

Premesse metodologiche

di Ardigò Martino

La mappatura come atto di costruzione

Nella tradizione occidentale moderna, la cartografia è stata utilizzata come dispositivo di potere, uno strumento di delimitazione e controllo, un mezzo per tracciare confini e stabilire gerarchie tra i territori e tra i saperi a partire dal punto di vista di chi detiene il potere di narrare e di definire. La storia della medicina stessa è costellata di tentativi di mappare il corpo e la salute secondo logiche che rappresentano la visione di una specifica modalità di narrazione dei processi salute malattia: basata sulla patologia nel corpo, sulla classificazione, sulla definizione di percorsi standardizzati di cura e di modelli di intervento efficaci, efficienti e replicabili. Il campo della Salute, d'altra parte, è per definizione un campo di forze, il luogo dove si incrociano pratiche di cura, bisogni emergenti, vincoli istituzionali e risorse comunitarie. Se c'è una lezione che la storia della sanità pubblica ci ha insegnato è che la salute non è solo una questione tecnica ma di diritti e giustizia sociale e le disuguaglianze in salute non sono mai un dato naturale, ma il risultato di scelte: politiche, economiche e sociali. Per questo, se la mappa non è una semplice rappresentazione oggettiva della realtà ma un atto di produzione del reale, è necessario interrogarsi rispetto a quali sono i valori, i presupposti e le finalità di un dispositivo che non si limita a registrare, ma che delimita, divide e standardizza o viceversa attiva, connette, costruisce.

Allo stesso modo, lo spazio, sia esso geografico o sociale, non è un contenitore neutro, ma il risultato delle relazioni tra chi lo abita, tra chi lo costruisce e chi lo trasforma con le proprie pratiche quotidiane. La salute, quindi, non è mai un fatto individuale o un semplice accesso ai servizi: è un'esperienza vissuta, radicata nei

territori, modellata dalle reti di solidarietà, dai percorsi di cura, dalle risorse locali, dalle possibilità di movimento e accesso ai saperi.

Nelle geografie diseguali della sanità globale, i territori non sono tutti uguali: ci sono territori che curano e territori dell'abbandono, luoghi in cui la salute è un diritto garantito e luoghi in cui la salute è un privilegio difficile da ottenere. Mappare significa rompere questo squilibrio, far emergere le realtà sommerse, dare visibilità a chi lotta ogni giorno per costruire forme di assistenza più eque e accessibili. Le reti sanitarie, se lette alla luce della dichiarazione di Alma Ata, non sono meri strumenti organizzativi: sono spazi politici in cui si afferma o si nega il diritto alla salute. Ogni mappa, in questo senso, è un atto che chiama in causa la giustizia sociale, perché stabilisce la linea di confine tra chi è incluso e chi è escluso, tra quali sono i bisogni che vengono riconosciuti e quali, invece, rimangono invisibili. In un sistema sanitario che per via dello scenario demografico, sociale, economico, politico ed infine epidemiologico, fatica a rispondere alle reali condizioni di vita delle persone, mappare non è un esercizio neutrale, ma un'azione profondamente politica. La mappatura, dunque, non solo come un'operazione di descrizione del mondo, ma come un modo per farlo esistere in una forma diversa, per renderlo praticabile in nuovi modi. In questo senso, mappare significa creare possibilità. È in questo atto di costruzione che si radica il lavoro di MedicInRete, che con questa raccolta non si limita a censire esperienze, ma si impegna in una pratica attiva di tessitura di reti, di riorganizzazione dello spazio della Primary Health Care (PHC), di produzione di nuove connessioni tra luoghi, soggetti e saperi. La PHC è a sua volta un territorio in continua trasformazione, nel quale si gioca la possibilità di un'assistenza sanitaria più equa, più accessibile, più radicata nei bisogni reali delle persone e delle comunità. Ma la PHC, proprio per la sua natura decentrata e multidimensionale, è anche un campo spesso frammentato, disperso, poco visibile. Le

