

**Cura de barri.**  
**Sperimentazioni di salute comunitaria a Barcellona.**  
 Bruna Mura

Fin dai primi anni Duemila il *barri* del Poble-Sec a Barcellona è stato attraversato da progetti volti a costruire un'alternativa alla medicalizzazione dei problemi sociali. È dunque il quartiere lo spazio minimo per sperimentare politiche orientate alla diffusione del benessere e al contrasto alle diseguaglianze sociali. Le sperimentazioni che verranno presentate raccontano possibili alternative agli attuali modelli di intervento sanitario spostando l'attenzione sulla dimensione relazionale e sulla cura reciproca. Non si tratta qui di valutare quanto l'approccio femminista o transfemminista orienti queste sperimentazioni, quanto piuttosto si intendono individuare in queste pratiche limiti e potenzialità utili alla definizione di nuovi immaginari urbani.

Since the early 2000s, several projects have taken place in the *barrio* of Poble-Sec in Barcelona with the goal of building an alternative to the medicalization of social problems. The neighbourhood is therefore the minimum space for experimenting with policies aimed at spreading well-being and combating social inequalities. The practices reported here describe potential alternatives to the current health intervention models. This shifts the focus on relational dimension and reciprocity of care. The research aim of the present study is not assessing to what extent the feminist or transfeminist approach guides these urban practices, but rather identifying their potentials and limits useful for the debate on the construction of new urban imaginaries.

**Parole chiave:** salute comunitaria; *barri*; autodeterminazione; interdipendenza; comunità

**Keywords:** community health; *barri*; self-determination; interdependence; community

### Introduzione

Si approfondiranno nelle prossime pagine alcune sperimentazioni di salute comunitaria nate in un quartiere di Barcellona, fondate sul riconoscimento di uno stretto rapporto tra salute, dimensione relazionale e partecipazione attiva e volte a migliorare la qualità della vita degli abitanti della zona. Pur non riscontrando all'origine di queste esperienze un esplicito sguardo transfemminista, si possono rintracciare in questi progetti elementi utili a costruire nuovi immaginari urbani che tendendo verso l'autonomia e l'autodeterminazione dei soggetti? È questa la domanda che farà da filo conduttore alle riflessioni qui riportate e nate in occasione di una ricerca svolta nel

quartiere di Poble-Sec a Barcellona qualche anno fa. Ciò in cui mi sono imbattuta è stato un insieme di percorsi avviati fin dai primi anni Duemila di intervento volto all'innalzamento dei livelli di benessere in alcune zone di Barcellona e nati in seno a progetti promossi dalle istituzioni amministrative e sanitarie locali. In particolare ciò su cui ho scelto di concentrare l'attenzione è stato l'insieme di iniziative che si sono sviluppate nel Poble-Sec, alcune direttamente riconducibili al piano di intervento proposto a livello istituzionale, altri sorti a margine, ma sempre accomunati dalla collocazione geografica e dall'intento di migliorare le condizioni di vita degli abitanti del *barri*. Pur partendo dall'individuazione delle aree urbane con maggiori diseguaglianze sociali, questi progetti sono stati imperniati su interventi volti al miglioramento complessivo della situazione nel quartiere e non su attività dirette esclusivamente alle persone in condizioni di vulnerabilità.

L'indagine qui presentata è parte delle attività di ricerca svolte tra il 2017 e il 2018 nell'ambito di un percorso dottorale<sup>1</sup> volto ad indagare le pratiche realizzate dai movimenti sociali nell'ambito dell'intervento sulla salute nelle città di Barcellona e Napoli. Ciò che si è inteso fare nell'intero percorso è stato individuare e ricostruire sperimentazioni nate a seguito della crisi economica del 2008 e degli effetti socio-economici delle politiche di austerità ad essa seguite. Ciò che si voleva indagare erano le pratiche nate in relazione con la sanità (medici, altro personale, strutture), ma rivolte al superamento dell'intervento sanitario con l'obiettivo di rimettere al centro la salute intesa come benessere complessivo e dunque intervento sociale più ampio. A fondamento dell'ipotesi di ricerca, oltre agli scritti di Canguilhem (1998; 2007) e Foucault (1969; 1976; 2008) vi erano la letteratura della medicina critica degli anni Settanta (Berlinguer, 1970; Polack, 1972; Maccaccaro, 1972; Bert, 1974; Navarro, 1976) e i testi prodotti, a partire dagli stessi anni, dai movimenti e da autrici femministe relativi al tema della salute (Ehrenreich ed English, 1975; Jourdan, 1976; Manoukian, 1980; Ergas, 1986)<sup>2</sup>. In particolare, assumendo l'intreccio tra queste due prospettive, si sono intesi rintracciare

1 Il percorso di dottorato in sociologia è stato realizzato presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo tra il 2015 e il 2018.

2 Alle autrici citate, si aggiunge l'abbondante letteratura grigia prodotta da decine di collettivi e gruppi femministi in Italia. Un excursus tra i documenti dell'epoca e sul lavoro fatto negli anni Settanta sulla salute dai movimenti femministi italiani si ritrova in Percovich (2005).

nei casi studiati prefigurazioni, germogli di possibili alternative all'intervento sulla salute di tipo biomedico che, già subito nelle pratiche, declinassero l'intervento di promozione della salute come cura reciproca. Una spinta cioè alla sovversione delle attuali relazioni di potere e alla logica medicalizzante volta piuttosto alla riappropriazione di consapevolezza sui propri corpi e, in senso collettivo, alla riformulazione del concetto di 'benessere' quale espressione di autodeterminazione delle soggettività (Busi e Fiorilli, 2014:7).

Si procederà dunque ad una breve descrizione della metodologia utilizzata per poi approfondire il concetto di salute comunitaria e addentrarsi nella descrizione dello studio di caso barcellonese al fine di poterne cogliere potenzialità e criticità.

### **Metodologia ed elementi di contesto**

Per quanto riguarda l'approfondimento sul Poble-Sec, al centro del presente lavoro, il percorso di indagine sul campo è durato quattro mesi e si è sviluppato attraverso momenti di osservazione diretta delle iniziative realizzate nel corso dei progetti che si andranno a descrivere. A questo si è affiancata la realizzazione di diciotto interviste semi-strutturate ad osservatrici privilegiate<sup>3</sup> selezionate tra le persone coinvolte nei progetti. In particolare nove intervistate sono professioniste in ambito sanitario (mediche, infermiere, ostetriche, psicoterapeute, direttrici dei servizi sanitari), una è coordinatrice del Piano comunitario, sei sono abitanti del quartiere che partecipano alle diverse attività osservate<sup>4</sup>. L'individuazione delle persone intervistate si è svolta con un campionamento a valanga (*snowball sampling*) a partire da un primo contatto personale. La rappresentatività del campione è stata valutata in base agli elementi che progressivamente emergevano dal campo stesso. Nel corso delle interviste e dei momenti di osservazione si è inteso porre l'attenzione sulle pratiche, sulla loro nascita ed evoluzione e sulle modalità con

<sup>3</sup> Si è scelto di utilizzare qui e in tutto il testo la declinazione al femminile perché la maggior parte delle interviste sono state realizzate con donne (15 su 18) e tutti gli stralci riportati nel presente lavoro fanno riferimento a voci femminili.

