

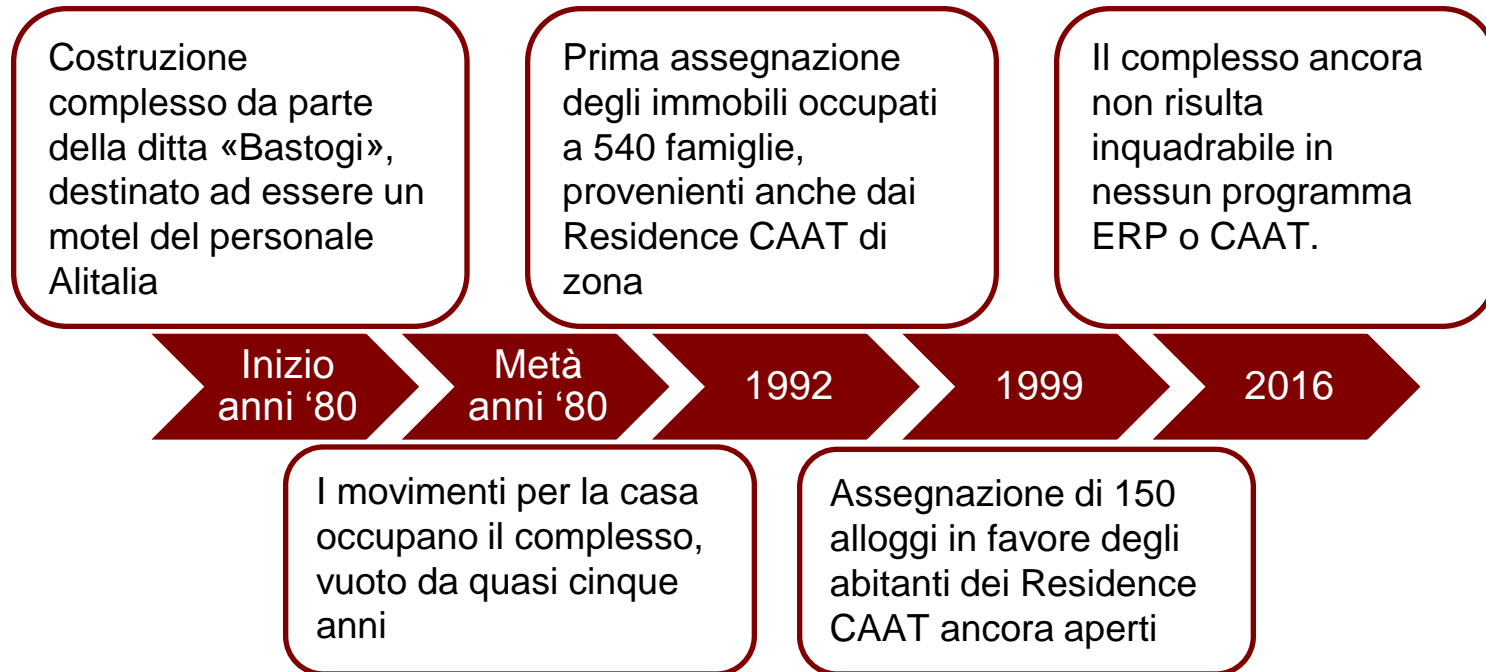


Diario del progetto di ricerca-azione community based nel complesso ex-Bastogi, Roma

Paglione L. (1); Rinaldi A. (1); Iorio S. (2); Brandimarte M.A. (3); Baglio G. (4); Cacciani L. (5); Salvatori L.M. (1); Barnocchi A. (6); Ricotta G. (7); Passafaro P. (8); Livi S. (8); Gazzaniga V. (2); Confaloni E. (9); Di Rosa E. (3); Battisti A. (6); Marceca M. (1).

1. Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza - Università di Roma 2. Dipartimento di Medicina Molecolare, Unità di Storia della Medicina e Bioetica, Sapienza - Università di Roma 3. Azienda Sanitaria Locale Roma1 - UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica 4. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà – INMP 5. Dipartimento di Epidemiologia SSR - Regione Lazio, ASL Roma1 – DEP 6. Dipartimento di Pianificazione Design e Tecnologia dell'Architettura, Sapienza - Università di Roma 7. Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Sapienza - Università di Roma 8. Dipartimento di Psicologia Processi di Sviluppo e Socializzazione, Sapienza - Università di Roma 9. Azienda Sanitaria Locale Roma1 Direzione sanitaria Aziendale - UOSD Salute migranti.

Area Ex-Bastogi, la storia



Area ex-Bastogi

ANTE OPERAM

18,3% SUPERFICIE EDIFICATO :
 -9816 mq su 53'546 mq
 di cui 4,1% servizi e 15,4% abitazioni



49% STRADALI :
 -26'238 mq su 53'546 mq
 ca. 1/2 della superficie totale!

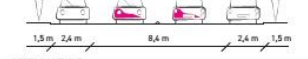
20,5% VERDE DI RISULTA! :
 -superficie: 10'976 mq su 53'546 mq

9,6 % SPAZI PAVIMENTATI! :
 -superficie: 5'140 mq su 53'546 mq

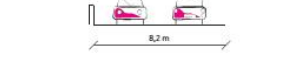
2,6% CAMPI DA CALCETTO! :
 -1423 mq su 53'546 mq di cui solo 1 in funzione!

SEZIONI STRADALI:

SEZIONE AA



SEZIONE BB



ESSENZE ARBOREE

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| PINO MARITTIMO | PIOPPO BIANCO |
| -sempreverde | -deciduo |
| -h max = 25 m | -h max = 25 m |
| -2r max = 25 m | -2r max = 15 m |
| LECCI | CESPUGLI |
| -sempreverde | -deciduo |
| -h max = 20 m | -h max = 1 m |
| -2r max = 15 m | |

VENTILAZIONE



EDIFICI CON FUNZIONI PUBBLICHE

-altezza: 3,70 m + 2,70m tetto
 -area al netto: 130 mq
 -stato di fatto: struttura in cls armato, tamponature in forati, infissi in cattivo stato

- 1) CENTRO DISABILI:
- 2) GARAGE:
- 3) ASILO QUI QUO QUA:
- 4) DITTA EDILE:
- 5) EVANGELISTI PERUVIANI:
- 6) CHIESA:

-altezza utile: 3,20 m
 -area al netto: 500mq
 -stato di fatto: struttura in cls armato, tamponature in forati, infissi in cattivo stato

- 7) SPAZIO NON UTILIZZATO :
- 8) SPAZIO NON UTILIZZATO :
- 9) PALESTRA BOXE :
- 10) SPAZIO NON UTILIZZATO :
- 11) CONSACRATE :
- 12) SPAZIO NON UTILIZZATO :



Barnocchi A, Riqualficazione architettonica, energetica ed ambientale di zone periferiche: l'area ex-Bastogi di Roma

Come nasce il progetto

Interesse di ricerca Urban Health



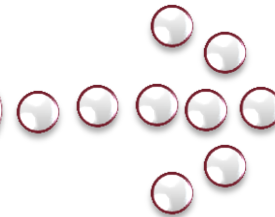
Prospettiva di Advocacy



Interventi di offerta attiva rivolti ad una popolazione fragile



Prospettiva partecipazione comunitaria



Valenza della Ricerca-azione community based

*“La partecipazione comunitaria è un **processo** attraverso il quale le persone sono realmente **attive e coinvolte** nella **definizione dei loro problemi**, nelle **decisioni** che riguardano i fattori che influenzano le loro vite, nella costruzione e messa in atto di **politiche**, nella pianificazione, sviluppo e erogazione dei **servizi** e nelle azioni per raggiungere il **cambiamento**”*

Dooris M, Heritage Z. *Healthy Cities: Facilitating the Active Participation and Empowerment of Local People. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2011, 90 (1): 74-91

