Salute senza esclusione:

campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinta a Roma

a cura di

Giovanni Baglio, Francesca Barbieri, Laura Cacciani, Carmelina Certo, Antonella Crescenzi, Emanuela Forcella, Angelo Fraioli, Filippo Gnolfo, Salvatore Geraci, Fulvia Motta, Margherita Sestieri, Maurizio Sprovieri, Maria Edoarda Trillò

Con il patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinta a Roma

Pubblicazione realizzata per il GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute-Lazio) dall'Area sanitaria della Caritas di Roma, da anni impegnata nella tutela della salute dei cittadini immigrati e rom, nella riflessione sui meccanismi che producono marginalità e diseguaglianze, nella proposta, comune ad altri gruppi, enti ed organizzazioni, di percorsi e strategie per una "salute senza esclusione"

A cura di
Giovanni Baglio, Laziosanità -Agenzia di Sanità Pubblica
Francesca Barbieri, ASL Roma D
Laura Cacciani, Laziosanità -Agenzia di Sanità Pubblica
Carmelina Certo, ASL Roma E
Antonella Crescenzi, Laziosanità -Agenzia di Sanità Pubblica
Emanuela Forcella, Laziosanità -Agenzia di Sanità Pubblica
Angelo Fraioli, ASL Roma B
Filippo Gnolfo, ASL Roma A
Salvatore Geraci, Area sanitaria Caritas di Roma
Fulvia Motta, Area sanitaria Caritas di Roma
Margherita Sestieri, ASL Roma D
Maurizio Sprovieri, ASL Roma E
Maria Edoarda Trillò, ASL Roma C

Tutti aderenti al GrIS-Area zingari del Lazio

Ringraziamenti
Si ringrazia la dott.ssa Simona Giampaoli (CNESPS, Istituto Superiore di Sanità) per il supporto metodologico offerto nella fase di pianificazione degli interventi di educazione sanitaria e controllo della pressione arteriosa.
Si ringraziano, inoltre, Serena Brandolini e Teresa Esposito (Laziosanità-ASP) per il sostegno organizzativo al percorso di formazione ECM; e Saverio Veloccia (Laziosanità-ASP) per lo sviluppo del software di inserimento dati e la stesura del relativo manuale d'uso.

Quaderni di InformaArea, n. 5, aprile 2008

È possibile riprodurre parzialmente dati e considerazioni contenuti in questo volume, informandone gli autori, citandone la fonte e trasmettendo copia dell'eventuale lavoro prodotto.
Eventuali suggerimenti ed aggiornamenti sono graditi.

Area sanitaria Caritas di Roma
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
email: area.sanitaria@caritasroma.it

Caritas Diocesana di Roma
Piazza S. Giovanni in Laterano, 6 - 00184 Roma
tel. 06.69886424 fax 06.69886489
www.caritasroma.it
ccp 82881004

GrIS-Lazio c/o
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
S.I.M.M.
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
www.simmweb.it
info@simmweb.it

indice

Presentazione
SALVATORE GERACI 5

1. Introduzione 7

2. Finalità e obiettivi 9

3. Aspetti metodologici 10
3.1 Definizione della popolazione bersaglio 11
3.2 Pianificazione delle attività 11
3.3 Modalità di intervento nei campi 13
3.4 Individuazione delle risorse umane, strutturali e materiali 13
3.5 Definizione della scheda di raccolta dati 14
3.6 Ruolo del privato sociale 14

4. Risultati 15
4.1 Mappatura degli insediamenti e stime demografiche 15
4.2 Istituzioni e strutture coinvolte 16
4.3 Risorse impegnate 17
4.4 Descrizione dell'attività svolta 18

5. Conclusioni e prospettive 23

6. Schede bibliografiche 25
6.1 Normativa 25
6.2 Storia, cultura e identità 25
6.3 Salute 25
6.4 Istituzioni nazionali e internazionali 27

Allegati
Allegato 1 – Lettera dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio alle ASL 29
Allegato 2 – Lettera del Direttore Generale di Laziosanità-ASP alle ASL 31
Allegato 3 – Scheda per la quantificazione della popolazione 32
Allegato 4 – Mappe di fruibilità 33
Allegato 5 – Opuscolo informativo per l'educazione sanitaria 50
Allegato 6 – Programma corso di formazione 53
Allegato 7 – Scheda di raccolta dati 55

riassunto

INTRODUZIONE

Nella città di Roma viene segnalata una consistente presenza di Rom e Sinti, stimata intorno alle 8 mila unità e distribuita in 33 insediamenti*, di cui solo alcuni attrezzati o semi-attrezzati. Si tratta di persone particolarmente esposte al rischio di esiti negativi per la salute, a causa delle condizioni di marginalità sociale e del ridotto accesso ai servizi socio-sanitari.

Un'importante sfida per la Sanità Pubblica è rappresentata dalla necessità di garantire specifici interventi di tutela in favore di questa popolazione così svantaggiata, orientati alla promozione del diritto alla salute e alla fruibilità dell'assistenza sanitaria.

A tale scopo, il GrIS Lazio – Gruppo Immigrazione e Salute – ha condotto nel 2006 una campagna per l'accessibilità e l'educazione sanitaria, rivolta alle comunità di Rom e Sinti presenti a Roma. L'iniziativa si ricollega all'esperienza di riconosciuto successo che è stata la campagna vaccinale condotta nel 2002 in tutti i campi nomadi della Capitale, nel corso della quale è stato possibile vaccinare circa 2.000 bambini, con una riduzione della scopertura vaccinale dal 40% al 9%.

OBIETTIVI

La campagna per l'accessibilità è stata realizzata allo scopo di avvicinare l'istituzione sanitaria pubblica agli abitanti dei campi nomadi presenti a Roma, attraverso un'azione mirata di orientamento al corretto uso dei servizi sanitari territoriali, offerta attiva di educazione alla salute e formazione degli operatori socio-sanitari.

RISULTATI

Nel corso della campagna, che si è articolata in due settimane (2-6 ottobre e 13-17 novembre 2006), 140 operatori sanitari delle cinque ASL dell'area metropolitana di Roma, supportati dagli operatori del privato sociale, si sono recati nei campi per incontrare la popolazione zingara e diffondere attivamente informazioni sui servizi socio-sanitari territoriali e sugli stili di vita favorenti una buona salute. Durante le visite nei campi sono state anche offerte semplici prestazioni mediche, quali la misurazione della pressione agli adulti e le vaccinazioni ai bambini.

I contatti documentati mediante apposite schede di registrazione sono stati complessivamente 1.970. La copertura calcolata sulla popolazione bersaglio (sopra i 14 anni di età) è risultata pari al 30%, in media un contatto per nucleo familiare.