<sup>4</sup> Sono state realizzate ulteriori due interviste esplorative con militanti dell'esperienza Aurea Social, un progetto della Cooperativa Integral Catalana (CIC), che aveva avviato negli anni precedenti un percorso di salute globale e comunitaria, ma al momento dell'accesso al campo il progetto risultava non attivo.

cui sono state realizzate. Si precisa che le interviste si sono svolte in castigliano, ma spesso nei momenti di osservazione lo scambio tra le persone coinvolte si è sviluppato in catalano<sup>5</sup>. Si è scelto nel presente lavoro di mantenere in lingua catalana i termini utilizzati in lingua originale.

Prima di addentrarsi nelle specificità del *barri* del Poble-Sec, è necessario sottolineare come l'intera ricerca abbia inteso considerare la crisi economica del 2008 e le sue ricadute come un fattore di trasformazione sociale centrale per la definizione di pratiche di salute dal basso<sup>6</sup>. Essa è centrale da diversi punti di vista: per gli effetti socio-economici diretti, per quelli seguiti all'introduzione delle politiche di austerità con un'importante ricaduta anche sullo stato di salute delle persone<sup>7</sup>, per gli effetti sulla sanità pubblica dei drastici tagli di risorse economiche e di personale (CSA Madrid, 2010) seguiti all'applicazione delle misure indicate a livello europeo. In Spagna la pressione di queste politiche, insieme ad altri fattori interni, ha portato all'ascesa di ampie mobilitazioni sociali contro la corruzione e il neoliberismo che hanno attraversato tutto il paese a partire dal 15 maggio 2011<sup>8</sup>. A Barcellona questo processo partecipativo si è arricchito di caratteristiche proprie dovute alle peculiarità del territorio attivando un'ampia mobilitazione contro i processi di gentrificazione ed espulsione di cittadini dalle proprie abitazioni per ampliare l'offerta turistica (Blanco-Romero, Blázquez-Salom e Cànoves, 2018). Sull'onda delle mobilitazioni in corso, nel giugno del 2015 viene eletta sindaca Ada Colau, storica attivista del movimento PAH-*Plataforma d'Afectats per la Hipoteca*. Il progetto che propone è quello della femminilizzazione della politica, un tentativo di praticare un immaginario trasformativo

5 L'utilizzo della lingua catalana ha una forte connotazione storico-politica legata ai decenni di dittatura franchista che ne vietava l'uso.

6 Spunto per questa ipotesi è stata l'esperienza delle KIFA greche e soprattutto l'immaginario che esse hanno innescato stimolando la discussione sul tema e la diffusione di ambulatori popolari anche in Italia (Mura, 2020).

7 Emblematico su questo quanto riporta la Commissaria Mijatović nel suo rapporto del 2018 riferito agli effetti delle politiche di austerità in Grecia (Mijatović, 2018).

8 Molti intervistati hanno sottolineato come queste mobilitazioni di massa nazionali abbiano contribuito in modo sostanziale all'elaborazione collettiva della fase di crisi economica iniziata nel 2008. L'esperienza vissuta nelle *acampadas* e le riflessioni sulle forme di partecipazione diretta avviate in quest'occasione sono state uno spartiacque nelle forme di partecipazione politica e di attraversamento dello spazio pubblico.

a partire da una lettura della città come spazio di reciprocità in cui il contesto urbano viene strutturato al fine di abbattere gli ostacoli che creano diseguaglianze e agli abitanti viene richiesto un coinvolgimento attivo nel prendersi cura della città. La rilettura dello spazio urbano in chiave femminista ha una lunga tradizione in Catalogna, e in Spagna più in generale e secondo alcune autrici, ciò che è cambiato con l'elezione di Colau è stata la possibilità di trasformare le prefigurazioni e le proposte nate dai movimenti femministi in pratiche concrete (Muxí-Martínez, 2020).

### **El Poble-Sec tra *Llei de barris* e Piani comunitari**

L'esperienza che ci si appresta a descrivere affonda le radici in un lungo processo di interventi normativi a livello regionale catalano e cittadino barcellonese oltre che nella trasformazione avvenuta nelle istituzioni sanitarie locali a partire dai primi anni Duemila. Nel 2003 nasce l'Agenzia di Salute Pubblica di Barcellona (ASPB) che racchiude le competenze prima suddivise su scala geografica tra città e regione (Guixa *et al.*, 2008). L'anno successivo viene introdotta la cosiddetta *Llei de barris* (L. 2/2004 – Legge regionale di miglioramento dei quartieri, aree urbane e città che richiedono un'attenzione particolare) che, prevedendo la messa a bando di finanziamenti congiunti tra Comune e Regione, ha come obiettivo la prevenzione della segregazione e del degrado urbano al fine di migliorare le condizioni di vita dei residenti e favorire coesione e sviluppo socio-economico.

È dentro questa cornice che l'anno seguente viene avviato, inizialmente in sette dei dodici quartieri individuati come più fragili<sup>9</sup>, il progetto "Salut als barris" (Salute nei quartieri) con proposte selezionate e finanziate dall'ASPB e dal Comune insieme ad altri soggetti promotori. A partire dall'assunzione che le diseguaglianze nell'ambito della salute siano il riflesso di una struttura sociale che produce differenze di reddito, ricchezza e opportunità (Wilkinson e Pickett, 2009), sono stati progettati interventi con metodologie innovative che coinvolgono il settore sanitario, ma sempre in collaborazione con gli altri

<sup>9</sup> L'individuazione dei quartieri con maggiori situazioni di fragilità è stata effettuata attraverso un'indagine quali-quantitativa i cui risultati sono riportati alla pagina <https://www.aspb.cat/documents/salut-als-barris-diagnostic-salut-poble-sec>.

ambiti della vita pubblica. È questo il quadro normativo entro cui ciascun quartiere può attivarsi per proporre progetti e definire i *Pla d'Acció Comunitària* (o *Pla comunitari*), dei piani d'azione e valutazione volti a fronteggiare le principali diseguaglianze sociali che hanno ricadute sulla salute rafforzando la prospettiva olistica, preventiva e comunitaria.

Sono dunque tre i pilastri su cui poggia questo intervento pubblico: il riconoscimento da parte delle istituzioni della dimensione del quartiere come spazio di intervento per il contrasto alle diseguaglianze, la valorizzazione della partecipazione delle comunità alle iniziative proposte, e, in ultimo, comincia a prendere piede il principio della 'salute in tutte le politiche' (Artazcoz *et al.*, 2011) che contraddistingue uno degli sguardi più innovativi che attraversano l'ASPB. La metodologia proposta si fonda sull'assistenza sanitaria di base orientata alla comunità e sull'applicazione dell'*intervention mapping*, un processo in più fasi: consolidamento delle alleanze politiche nel territorio e definizione del gruppo motore (cioè delle persone che agiranno da facilitatrici nel quartiere); indagine conoscitiva del contesto attraverso approfondimenti qualitativi e quantitativi; definizione partecipativa dei problemi e delle priorità della comunità; configurazione dei piani di intervento; valutazione e, infine, mantenimento.

