

Salute urbana e disuguaglianze a Roma in contesti a elevata marginalità sociale

Urban health and inequalities in highly socially marginalised settings in Rome

Lorenzo Paglione,^{1,2} Anna Maria Bargagli,¹ Nera Agabiti,¹ Enrico Calandrini,¹ Livia Maria Salvatori,³ Maurizio Marceca,³ Giovanni Baglio,⁴ Maria Alessandra Brandimarte,⁵ Silvia Iorio,⁶ Marina Davoli,¹ Laura Cacciani¹

¹ Dipartimento di epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio, Azienda sanitaria locale Roma 1, Roma

² Dipartimento di ingegneria civile, edile e ambientale, Sapienza, Università di Roma

³ Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive, Sapienza, Università di Roma

⁴ Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

⁵ Dipartimento di prevenzione, Azienda sanitaria locale Roma 1, Roma

⁶ Dipartimento di medicina molecolare, Sapienza, Università di Roma

Corrispondenza: Laura Cacciani; l.cacciani@deplazio.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: descrivere l'ospedalizzazione, l'accesso in pronto soccorso e la mortalità delle persone residenti in aree urbane caratterizzate da marginalità sociale e presenza di nuclei di edilizia residenziale pubblica nella periferia Nord-Ovest di Roma e operare un confronto con l'area limitrofa.

DISEGNO: studio trasversale.

SETTING E PARTECIPANTI: popolazione residente nei Municipi XIII e XIV del Comune di Roma, suddivisi in cinque aree urbane, tra il 2011 e il 2018.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: tassi e rapporti tra tassi grezzi e standardizzati di ospedalizzazione, accesso in pronto soccorso e mortalità basati sui dati dei sistemi informativi sanitari del Lazio e sul Registro nominativo delle cause di morte dei residenti nei due municipi considerati, stratificati per area urbana.

RISULTATI: i risultati dello studio mostrano un maggiore uso delle cure ospedaliere e del pronto soccorso e una maggiore mortalità nella popolazione residente in alcune aree urbane nella periferia Nord-Ovest di Roma, caratterizzate da marginalità e svantaggio sociale, rispetto ai residenti delle aree limitrofe. L'associazione è più forte nei residenti di ex-Bastogi, complesso particolarmente svantaggiato e marginalizzato, dove si riscontrano eccessi di ospedalizzazione, ammissione in PS e mortalità, rispettivamente, pari a +60%, +150% e +140%.

CONCLUSIONI: tassi così elevati di ospedalizzazione e di accesso al pronto soccorso ed eccessi di mortalità osservati in aree urbane marginalizzate nella periferia Nord-Ovest di Roma suggeriscono la necessità di una riorganizzazione dei servizi di cure primarie e di prevenzione che tenga in maggiore considerazione i contesti abitativi più svantaggiati. L'integrazione di strumenti di valutazione quali-quantitativi permette di orientarsi nella comprensione di contesti complessi.

Parole chiave: differenziali di accesso alle cure, disuguaglianze di salute, marginalità sociale, salute urbana, periferia romana

ABSTRACT

OBJECTIVES: to describe hospitalisation, access to emergency care, and mortality of people living in marginalized urban areas which include public housing buildings in the North-West suburb of Rome, and to compare the results with those observed among people living in the neighbouring area.

COSA SI SAPEVA GIÀ

- La segregazione spaziale provoca esclusione sociale, un forte determinante di salute.
- Nei contesti urbani sussistono aree di marginalità sociale estrema.
- Le disuguaglianze di salute dovute a fattori sociali possono essere attenuate dai servizi sociosanitari.

COSA SI AGGIUNGE DI NUOVO

- Nelle aree metropolitane, i quartieri di edilizia residenziale pubblica possono costituire isole di deprivazione sociale.
- Utilizzando strumenti urbanistico-architettonici e dell'epidemiologia, è possibile individuare popolazioni socialmente fragili.
- La programmazione dei servizi sociosanitari non può prescindere da valutazioni epidemiologiche di urban health.

DESIGN: cross sectional study.

SETTING AND PARTICIPANTS: resident population in the XIII and XIV Municipality of Rome, subdivided into five urban areas, in 2011-2018.

MAIN OUTCOME MEASURES: hospitalisation, access to emergency care, and mortality rates and rates ratios based on hospital discharges and emergency department visits derived from the Health Information Systems and from the Mortality Registry of Lazio Region (Central Italy), stratified by urban areas.

RESULTS: the results show a higher use of hospital assistance and emergency care services as well a higher mortality among residents of urban areas characterized by marginalization and social disadvantage in the North-West suburb in Rome, compared to the surrounding area. The association is stronger for the residents of ex-Bastogi, a compound particularly marginalised and socially disadvantaged, where excesses in hospitalisation, emergency care admission, and mortality of +60%, +150%, and +140%, respectively, occurred.

CONCLUSIONS: the excesses of hospital use, emergency care visits, and mortality observed among the residents of marginalized urban areas suggest the need to reorganize the preventive and primary care services considering the socio-economic disadvantage in such housing contexts. The use of both qualitative and quantitative approaches allows to understand the complexity of such contexts.

Keywords: differentials access to care, health disparities, marginalization, urban health, Rome suburb

INTRODUZIONE

Il legame dei processi urbanistici con la salute viene sempre più esplorato dalla letteratura scientifica, con un crescente interesse per la tematica che prende il nome di *urban health*.¹ Un evidente fattore di criticità è rappresentato dalle disuguaglianze sociali in ambito urbano, in cui la complessità delle argomentazioni epidemiologiche riguardanti le disuguaglianze sociali in salute si intreccia con la complessità dei fenomeni socioantropologici che investono l'urbanistica.² Arricchire la discussione mettendo in campo ulteriori evidenze scientifiche è oggi di grande importanza per comprendere meglio queste dinamiche.