La campagna è stata inserita all'interno di un percorso formativo, accreditato presso il Ministero della Salute con rilascio di crediti ECM, che ha avuto l'obiettivo di sensibilizzare gli operatori socio-sanitari sui temi della medicina transculturale e addestrarli per interventi a elevato impatto relazionale, che richiedono sviluppate capacità comunicative e interattive.

CONCLUSIONI

La campagna ha permesso di sperimentare sul campo un modello di Sanità Pubblica incentrato sull'offerta attiva di prestazioni e servizi sanitari a gruppi di popolazione a elevato rischio di esclusione sociale. È emersa, inoltre, l'importanza del lavoro di rete e della sinergia tra le istituzioni pubbliche e le associazioni del privato sociale, con queste ultime chiamate a svolgere un'opera di intermediazione culturale tra gli operatori dei servizi e le comunità.

* Rilevazione a giugno 2006.

presentazione

In fredde giornate d'inverno, contemporaneamente in una trentina di insediamenti, anche molto lontani tra loro, insieme ad oltre un centinaio di operatori, abbiamo attraversato canneti, cercato baracche, superato discariche, ... incontrato persone spesso diffidenti e sorprese ...

Non è l'inizio di un romanzo d'avventura, ma sono pagine di un diario di campo per un intervento tra i Rom, realizzato a Roma alla fine del 2006. E gli operatori non sono i volontari di una associazione umanitaria impegnata a portare solidarietà ed aiuto o i vigili urbani incaricati di uno sgombro.
Sono scenario ed attori di un intervento sanitario pensato e costruito con attenzione e scrupolo, dove medici, infermieri, operatori sanitari e sociali, volontari e professionisti, del settore pubblico e del privato sociale, insieme si sono messi in gioco per raggiungere ed entrare in relazione con Rom e Sinti della città di Roma ed avviare percorsi di accoglienza, di prevenzione e se necessario di cura.
Nelle pagine seguenti, insieme con i colleghi protagonisti di questa esperienza, cerchiamo di raccontarla, non sul piano umano o di una lettura meramente sociologica, ma entrando nel merito di un processo metodologico che ha come parole chiave rispetto ed equità. Forse ciò che ci accomuna tutti è proprio la declinazione di queste parole: rispetto per gli altri, per i bisogni degli altri, per le speranze degli altri, per la dignità di ciascuno, per il nostro lavoro, per il nostro mandato professionale o istituzionale, per le nostre convinzioni ... e potremmo continuare a lungo. Equità è alla base del convivere sociale, ed è alla base di tutte le professioni d'aiuto: intendiamo equità non come dare a tutti, tutto allo stesso modo, ma dare a ciascuno pari opportunità, per vivere, crescere, sperare, ... curarsi.
Rispetto ed equità diventano spazio condiviso di riflessione, di progettazione e di impegno e riescono a tradursi in operatività comune proprio per questo: ognuno, condividendo ciò, nella relazione con l'altro, collega, operatore o volontario, Rom o immigrato, italiano o straniero attiva un processo, più o meno consapevole, di senso, che rimotiva, aiuta, ridefinisce il proprio spazio d'azione nel merito e non nelle pieghe delle preoccupazioni di budget, turni, ruolo o incarichi di cui siamo soffocati nella quotidianità.
Solo così riusciamo a spiegare perchè da oltre 10 anni più di un centinaio di operatori (riuniti nel GrIS-Lazio) continuano ad incontrarsi periodicamente su temi a volte frustranti in quanto le risposte trovate sono inadeguate ai bisogni (il caso dei Rom è particolarmente significativo) eppure ci si continua ad impegnare, a vedere, a lavorare.
La scelta di descrivere analiticamente l'esperienza è quella di lasciare traccia di ciò che è stato fatto e di come è stato fatto perchè, se adeguato, possa essere da stimolo per altre realtà territoriali. Ci è sembrato opportuno però, in questa premessa, brevemente descrivere il contesto umano in cui l'esperienza si è costruita e realizzata poiché ciò non è mai neutro nell'efficacia dell'intervento.
Ed è opportuno sottolinearlo proprio nel momento in cui il Ministero della Salute ha deciso di sostenere una sperimentazione metodologica di approccio alla popolazione rom, in base all'esperienza del GrIS-Lazio, in altre realtà italiane anche per avviare una riflessione nazionale su come garantire il diritto alla salute per tutti.
A distanza di un anno da quell'esperienza cosa è rimasto? Certamente la metodologia, le sensazioni umane e professionali, qualche progetto; in genere una attenzione maggiore per questa popolazione almeno da parte degli operatori che hanno partecipato alla campagna, "l'iscrizione" più o meno legittimata nelle agende delle aziende sanitarie romane del tema della tutela sanitaria dei Rom; la conoscenza di una popolazione al di là dei luoghi comuni e dei pregiudizi, ma basata sull'incontro e sulla relazione ... che ci cambia ... sempre.