Integrazione di due approcci differenti nella Ricerca-azione community based

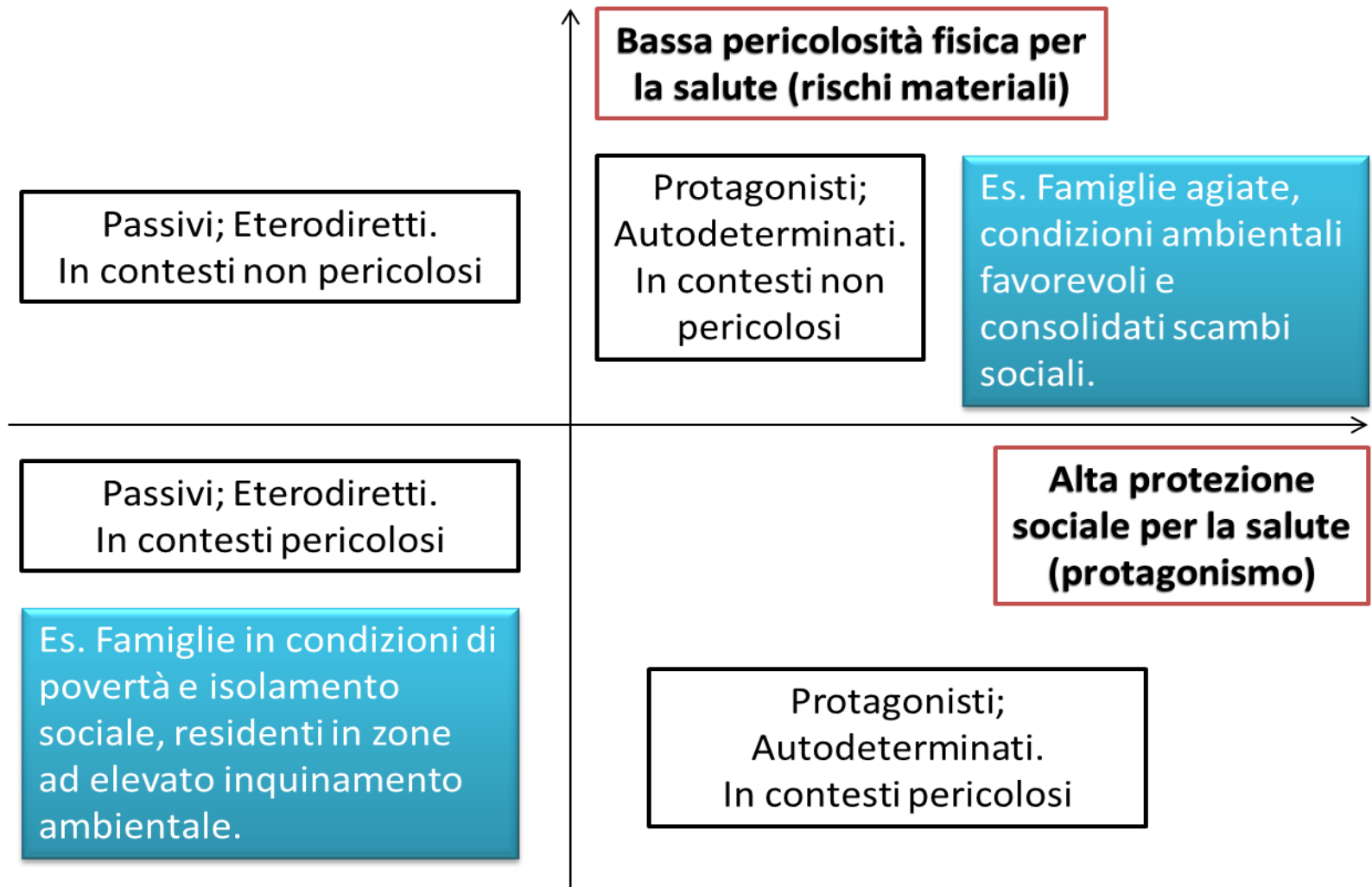
	<i>Empower o bottom-up</i>	<i>Target-oriented o top-down</i>
Gestione delle risorse	Membri della comunità	Professionisti
Risultati attesi	Cambiamenti sociali	<i>Outcomes</i> in salute
Valutazione	Metodi qualitativi	Metodi quantitativi

“ Nella pratica i confini diventano molto più sfumati e le distinzioni sono soprattutto di natura disciplinare (per esempio l'antropologia è maggiormente attenta ai significati che le persone coinvolte attribuiscono all'esperienza mentre l'epidemiologia a come mettere in atto e valutare l'esperienza).