Roma moderna è una città relativamente giovane, nata il 20 settembre 1870, con la breccia di Porta Pia e la successiva annessione al Regno D'Italia.³ Nell'ultima parte dell'Ottocento, Roma è stata, forzatamente e rapidamente, spinta nella modernità, in un vorticoso processo di urbanizzazione che ha impresso un marchio leggibile nel tessuto della città.³ Roma contemporanea è una città disuguale, in termini sociali e di salute,^{4,5} ma anche in termini urbanistico-architettonici. L'enorme sviluppo delle sue periferie, il cosiddetto *urban sprawl*, in un susseguirsi di quartieri formali e informali, su una superficie maggiore della somma delle superfici delle principali città italiane (circa 1.280 km²), unito a una marcata carenza di collegamenti interni, rende possibili fenomeni di marginalità urbana e segregazione spaziale che favoriscono l'esclusione sociale.⁶⁻⁸

Un esempio è rappresentato dal complesso denominato ex-Bastogi. Questo si trova all'interno del territorio della Azienda sanitaria locale Roma 1 (ASL RM1), nel XIII Municipio (corrispondente al XIII Distretto), nella periferia Nord-Ovest di Roma. Si configura come una sorta di isola, in un contesto urbano comunque di per sé periferico.⁹ Grazie all'interesse di associazioni di volontariato, la ASL RM1 e l'Università Sapienza, con la collaborazione dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), si sono attivate per definire un intervento di ricerca-azione volto alla promozione della salute e al miglioramento dell'utilizzo dei servizi socioassistenziali in un'ottica di *empowerment* di comunità.¹⁰⁻¹² Una linea progettuale riguarda proprio la misurazione di eventuali disuguaglianze sociali con impatto sulla salute in una popolazione difficile da raggiungere e da definire, visto l'alto grado di informalità che caratterizza il complesso ex-Bastogi.¹³

Nato a seguito dell'occupazione di una struttura destinata a essere un motel per il personale di volo, il complesso ex-Bastogi è composto da sei palazzine abitate più ulteriori strutture riservate a funzioni di servizio ed è circondato da un muro perimetrale. Ex-Bastogi è, quindi, completamente ed evidentemente separato dal tessuto urbano circostante; questa segregazione spaziale acuisce il fenomeno

della segregazione sociale, con potenziali effetti sulla salute della popolazione. Il territorio circostante il complesso è comunque parte di quella seconda cintura di periferia urbana di Roma sviluppatasi a partire dagli anni Sessanta a ridosso del Grande raccordo anulare e costituita da un mix di palazzine, la tipologia edilizia di gran lunga più rappresentativa del territorio urbano romano, e quartieri di edilizia residenziale pubblica (ERP), tra cui, nelle immediate vicinanze di ex-Bastogi, Quartaccio (13V) e Torvecchia (74),^{14,15} costruiti tra la fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta. Il principale nucleo di urbanizzazione storica del quadrante resta comunque Primavalle, borgata storica costruita alla fine degli anni Trenta per espellere dal tessuto urbano consolidato del centro cittadino gli abitanti dei quartieri sventrati del centro storico.^{3,16}

Il quadrante in analisi offre, dunque, uno spaccato dello sviluppo urbano della città di Roma, dando la possibilità di valutare esiti di differenti periodi della sua urbanizzazione, valutando al contempo l'effetto degli interventi di ERP e il loro grado di inclusione all'interno del tessuto cittadino. L'obiettivo del presente studio è di descrivere alcuni indicatori di accesso alle cure e la mortalità nel complesso ex-Bastogi e in alcuni nuclei ERP presenti a Roma e di operare un confronto con i due vasti municipi che li contengono, negli anni che vanno dal 2011 al 2018.

MATERIALI E METODI

DISEGNO DELLO STUDIO, SETTING E PARTECIPANTI

Studio trasversale basato su tutta la popolazione residente nei Municipi XIII e XIV del Comune di Roma tra il 2011 e il 2018, in media 313.217 abitanti, desunta da 8 fotografie anagrafiche prossime all'inizio di ciascun anno considerato fornite dal Comune di Roma al Dipartimento di epidemiologia del Servizio sanitario regionale del Lazio.

VARIABILE DI STRATIFICAZIONE GEOGRAFICA:

L'AREA URBANA

Sono state considerate la suddivisione amministrativa dei Municipi, quella toponomastica delle zone urbanistiche (ZU) e la suddivisione censuaria in sezioni di censimento (SC).^{17,18} Ciascuna di queste suddivisioni è un sottoinsieme della precedente, senza aree contese (tabella S1). All'interno di ciascuna ZU, sono state identificate le SC corrispondenti a cinque aree urbane: il complesso ex-Bastogi, i nuclei ERP Primavalle, Quartaccio, Torvecchia (figura S1) e l'area limitrofa dei due Municipi denominata "Altro Municipi XIII e XIV". L'identificazione delle aree è avvenuta utilizzando la SC dell'anno 2011, attraverso il software on-line Istat BT-Viewer.¹⁹

Alcune informazioni desunte dal 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011, relative a istruzione, occupazione e stato di conservazione degli edifici, hanno permesso di caratterizzare il contesto in studio dal punto di vista socioeconomico attraverso il calcolo dei seguenti in-