Salvatore Geraci

1. introduzione

Dal 1995 esiste e opera nel Lazio un gruppo di collegamento territoriale, denominato GrIS-Gruppo Immigrazione e Salute, cui aderiscono strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale coinvolte a vario titolo nel garantire la tutela e la promozione della salute della popolazione immigrata.
All'inizio del 2001, in seno al GrIS-Lazio si è costituito un sottogruppo tematico specificamente dedicato allo studio e all'approfondimento delle problematiche socio-sanitarie della popolazione rom e sinta presente sul territorio regionale (GrIS-Area Zingari).
Tra le iniziative promosse in questi anni dal GrIS-Area Zingari, particolare rilievo ha assunto il programma "Salute senza esclusione", finalizzato al riconoscimento e alla promozione del diritto alla salute per tutti, attraverso l'adozione di strategie di sanità pubblica centrate sulla sinergia pubblico-privato sociale e sull'offerta attiva di prestazioni sanitarie.
Nell'ambito di tale programma, nel 2002 è stata promossa e realizzata una campagna vaccinale in favore dei bambini rom e sinti presenti in tutti i campi nomadi della città di Roma. La campagna, che aveva l'obiettivo di ottenere in tempi rapidi una copertura vaccinale adeguata in seno a questa popolazione, ha rappresentato un'importante occasione di contatto tra gli operatori del servizio sanitario regionale e gli zingari presenti nei 32 insediamenti censiti nell'intera area metropolitana dalle associazioni del privato sociale. In tre settimane, tra marzo e ottobre, circa 160 operatori delle cinque Aziende sanitarie locali (ASL) di Roma sostenuti da oltre 90 mediatori del privato sociale si sono recati nei campi a proporre attivamente la vaccinazione. Questo ha permesso di vaccinare circa 2000 bambini, pari all'80% dei minori presenti nei campi, con una riduzione della scopertura vaccinale dal 40% al 9%.
Conclusa con successo la campagna, il GrIS ha avviato al suo interno un'approfondita discussione sulle iniziative di sanità pubblica più adeguate da intraprendere per continuare l'impegno nella promozione della salute dei Rom e dei Sinti.
Da una parte, veniva riconosciuta l'efficacia della campagna come strategia di intervento per portare all'attenzione delle istituzioni sanitarie e degli operatori le problematiche socio-sanitarie di questa popolazione, soprattutto nel contesto di una grande città come Roma, contraddistinta da un numero elevato di insediamenti distribuiti su varie amministrazioni ASL. È ben noto che la campagna, per le sue caratteristiche di intervento straordinario, rappresenta un'occasione di mobilitazione generale dei servizi e ri-motivazione del personale sanitario, in grado di "scardinare" le pratiche ordinarie di amministrazione della sanità, spesso inerti e acquiescenti nei confronti delle gravi criticità poste dalle frange più disagiate della popolazione.
D'altra parte, non venivano sottaciuti i rischi connessi a una prassi interventista, per sua natura frammentaria e discontinua, onerosa sul piano dell'impegno profuso, potenzialmente in grado di indurre nella popolazione rom forme di "dipendenza assistenzialista" e non sempre capace di tradurre in attività routinarie i cambiamenti positivi di cui è portatrice.
È prevalsa, infine, la volontà di replicare la campagna, ma di non limitarsi al solo aspetto delle vaccinazioni. L'esperienza maturata nel corso del precedente intervento e le evidenze desunte dalla letteratura scientifica portavano a identificare nell'accessibilità delle strutture sanitarie un nodo critico per la salute della popolazione rom. Intervenendo su tale ambito, sarebbe stato possibile innescare un circolo virtuoso di tutela della salute che avrebbe portato i Rom a trovare risposte adeguate ai loro bisogni specifici all'interno delle articolate e variegate strutture del Servizio sanitario nazionale (Ssn).
Fin da subito, è apparso chiaro quanto un simile obiettivo fosse ambizioso e quanto complessa fosse l'organizzazione della campagna. Si trattava di aprire un "canale di comunicazione" fra due realtà non comunicanti. Da un lato gli operatori sanitari, portatori di una cultura che da secoli ha emarginato gli zingari, avrebbero dovuto non solo abbandonare i propri pregiudizi, ma addirittura compiere lo sforzo di una presa in carico, oltretutto modulata sulle peculiarità di questa popolazione. Dall'altro la popolazione rom, a sua volta portatrice di una cultura di auto-esclusione, avrebbe dovuto superare il rapporto ambiguo e conflittuale di bisogno/rifiuto verso il mondo dei gagé.

Ne è nato il progetto di cui riportiamo di seguito un approfondito resoconto: una campagna per l'accessibilità e l'educazione sanitaria in favore delle comunità rom e sinte presenti a Roma.
In coerenza con quanto sottolineato in premessa, l'intervento è stato disegnato in modo da operare su più versanti:
- sensibilizzare la popolazione mediante l'educazione sanitaria e la creazione di contatti personalizzati tra operatori e zingari, al fine di superare diffidenza e pregiudizi reciproci;
- implementare percorsi socio-sanitari a bassa soglia d'accesso;

- proporre iter formativi specifici per gli operatori sanitari sui temi della medicina transculturale e sugli interventi ad alto impatto relazionale che presuppongono sviluppate capacità comunicative e interattive.

L'Assessorato alla Salute della Regione Lazio ha espresso il suo impegno a sostenere l'iniziativa e ne ha dato comunicazione ufficiale ai Direttori Generali delle cinque ASL dell'area metropolitana di Roma (lettera Prot. 21750/4V/09 del 21 febbraio 2006), richiedendo esplicitamente la loro disponibilità a collaborare.
L'Agenzia di Sanità Pubblica (Laziosanità-ASP) ha avuto il mandato di coordinare le attività e di pianificare il percorso formativo per gli operatori coinvolti.
Infine, dietro sollecitazione dell'ASP (lettera Prot. 3240/ASP/DS del 9 aprile 2006), ciascuna ASL ha identificato un proprio referente aziendale, con il compito di organizzare la campagna, individuare il personale e calendarizzare gli interventi.
Il V Dipartimento "Politiche Sociali e della Salute" del Comune di Roma ha fornito un importante sostegno all'iniziativa, supportando le attività di formazione e la messa a punto del materiale informativo da distribuire alla popolazione nei campi.

E veniamo alla presentazione del presente rapporto.
I capitoli successivi riportano gli obiettivi del progetto e offrono una descrizione dettagliata del percorso metodologico adottato per la realizzazione della campagna. Siamo consapevoli che esperienze come questa non valgono soltanto per i risultati conseguiti sul campo, ma soprattutto per la loro valenza "prototipale" rispetto alla proposizione di modelli di sanità pubblica potenzialmente replicabili in altri contesti. Per tale ragione, abbiamo voluto dare ampio risalto ai diversi aspetti della fase preparatoria che consideriamo cruciali nella messa in atto della campagna, presentandoli in forma di vademecum ed esplicitando – ove necessario – le scelte strategiche e le ragioni sottese a tali scelte. In particolare, tra gli aspetti considerati salienti abbiamo incluso: la definizione della popolazione bersaglio; la pianificazione e l'attuazione degli interventi; l'identificazione e la quantificazione delle risorse umane, strutturali e materiali; la messa a punto degli strumenti di raccolta dati. Particolare enfasi è stata riservata al ruolo di intermediazione culturale svolto dalle associazioni del privato sociale e del volontariato nella fase di pianificazione e soprattutto in quella di esecuzione degli interventi.
Il quarto capitolo riporta i risultati ottenuti, in termini di mappatura dei campi, stima della popolazione presente, coinvolgimento delle strutture e delle istituzioni, e descrizione delle attività svolte.
Infine, nel quinto capitolo si tenta un bilancio dell'iniziativa, con un'analisi critica delle scelte operate a fronte dei risultati conseguiti e la formulazione di proposte operative per il futuro.
Seguono una scheda bibliografica e sette allegati. I primi due riportano le già citate lettere dell'Assessore alla Sanità della Regione Lazio e di Laziosanità-ASP ai Direttori Generali delle ASL. I successivi allegati ripropongono alcuni strumenti di lavoro utilizzati in fase di preparazione (scheda per la quantificazione della popolazione presente) e in fase realizzativa (mappe di fruibilità, opuscolo informativo per l'educazione sanitaria, scheda di raccolta dei dati), nonché il programma del percorso formativo accreditato ECM rivolto agli operatori partecipanti.