L'iniziativa procede dunque dall'assunzione che qualunque politica abbia una ricaduta sulla salute di cittadine e cittadini e quindi, necessariamente, a monte della decisione politica di intervenire in una direzione o in un'altra, vada considerato l'effetto sulle diseguaglianze che si riverbererà nei territori e sulla popolazione. Uno dei quartieri considerati fragili, sulla base delle indicazioni della *Llei de barris* e alla luce delle analisi effettuate, è Poble-Sec, uno degli otto che compongono il distretto amministrativo di Sants-Montjuïc. La popolazione del quartiere è di 39.800 abitanti con un'età complessivamente più giovane rispetto alla media del distretto e dell'intera Barcellona<sup>10</sup>. Un quadro complessivo dello stato di salute, inclusa quella socio-economica, del quartiere è fornito dal Rapporto sulla salute nel quartiere (Pérez *et al.*, 2018) stilato nel 2018 come monitoraggio in itinere del progetto "Salut als barris". Nel 2017 infatti è stato avviato un percorso di aggiornamento del progetto realizzando, così come fu nella

---

<sup>10</sup> Dati censimento del 2019, Instituto Nacional de Estadística.

prima fase del 2009, una giornata aperta all'intera comunità con l'obiettivo di ridefinire in modo partecipato le priorità di salute locali. Sulla base dei fattori ritenuti più rilevanti, sono stati considerati alcuni parametri specifici. Ad esempio, in relazione al problema della solitudine per gli anziani, viene segnalato che sul totale della popolazione di età pari o superiore a 75 anni, nei *barri* ci fossero 261 uomini (19,9%) e 1.100 donne (44,1%) che vivevano sole, percentuali più alte rispetto a quanto registrato a livello di distretto e di Comune. Ma i fattori considerati per la valutazione complessiva della qualità di vita a Poble-Sec sono molteplici. Nel Rapporto essi sono stati suddivisi in contesto fisico (che include la disponibilità di spazi verdi e di spazi pubblici, ma anche l'inquinamento e la disponibilità di trasporti e servizi fino ad arrivare ad una valutazione dello stato delle abitazioni); contesto socio-economico (che spazia dalla disponibilità abitativa, all'educazione, ai tassi occupazionali, alla gentrificazione fino alla presenza di reti sociali); in ultimo, separando tra comportamenti individuali e stati di malattia, si concentra sugli aspetti più specificamente sanitari.

Per ciò che riguarda l'esempio di intervento che si intende qui analizzare, è interessante evidenziare come molta attenzione sia posta sulla dimensione dello spazio pubblico, in particolare sui problemi legati alla sua accessibilità. Emergono infatti dal Rapporto delle valutazioni fatte dagli abitanti che percepiscono una sorta di perdita degli spazi disponibili in particolare legata alla proliferazione di locali per i turisti che, con *dehors* e terrazze, occupano strade e piazze del quartiere. Quello che mettono in luce gli abitanti, e le autrici del Rapporto sottolineano, è la percezione che sia in corso un processo di gentrificazione che porta diverse conseguenze negative tra cui l'aumento dei prezzi delle case e la perdita di qualità dello spazio pubblico. Se in precedenza si è richiamata l'ampia mobilitazione sociale che da anni attraversa Barcellona sul diritto all'abitare, anche nel Poble-Sec il tema è particolarmente sentito. Nel corso degli ultimi anni si è costituito un *Sindicat de Barri* attivo sia come rete di mutuo aiuto contro gli sfratti, sia nell'elaborazione di un'articolata riflessione che, a maggior ragione con la ripresa degli sfratti durante la pandemia da Covid-19, ha permesso di mostrare la diretta connessione tra diritto all'abitare e diritto alla salute<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Per un quadro in costante aggiornamento sulla situazione si vedano i siti della PAH <https://pahbarcelona.org/> e del *Sindicat de Barri* del Poble-Sec

È lo stesso Rapporto a segnalare come il quartiere sia attraversato da reti sociali molto rilevanti: «Sono tante le iniziative popolari nel quartiere e la possibilità di partecipare ti fa sentire più felice e più accompagnato» e anche «C'è una buona articolazione [di relazioni] che consente di dare risposte che [altrimenti] l'amministrazione da sola non poteva [dare]»<sup>12</sup>. È infatti questo uno dei tratti distintivi di Poble-Sec, la sua ricchezza di associazioni formali (moltissime associate nella Coordinadora d'Entitats, una federazione di quartiere delle associazioni) e informali di abitanti, la presenza di luoghi aperti al pubblico e destinati alla socialità (Centro civico El Sortidor, Centro culturale Albareda, Biblioteca Francesc Boix) e alla partecipazione politica e sociale (Ateneu Cooperatiu La Base)<sup>13</sup>. Altri punti di riferimento e di attraversamento sul territorio sono i due Centri di Assistenza Primaria (CAP) Manso e Les Hortes dei quali viene spesso valorizzato il ruolo di servizio di prossimità e dunque la stretta e continuativa relazione con gli abitanti, prima ancora che la funzione strettamente sanitaria.

Non è possibile qui entrare nel merito della strutturazione dell'intervento sanitario di base in Catalogna, ma i CAP, articolazione territoriale del servizio sanitario catalano, possono essere immaginati come una formulazione delle Case della salute che stanno nascendo anche in Italia negli ultimi anni (Brambillae Maciocco, 2016). Sono Centri in cui gli operatori sanitari lavorano in équipe multidisciplinari che coinvolgono medici di medicina generale, operatori sanitari specialisti o meno, assistenti sociali e personale amministrativo. La relazione con il territorio è rafforzata dal fatto che queste strutture devono essere distribuite in modo tale da essere raggiungibili in massimo 15 minuti e garantiscono l'operatività 24 ore su 24<sup>14</sup>.

---

<http://sindicatdebarri.org/> e i rispettivi profili social (ultimo accesso 30 aprile 2021).

12 Entrambe le citazioni sono state estratte dal *Diagnòstic de salut - Poble-sec, 2018* e tradotte da chi scrive.

13 Le realtà qui citate sono parte di quelle incontrate nel corso delle attività di ricerca. Nel *barri* vi sono però anche molti gruppi attivi su progetti femministi e transfemministi così come altre iniziative che hanno ampio riconoscimento come ad esempio il progetto SAPPPIR, un Centro per la salute psicopatologica e psicosociale di migranti e rifugiati.

14 Il CAP Les Hortes è un Ente Associativo di Base, cioè una società autogestita da operatori sanitari e integrata nel sistema sanitario pubblico attraverso convenzioni.



È dunque questo il contesto del *barrio* in cui, grazie alla valorizzazione delle reti sociali esistenti e al riconoscimento della necessità di uno sguardo di salute in tutte le politiche, prendono avvio i progetti di salute comunitaria e partecipazione che si andranno a descrivere.