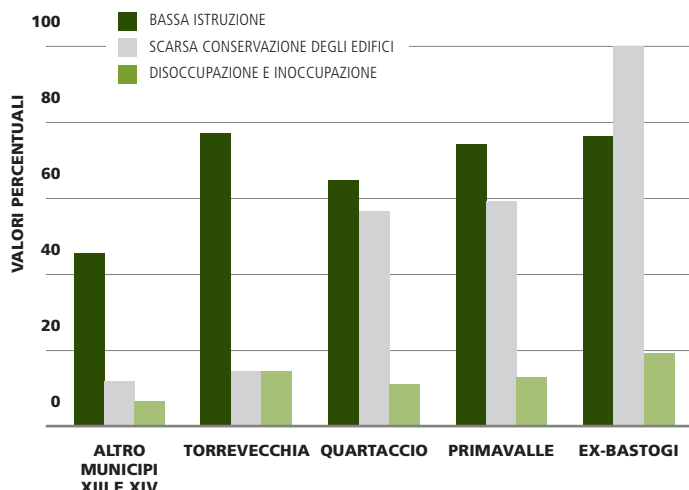


Figura 1. Indicatori di stato socioeconomico, per area urbana.
Figure 1. Socioeconomic indicators, by urban area.

dicatori semplici: bassa istruzione (% di popolazione di età superiore ai 6 anni senza titolo di studio o con titolo di studio non superiore alla licenza media); disoccupazione e inoccupazione (% di disoccupati e persone in cerca di prima occupazione rispetto alla forza lavoro); scarsa conservazione degli edifici (% di edifici a uso residenziale in stato di conservazione mediocre e pessimo).

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME

■ **Accesso ai servizi.** Sono state considerate le informazioni relative alle dimissioni ospedaliere e agli accessi al pronto soccorso (PS) delle strutture del Lazio negli anni 2011-2018. I dati sono stati desunti dal Sistema informativo ospedaliero (SIO) e dal Sistema informativo dell'emergenza sanitaria (SIES) della Regione Lazio.

■ **Mortalità.** È stata analizzata la mortalità negli anni 2011-2017 (ultimo anno disponibile) usando i dati del Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM) della Regione Lazio.

ALTRE VARIABILI

L'età è stata considerata come confondente, mentre il genere e l'anno di calendario sono stati considerati come variabili di strato laddove la numerosità della casistica presa in esame lo ha consentito. Solo per finalità descrittive, è stata considerata la causa che ha determinato l'esito secondo i raggruppamenti in capitoli dell'ICD-9-CM (per dimissioni ospedaliere e accessi in PS) e ICD-9 (per la mortalità).

ANALISI STATISTICA DEI DATI

L'analisi statistica ha risposto alla necessità di mettere in relazione i dati relativi agli ambiti sanitari con i denominatori disponibili per area urbana e per variabili demografiche. A tal fine, le informazioni sanitarie degli individui residenti nelle sezioni di censimento in studio sono state ottenute attraverso *record linkage* con l'anagrafe del

Comune di Roma. Vengono, quindi, presentate le distribuzioni delle dimissioni ospedaliere, degli accessi in PS e della mortalità, loro proporzioni, tassi grezzi (TG) e standardizzati diretti (TS) per 1.000 abitanti e rapporti tra tassi (RR), considerando "Altro Municipi XIII e XIV" come area urbana di riferimento, e i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Il denominatore per il calcolo dei tassi è la popolazione anagrafica residente nelle diverse aree urbane più prossima all'inizio di ciascun anno considerato. La standardizzazione è stata effettuata utilizzando le classi di età decennali per l'ospedalizzazione e per l'accesso in PS, mentre per la mortalità, in considerazione della bassa numerosità di casistica e popolazione in alcuni sottogruppi, sono state usate classi più ampie, ovvero: 0-39 anni; 40-59 anni; 60-79 anni; 80+ anni. La popolazione standard è quella residente nel Lazio nel 2018. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software SAS Enterprise Guide.

RISULTATI

POPOLAZIONE E CONTESTO URBANO

Negli anni 2011-2018, la popolazione media annua è risultata pari a 313.217 individui (di cui il 47% maschi). Il 3,8% risiede nelle aree di ERP, mentre a ex-Bastogi risiede lo 0,4% di tutta la popolazione presa in esame. L'età mediana è passata da 44 anni nel 2011 a 46 nel 2018, con valori più bassi a ex-Bastogi (37 anni) e più alti a Torrevecchia (48 anni) (tabella S2).

Gli indicatori di caratterizzazione del contesto urbano relativi a istruzione, occupazione e stato di conservazione degli edifici residenziali mostrano una situazione di svantaggio dei residenti dei nuclei ERP e di ex-Bastogi (figura 1).

ACCESSO AI SERVIZI

■ **Dimissioni ospedaliere.** Sono stati osservati 388.953 ricoveri, di cui il 4,8% nei nuclei ERP e lo 0,5% a ex-Bastogi. L'età mediana al ricovero è pari a 58 anni e varia da 43 anni a ex-Bastogi a 63 anni a Torrevecchia; il 44,6% delle dimissioni è a carico dei maschi, con piccole variazioni tra le aree. La causa di ricovero più frequente è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (12,9%) in tutte le aree, eccetto a ex-Bastogi, dove prevalgono i ricoveri per gravidanza e parto (11,3%) e si osserva una percentuale di ricoveri circa quadrupla per le malattie infettive e quasi doppia per i disturbi mentali, rispetto al dato totale (tabella S3). L'andamento temporale dei tassi standardizzati mostra sempre una maggiore ospedalizzazione nei nuclei ERP e, in particolare, a ex-Bastogi rispetto all'area circostante, in entrambi i generi (figura 2a). I RR dei tassi standardizzati mostrano una maggiore ospedalizzazione nei nuclei ERP rispetto all'area circostante sia nei maschi sia nelle femmine, ancora più elevata a ex-Bastogi (maschi: RR 1,6; IC95% 1,25-2,14; femmine: RR 1,6; IC95% 1,35-1,98) (tabella 1).

