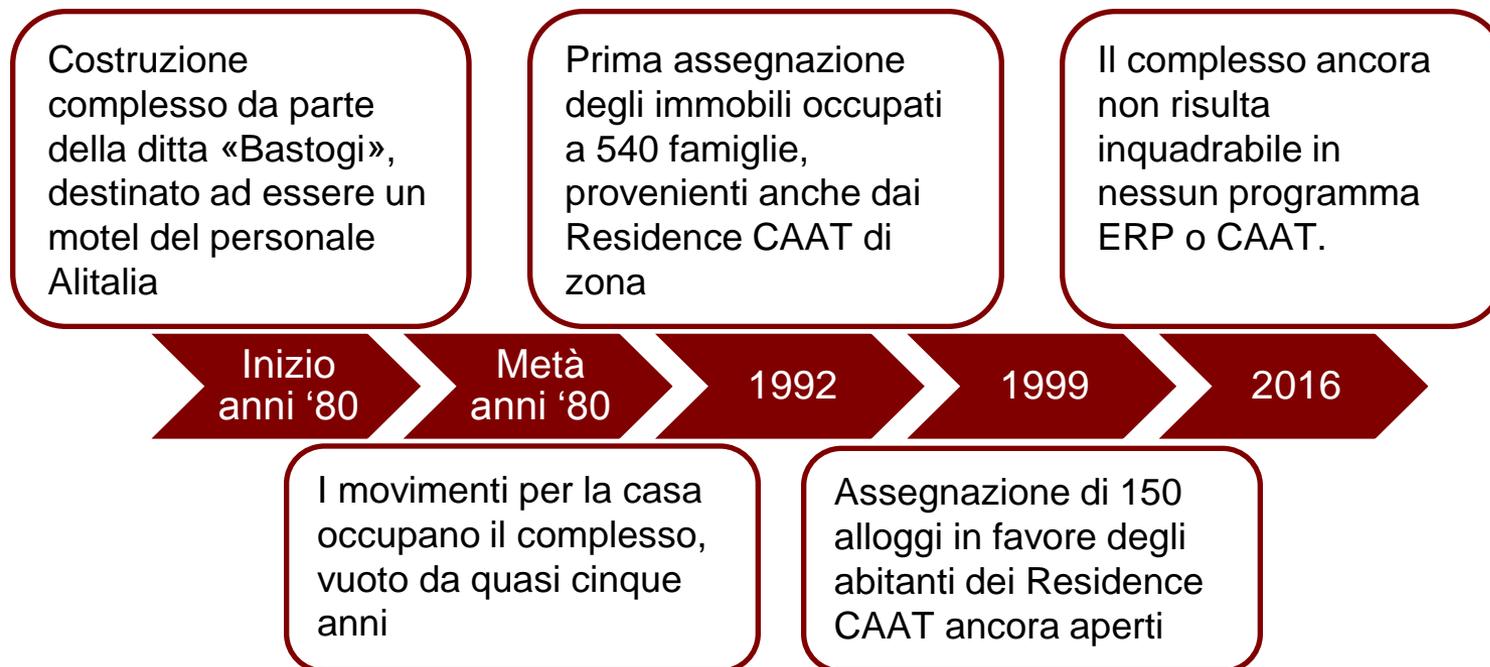


Diario del progetto di ricerca-azione community based nel complesso ex-Bastogi, Roma

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!

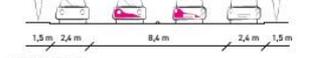
20,5% VERDE DI RISULTA! :
 -superficie: 10'976 mq su 53'546 mq