2. finalità e obiettivi

Come anticipato nell'introduzione, la campagna è stata pianificata allo scopo di avvicinare gli operatori dei servizi socio-sanitari alla popolazione rom e sinta presente negli insediamenti dell'area metropolitana di Roma. Per tale ragione, l'idea portante del progetto era che il personale sanitario, adeguatamente supportato dagli operatori del privato sociale, si recasse nei campi a incontrare la popolazione zingara, a diffondere informazioni relative ai servizi sanitari disponibili, a svolgere interventi di educazione sanitaria e, laddove possibile, a indirizzare "attivamente" le persone ai servizi in risposta a specifici bisogni emergenti.
In particolare, sono stati fissati i seguenti obiettivi specifici.

a) Fornire agli abitanti dei campi informazioni sulle strutture sanitarie territoriali, mediante diffusione di schede informative sui percorsi di accesso e mappe dei servizi diversificate per ogni campo.

b) Attuare interventi di educazione sanitaria – con il supporto anche di opuscoli informativi – in relazione alla prevenzione di malattie diffusive, alla promozione della salute del bambino e degli stili di vita che negli adulti si associano a riduzione del rischio di complicanze cardiovascolari.

c) Offrire attivamente un controllo della pressione arteriosa (PA) ai soggetti adulti.

d) Attuare un orientamento attivo ai servizi territoriali competenti per:
   - adulti con ipertensione (o positivi al controllo della PA);
   - bambini (0-14) per la verifica e il completamento della copertura vaccinale;
   - donne in età fertile per la pianificazione familiare e donne in gravidanza per l'assistenza prenatale;
   - soggetti cui è offerta gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale in base alle indicazioni fornite dalla Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2005-2006" del 5 Agosto 2005[1].

e) Realizzare un percorso formativo (con rilascio di crediti ECM/Educazione Continua in Medicina) al fine di sensibilizzare e motivare gli operatori socio-sanitari su temi della medicina transculturale.

[1] Ai sensi della suddetta Circolare, le fasce di popolazione interessate sono: a) soggetti di età pari o superiore a 65 anni; b) bambini di età superiore ai 6 mesi e adulti affetti da malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio (inclusa l'asma persistente, la displasia broncopolmonare e la fibrosi cistica), malattie croniche dell'apparato cardio-circolatorio, comprese le cardiopatie congenite e acquisite, diabete mellito e altre malattie metaboliche, malattie renali con insufficienza renale, malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie, malattie congenite o acquisite che comportino carente produzione di anticorpi, immunosoppressione indotta da farmaci o da HIV, sindromi da malassorbimento intestinale, patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici; c) bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale; d) bambini pretermine (nati prima della 37ª settimana di gestazione) e di basso peso alla nascita (inferiore ai 2500 g), dopo il compimento del 6° mese; e) donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica; f) contatti familiari di soggetti ad alto rischio; g) personale che per motivi occupazionali è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte d'infezione da virus influenzali.

3. aspetti metodologici

Al fine di pianificare le attività della campagna, in accordo con gli obiettivi specifici prefissati, è stato avviato in seno al GrIS-Area Zingari un intenso lavoro preparatorio di definizione del percorso metodologico da adottare. Punti salienti di tale percorso sono stati: il pieno coinvolgimento delle istituzioni del servizio sanitario regionale e la loro adesione all'iniziativa anche sul piano "formale"; il lavoro di rete e la sinergia pubblico-privato sociale; la formazione degli operatori.
Per ottenere la piena adesione delle istituzioni sanitarie e costruire un ampio consenso "politico" intorno all'iniziativa, è stato previsto un processo di progressiva mobilitazione e coinvolgimento a cascata dei diversi attori attraverso due fasi distinte. La prima, dal basso verso l'alto, si è caratterizzata come vera e propria azione di *lobbying* sulle autorità politiche regionali: gli operatori del GrIS hanno sottoposto il progetto per la realizzazione della campagna all'approvazione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, ottenendone la completa adesione. Questo è stato possibile anche grazie alla credibilità e all'autorevolezza che il GrIS in questi anni ha saputo conquistarsi rispetto alle numerose iniziative di tutela della salute delle popolazioni fragili.
La seconda fase, dall'alto verso il basso, ha assicurato all'iniziativa la necessaria cornice di ufficialità, restituendo la proposta agli operatori sotto forma di "mandato" istituzionale a procedere. Così, l'Assessorato ha sollecitato l'adesione dei Direttori Generali delle cinque ASL dell'area metropolitana di Roma, designando Laziosanità-ASP a coordinare e gestire l'operatività (vedi Allegato 1). Questa ha richiesto ai Direttori Generali di nominare i referenti aziendali[2] (vedi Allegato 2); infine, i DDGG hanno dato disposizioni operative, designando i referenti aziendali e autorizzando gli operatori (in parte già attivi nel GrIS) a partecipare alla campagna.
Questo procedimento ha permesso di incardinare le attività della campagna, pur se a valenza straordinaria, all'interno delle attività sanitarie che le ASL realizzano a promozione e tutela della salute pubblica. Uno dei risultati è stato che alcune significative proposte operative emerse dall'esperienza della campagna sono pervenute ufficialmente ai Direttori Generali da parte dei referenti di ciascuna ASL, all'interno delle relazioni conclusive di attività, con la prospettiva di una loro traduzione in atti e decisioni aziendali.
D'altra parte, l'ingente sforzo organizzativo messo in campo per organizzare l'iniziativa è stato possibile solo grazie al lavoro di rete che ha permesso di ottimizzare le capacità e le risorse.
La rete ha operato fra le diverse ASL, i cui referenti si sono ripetutamente incontrati per discutere le scelte metodologiche e coordinare gli aspetti operativi: la possibilità di confrontarsi su risorse, criticità, fattibilità ha rafforzato la motivazione, l'impegno nel trovare soluzioni e ha permesso la piena condivisione delle esperienze.
La rete ha operato anche fra le istituzioni pubbliche e il mondo dell'associazionismo, assicurando all'iniziativa la necessaria sinergia tra il personale sanitario e gli operatori del privato sociale, che si era già dimostrata cruciale nel determinare il successo della campagna vaccinale del 2002. Sul ruolo del privato sociale si dirà più diffusamente nel paragrafo 3.6.
Infine, la rete ha coinvolto altre istituzioni, quali il V Dipartimento "Politiche Sociali e della Salute" del Comune di Roma, il Nucleo Assistenza Emarginati (NAE) della Polizia Municipale di Roma e la Protezione Civile, che hanno contribuito – ciascuna secondo le proprie competenze – alla riuscita dell'intervento.
Grande attenzione è stata rivolta alla formazione degli operatori. La scelta di inserire l'intera campagna all'interno di un percorso formativo accreditato ECM è scaturita dalla necessità di avviare un processo coerente e organico di acquisizione delle competenze indispensabili per intervenire efficacemente su una popolazione portatrice di specificità culturali e socio-sanitarie come quella dei Rom e dei Sinti.
Il corso aveva anche due ulteriori obiettivi non meno importanti: favorire l'incontro tra gli operatori e la condivisione di perplessità, dubbi e criticità in fase iniziale, nel tentativo di escogitare soluzioni condivise e ri-trovare le giuste motivazioni all'intervento; e avviare un primo tempestivo bilancio dei risultati conseguiti, a conclusione dell'esperienza e la contestuale formulazione di proposte operative da presentare ai Direttori Generali delle ASL per la presa in carico della popolazione zingara, in continuità con le attività avviate nel corso della campagna.
Dalla prima elaborazione del protocollo operativo all'inizio dell'intervento, a fine settembre 2006, sono intercorsi sei mesi di intenso lavoro preparatorio. I paragrafi seguenti ne riportano una circostanziata descrizione.