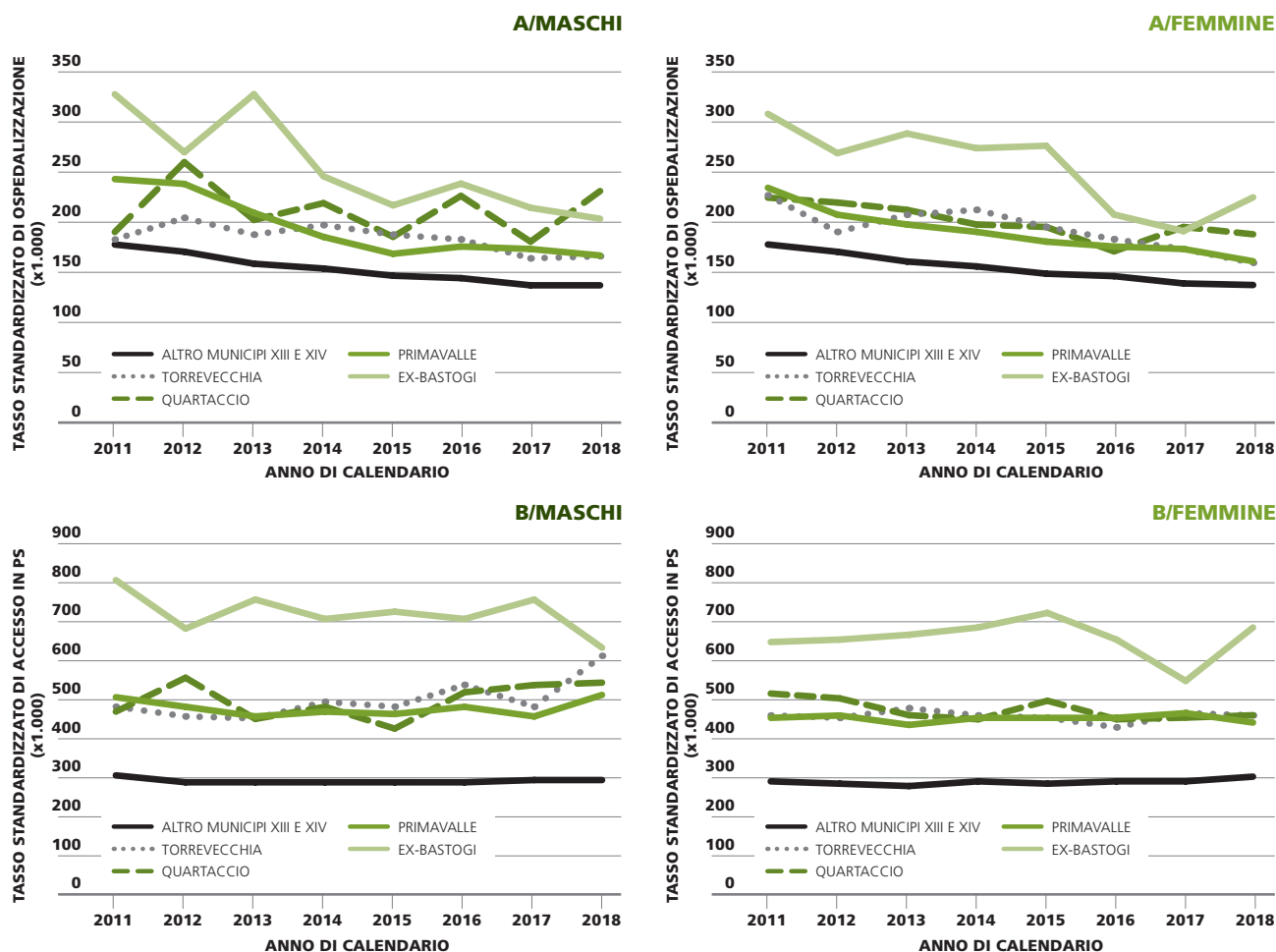


Figura 2. Tassi standardizzati per età di ospedalizzazione (A) e accesso in pronto soccorso (B), per genere e area urbana. Anni 2011-2018.
 Figure 2. Age-standardized hospitalisation (A) and access to emergency care (B) rates, by gender and urban area. Years 2011-2018.