esperienze innovative che nascono nei territori rischiano di restare isolate, di non dialogare tra loro, di non trovare riconoscimento istituzionale. La mappatura, in questo senso, è un'operazione politica e generativa: non si limita a documentare le esperienze, ma le connette, le rende leggibili le une rispetto alle altre, permette di riconoscere trame comuni e traiettorie possibili. Non si tratta solo di catalogare buone pratiche, ma di costruire un dispositivo collettivo di apprendimento e trasformazione. Una mappa è sempre un invito al movimento: non traccia solo percorsi già battuti, ma suggerisce nuove direzioni, apre possibilità di attraversamento e di incontro, crea alleanze inedite tra attori diversi. In questa prospettiva, il lavoro di MedicInRete si configura come un esperimento di cartografia generativa, in cui la salute è intesa come un processo relazionale, costruito attraverso il dialogo, tra istituzioni e territori, tra saperi esperti e conoscenze esperienziali. Le esperienze raccolte in questo volume non sono semplici modelli da replicare, ma frammenti di un tessuto vivo, esempi di come sia possibile reinventare il sistema delle cure primarie a partire dalle pratiche reali, dalle necessità emergenti, dalle forme di auto-organizzazione che già esistono nei territori. Non si tratta di soluzioni universali, ma di "moltiplicatori" di possibilità che operano attraverso lo scambio e l'apprendimento reciproco, che favoriscono il riconoscimento di un "territorio di senso" e il rafforzamento delle reti esistenti. La riflessione etica su queste pratiche non può essere separata da una riflessione sul ruolo delle istituzioni pubbliche. Se la salute è un diritto, allora la mappatura deve essere anche un processo di rivendicazione e di trasformazione delle politiche sanitarie, uno strumento per mettere in discussione modelli burocratici incapaci di cogliere la complessità della cura per riconoscere il valore delle pratiche locali: significa riconoscere il diritto delle comunità a essere protagoniste del proprio destino sanitario. Un volume incentrato sulla mappatura delle esperienze di Primary Health Care rischia di

essere interpretato come un manuale d'uso rivolto agli operatori sanitari, finalizzato a “portare” i servizi di PHC nei territori, invece che, come sottolineato poco sopra, nello spirito stesso della PHC, servire a dare voce ai saperi locali, alle reti di prossimità e alle esperienze di cura che nascono direttamente da quei territori.

Una mappa aperta, un invito all'azione

In un'epoca segnata da crisi sanitarie, economiche e sociali, la sanità territoriale rappresenta senza dubbio il terreno su cui si gioca la sfida della salute come diritto. L'invecchiamento della popolazione e la crescente incidenza delle patologie croniche ci pongono di fronte alla necessità di prenderci cura di pazienti per i quali non esiste una guarigione definitiva, di garantire salute a persone per le quali l'insorgere delle malattie è parte del naturale ciclo della vita.

A questo profondo cambiamento di scenario rispondiamo però con un sistema sanitario ancora troppo ospedalocentrico, che tende a medicalizzare la sofferenza e che, soprattutto, risulta frammentato, sia al suo interno sia nel rapporto con i servizi sociali e con la dimensione comunitaria della cura. Tuttavia, come dimostrano le esperienze raccolte in questo libro, esistono già alternative: sperimentazioni di modelli di lavoro e di presa in carico più inclusivi, più radicati nei contesti territoriali e, proprio per questo, più capaci di rispondere ai bisogni delle persone e delle comunità.

Questa mappa, dunque, non è una fotografia statica, ma un dispositivo in movimento. Non si chiude su sé stessa, ma si propone come un invito all'azione, alla sperimentazione, alla creazione di nuove reti. È una mappa che non delimita, ma apre. Non traccia confini, ma crea passaggi.

La sfida, ora, è quella di percorrerli.