---

[2] I referenti aziendali, figure chiave nell'organizzazione della campagna, hanno avuto il compito di coordinare la campagna a livello aziendale, con particolare riferimento alla definizione delle modalità operative degli interventi e all'individuazione del personale aziendale da coinvolgere.

3.1 Definizione della popolazione bersaglio

È stato deciso di includere nella popolazione bersaglio le persone presenti negli insediamenti, comprese quelle non appartenenti alle comunità rom e sinte – in prevalenza rumeni non Rom. Tutti sono stati destinatari degli interventi previsti dal protocollo operativo.
Al fine di quantificare e reperire le risorse, è stato necessario effettuare in via preliminare un censimento degli insediamenti. Il momento storico in cui si è svolta la preparazione della campagna ha coinciso con una rapida modificazione delle tipologie di presenze zingare nella Capitale e con la comparsa di numerosi agglomerati spontanei, non strutturati, di piccole dimensioni e generalmente temporanei. Si è deciso di intervenire nei campi censiti ufficialmente dal Comune di Roma e in alcuni insediamenti che, se pure spontanei, presentavano caratteristiche di stabilità. Questa scelta si è dimostrata valida nel proseguo della campagna, se si considera che nei tre mesi intercorsi dal censimento all'inizio dell'intervento alcuni degli insediamenti spontanei inseriti nella mappatura erano già stati abbandonati: un criterio di inclusione più ampio avrebbe moltiplicato tale situazione, con conseguente dispendio di energie e risorse.
In ogni campo è stata stimata la popolazione presente, con una quantificazione indicativa della componente adulta. A differenza della campagna vaccinale del 2002, in cui era stato realizzato un vero e proprio censimento nominativo dei minori per consentire il calcolo accurato dei tassi di copertura prima e dopo l'intervento, in questo caso è stato giudicato sufficiente un conteggio approssimativo della popolazione presente.
Le informazioni sono state reperite prevalentemente dalle associazioni del privato sociale per ciascuno dei campi in cui operavano, mediante la compilazione di una scheda opportunamente predisposta (vedi Allegato 3). Tale scheda, oltre a raccogliere dati sulla popolazione presente nei campi, ha permesso anche di registrare informazioni su alcuni aspetti logistici utili per definire le strategie d'intervento e su eventuali altre associazioni del privato sociale attive nei campi. Questo ha permesso di individuare e coinvolgere nuove organizzazioni nelle attività della campagna.
Per gli insediamenti in cui non era presente alcuna associazione, sono state utilizzate le liste censuarie messe a disposizione dai NAE, anche se non sempre aggiornate.

3.2 Pianificazione delle attività

In relazione ai diversi obiettivi specifici, sono stati pianificati gli interventi da effettuare nel corso della campagna.

a) Informazione sui servizi sanitari
Al fine di fornire agli abitanti dei campi informazioni sui servizi sanitari territoriali, per ciascun campo è stata predisposta una "mappa di fruibilità" (vedi Allegato 4) contenente indicazioni dettagliate sulle strutture sanitarie di prima assistenza distribuite sul territorio intorno agli insediamenti (in particolare ambulatori per stranieri temporaneamente presenti - STP, consultori familiari, centri vaccinali, centri di salute mentale ecc.); e sui percorsi di accesso, con riferimenti precisi a giorni e orari di apertura, linee degli autobus, nomi di operatori presenti e modalità di accesso alle prestazioni.
Le informazioni sono state reperite dai referenti aziendali di ciascuna ASL e predisposte per ciascun insediamento secondo uno schema predefinito.

b) Interventi di educazione sanitaria
L'educazione sanitaria ha riguardato la prevenzione di malattie infettive e diffusive, la promozione della salute del bambino e degli stili di vita degli adulti, in particolare quelli associati alla riduzione del rischio di complicanze cardiovascolari in pazienti con ipertensione. Relativamente alla salute del bambino si è scelto l'approccio utilizzato dal Progetto "sei+uno", già attivo in altre regioni e volto a promuovere sette interventi di prevenzione primaria[3].

La predisposizione di materiale per l'educazione sanitaria rivolta a persone appartenenti a culture "altre" è sempre un lavoro particolarmente complesso: le informazioni devono essere presentate in forma semplice, essenziale, con una predilezione per le immagini rispetto al testo scritto.
In questo caso, si è proceduto attraverso i seguenti passaggi:
- si è costituito un comitato ristretto di redazione, con il compito di selezionare i messaggi specifici di educazione da veicolare e di adattarli alle situazioni specifiche dei campi;

[3] I sette interventi sono: assumere acido folico per le adolescenti; allattare il bambino al seno; farlo dormire a pancia in su; non esporlo al fumo di sigaretta; viaggiare sicuro con il seggiolino; vaccinarlo; raccontargli storie.

- una grafica professionista è stata incaricata di tradurre in immagini le indicazioni elaborate dal comitato;
- la bozza è stata sottoposta alla revisione di alcuni membri delle comunità rom e sinte, al fine di verificare l'appropriatezza dei messaggi e dei disegni e di ricevere indicazioni in merito alle lingue più utilizzate dagli abitanti dei campi;
- il testo è stato infine tradotto in due lingue: il rumeno e il serbo-croato.

L'opuscolo intitolato "Scegli la salute" è riproposto nell'Allegato 5.

c) Controllo della pressione arteriosa

Durante la visita nei campi, è stata offerta alla popolazione adulta la misurazione della pressione arteriosa, al fine di individuare i soggetti ipertesi e/o a rischio. Sono stati utilizzati gli standard elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)[4]. La misurazione della pressione ha rappresentato, inoltre, l'occasione per creare un setting di incontro tra gli operatori e gli zingari, che ha permesso di veicolare messaggi di educazione sanitaria ed effettuare l'orientamento attivo ai servizi.

d) Orientamento attivo ai servizi sanitari

Sulla base degli specifici bisogni sanitari emersi nel corso delle visite nei campi, gli operatori hanno invitato gli abitanti a rivolgersi al proprio medico curante (se iscritti al Servizio sanitario nazionale), agli ambulatori STP o ad altri servizi sanitari territoriali competenti (consultori, centri vaccinali, servizi di igiene pubblica ecc.).