AREA URBANA	MASCHI			FEMMINE		
	EVENTI (n.)	RR	IC95%	ENTI (n.)	RR	IC95%
DIMISSIONI OSPEDALIERE						
Altro Municipi XIII e XIV	164.312	1,0	-	204.071	1,0	-
Torrevecchia	1.910	1,2	(1,07-1,39)	2.375	1,3	(1,12-1,42)
Quartaccio	2.037	1,4	(1,20-1,63)	2.317	1,3	(1,16-1,48)
Primavalle	4.408	1,3	(1,17-1,39)	5.518	1,2	(1,15-1,34)
ex-Bastogi	908	1,6	(1,25-2,14)	1.097	1,6	(1,35-1,98)
ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO						
Altro Municipi XIII e XIV	327.730	1,0	-	368.840	1,0	-
Torrevecchia	4.981	1,7	(1,58-1,86)	5.114	1,6	(1,47-1,73)
Quartaccio	5.606	1,7	(1,57-1,89)	5.883	1,7	(1,54-1,79)
Primavalle	11.154	1,6	(1,55-1,72)	12.131	1,6	(1,49-1,66)
ex-Bastogi	2.989	2,5	(2,11-2,84)	3.185	2,3	(2,03-2,53)
MORTALITÀ						
MASCHI E FEMMINE						
Altro Municipi XIII e XIV	18.911	1,0	-			
Torrevecchia	258	1,4	(1,01-1,96)			
Quartaccio	140	1,4	(0,87-2,31)			
Primavalle	596	1,4	(1,10-1,69)			
ex-Bastogi	76	2,4	(1,18-4,91)			

Tabella 1. Rapporti tra tassi (RR) standardizzati per età di ospedalizzazione (anni 2011-2018), di accesso in pronto soccorso (anni 2011-2018) e mortalità (anni 2001-2017), per area urbana.
 Table 1. Age-standardized hospitalisation (years 2011-2018), access to emergency care (years 2011-2018), and mortality (years 2001-2017) rate ratios (RR), by urban area.

■ **Accessi in pronto soccorso.** Sono stati osservati 747.613 accessi in PS, di cui il 6% nelle zone ERP e lo 0,8% a ex-Bastogi. L'età mediana all'accesso è pari a 44 anni e varia da 36 anni a ex-Bastogi a 48 anni a Torrevecchia; il 47,1% degli accessi è a carico di maschi, con piccole variazioni tra le aree. La diagnosi di accesso più frequente è rappresentata da traumatismi e avvelenamenti (32,6%) senza variazioni rilevanti tra le aree (tabella S4). L'andamento temporale dei tassi standardizzati mostra sempre un maggiore accesso al PS nei nuclei ERP e, in particolare, a ex-Bastogi rispetto all'area circostante, in entrambi i generi (figura 2b). I RR dei tassi standardizzati mostrano un ricorso al PS maggiore nei nuclei ERP rispetto all'area circostante sia nei maschi sia nelle femmine, ancora più elevato a ex-Bastogi (maschi: RR 2,5; IC95% 2,11-2,84; femmine: RR 2,3; IC95%:2,03-2,53) (tabella 1).

MORTALITÀ

Sono stati osservati 19.981 decessi, di cui il 5% nelle zone ERP e lo 0,4% a ex-Bastogi. L'età mediana al decesso è pari a 83 anni e varia da 66 anni a ex-Bastogi a 83 anni nella zona "Altro Municipi XIII e XIV"; il 46,2% dei deceduti è di genere maschile, senza variazioni rilevanti tra le aree a eccezione di ex-Bastogi, dove il valore arriva a 61,8%. La causa di morte più frequente è dovuta alle malattie del sistema circolatorio in "Altro Municipi XIII e XIV" (36,1%) e a Primavalle (32,4%), dovuta ai tumori a Torrevecchia (36%), Quartaccio (38,6%) ed ex-Bastogi (34,2%) (tabella S5). I tassi standardizzati di mortalità nelle aree urbane studiate (figura 3) rispecchiano solo in parte la struttura per età delle popolazioni residenti nelle aree considerate, poiché la standardizzazione è stata applicata usando classi di età molto ampie. Inoltre, i tassi nei nuclei ERP e a ex-Bastogi presentano oscillazioni temporali dovute alla bassa numerosità dell'evento; questi risultati, insieme ai tassi specifici per età (figura S2), sono tuttavia più che suggestivi di un eccesso di mortalità in queste aree urbane rispetto a quelle circostanti. I RR aggiustati per età mostrano un eccesso di mortalità particolarmente elevato a ex-Bastogi (RR 2,4; IC95% 1,18-4,91) (tabella 1).

DISCUSSIONE

I risultati dello studio mostrano un maggiore uso delle cure ospedaliere e del PS e una maggiore mortalità nella popolazione residente in alcune aree urbane di ERP a Roma, caratterizzate da svantaggio sociale, rispetto ai residenti delle aree limitrofe. L'associazione appare ancora più elevata nei residenti di ex-Bastogi, complesso particolarmente svantaggiato e marginalizzato, ed è evidente in tutti gli anni considerati.

LIMITI DELLO STUDIO

Tra i limiti dello studio va considerato che il disegno trasversale implica una selezione della popolazione dipendente dalla data cui si riferisce la foto anagrafica disponibile.

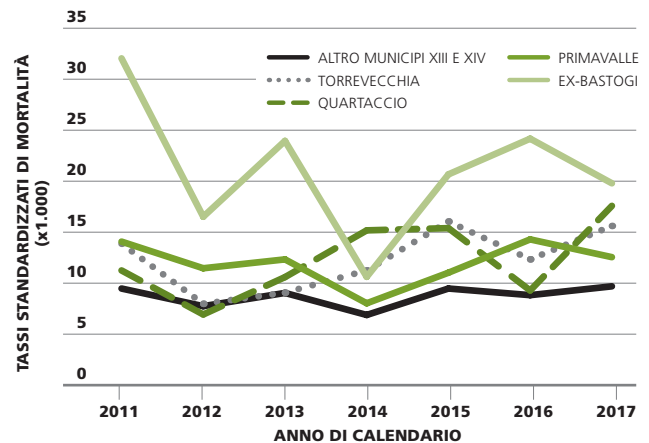


Figura 3. Tassi standardizzati per età di mortalità, per area urbana. Anni 2011-2017.