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



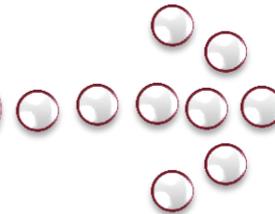
Prospettiva di Advocacy



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

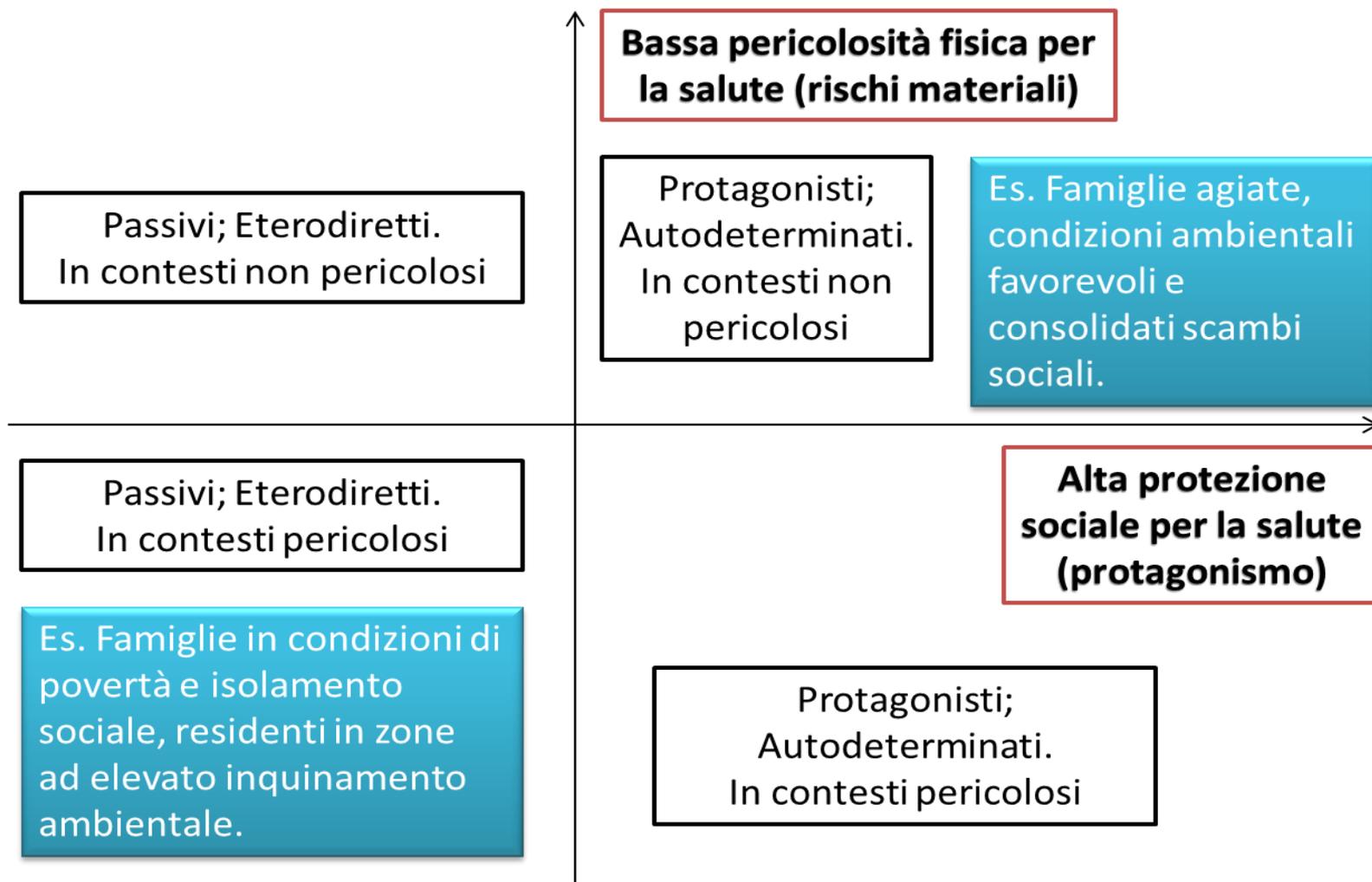
	<i>Empower o bottom-up</i>	<i>Target-oriented o top-down</i>
Gestione delle risorse	Membri della comunità	Professionisti
Risultati attesi	Cambiamenti sociali	<i>Outcomes</i> in salute
Valutazione	Metodi qualitativi	Metodi quantitativi

“ 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

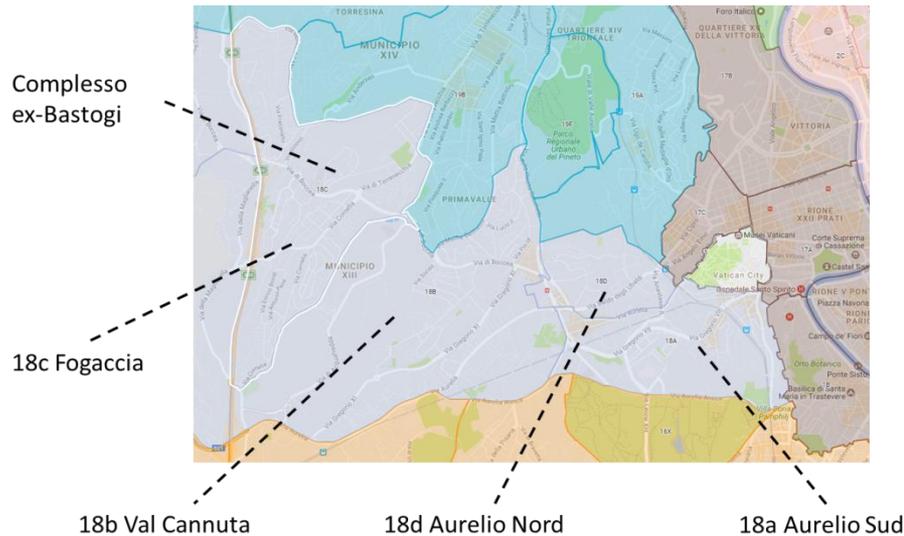
Dipartimento di Epidemiologia
del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio



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'** 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 attacco morbosio**, 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**.

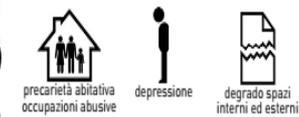
-il **CSM** (Centro Salute Mentale) e **DSM** (Dipartimento Salute Mentale) sono **lontani** e comunque raramente incontrano psicologi e psichiatri attanti.

-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'



precarità abitativa occupazioni abusive

depressione

degrado spazi interni ed esterni



insicurezza pericolosità



precarità economica



isolamento e scarso supporto sociale



precarità occupazionale



criminalità



sovraffollamento



cattive condizioni igieniche



diffuso alcolismo e uso di droghe



mancanza spazi pubblici

POTENZIALITA'



forte identità di quartiere



volontà di esprimersi

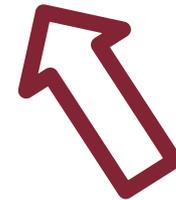


forte presenza di giovani

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.