Tuttavia, essere consapevoli delle diverse origini storiche ed epistemologiche è sicuramente utile per evitare gli eventuali scopi di manipolazione della collettività con cui questi interventi possono essere messi in atto. A partire da questa consapevolezza teorica è possibile muoversi con flessibilità e a 'mente aperta' tra i due approcci cercando di integrarli piuttosto che considerarli in maniera mutualmente esclusiva. ”

Perez D, Lefèvre P, Romero MI, Sanchez Lizet, De Vos P, Van der Stuyf P. *Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health interventions. Health Policy and Planning 2009, 24: 335–341*

IL TARGET



Di Monaco R, Pilutti S. *Le azioni di correzione nel senso dell'equità delle politiche non sanitarie.*

Linee di Ricerca-Azione



Inter-retroazione ciclica

La Rete Istituzionale



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



ROMA CAPITALE
MUNICIPIO XIII ROMA AURELIO

Co-creazione di
modelli di ricerca e
intervento
innovativi

Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP



NIHMP

National Institute for Health
Migration and Poverty



D/EP/Lazio

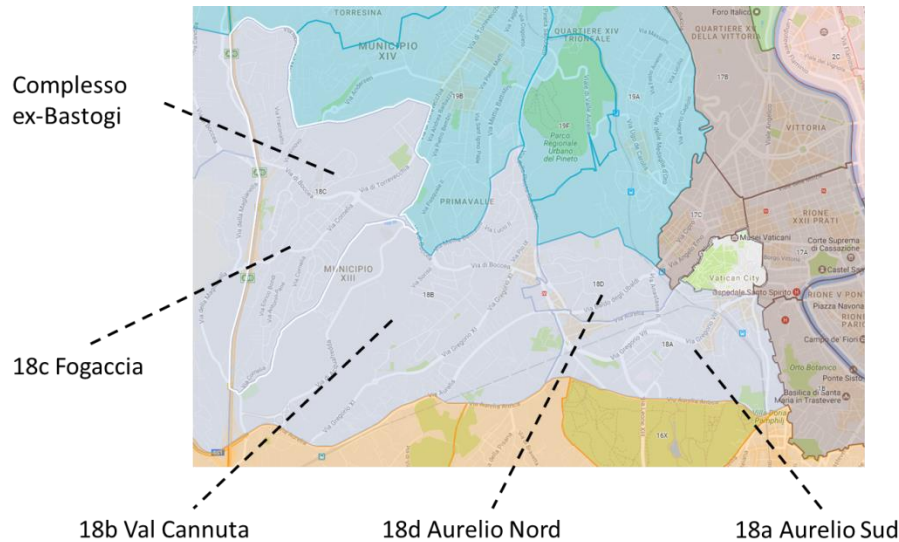
Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1

L'Analisi quali-quantitativa: il territorio



Il disegno dello studio è di tipo trasversale descrittivo. La popolazione in studio è quella residente a Roma a dicembre 2014 nell'area denominata complesso ex Bastogi (che fa parte della Zona Urbanistica 18c – Fogaccia).

Per finalità comparative si considerano anche le popolazioni residenti nelle altre sezioni di censimento appartenenti a Fogaccia, in una zona contigua (Zona 18b - ValCannuta) e in una zona più centrale (Zona 18d - Aurelio Nord e Zona 18a - Aurelio Sud), tutte nell'ambito dello stesso Municipio XIII.

L'identificazione dell'area di ex Bastogi è avvenuta attribuendo l'informazione sulla sezione di Censimento 2011: nello specifico, sono state identificate le sezioni 3100056, 3100058, 3100062 che rappresentano tutte le 6 palazzine del complesso.

Inoltre, sono state identificate le sezioni di censimento per le zone limitrofe di Fogaccia, Val Cannuta e Aurelio Nord e Sud



	Bastogi
Popolazione censita	1033
Femmine	548
Maschi	485

★ Sezioni di censimento vuote

Barnocchi A, Paglione L, elaborazioni dai Focus Group e dai dati censuari.