Figure 3. Age-standardized mortality rates, by urban area. Years 2011-2017.

Pertanto, è possibile che vi sia una sottostima della numerosità totale degli eventi osservabili in ciascun anno di calendario che, tuttavia, non produce distorsioni rilevanti nelle misure di occorrenza e soprattutto di associazione, dato che gli eventi si riferiscono correttamente alla popolazione fotografata.

Poiché sono state usate classi di età molto ampie per standardizzare anche le aree urbane con casistica bassa, vi è la possibilità di confondimento residuo dovuto all'età.

In alcuni casi, le misure sono influenzate dalla bassa numerosità delle osservazioni, pertanto sono soggette a forti oscillazioni o presentano valori anomali.

Infine, considerato il grado elevato di informalità riscontrato a ex-Bastogi attraverso analisi di tipo qualitativo¹³ e considerate possibili analogie con altri contesti ERP, la popolazione presente può essere più numerosa di quella osservabile attraverso le fonti ufficiali e avere una composizione per età e sociale diversa da quella residente. Dunque, è necessario integrare più strumenti e più approcci disciplinari, anche qualitativi, nell'analisi di realtà urbane complesse.

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

I risultati mostrano chiaramente che i nuclei ERP ed ex-Bastogi, in particolare, costituiscono delle vere e proprie isole di marginalità sociale e sanitaria all'interno dei municipi di appartenenza. Infatti, nonostante la presenza di oscillazioni dovute alla bassa numerosità della popolazione, sia i RR sia i tassi sono costantemente superiori in queste aree rispetto all'aggregato dei quartieri limitrofi, nell'intervallo di tempo preso in esame e per le classi di età.

Torrevecchia, Quartaccio e Primavalle, oramai nuclei urbani consolidati sia da un punto di vista sociale sia urbanistico, presentano ancora differenze rispetto alle aree limitrofe per tutti gli esiti presi in esame. In letteratura sono presenti numerosi studi che correlano isolamento spaziale, disuguaglianze sociali e occorrenza di malattie croniche o mortalità,^{20,21} ma riguardano soprattutto casi studio specifici che

analizzano la segregazione spaziale ed etnica delle metropoli statunitensi o dell'Europa nordoccidentale.²² In questo caso, ci si trova di fronte a una situazione del tutto particolare dove, a fronte di una popolazione di per sé fragile, ovvero gli assegnatari di alloggio popolare di Torvecchia e Quartaccio, si ha anche un isolamento spaziale dovuto alla netta differenza urbanistica tra queste aree e i quartieri circostanti. Questi due nuclei ERP, costruiti negli anni Ottanta, fin da subito sono stati percepiti come corpi estranei dal tessuto urbano circostante, guadagnandosi negli anni una reputazione negativa che ha accentuato lo stigma nei confronti della popolazione ivi residente. Evidentemente, questo processo ha generato un'esclusione ulteriore con esiti sfavorevoli anche dal punto di vista dell'utilizzo dei servizi sociosanitari. Caso interessante risulta, invece, Primalva. Questa area, nonostante costituisca di fatto il nucleo storico del quadrante Nord-Ovest della città, appare ancora sfavorita dal punto di vista dell'inclusione nei processi di cittadinanza, dai quali derivano poi gli esiti in termini di accessibilità ai servizi.²³

Infine, ex-Bastogi presenta valori di ospedalizzazione e accesso in PS non paragonabili nemmeno a quelli dei nuclei ERP circostanti, posizionandosi ben al di sopra, in termini anche di rischio di mortalità, di tutto il territorio circostante.

Tra la sopracitata letteratura su esperienze statunitensi e nord-europee, diversi studi hanno cercato di descrivere i meccanismi tramite i quali la segregazione spaziale e sociale può influenzare la salute,²⁴⁻²⁶ molti dei quali possono essere trasposti nel contesto in studio. La segregazione spaziale, riprendendo il modello di Diderichsen²⁷ sulla generazione delle disuguaglianze in salute, agisce come determinante distale di salute a cavallo tra il contesto politico-sociale, influenzando la stratificazione sociale, e il contesto individuale. La segregazione, infatti, influenzando la possibilità di accesso a risorse materiali e immateriali, contribuisce a determinare una precisa posizione all'interno della stratificazione sociale e influenza, di conseguenza, la distribuzione dei (e la vulnerabilità ai) determinanti tradizionalmente considerati più prossimali come i comportamenti individuali, la salubrità dei luoghi di vita e di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari.

Relativamente all'accesso ai servizi sanitari, all'interno del lavoro svolto nell'ambito dell'intervento di ricerca-azione presentato nell'introduzione, dalla valutazione qualitativa sono emersi numerosi elementi che, in linea con la letteratura sopracitata, contribuiscono a spiegare i risultati ottenuti. Avendo campionato la popolazione di ex-Bastogi iscritta all'anagrafe assistiti della ASL RM1, è stato possibile sottoporre al campione di popolazione il questionario PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), così da poter confrontare i risultati con quelli dei residenti nella ASL RM1. Da una valutazione preliminare di questi dati, la popolazione di ex-Bastogi risulta spesso sprovvista del Medico di medicina generale