Un'attenzione particolare è stata rivolta ai seguenti gruppi: ipertesi o positivi al controllo della PA, donne in età fertile o donne in gravidanza, bambini con meno di 14 anni e soggetti eleggibili per la vaccinazione antinfluenzale.

I servizi sanitari hanno adottato idonee modalità organizzative in grado di facilitare l'accoglienza delle persone inviate. Laddove possibile, in base alle risorse disponibili, è stato previsto un servizio di accompagnamento delle persone ai servizi oppure l'offerta attiva nei campi di alcune prestazioni mediche, in particolare le vaccinazioni.

e) Percorso formativo per gli operatori socio-sanitari

Della centralità della formazione si è già detto. Grande attenzione è stata posta ai contenuti e alla metodologia del percorso formativo (vedi programma riportato nell'Allegato 6), i cui obiettivi didattici sono stati:

- acquisire conoscenze sulla promozione della salute dei soggetti deboli, il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria per la popolazione rom e sinta, le strategie e le metodologie di lavoro in sanità con questa popolazione;
- acquisire conoscenze pratiche in merito alle procedure e alla modalità di accesso ai servizi sanitari da parte dei Rom e Sinti, all'orientamento attivo e all'educazione sanitaria;
- conoscere la comunità rom e sinta in tutti i suoi risvolti culturali, sociali e di salute, disporre di informazioni aggiornate sulla normativa e sui bisogni sanitari, migliorare le capacità relazionali per organizzare al meglio i servizi e favorirne la fruibilità da parte di un'utenza con caratteristiche di debolezza e fragilità sociale.

Il lavoro è iniziato con due giornate d'aula, nel settembre 2006, in cui si è presentato e condiviso il protocollo operativo della "Campagna per l'accessibilità dei servizi", sono state approfondite le strategie di intervento e sono stati offerti elementi di conoscenza e comprensione della storia e della cultura dei Rom e dei Sinti e del loro atteggiamento nei confronti della salute/malattia.

È stata inoltre selezionata e distribuita a tutti i partecipanti un'ampia bibliografia come supporto didattico, disponibile su CD, riguardante i seguenti argomenti:

- "Campagna per l'accessibilità": strumenti operativi per lo svolgimento delle attività;
- raccolta normativa sui temi della salute e dell'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata;
- testi della letteratura internazionale su storia, cultura e identità dei Rom e dei Sinti;
- articoli della letteratura internazionale sulla salute zingara;
- documenti di istituzioni nazionali e internazionali sulla situazione dei Rom in Italia e in Europa.

Alle giornate d'aula sono seguite 20 ore di esercitazione svolte direttamente nei campi (in 10 giornate, nei

---

[4] Definizione di ipertensione dell'OMS: pressione arteriosa che in più rilevazioni risulta uguale o superiore al valore di 140 mmHg di sistolica o di 90 mmHg di diastolica.

- Ipertensione di grado lieve: valori pressori di sistolica compresi tra 140 o 159 mmHg e di diastolica tra 90 e 99 mmHg.
- Ipertensione di grado moderato: valori pressori di 160-179 mmHg di sistolica o 100-109 mmHg di diastolica.
- Ipertensione di grado severo o grave: valori pressori uguali o superiori a 180 mmHg di sistolica o 110 mmHg di diastolica.

mesi di ottobre e novembre), nel corso delle quali sono stati attuati gli interventi sulla popolazione. Durante le visite negli insediamenti, gli operatori sanitari a turno hanno anche garantito l'assistenza di secondo livello presso i servizi territoriali coinvolti nella fase di orientamento attivo.
Il corso si è concluso con una giornata di riflessione comune sull'esperienza, nel mese di dicembre 2006. In aula i ruoli si sono invertiti e i "docenti" delle prime due giornate si sono messi in ascolto dei partecipanti che hanno assunto la guida dei lavori. Punti importanti di discussione sono stati: l'analisi dei risultati (in base a criteri predefiniti e confrontabili), la riflessioni sugli obiettivi raggiunti, le proposte organizzative da inoltrare ai Direttori Generali di ciascuna ASL per la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione zingara.

3.3 Modalità di intervento nei campi

Preliminare all'individuazione e alla quantificazione delle risorse umane necessarie è stata la definizione della strategia d'intervento. In considerazione della diversità dei campi per dimensione, caratteristiche logistiche e profilo della popolazione, le scelte sulle modalità di svolgimento degli interventi sono state improntate alla massima flessibilità, così da tener anche conto della limitata disponibilità di risorse strutturali e organizzative.
L'orientamento si è di volta in volta determinato in base alle possibilità concrete di creare un setting per l'incontro tra operatori e popolazione presente e in relazione alle tipologie degli interventi proposti.
In linea generale, le persone andavano convogliate in un'area all'aperto, possibilmente contigua alla postazione individuata per la visita medica e la misurazione della pressione, e intrattenute con l'aiuto di poster su temi di educazione sanitaria. Alcuni operatori – in genere una figura sanitaria e un operatore del privato sociale – si dedicavano alla prima accoglienza: in questa fase, si procedeva alla compilazione della scheda di registrazione e raccolta dati (vedi paragrafo 3.5) e veniva distribuito il materiale informativo sui servizi sanitari territoriali (mappe di fruibilità) e sulle tematiche di educazione sanitaria (opuscoli informativi illustrati).
Successivamente, le persone munite di scheda di registrazione andavano indirizzate all'interno della postazione (un punto mobile o un locale o una tettoia) dove una equipe di operatori sanitari (da 2 a 5) era deputata a svolgere gli interventi di misurazione della pressione arteriosa in due tempi, di educazione sanitaria e orientamento attivo ai servizi sulla base di eventuali bisogni sanitari emergenti.
Negli insediamenti di dimensioni ridotte o in campi con caratteristiche peculiari, si consigliava agli operatori coinvolti nella campagna di recarsi presso le singole abitazioni e attuare tutti gli interventi contestualmente.
Oltre alle strategie relative agli interventi nei campi, era richiesto di individuare modalità organizzative dei servizi sanitari territoriali che facilitassero l'accoglienza delle persone inviate e permettessero di registrare l'avvenuto accesso dei Rom e Sinti durante il periodo di svolgimento della campagna.