L'Analisi quali-quantitativa: focus group

I FOCUS GROUP

1. SALUTE MENTALE, MALATTIE INFETTIVE, DIPENDENZE E PERCEZIONE DELLA SALUTE



-a Bastogi è comune uno stato di **malessere fisico e psichico** che ne amplifica la percezione per mancanze di certezza di salute, senso di abbandono e di inutilità!

-vi sono **malattie** fisiche più o meno invalidanti e **cronicizzate** per disinteresse!

-le **malattie inettive** diffuse a Bastogi sono:
- AIDS
- TBC
- Epatiti

ma **non si** fa niente per **evitare il contagio**:
-chi è infetto non lo dichiara;
-chi non è infetto non usa precauzioni.

-molto frequenti sono **dipendenze** come **droghe o alcol** alimentate dalle problematiche delle situazioni vissute e dalla facilità di ripperimento!

- **malattie mentali** causate dalla **forte depressione** generalizzata che si vive per il senso di emarginazione, degrado, abbandono delle istituzioni, che portano ad ansia e attacchi di panico.



2. AUTOCURA, AUTOAIUTO E STILI DI VITA



-totale incurezza dell'igiene e dell'ambiente

-incurezza del contagio di malattie infettive, ma forte solidarietà a Bastogi nei confronti di chi è malato.

-mancanza di cura per l'alimentazione fatta eccezione per alcune famiglie attente ai bambini.

-non c'è l'abitudine di curarsi né di condurre uno stile di vita sano

-quasi nessuno è motivato a migliorarsi nella vita

-vite al di fuori delle regole si fanno rapine e furti...ma una volta si tornava alla comunità di Bastogi a raccontarle, oggi si condividono di meno.

-le sostanze arrivano sempre prima...:

98% fuma!
-a circa 10 anni si inizia con le sigarette
-a circa 12 anni si passa a marijuana e altro...

-difficoltà nel cambiare gli stili di vita data da un forte radicamento di cattive abitudini e dalla indifferenza alle regole.

-concentrato di famiglie che hanno sofferto...comunità con attaccamento morboso, sorta di grande famiglia

quali relazioni con i medici? come ci si cura?

1. "pseudoinfermiere" in una palazzina di Bastogi, fa iniezioni e misura pressione.

2. "pseudomedico", non visita, prescrive a tutti la stessa ricetta

3. una farmacia nelle vicinanze, da i farmaci, senza prescrizioni

5. in pochi hanno il medico di base, ma lontano da Bastogi!

4. tramite dei medici di "emergency", che fanno delle prestazioni veloci e a bassi costi

3. RELAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI SANITARI E MEDICI DI BASE



-per problemi gravi di salute vanno allo ospedale Gemelli.

-il CSM (Centro Salute Mentale) e DSM (Dipartimento Salute Mentale) sono lontani e comunque raramente incontrano psicologi e psichiatri attenti.

-ad altri servizi come il PUA (Punto Unico di Accesso) non si rivolgono poiché non funzionano bene.

-scarsissima fiducia e paura di rivolgersi ai servizi sociali e sanitari, i quali non risolvono i problemi e possono togliere la custodia dei figli

-viene chiamata la ambulanza perché qualcuno si sente male, ma una volta arrivata spesso torna via vuota poiché non ci si vuole far vedere salire.

CRITICITA'



insicurezza pericolosità

prearietà occupazionale

cattive condizioni igieniche

POTENZIALITA'

forte identità di quartiere

prearietà economica

criminalità

diffuso alcolismo e uso di droghe

volontà di esprimersi

isolamento e scarso supporto sociale

sovraffollamento

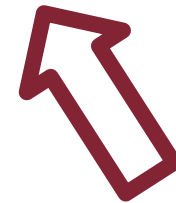
mancanza spazi pubblici

forte presenza di giovani

Barnocchi A, Paglione L, elaborazioni dai Focus Group e dai dati censuari

Le azioni svolte sul territorio

- Incontri di conoscenza e concertazione tra operatori Asl/Università/Associazionismo e abitanti di Bastogi
- Focus group per ascolto bisogni e indicazioni sulle attività
- Riqualificazione partecipata degli spazi comuni del complesso
- Cura comunitaria
- Riabilitazione comunitaria
- Incontri di gruppo sulla Salute
- Visite mediche specialistiche (INMP)



1- Successive fasi del progetto:

PROTOCOLLO INTER-ISTITUZIONALE

- Esigenza di coordinamento a partire da **obiettivi condivisi** e **ruoli definiti**;
- Formalizzazione protocollo come processo di **advocacy**.