### **La salute, la cura, le comunità**

Per poter raccontare ed analizzare le esperienze considerate, è innanzitutto necessario sciogliere il concetto di salute per superare l'uso comune che porta a intenderlo come assenza di malattia facendone perdere la fondamentale complessità che è all'origine dei progetti indagati. Fin dagli anni Settanta molti movimenti femministi hanno scelto di applicare un approccio controegemonico alla costruzione della conoscenza relativa ai corpi e al benessere soggettivo e collettivo. Per farlo, oltre ad interrogarsi teoricamente sulla spinta delle lotte che di volta in volta hanno costruito e attraversato (Percovich, 2005), hanno tradotto in pratiche concrete la critica al concetto di salute soprattutto per quanto riguarda la sua relazione con il sapere medico dominante (Centro per la salute della donna di Padova, 1974). È proprio dentro questa genealogia che in anni più recenti il dibattito sulla salute si è intrecciato con il pensiero transfemminista (Busi e Fiorilli, 2014) problematizzando i processi di patologizzazione delle soggettività non allineate ai dettami etero-riproduttivi, sovvertendo i rapporti di forza con strumenti e competenze tecnologiche (Preciado, 2008; Graziano, Romano, Cangiano e Fragnito, 2019), interrogandosi sui rapporti di potere che determinano gli attuali modelli di cura e su come questi agiscano sui e nei contesti urbani (Novas e Paleo 2020; Valdivia 2020; Área de igualdad de Fuco Buxán 2020). Ciò che viene posto al centro è dunque l'urgenza di ripartire dalle condizioni materiali e dal riconoscimento dell'interdipendenza (Herrero, 2013) che caratterizza la nostra condizione umana per ripensare completamente un concetto di cura e responsabilità sociale che sia fondato sull'autodeterminazione di tutte le soggettività.

Pur senza questa radicalità e sguardo decostruttivo, anche a livello istituzionale 'salute' ha assunto da diversi decenni un significato più esteso della mera assenza di malattia, senza che questo venisse implementato nei sistemi sanitari.

Nell'alveo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la salute è stata assunta come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale già alla fine della Seconda Guerra Mondiale e, nel corso dei decenni successivi, sono stati approfonditi studi che hanno confermato il ruolo decisivo dei fattori non sanitari sullo stato di salute delle persone espandendo il concetto e suggerendo di agire in direzione non solo di prevenzione delle malattie, quanto piuttosto di promozione della salute agendo anche sui fattori non sanitari. Se dunque la Carta di Ottawa (WHO, 1986) ha riconosciuto quali prerequisiti per la salute «la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità», gli studi compiuti sui determinanti sociali della salute negli anni successivi hanno ulteriormente confermato questa tesi. Il lavoro fatto da Marmot e colleghi (Marmot e Wilkinson, 1999; WHO, 2010) tra gli anni Novanta e gli anni Duemila ha permesso una sistematizzazione e articolazione dei fattori che agiscono sulla salute e delle relazioni che intercorrono tra essi (Rinaldi e Marceca, 2017). Un altro fattore decisivo secondo quanto già individuato dall'OMS a Ottawa è il ruolo della comunità tanto che in quel contesto i partecipanti sottoscrivono, tra gli impegni assunti, l'accettazione della «comunità come il principale portavoce in materia di salute, di condizioni di vita e di benessere» (WHO, 1986). Come anticipato, questi studi e le linee guida derivate faticano ad essere tradotte operativamente nei sistemi sanitari. Nonostante il riconoscimento della dimensione sistemica della salute umana abbia posto la necessità di adottare un approccio olistico, vi sono molte resistenze, culturali ed economiche, ad applicarlo in un contesto in cui continua a dominare la biomedicina, corrente prevalente oggi in Occidente, caratterizzata da «'riduttivismo' (tutto si spiega partendo dalla cellula), da 'frazionismo' (proprio delle specializzazioni mediche) e da 'scissionismo' (il corpo da una parte, la mente da un'altra parte)» (Paccagnella, 2005:28).

Nel corso degli ultimi anni hanno cominciato a prendere forma proposte e sperimentazioni di interventi più legate ad uno sguardo globale sulla salute. Nel 1999 Almeida Filho e Paim mettono l'accento sulla struttura intrinsecamente transdisciplinare e interistituzionale della 'salute collettiva sudamericana'<sup>15</sup>

<sup>15</sup> La terminologia con cui ci si riferisce a questi approcci olistici alla salute è differente in base al contesto in cui viene elaborata ed in particolare si riscontra

che presentano come «un campo di conoscenza di natura interdisciplinare le cui discipline base sono l'epidemiologia, la pianificazione/amministrazione della salute e le scienze sociali in salute.[...] Possiamo concludere che [...] la Salute collettiva si consolida come campo scientifico e ambito di pratiche aperto ad incorporare proposte innovatrici» (Almeida Filho e Paim, 1999). È dell'anno successivo la stesura della Carta per la Salute dei popoli<sup>16</sup> e la nascita del People's Health Movement (PHM) con l'obiettivo di costituire reti e network per contrastare la crisi della sanità a livello mondiale a partire dalla formulazione di richieste specifiche per interventi su tutti i fattori che incidono direttamente e indirettamente sulla salute dei popoli del mondo (People's Health Movement, 2000). Queste riflessioni sono state recentemente riprese ed elaborate entro il gruppo italiano del PHM attraverso la chiave di lettura delle 'pratiche del comune in salute' richiamando come nella pratica di alcuni gruppi, in particolare transfemministi e LGBTQI, si sperimentino 'comunità di cura' per cui la cura stessa si converte in uno 'spazio intermedio' in cui da un lato a beneficiarne sono le persone del gruppo e dall'altro essa diventa un atto politico che trasforma l'idea stessa di cura e la sua pratica: «in altre parole, agisce come mezzo di soggettivazione (politica). È importante aggiungere che perché questi spazi possano convertirsi in strumenti di liberazione collettiva, essi si devono basare sulla disponibilità di ciascun soggetto coinvolto all'autoriflessione su di sé e sui propri privilegi» (Bodini *et al.*, 2020). Per ciò che riguarda l'esperienza barcellonese, la definizione utilizzata è quella di salute comunitaria, ma per voce delle stesse operatrici, questa formula si presta a fraintendimenti. Non è infatti sufficiente che siano realizzati interventi non farmacologici, ma per essere 'comunitaria' dev'essere strutturato un processo intersettoriale e partecipativo che agisca sui determinanti sociali di salute e che applichi una metodologia di sviluppo comunitario *con* la comunità e non *per* la comunità (Goodman, Bunnell, Posnera, 2014). Altrettanto non si tratta di interventi di promozione della salute:

---

una differenza nell'uso del concetto di salute comunitaria tra Sud America ed Europa.

<sup>16</sup> La Carta è disponibile in quaranta lingue alla pagina <https://phmovement.org/the-peoples-charter-for-health/> (ultimo accesso 30 aprile 2021).

«La salute comunitaria può essere promozione della salute, ma se la comunità valuta che la propria necessità sia di sicurezza perché c'è violenza di notte e l'intervento è migliorare l'illuminazione, questo è salute comunitaria. Ogni intervento può essere di salute comunitaria o no. [...] Se questo è prescritto [dall'Agenzia di Salute Pubblica] questa non è salute comunitaria, è promozione della salute. Se al contrario sorge da un processo di azione comunitaria che si identifica in quel quartiere e [la proposta che emerge è] quell[lo stesso] intervento, quella è salute comunitaria»<sup>17</sup>.