(MMG) o avere il MMG in quartieri anche molto distanti.²⁸ Risultati concordanti sono stati ottenuti durante lo svolgimento di *focus group* che hanno coinvolto gli abitanti di ex-Bastogi, dai quali è emerso che la loro iscrizione negli elenchi assistiti di MMG in quartieri distanti è principalmente legata all'alta mobilità della popolazione che si concretizza in spostamenti frequenti del luogo di domicilio non accompagnati da una nuova scelta del MMG, in quanto non completamente percepiti come definitivi.²⁹ Questo fa sì che, per qualunque problema di salute, un abitante di ex-Bastogi si rivolga in prima istanza ai servizi di secondo livello, in particolare al PS.²⁸ Stessa interpretazione presumibilmente può essere attribuita ai nuclei ERP circostanti.³⁰ In questo modo, si viene a instaurare un circolo vizioso per cui popolazioni già fragili e marginali, quindi più soggette a sviluppare patologie,³¹ non potendo ricorrere a servizi di base, ricorrono ai servizi ospedalieri solo quando la patologia diventa fortemente invalidante o molto grave, con esiti maggiormente infelici.³² La possibilità di essere visitati da un MMG, influenzata dalla vicinanza fisica del domicilio al luogo di cura, è parte del più ampio concetto di accessibilità dei servizi di cure primarie. Il legame tra l'accessibilità spaziale e spaziale³³ dei servizi di cure primarie è da tempo discusso da diversi studi che analizzano la cosiddetta ospedalizzazione evitabile, ossia quella riconducibile a ricoveri che avrebbero potuto essere evitati se il paziente fosse stato preso in carico tempestivamente dai servizi di cure primarie e territoriali, come indicatore di qualità delle cure.³⁴⁻³⁶ Diversi tra questi studi sottolineano come la distanza tra il luogo di domicilio e gli ambulatori degli MMG o, in generale, di ambulatori di cure primarie possa influenzare l'utilizzo dei servizi dell'emergenza.^{37,38}

Questa potrebbe essere una spiegazione parziale dei differenziali di mortalità riscontrati tra le popolazioni prese in esame. Ancora una volta, il contesto di ex-Bastogi presenta valori superiori a quelli dei nuclei ERP, a loro volta superiori a quelli della popolazione residente nelle aree circostanti. Sicuramente una spiegazione a questa differenza interna tra aree deprivate è dovuta a una diversa distribuzione dei determinanti sociali di salute, valutati in termini di esposizione, a loro volta correlati in letteratura con una disuguale distribuzione dei fattori di rischio comportamentali individuali. A questo proposito, gli stili di vita saranno analizzati a partire dai dati disponibili dai questionari PASSI somministrati, attualmente in analisi a cura del gruppo di lavoro. Inoltre, potrebbe avere un ruolo importante anche l'alto grado di esclusione sociale e di stigma di cui soffre la popolazione di ex-Bastogi.³⁹

CONCLUSIONE

I dati presentati forniscono indicazioni su azioni mirate alla riduzione dello svantaggio di salute delle popolazioni dei nuclei ERP e di ex-Bastogi. La commistione di isolamento sociospaziale e la concentrazione di determinan-

ti sociali sfavorevoli sono alla base delle problematiche di accesso ai servizi delle popolazioni in esame. Possibili linee di intervento per ridurre queste disuguaglianze sociali in salute riguardano, quindi, la riconnessione del tessuto urbano^{8,40} e la promozione della coesione e del capitale sociale, come avvenuto in altri contesti simili in Italia.⁴¹