3.4 Individuazione delle risorse umane, strutturali e materiali

Sulla base di quanto sopra descritto, i referenti delle ASL hanno fornito elenchi nominativi delle equipe che avrebbero svolto gli interventi nei vari campi, secondo modalità adattate alle specifiche situazioni.
Le associazioni del privato sociale sono state coinvolte in tutte le fasi della progettazione e hanno garantito la presenza di operatori durante gli interventi nei campi, anche se con qualche difficoltà dovuta al fatto che, essendo i suddetti operatori impegnati prevalentemente sul versante della scolarizzazione, non sempre hanno potuto partecipare compiutamente al percorso stabilito.
La definizione del setting degli interventi per ciascun campo ha comportato una ricognizione accurata delle possibili postazioni (punti fissi o mobili) già presenti negli stessi campi da parte degli operatori del privato sociale. È stato così possibile quantificare la necessità di tende o gazebo, tavolini e pannelli per l'affissione dei poster, che sono stati poi messi a disposizione dalla Protezione Civile.
Analogamente, è stato richiesto ai referenti ASL di quantificare il numero di sfigmomanometri e fonendoscopi necessari per l'intervento e il numero di quelli già disponibili nelle Aziende, in modo da acquistare i mancanti mediante un finanziamento del V Dipartimento del Comune di Roma.
L'organizzazione del percorso formativo, cornice di tutto l'intervento, ha visto la compartecipazione di diversi protagonisti: l'ASP ha assicurato l'accreditamento ECM, la segreteria operativa (quella scientifica congiuntamente con la Caritas), e il materiale informatico e cartaceo per gli operatori; la Caritas di Roma ha messo a disposizione la sede del corso e la logistica specifica; il Comune di Roma ha garantito i coffee break (momenti qualificanti anche per creare conoscenza e relazioni tra gli operatori), la modulistica, gli opuscoli e i manifesti informativi.
Anche in questo caso, vogliamo sottolineare l'originalità della costruzione dell'evento con la scelta di non richiedere un finanziamento *ad hoc* (con tempi presumibilmente lunghi ed esito incerto), bensì la partecipazione di diverse organizzazioni nell'ambito del mandato e della disponibilità di ciascuno.

3.5 Definizione della scheda di raccolta dati

Sono stati messi a punto due strumenti per la registrazione degli interventi nei campi: la scheda di registrazione, che ha fornito dati di tipo quantitativo, e il "diario di campo" per la raccolta di dati di tipo qualitativo.
La scheda di registrazione (vedi Allegato 7) si articolava in cinque sezioni:
1) dati socio-demografici
2) la misurazione della PA
3) orientamento attivo
4) invio ai servizi territoriali
5) offerta attiva

Su ogni scheda veniva riportato un codice progressivo, identificativo del campo e della ASL territorialmente competente, utile per ricostruire l'eventuale percorso assistenziale essendo la chiave di linkage tra l'intervento nei campi e l'accesso ai servizi territoriali.
Il formato della scheda prevedeva anche due parti distaccabili (vedi Allegato 7): la prima da consegnare alla persona come documentazione sanitaria e la seconda da distaccare al momento dell'accesso ai servizi territoriali da parte del personale sanitario, in modo da registrare l'avvenuto contatto a seguito dell'orientamento attivo. A proposito di questa seconda parte di scheda distaccabile, occorre sottolineare che l'obiettivo non era quello di permettere una quantificazione esatta degli accessi alle strutture sanitarie, quasi a voler mimare un rudimentale flusso informativo sanitario. La precarietà dello strumento in questo senso è stata evidente sin dalla sua ideazione. Piuttosto, la sezione distaccabile era stata pensata come una sorta di "biglietto di invito" da offrire ai Rom e ai Sinti per farli sentire attesi e titolari di un diritto: un modo per personalizzare l'accesso alle strutture che, associato alla cura con cui gli zingari custodiscono i documenti, poteva migliorare il rapporto con il Servizio sanitario.

Al fine di verificare l'efficacia e l'appropriatezza delle strategie operative, le attività e gli output della campagna sono stati oggetto di un'accurata analisi. È stato creato un software per l'inserimento delle schede di registrazione e l'analisi dei dati che ha permesso anche un'autovalutazione da parte degli stessi operatori, grazie a un modulo aggiuntivo per il calcolo automatizzato di alcuni indicatori predefiniti. Il software è stato perfezionato dopo la prima settimana di intervento nei campi, e corredato di un manuale d'uso. È stata organizzata dall'ASP una giornata di addestramento all'utilizzo del database, cui hanno partecipato gli operatori di ciascuna ASL indicati dai referenti aziendali. Questi hanno poi inserito i dati nel software, la cui maschera ripropone esattamente i campi della scheda, avvalendosi di accorgimenti tecnici per facilitare l'inserimento e ottimizzare la qualità dei dati (menù a tendina, controllo e limitazione di alcuni valori numerici ecc.), e hanno anche provveduto direttamente a una prima valutazione dei risultati basata su alcuni indicatori specifici. Nell'ultima giornata d'aula, a dicembre, i referenti ASL sono stati perciò in grado di presentare l'analisi dei risultati utilizzando criteri comuni e condivisi, individuando criticità e punti di forza dell'attività svolta.

Il "diario di campo" è stato distribuito agli operatori in modo da poter annotare le strategie utilizzate per attuare gli interventi, le criticità riscontrate e le impressioni percepite, al fine di favorire una flessibilità negli interventi permettendo però di tenerne traccia, oltre a rendere possibili valutazioni di tipo qualitativo.

3.6 Ruolo del privato sociale

La messa in atto di una campagna socio-sanitaria in favore della popolazione rom e sinta rende necessaria una qualche forma di intermediazione culturale, che sia in grado di garantire un'efficace interazione tra gli zingari presenti nei campi e gli operatori sanitari. Attori rilevanti di questo processo sono state le associazioni del privato sociale e i mediatori rom e sinti operanti nei campi, i quali hanno partecipato attivamente a tutte le fasi di pianificazione e realizzazione della campagna, costituendosi come anello di congiunzione tra le comunità e il personale sanitario. La specifica esperienza di lavoro con le comunità rom, anche nell'ambito assistenziale socio-sanitario, ha permesso alle associazioni coinvolte di svolgere un ruolo essenziale nella definizione della popolazione bersaglio e nell'individuazione delle risorse strutturali presenti nei campi, nella sensibilizzazione degli zingari rispetto alle iniziative di offerta attiva, nella preparazione e revisione del materiale educativo e nello svolgimento degli interventi, garantendo anche un supporto alla logistica.

4. risultati

4.1 Mappatura degli insediamenti e stime demografiche

La mappatura realizzata dal GrIS ha permesso di identificare 33 insediamenti, dislocati sul territorio delle 5 ASL dell'area metropolitana di Roma. La popolazione presente è stata stimata intorno alle 7.800 unità, con una componente adulta pari al 66%. La Tabella 1 riporta la lista dei campi, la loro ubicazione per ASL, Distretto sanitario e Municipio, il totale delle presenze stimate e la componente di popolazione adulta.

Tabella 1. Insediamenti per ASL, Distretto sanitario e Municipio, e stima della popolazione presente in ciascun insediamento.