Sono diverse le intervistate che, pur riconoscendo l'importanza dell'aver introdotto questo approccio, mettono in guardia dal rischio che esso diventi una moda passeggera o addirittura si presenti come una panacea:

«Non è che la [salute] comunitaria salvi il mondo! Posso farne tantissima, ma se la gente non ha lavoro, il determinante di riferimento è il lavoro. Il fatto che [le persone] si possano trovare insieme e parlare dei loro problemi permette di vivere la difficoltà in modo migliore, ma se non hai euro nel portafoglio è come se non cambiasse niente. Non so se mi spiego. E invece adesso sembra che la [salute] comunitaria risolva tutto, invece non è vero. Devi fare politiche che vanno molto oltre quelle di salute comunitaria. Questa pratica è una cosa in più, che rafforza la comunità, [che] fa sì che si creino relazioni, che ciascuno trovi le proprie risorse e che in qualche modo si responsabilizzi. Ma dovrebbe servire anche a far esigere politicamente [che si agisca sugli altri piani che intervengono sulla salute]. Però su questa parte, quella dell'«agire» 'politicamente', non si lavora molto»<sup>18</sup>.

Queste parole mettono in evidenza come la salute comunitaria, a cui viene riconosciuta la forza di strumento innovativo, spesso efficace e funzionale, rischi al contempo di nascondere alla vista le cause prime delle disuguaglianze sociali e di salute.

Se, dunque, il benessere e la promozione della salute richiedono interventi su più livelli, non si può immaginare che questo venga delegato alla sola capacità dell'ambito sanitario di articolare il proprio agire oltre l'impostazione biomedica, ma richiede una riprogettazione politica complessiva.

### **I progetti realizzati al Poble-Sec**

È il 2005 quando la Coordinadora d'Entitats del Poble-Sec definisce il Piano di convivenza per affrontare le difficoltà relazionali che le

<sup>17</sup> Intervista 1, ASPB.

<sup>18</sup> Intervista 3, medica.

trasformazioni in corso nel quartiere, in particolare l'aumento di persone immigrate, stavano innescando. Quando nel 2008 viene reso operativo il progetto "Salut als barris", l'ASPB avvia un percorso di indagine sullo stato del Poble-Sec coinvolgendo le associazioni di quartiere, le équipes dei CAP territoriali e altri osservatori privilegiati iniziando al contempo a definire il gruppo motore, un primo nucleo di persone che cominciano a confrontarsi sullo stato della zona. Le ricerche svolte e il coinvolgimento attivo della cittadinanza sono stati gli strumenti attraverso cui si sono andati a definire i problemi e anche gli attivi di salute presenti nell'area fino a strutturare una scala di priorità per orientare gli interventi. Sono dunque il Piano di convivenza e i suoi due gruppi di lavoro tematici, uno relativo alla salute, l'altro con un focus specifico sulla qualità della vita delle persone anziane (*Gent Gran*) a fare da ossatura al Piano Comunitario<sup>19</sup>. Con l'arrivo dei finanziamenti previsti dal programma "Salut als barris" e grazie alla valorizzazione della struttura comunitaria già impostata, le attività in essere hanno l'occasione per un ulteriore consolidamento e nascono nuove iniziative e progetti.

Fin dall'inizio la sfida che il Piano si pone è quella di intervenire sulla partecipazione alla vita sociale di tutte quelle persone che più spesso ne sono escluse. A tal proposito, è interessante notare come l'avvio del progetto abbia coinciso con lo scoppio della crisi economica. Tale coincidenza, come si vedrà più in dettaglio per quanto riguarda il progetto "Equilibradament", ha permesso di cogliere nel loro evolvere le situazioni di difficoltà già presenti, ma di osservare anche quelle sorte dalle drammatiche ricadute sul tessuto sociale del quartiere della crisi e delle politiche di austerità ad essa seguite. Vi è quindi l'intento di sollecitare il quartiere, attivare le persone entro progetti e iniziative così da incentivare le relazioni agendo in positivo nel contrasto alla solitudine e all'isolamento che condizioni più o meno transitorie di fragilità possono portare. L'ASPB cerca dunque di coinvolgere tutte le figure che possono contribuire ad un processo di salute comunitaria prestando attenzione al fatto che a guidare il percorso

---

<sup>19</sup> Esso include nella propria struttura una parte più tecnica, gestionale e un'altra parte costituita dai gruppi di lavoro tematici che al Poble-Sec, oltre ai due già nominati, sono le commissioni socio-lavorativa, infanzia, convivenza e gioventù. Al coordinamento dei lavori, oltre che alla canalizzazione e implementazione del processo, è dedicata l'Equipe comunitaria.

non sia un professionista della salute: «noi partiamo da questo *frame* concettuale dei determinanti sociali di salute a livello urbano e quello che intendiamo fare è agire sui determinanti sociali. [...] Il settore sanitario è utile per le malattie, ma non per il cambiamento»<sup>20</sup>.

Un'iniziativa in particolare, "Equilibradament", restituisce lo sguardo olistico e demedicalizzante che ha orientato l'intero progetto. Ha preso avvio nel 2013, a seguito della constatazione che

«da quando è scoppiata la crisi economica, abbiamo visto aumentare moltissimo le visite ai centri medici per richieste legate alla salute mentale. [Soprattutto] per disturbi come ansia, insonnia, disordini alimentari, attacchi di panico e cose così che si rientrano nella salute mentale, ma non sono molto gravi e per le quali non serve la medicalizzazione [...]. Se sei più consapevole di come prenderti cura della tua salute emozionale ad altri livelli, si riducono le visite al centro medico e anche la medicalizzazione. E allora abbiamo pensato che [...] lavorare sulle emozioni legate all'appartenenza alla comunità e lavorare sul restare attivo [anche in caso di disoccupazione o altre difficoltà] migliora anche il tuo benessere emotivo»<sup>21</sup>.

"Equilibradament" è articolato in laboratori ad iscrizione libera in cui vengono realizzate diverse attività, non sempre riconducibili all'ambito della salute. Ciò su cui si investe è soprattutto il passaggio di iscrizione e coinvolgimento. Nel primo volantino che pubblicizzava l'iniziativa c'era scritto: «Tieni presente che i workshop e i corsi non sono gratuiti. Chiunque può partecipare ma deve accettare l'impegno di offrire qualcosa in cambio, un servizio, una conoscenza». Si tratta dunque di presentare l'iniziativa come una specie di permuta per cui vengono messi a disposizione laboratori gratuiti offerti da persone che lo fanno volontariamente con lo scopo di comunicare che la salute non è solo fisica, ma che riguarda anche la sfera mentale, psicologica ed emozionale, richiedendo al tempo stesso di mettersi a disposizione in una relazione di scambio. Ciò che interessa ai promotori è fornire alle persone qualche suggerimento utile da praticare nella loro quotidianità, ma soprattutto intendono promuovere un maggior interesse verso «le cose della comunità. L'idea è soprattutto che siano coscienti che tutti possono ricevere, ma anche dare

<sup>20</sup> Intervista 1, ASPB.

