materiale relazionale di cui i servizi sono composti; senza queste condizioni, il rischio è che la partecipazione rimanga un principio enunciato o una procedura burocratica più che una pratica reale.

Cura: tra invisibilità e condizioni materiali di possibilità

La cura non riguarda solo ciò che accade tra un professionista e un paziente, ma l'insieme delle relazioni, dei tempi e delle condizioni che rendono possibile prendersi cura. Le riflessioni femministe mostrano da tempo come la cura sia al tempo stesso lavoro materiale, relazione e pratica politica: un'attività che sostiene la vita quotidiana ma che rimane spesso invisibile e scarsamente riconosciuta. Nel campo della salute, parlare di comunità di cura significa allora interrogarsi non solo su chi riceve cura, ma anche su chi la produce, con quali risorse e dentro quali vincoli.

Il Laboratorio di Partecipazione Comunitaria di un ambulatorio di medicina generale di Ferrara offre un esempio concreto di come la cura possa essere costruita attraverso la "comunità". Il laboratorio nasce come spazio di confronto tra professionisti sanitari, cittadini e associazioni locali, con l'obiettivo di conoscere e affrontare congiuntamente i bisogni di salute del territorio.

Durante il percorso emergono bisogni diffusi – dalla solitudine delle persone anziane alle difficoltà di accesso ai servizi – ma anche le tensioni che attraversano il lavoro di cura. I medici di medicina generale raccontano le frustrazioni legate alla gestione quotidiana dell'ambulatorio, segnata da carenza di risorse, difficoltà organizzative e aspettative spesso difficili da soddisfare. La condivisione di queste difficoltà produce uno spostamento nel lavoro del gruppo: dall'idea iniziale di "prendersi cura del territorio" alla necessità di prendersi cura anche delle condizioni in cui la cura viene erogata.

Da questo confronto nasce un percorso di revisione della Carta dei servizi dell'ambulatorio e di esplicitazione dei vincoli organizzativi che caratterizzano il lavoro della medicina generale alla popolazione assistita. In questo processo, la comunità non si sostituisce ai servizi né si limita a sostenere iniziative solidali, ma contribuisce a rendere visibili le condizioni materiali della cura e a rigenerare fiducia nei confronti della medicina generale.

Il caso di Ferrara mostra così una tensione che attraversa molte esperienze di "cura comunitaria". Da un lato, queste pratiche possono aprire spazi di collaborazione e di co-responsabilizzazione tra servizi e popolazione; dall'altro, rischiano di trasformarsi in dispositivi che trasferiscono sulle comunità il peso delle carenze del sistema pubblico. La cura emerge quindi come un terreno ambivalente: spazio di relazione e di trasformazione, ma anche luogo in cui diventano maggiormente visibili i limiti dell'attuale organizzazione dell'assistenza territoriale.

Conclusioni: leggere la comunità attraverso le sue ambivalenze

L'analisi dei tre casi studio mostra che la comunità non è un concetto unitario né un dispositivo intrinsecamente positivo. È un campo di tensioni, un luogo in cui si intrecciano politiche, pratiche, relazioni e conflitti. Come argomentiamo più diffusamente nel [nostro articolo su Politiche Sociali/Social Policies](#), trattare queste ambivalenze come risorsa analitica – anziché come limite – permette di leggere le trasformazioni in corso nel welfare contemporaneo, evitando sia letture idealizzate della comunità sia interpretazioni che la riducono a semplice strumento retorico.

Se la riforma delle cure primarie vuole realmente valorizzare la comunità, occorre riconoscerne la complessità e dotarsi di strumenti concreti per sostenerla: investimenti strutturali, spazi di partecipazione effettiva, infrastrutture sociali e sanitarie capaci di connettere territorio, servizi e reti locali. Solo così le comunità potranno prendere parte alla definizione delle priorità che le riguardano e partecipare alla costruzione della salute collettiva.