L'integrazione di strumenti di valutazione quali-quantitativi può permettere di orientarsi nella comprensione di contesti complessi, soprattutto al fine di identificare aree con criticità maggiori rispetto al tessuto urbano circostante.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Corburn J. Confronting the challenges in reconnecting urban planning and public health. *Am J Public Health* 2004;94(4):541-46.
2. Gelormino E, Melis G, Marietta C, Costa G. From built environment to health inequalities: An explanatory framework based on evidence. *Prev Med Reports* 2015;2:737-45.
3. Insolera I. Roma Moderna, da Napoleone I al XXI Secolo (1a edizione 1962), Edizione ampliata con la collaborazione di Paolo Berdini. Torino, Einaudi, 2011.
4. Cesaroni G, Agabiti N, Forastiere F, Ancona C, Perucci CA. Socioeconomic differentials in premature mortality in Rome: changes from 1990 to 2001. *BMC Public Health* 2006;6(1):270.
5. Cacciani L, Bargagli AM, Cesaroni G, Forastiere F, Agabiti N, Davoli M. Education and Mortality in the Rome Longitudinal Study. *PLoS One* 2015;10(9):e0137576.
6. Salvati L, Carlucci M. In-Between Stability and Subtle Changes: Urban Growth, Population Structure, and the City Life Cycle in Rome. *Popul Space Place* 2016; 22(3): 216-27.
7. Lelo K. Suburbs and Fragmentation Patterns: The Case of Rome. *Eurodiv Paper* 44;2017.
8. Capolongo S, Rebecchi A, Dettori M et al. Healthy Design and Urban Planning Strategies, Actions, and Policy to Achieve Salutogenic Cities. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(12):2698.
9. Battisti A, Barnocchi A, Iorio S. Urban Regeneration Process: The Case of a Residential Complex in a Suburb of Rome, Italy. *Sustainability* 2019;11(21):6122.
10. Lewin K. *Resolving Social Conflicts*. New York, Harper, 1948.
11. Fehr R, Capolongo S. Promozione della salute nei contesti urbani: l'approccio urban health. *Epidemiol Prev* 2016;40(3-4):151-52.
12. Kottke T, Abariotes A, Spoonheim JB. Access to Affordable Housing Promotes Health and Well-Being and Reduces Hospital Visits. *Perm J* 2017;22:17-079.
13. Iorio S, Salvatori LM, Barnocchi A et al. Social inequalities in the metropolitan area of Rome. A multidisciplinary analysis of the urban segregation of the "formerly-Bastogi" compound. *Ann Ig* 2019;31(3):211-29.
14. Lenci R, Pignatelli S, Ianiri A, Ginnetti M, Di Santo I (eds). *Quartiere del Quartaccio*. ArchiDiAP 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.archidiap.com/opera/quartiere-del-quartaccio/>
15. Musacchio FG, Mancini D, Marino M, Tofanelli C, Mancini D (eds). *Quartiere di Torvecchia*. ArchiDiAP 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.archidiap.com/opera/quartiere-di-torvecchia/>
16. Trabalzi F. Primavalle: Urban Reservation in Rome. *Journal of Architectural Education* 1989;42(3):38-46.
17. Roma Capitale. Ufficio di statistica. Denominazione Municipi e Zone Urbanistiche. Disponibile all'indirizzo: https://www.comune.roma.it/web-resources/cms/documents/ElencoZ_Urbanistiche_rg_A.pdf
18. Istat. Basi territoriali e variabili censuarie. Censimenti 1991, 2001 e 2011. Istat 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/104317>
19. Istat. Portale GIS. Disponibile all'indirizzo: <http://gisportal.istat.it/bt.viewer/>
20. Hoffmann R, Borsboom G, Saez M et al. Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study. *Int J Health Geogr* 2014; 13:8.
21. Kim D, Glazier RH, Zagorski B, Kawachi I, Oreopoulos P. Neighbourhood socioeconomic position and risks of major chronic diseases and all-cause mortality: a quasi-experimental study. *BMJ Open* 2018;8(5):e018793.
22. Verdugo G, Toma S. Can Public Housing Decrease Segregation? Lessons and Challenges From Non-European Immigration in France: Can Public Housing Decrease Segregation? *Demography* 2018;55(5):1803-28.
23. Janghorbani M, Jones RB, Nelder R. Neighbourhood deprivation and excess coronary heart disease mortality and hospital admissions in Plymouth, UK: an ecological study. *Acta Cardiol* 2006;61(3):313-20.
24. White K, Borrell LN. Racial/ethnic residential segregation: framing the context of health risk and health disparities. *Health Place* 2011;17(2):438-48.
25. Kramer MR, Hogue CR. Is segregation bad for your health? *Epidemiol Rev* 2009;31:178-94.
26. Lee MA, Ferraro KF. Neighborhood residential segregation and physical health among Hispanic Americans: good, bad, or benign? *J Health Soc Behav* 2007;48(2):131-48.
27. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. *The Social Basis of Disparities in Health*. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). *Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action*. Oxford, Oxford University Press 2011.
28. Paglione L, Cacciani L, Baglio G et al. Characterising a Setting with a High Level of Informality, Integrating National and Specialised Surveys, Administrative and Census Data. In: Battisti A, Marceca M, Iorio S (eds). *Urban Health. Participatory Action-research Models Contrasting Socioeconomic Inequalities in the Urban Context*. Springer 2020.
29. Iorio S, Battisti A, Salvatori LM et al. Equity in Health. Community-based action research in a compound of the Metropolitan Area of Rome, and experience of urban health. In: Battisti A, Marceca M, Iorio S (eds). *Urban Health. Participatory Action-research Models Contrasting Socioeconomic Inequalities in the Urban Context*. Springer 2020.
30. Hinds AM, Bechtel B, Distasio J, Roos LL, Lix LM. Public housing and healthcare use: an investigation using linked administrative data. *Can J Public Health* 2019;110(2):127-38.
31. Vineis P, Kelly-Irving M. Biography and biological capital. *Eur J Epidemiol* 2019;34(10):979-82.
32. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Neighborhood socioeconomic deprivation and residential instability: effects on incidence of ischemic heart disease and survival after myocardial infarction. *Epidemiology* 2007;18(1):104-11.
33. Wang F, Luo W. Assessing spatial and nonspatial factors for healthcare access: towards an integrated approach to defining health professional shortage areas. *Health Place* 2005;11(2):131-46.
34. Rosano A, Loha CA, Falvo R et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health* 2013;23(3):356-60.
35. Gibson OR, Segal L, McDermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Serv Res* 2013;13:336.
36. Means T. Improving quality of care and reducing unnecessary hospital admissions: a literature review. *Br J Community Nurs* 2016;21(6):284,288-91.
37. Fishman J, McLafferty S, Galanter W. Does Spatial Access to Primary Care Affect Emergency Department Utilization for Nonemergent Conditions? *Health Serv Res* 2018;53(1):489-508.
38. Laditka JN, Laditka SB, Probst JC. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005;40(4):1148-66.
39. Arthurson K, Levin I, Ziersch A. Public housing renewal and social determinants of health. *J Prev Interv Community* 2016;44(4):233-46.
40. D'Alessandro D, Arletti S, Azara A et al. Strategies for Disease Prevention and Health Promotion in Urban Areas: The Erice 50 Charter. *Ann Ig* 2017;29(6):481-93.
41. La Dichiarazione di Trieste su La comunità che fa salute. Disponibile all'indirizzo: http://trieste.aterfvig.it/fileadmin/user_ATER/trieste/ATER_TRIESTE/Progetti_innovativi/Dichiarazione_Comunita_Salute_firmata.pdf