<sup>21</sup> Intervista 2, Coordinadora d'Entitats.

e che un modo di curare la propria salute è anche essere attivo in quartiere»<sup>22</sup>. La richiesta è quella di offrire uno scambio, realizzare un altro laboratorio o un'altra attività perché la persona coinvolta non abbia solo un ruolo da spettatore, ma possa sentirsi utile e al tempo stesso conoscere altri abitanti del quartiere. Per mantenere sempre alto l'interesse, tutti i corsi non superano i tre o quattro incontri così da non innescare un meccanismo di aspettativa, ma anzi stimolare iniziative nuove. Spesso sono proprio le situazioni di difficoltà o fragilità esistenti a limitare la partecipazione spontanea e quindi la maggiore sfida del progetto è quella di riuscire ad attivare queste persone senza ricadere in modalità prescrittive. Ecco dunque uno spunto operativo utile da inserire nella cassetta degli attrezzi per nuovi immaginari: si coglie in questa scelta l'intenzione di non procedere per imposizioni, ma di utilizzare la salute comunitaria per promuovere la costruzione di relazioni che, riconoscendo la possibilità di tutte le persone coinvolte di 'dare', risultino meno diseguali. Parallelamente a queste attività laboratoriali brevi, orientate soprattutto alla prima attivazione, è stato realizzato qualche gruppo di discussione per dare maggiore continuità nel tempo a chi avesse bisogno di questo tipo di sostegno. Uno, ad esempio, è stato dedicato alle persone che a causa della crisi economica avevano perso il lavoro e con esso la percezione del proprio ruolo sociale. Uno spazio per approfondire il tema dell'autostima che ha permesso da un lato di riconoscere la dimensione sociale e strutturale del problema rompendo l'idea di responsabilità o colpa individuale, dall'altro di far nascere relazioni che hanno portato all'avvio di progetti autogestiti.

Saranno poi evidenziati alcuni elementi critici emersi nel corso della ricerca qui presentata, ma "Equilibradament" è sicuramente un'iniziativa innovativa che ha la capacità di attraversare ambiti spesso poco permeabili e al tempo stesso di proporre un'alternativa pratica e praticabile alla risposta farmacologica, molto spesso l'unica disponibile. Sono le stesse operatrici sanitarie a definire 'prescrizione sociale' la pratica che hanno cominciato a realizzare da quando sono stati avviati i Piani: con l'avvio di questi laboratori, sono stati condivisi con tutta l'equipe dei CAP gli elenchi delle risorse, degli attivi di salute presenti in quartiere e i calendari dei corsi. Questi diventano così degli strumenti a disposizione delle

---

<sup>22</sup> *Ibid.*

operatrici sanitarie che, durante una visita con un paziente che reputano potrebbe trarre beneficio da un'attività tra quelle previste da "Equilibradament", può indicare una lettura in biblioteca, un corso breve o un'altra iniziativa in cui questa persona avrà modo di incontrare altri abitanti del quartiere e dare avvio ad uno scambio, quando non proprio a relazioni in autonomia.

Vi è poi un altro progetto, il primo sviluppato di concerto tra Commissione Salute e Anziani e ancora in attività, che si chiama "Baixem al carrer" (Scendiamo in strada). Sempre procedendo con l'approccio descritto, e dunque a partire da un'analisi dei bisogni e delle cause delle situazioni di maggiore fragilità, è emerso come vi sia un problema specifico per quanto riguarda le persone con mobilità ridotta, in particolare anziani, che vivono ai piani più alti degli edifici storici del quartiere, quasi mai dotati di ascensore. È risultato dall'indagine come questo fosse un fattore fortemente limitativo delle relazioni sociali e con una ricaduta importante anche sulle *caregiver* in termini di carico di lavoro di cura richiesto. Il finanziamento arrivato dall'ASPB per l'acquisto di una sedia a rotelle predisposta per fare le scale e la disponibilità di alcuni volontari ha dato avvio a questo progetto per cui una volta a settimana le persone coinvolte vengano accompagnate grazie a questo strumento nelle aree pubbliche del quartiere così da permettere loro di incontrare vicini di casa e amici. Anche in questo caso si tratta di un intervento non prescrittivo che agisce sulla possibilità per persone altrimenti fortemente limitate nelle proprie relazioni, di costruirsi spazi di autonomia e di riappropriarsi dello spazio pubblico da cui altrimenti sarebbero state definitivamente escluse.

Come anticipato, le progettualità incontrate al Poble-Sec sono una costellazione di iniziative che intrecciano il quadro normativo prima descritto, ma non si esauriscono nelle iniziative incluse nel Piano. Ad esempio, dal 2009 ha preso avvio l'esperienza del "Trocasec", inizialmente una sorta di mercatino che nel corso del tempo è stato connotato sempre più da una valenza sociale e relazionale. Il progetto era nato nell'alveo della Commissione convivenza del Piano per poi distaccarsene progressivamente. Nelle prime fasi l'attenzione era posta sullo scambio materiale, al di fuori di relazioni commerciali, e questo, nel racconto che ne fanno alcune intervistate, ha portato le persone a conoscersi e a scambiarsi idee e far nascere relazioni ulteriori. Hanno così iniziato ad essere scambiati non solo oggetti, ma anche competenze fino



a «costruire una rete comunitaria, una rete amicale, una rete di autoaiuto»<sup>23</sup>. Pur attraverso pratiche circostanziate, ancora una volta si coglie la tensione verso un'altra idea di relazione di vicinato, al di fuori da logiche di mercato o di competizione, tesa piuttosto alla ricostruzione di rapporti di mutuo supporto e di scambio di strumenti e risorse. Nel corso degli anni si sono poi diffuse altre iniziative pressoché spontanee tra cui la coltivazione di orti urbani condivisi in alcuni campi lasciati incolti sulle pendici di Montjuïc. Ma anche, nei mesi precedenti l'attività di ricerca sul campo, alcune abitanti del quartiere avevano autonomamente avviato il progetto "Els petits jardins del barri" (i Giardinetti del quartiere) coltivando piante da orto e piante aromatiche nelle aiuole degli alberi del verde pubblico, una pratica poi ripresa in altri quartieri. Le promotrici volevano lanciare un'idea per permettere attività di giardinaggio anche a chi non ha un giardino a propria disposizione, ma soprattutto ne rivendicavano il senso di riappropriazione dello spazio pubblico e di attraversamento innovativo degli spazi comuni.

Attraversando brevemente queste esperienze con una panoramica sicuramente non esaustiva anche perché limitata nel tempo<sup>24</sup>, se ne sono voluti sottolineare alcuni tratti peculiari volti a rispondere alla domanda iniziale sull'esistenza di elementi utili a prefigurare immaginari urbani che pongano al centro modi nuovi di supportare l'autodeterminazione dei soggetti. Ciò che emerge è una struttura relazionale molto ampia e articolata, non necessariamente organizzata e strutturata in senso stretto, ma presente e a disposizione degli abitanti.