2- Successive fasi del progetto:

RACCOLTA DATI PER LA COSTRUZIONE DI UN PROFILO DI COMUNITÀ

- Somministrazione questionario stato di salute (PASSI)
- Valutazione stato delle abitazioni
- Valutazione Health Literacy
- Confronto dei dati ottenuti con quelli della popolazione circostante per evidenziare disuguaglianze di salute

3- Successive fasi del progetto: PUA TEMPORANEO



A partire dai risultati della prima valutazione quantitativa (effettuata dal DEP), e dei Focus Group (incentrati sui bisogni di salute), è stato previsto, da parte della ASL RM1, l'istituzione di un **PUA** temporaneo presso il complesso, per far fronte ad una domanda di salute della popolazione che trova risposta solo nei DEA circostanti: orientamento ai servizi territoriali socio sanitari anche attraverso percorsi agevolati.



4- Successive fasi del progetto:

INTERVENTI SUL TERRITORIO

- Realizzare una indagine sulla percezione della popolazione Bastogiana da parte del personale socio – sanitario al fine di abbattere i pregiudizi
- Implementare modelli di assistenza primaria secondo l'approccio della *comprehensive primary health care* e della sanità d'iniziativa, con particolare riferimento alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche (anche attraverso l'adesione a specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali)
- favorire l'*empowerment* degli individui, dei gruppi e della comunità nei confronti della propria salute;
- promuovere di interventi sperimentali di partecipazione comunitaria finalizzati alla promozione della salute;
- rafforzare il supporto all'auto-cura e del *family learning*

Criticità, popolazione-istituzioni-reti informali

Per la Commissione OMS sui determinanti sociali di salute non sono accettabili quegli interventi di partecipazione comunitaria caratterizzati da un **approccio depoliticizzato** nei confronti della salute e dei suoi determinanti.

Questo atteggiamento può essere particolarmente pericoloso in momenti come quello attuale in cui **la responsabilità sociale dello Stato** (*welfare state*) è fortemente **sotto attacco dall'imposizione delle politiche e dell'ideologia neoliberista**.

Per questo motivo, per esempio, **non sono sufficienti** interventi attenti “solamente” alla **dimensione individuale e psicologica dell'empowerment** senza pretendere un ruolo attivo da parte dello Stato nella tutela dei diritti fondamentali delle persone e nella distribuzione equa di beni e servizi all'interno della società. Oppure, quando si parla di **'capitale sociale'**, è necessario riferirsi non solo ai legami esistenti tra i cittadini ma anche e soprattutto a **quelli esistenti tra questi e le istituzioni pubbliche di riferimento**.

WHO. Commission on Social Determinants of Health CSDH. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2007.

Criticità, il lavoro community-based

- Coinvolgimento di quale “comunità”?
 - E’ stato scelto comunque un solo entry point
 - Non esiste una vera e propria “comunità”, ma vari gruppi, ciascuno con i propri interessi e le proprie aspettative
- Sono state realmente comprese le dinamiche sociali?
- Si è riuscito a spiegare l’intervento alla comunità?

Conclusioni

Coordinamento

- La sottoscrizione, da parte degli Enti coinvolti, del protocollo d'intesa aiuterà ad avere un maggiore coordinamento tra le parti finalizzato alla realizzazione degli interventi sul territorio

Advocacy

- Occorre inquadrare ex-Bastogi dal punto di vista normativo (CAAT? ERP? Occupazione?), altrimenti risulta impossibile intervenire dal punto di vista strutturale per migliorare la qualità degli alloggi.