### **Qualche riflessione conclusiva**

Come ogni sperimentazione, anche quelle di salute comunitaria nel Poble-Sec qui brevemente richiamate non sono scevre di contraddizioni. Ciò su cui si vuole portare l'attenzione sono però gli spunti pratici che esse contengono e che possono contribuire ad arricchire la riflessione su come prefigurare trasformazioni

<sup>23</sup> Intervista 4, abitante Poble-Sec.

<sup>24</sup> A tal proposito si ritiene necessario precisare che nel corso degli ultimi anni dalla fine del lavoro sul campo, alcuni progetti sono stati aggiornati, altri sospesi e altri ancora sono stati introdotti proprio per meglio corrispondere alle trasformazioni in essere. Al tempo stesso anche la forma organizzativa riportata nel presente articolo fa riferimento a quanto possibile verificare durante i mesi di ricerca. Una valutazione recente dell'andamento dei progetti è riportata in ASPB (2020). *Barcelona Salut als Barris. Memòria 2019*.

urbane in chiave transfemminista. Sono in particolare due gli elementi che caratterizzano i progetti descritti: da un lato vi è la proposta di attivazione e partecipazione alle attività del proprio quartiere come alternativa alla medicalizzazione di problematiche d'origine sociale e sistemica, dall'altro si propone lo scambio di prestazioni e relazioni in opposizione a commercializzazione e scambio di denaro. Ragionare in questa prospettiva porta con sé un rovesciamento di senso rispetto a quella che è la spinta neoliberista a concepire la cura di sé come *wellness*, per la quale il benessere è esclusivamente individuale, andando invece nel senso di ricongiungere ognuno con la propria dimensione sociale e relazionale (The Care Collective, 2021:18). Assumere la prospettiva dell'interdipendenza permette infatti di delegittimare i meccanismi di colpevolizzazione nelle situazioni di disagio o malattia riconoscendone le (con)cause sociali (Fischer, 2014) e al tempo stesso apre alla rottura con la etero-maschilità dominante che proprio nel nascondere e rifiutare debolezze e fragilità ha un suo tratto distintivo (Courtenay, 2000). La capacità di valorizzazione delle reti sociali esistenti mostrata in quartiere, a cui si è saldato l'intento di rilanciare la partecipazione sociale, è da considerare un ulteriore elemento di forza grazie al suo essersi saputa incuneare dentro il rischio di abbandono della cosa pubblica stimolando processi di "*caring with*" (Tronto, 2013), di mobilitazione collettiva tesa a migliorare lo stato di cose presenti. Proprio la ricchezza di relazioni esistenti e il lavoro fatto per incentivarle ed estenderle è il vero nucleo portante della proposta di salute comunitaria introdotta a Poble-Sec ed eccede, come accennato, le iniziative riconducibili al progetto istituzionale. Tra gli aspetti da considerare per utilizzare queste proposte come utili immaginari, vi è l'attenzione prestata a non riprodurre rapporti di dipendenza tra chi 'eroga il servizio' e chi 'ne usufruisce'. Come si è visto questa è una scelta strutturale, stabilita a monte delle iniziative proprio per evitare il rischio di innescare meccanismi di assistenzialismo. La tensione verso la costruzione di percorsi di progressiva autonomizzazione è un valore aggiunto fondamentale che ha ricadute a lungo termine non solo sulle persone direttamente coinvolte nelle attività, ma lascia intravedere la possibilità di ridurre il carico di cura che ricadrebbe sulle famiglie e sulle donne in particolare. Anche qui, pur probabilmente senza la densità del concetto di autodeterminazione così come utilizzato dai movimenti transfemministi, si può cogliere un germoglio di

quel percorso verso scelte libere e autonome.

Ma perché questi esempi possano essere spunti per prefigurazioni future, si ritiene utile metterne in luce anche alcuni elementi di criticità. La nascita di queste esperienze entro un contesto istituzionale è sicuramente un fattore di problematicità da considerare di per sé così come evidenziato in altri casi di istituzionalizzazione di pratiche femministe (Pitch, 1998:200-201). Porre l'accento su questo aspetto richiede però di soffermarsi a riflettere sulla necessità di definire un sistema di interventi complessivo che – ricalcando i principi della salute comunitaria – anticipi i problemi e promuova modalità alternative a interventi esclusivamente emergenziali.

Vi è inoltre il rischio che questo tipo di interventi faticino ad includere uno sguardo critico e trasformativo capace di travolgere tutte le linee di potere e oppressione che attraversano le relazioni sociali. Ad esempio la partecipazione alle attività di "Equilibradament", dedicate prevalentemente alla cura della sfera emotiva, rispecchia lo stereotipo per cui le relazioni con la cura e con i corpi, oltre alla disponibilità ad ammettere fragilità sono culturalmente costruite lungo la linea di genere (De Beauvoir, 1949; Tronto, 2006) con solo il 10% di uomini partecipanti (ASPB; 2020:48).

Rimane inoltre aperto l'interrogativo già espresso relativo a quanto queste iniziative incidano sulle cause all'origine delle disuguaglianze sociali e di salute, oppure quanto rischino di attestarsi su un'azione palliativa. In questo senso, ciò che ho potuto riscontrare nel corso delle interviste è una risonanza, quasi mai esplicitata, tra l'approccio di salute comunitaria e l'approccio transfemminista. Lo si ritrova ad esempio nel richiamo alla decostruzione dei ruoli sociali, all'azione solidale e di cura reciproca, nel contrasto attivo e partecipativo alle disuguaglianze sociali, nella dimensione del quartiere come spazio di riappropriazione e autodeterminazione (Belingardi, Castelli e Olcuire, 2019).

Ciò che si è voluto mostrare dunque è come le pratiche di salute comunitaria avviate nel e con il tessuto sociale del Poble-Sec siano sperimentazioni attraversate da tentativi di stimolare processi di autonomizzazione dei soggetti coinvolti e dell'intero quartiere in cui si realizzano. Gli elementi di stimolo all'autodeterminazione, alla reciprocità e al mutuo supporto che le attraversano sono qui proposti entro un lungo processo che nella sua traduzione

operativa incontra ostacoli e difficoltà. Mostrano però la possibilità, almeno in fieri, di porre in dialogo l'approccio transfemminista con il principio della salute in tutte le politiche. Ciò che rimane alle future osservazioni e alla discussione sugli immaginari urbani è come tradurre questo dialogo in pratiche capaci di sovvertire le relazioni di potere e di contaminare anche oltre la specificità del contesto barcellonese.

### Bibliografia

Almeida Filho N., Paim J.S. (1999). «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica». *Cuadernos médico sociales*, 75:5-30.

Área de igualdad de Fuco Buxán (2020). «Urbanismo feminista. Una aproximación desde el caso de la Plaza de Armas, Ferrol». *Crítica Urbana*, 11:32-33.

Artazcoz L., Oliva J., Escribà-Agüir V., Zurriaga Ó. (2011). «La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010». *Gaceta Sanitaria*, 25(3):1-6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.10.006.

Agència de Salut Pública de Barcelona (2020). *Barcelona Salut als Barris. Memòria 2019*. Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona.

Basaglia et al. (1974). *La salute in fabbrica - vol I*. Roma: Savelli.  
 Belingardi C., Castelli F., Olcuire S., a cura di, (2019). *La libertà è una passeggiata. Donne e spazi urbani tra violenza strutturale e autodeterminazione*, Iaph Italia.

Berlinguer G. (1970). *Politica della scienza*. Roma: Editori Riuniti.  
 Bert G. (1974). *Il medico immaginario e il malato per forza*. Milano: Feltrinelli.

Bodini C., Bonanno G., Cennamo E., Mura B., Riccio M., Santoro L. (2020). «The transformative potential of health as a commons». *Saúde em debate*, 44(n. especial 1):91-99. DOI: 10.1590/0103-11042020S107.

Brambilla A., Maciocco G., a cura di, (2016). *Le case della Salute. Innovazione e buone pratiche*. Roma: Carocci Faber.

Busi B. e Fiorilli O. (2014). «Introduzione. Per una prospettiva (trans)femminista sulla salute ai tempi del neoliberismo». *DWF*, 103-104: 5-13.

Blanco-Romero A., Blázquez-Salom M., Cànoves G. (2018). «Barcelona, Housing Rent Bubble in a Tourist City. Social Responses and Local Policies». *Sustainability*, 10(6): 1-18. DOI:10.3390/su10062043.

Canguilhem G. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi.

Canguilhem G. (2007). *Sulla medicina. Scritti 1955-1989. Con un saggio di François Dagognet*. Torino: Einaudi.

Centro per la salute della donna (1974). *Per un Centro per la salute della donna*. Padova, ciclostilato.

Courtenay W.H. (2000) «Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health». *Social Science & Medicine*, 50(10):1384-1401.

CSA Madrid (2010). *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de sueños.

Ehrenreich B., English D. (1975). *Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna*. Milano: CELUC.

Ergas Y. (1986). *Fra le maglie della politica. Femminismo, istituzioni e politiche sociali nell'Italia degli anni '70*. Milano: Franco Angeli.

Foucault M. (1969). *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*. Torino: Einaudi.

Foucault M. (1976). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi.

Foucault M. (2008). *L'ordine del discorso*. Torino: Einaudi.

Goodman R.A., Bunnell R., Posner S.F. (2014). «What is 'community health'? Examining the meaning of an evolving field in public health». *Preventive Medicine*, 67:S58-S61. DOI: 10.1016/j.ypmed.2014.07.028.

Graziano V., Romano Z., Cangiano S., Fragnito M. (2019). *Cure ribelli. Tecnologie aperte per una cura come bene comune*. Milano: WeMake.

Fischer M. (2014), Good for Nothing, «The Occupied Times», 19

- marzo. Testo disponibile in <http://theoccupiedtimes.org/?p=12841>.
- Guixa J., Villalbía J.R., Armengolb R., Llebariab X., Manzanerab R., Plasenciab A., miembros del Comité de Dirección de la Agència de Salut Pública de Barcelona (2008). «Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona». *Gaceta Sanitaria*, 22(3):267-274.
- Herrero Y. (2013). «Miradas ecofeministas para trasitar a un mundo justo y sostenible». *Revista de economía crítica*, 16: 278-307.
- Jourdan C. (1976). *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*. Milano: La Salamandra.
- Maccacaro G. (1972). «Lettera al Presidente dell'Ordine dei Medici della Lombardia». In: Polack J.C. (1972). *La medicina del capitale*. Milano: Feltrinelli.
- Manoukian Olivetti F. (1980). *Il consultorio difficile: esame di un'esperienza e guida per la realizzazione di un nuovo servizio sociale*. Bari: De Donato.
- Marmot M., Wilkinson R., a cura di, (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mijatović D. (2018). Report of the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe. Testo disponibile in: <https://rm.coe.int/report-on-the-visit-to-greece-from-25-to-29-june-2018-by-dunja-mijatov/16808ea5bd> (ultimo accesso 30 aprile 2021).
- Mura B. (2020). «Pratiche di gestione sanitaria: la sanità disgregata e autogestita. Dentro la crisi per guardare oltre». In: Farina F., Vincenti A., a cura di, (2020). *Italia-Grecia. Due facce, stessa crisi*. Canterano (RM): Aracne Editrice.
- Muxí-Martínez Z. (2020). «Aplicación de la perspectiva de género al urbanismo y la arquitectura. Experiencias a escala regional y municipal en Cataluña». *Ciudad y territorio, estudios territoriales*, LII(203):57-70. DOI: 10.37230/CyTET.2020.203.05.
- Navarro V. (1976). *La medicina nel capitalismo*. Milano: Feltrinelli.
- Novas M., Paleo S. (2020). «El feminismo y la producción de espacios para la vida. Sobre la jerarquía de valores en la arquitectura, el urbanismo y la ordenación del territorio». *Crítica Urbana*, 11: 4-7.

Paccagnella B. (2005). «L'evoluzione del concetto di salute». *Pace diritti umani*, 3:21-36.

Percovich L. (2005). *La coscienza nel corpo. Donne, salute e medicina negli anni Settanta*. Milano: Fondazione Badaracco, Franco Angeli.

Pérez C., Olabarria M., Fernández A., Gallardo R. (2018). *Diagnòstic de salut - Poble-sec, 2018*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

PHM-People's Health Movement (2000). *People's Charter for Health*. Testo disponibile in <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2018/06/phm-pch-english.pdf> (ultimo accesso 20 febbraio 2021).

Pitch T. (1998). *Un diritto per due*. Torino: Il Saggiatore.

Polack J.C. (1972). *La medicina del capitale. Con una lettera al Presidente dell'Ordine di Giulio A. Maccacaro*. Milano: Feltrinelli.

Preciado P.B. (2015). *Testo tossico. Sesso, droghe e biopolitiche nell'era farmacopornografica*. Roma: Fandango Libri.

Rinaldi A., Marceca M. (2017). «I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?». *Riflessioni sistemiche*, 16:104-119.

The Care Collective (2021). *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*. Roma: Edizioni Alegre.

Tronto J. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, Justice*. New York: New York University Press.

Valdivia B. (2020). «La penalizazòn del cuidado en la ciudad capitalista y patriarcal». *Critica Urbana*, 11:15-17.

WHO – World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Testo disponibile in [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf) (ultimo accesso 20 febbraio 2021).

WHO – World Health Organization (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social determinants of health discussion paper 2.

Wilkinson R., Pickett K. (2009). *La misura dell'anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*. Milano: Feltrinelli.

**Bruna Mura**, sociologa, ha iniziato i propri percorsi di ricerca approfondendo la nascita dei consultori familiari come pratica dei movimenti femministi e seguendone poi l'evoluzione. Nel corso degli ultimi anni i suoi principali interessi di ricerca, sempre orientati da uno sguardo di genere, si sono concentrati sulle pratiche di salute sviluppate dai movimenti sociali e sulla costruzione sociale del concetto di salute. Attualmente è assegnista in sociologia presso l'Università degli Studi di Urbino. [bruna.mura@uniurb.it](mailto:bruna.mura@uniurb.it).