ASL	Distretto	Municipio	Insediamento	Totale presenze stimate	Popolazione adulta
RMA	I	I	Campo Boario	180	150
	II	II	Foro italico	100	63
	IV	IV	Cesarina - Villaggio della Solidarietà	180	98
RMB	I	V	Casal di San Basilio	12	12
	I	V	Martora	250	170
	I	V	Montegiorgio	60	60
	I	V	Ponte Mammolo	100	100
	I	V	Salviati 70-2	270	150
	I	V	Salviati 70-1	80	65
	I	V	Scalo Tiburtino - Largo Camesena	200	120
	I	V	Via Smith	84	70
	II	VII	Casilino 900	710	460
	II	VII	Dameta	65	35
	II	VII	Via Severini	50	40
	II	VII	Via di Tor Cervara	150	150
	III	VIII	Salone	900	660
	IV	X	Barbuta	250	200
RMC	VI	VI	Gordiani	250	190
	IX	IX	Arco di Travertino	52	17
	XI	XI	Ponte Marconi – Lungotevere Dante	70	40
	XI	XI	Vicolo Savini	60	60
	XI	XI	Via Sette Chiese	18	18
	XII	XII	Pontina	850	500
	XII	XII	Tor de' Cenci	290	166
	XII	XII	Tor Pagnotta	130	80
	XII	XII	Via Laurentina	100	100
RMD	III	XV	Candoni	685	336
	IV	XVI	Comunità Rom Rumena "Bellosguardo" Villa Troili	500	350
	II	XIII	Acilia - Colonie Vittorio Emanuele	50	30
RME	XVIII	XVIII	Monachina	120	70
	XIX	XIX	Cesare Lombroso	250	150
	XX	XX	Camping Roman River	415	277
	XX	XX	Baiardo	268	116

4.2 Istituzioni e strutture coinvolte

ASL RMA (referente: dott. Filippo Gnolfo)	
Dipartimento di Prevenzione	UO Vaccinazioni e Medicina Preventiva
UO Procreazione cosciente e responsabile	
Distretto I	Centri vaccinali via S. Martino della Battaglia e "La Scarpetta"; Consultori familiari via S. Martino della Battaglia e "La Scarpetta"; Poliambulatorio via delle Cave Ardeatine; Ufficio scelta/revoca del medico via S. Martino della Battaglia
Distretto II	Centro vaccinale via Tagliamento; Consultori familiari via Salaria e via Garigliano; Ufficio tessera STP via Sabrata
Distretto IV	Centro vaccinale via Dina Galli; Ufficio tessera STP via Lampedusa; Consultori familiari via Farulli, via Dina Galli e largo Rovani
Ospedale Odontoiatrico G. Eastman	

ASL RMB (referente: dott. Angelo Fraioli)	
Dipartimento di Prevenzione	SISP; SIAN; Servizio di Medicina Penitenziaria
UOC Medicina Preventiva in Età Evolutiva	Ambulatori di Vaccinazione-Medicina Scolastica dei 4 Distretti
UO Procreazione cosciente e responsabile	Ambulatori di Pediatria e Ginecologia dei 4 Distretti
Distretto I	Poliambulatorio l.go De Dominicis; CAD
Distretto II	Poliambulatorio p.za dei Mirti
Distretto III	Poliambulatorio via di Torrenova
Distretto IV	Poliambulatori via Cartagine e via Antistio

ASL RMC (referente: dott.ssa Maria Edoarda Trillò)	
Distretto VI	Consultori familiari via Casilina, p.za dei Condottieri e via Spencer; UO MPEE; Poliambulatori via Antonio Tempesta, via Prenestina e via Telese
Distretto IX	Consultorio familiare via Denina; UO MPEE via Nocera Umbra; Poliambulatori via Apulia e via dell'Acqua Donzella; Ambulatorio STP
Distretto XI	Consultorio familiare via Montuori; UO MPEE S. Nemesio; Poliambulatorio p.za Pecile
Distretto XII	Consultorio familiare via Silone; UO MPEE via Silone; Sede vaccinale via Noventa; Medicina legale; Poliambulatori via Civiltà Romana e Decima-Torrino; UO Assistenza medico-generica e pediatrica
Dipartimento di Prevenzione	SISP; SIAN
Centro vaccinale Ospedale S. Eugenio CUP	

ASL RMD (referente: dott.ssa Francesca Barbieri)	
Distretto II	Centro vaccinale Ostia; UO Medicina Preventiva; Consultorio familiare via Toscanelli
Distretto III	CAD; Ambulatorio STP Ponte Galeria; UO Medicina Preventiva; Consultori familiari Corviale, via del Trullo e via della Magliana
Distretto IV	Medicina dei Servizi; CAD
Area Dipartimentale Cure Primarie	UO STR via Volpato

ASL RME (referente: referente: dott. Maurizio Sprovieri)	
Dipartimento Tutela Maternità Infanzia	UOC Assistenza Sanitaria Territoriale Donna e Famiglia; UOC Assistenza Sanitaria Territoriale Infanzia e Adolescenza; Medicina Preventiva Età Evolutiva (MPEE)
Dipartimento di Prevenzione	
UOC Patologie Emergenti	

Associazioni delprivato sociale
ARCI - Solidarietà Lazio
Associazione Cittadini del Mondo
Associazione Impegno per la Promozione
Associazione Nessun Luogo è Lontano
Caritas Diocesana di Roma
Casa Diritti Sociali
Comunità Capodarco di Roma
Comunità Sant'Egidio
Cooperativa Future Service
Cooperativa Isola Verde Onlus
Cooperativa Rom Bosnia Erzegovina
Opera Nomadi - sezione del Lazio

Comune di Roma
V Dipartimento "Politiche Sociali e della Salute", Comune di Roma
Nucleo Assistenza Emarginati (NAE), Polizia Municipale di Roma

Regione Lazio
Assessorato alla Sanità.
Dipartimento Sociale. Direzione Regionale Programmazione Sanitaria. Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro

Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica
UP Studio dei Fenomeni Migratori

4.3 Risorse impegnate

Il calendario della campagna ha previsto 10 giorni di uscite (4h/die) nei campi nell'arco di due settimane (2-6 ottobre e 13-17 novembre 2006).
Le cinque ASL dell'area metropolitana di Roma hanno coinvolto direttamente nella campagna 140 operatori sanitari, di cui 63 medici, 58 infermieri e 24 altre figure professionali (vedi Tabella 2).

Tabella 2. Operatori sanitari coinvolti direttamente nella campagna di accessibilità, per ASL.

ASL	medici	infermieri	altra figura professionale sanitaria	totale
RMA	6	7	9	22
RMB	19	19	7	45
RMC	20	25	1	46
RMD	7	5	2	14
RME	11	2	-	13

La ASL RMA ha coinvolto nell'intervento 22 operatori sanitari (6 medici, 7 infermieri, 3 assistenti sanitarie, 3 ostetriche, 2 psicologhe e 1 assistente sociale), 1 operatore sociale della Comunità Capodarco, 3 operatori sociali e 2 mediatori culturali dell'ARCI-Solidarietà. Al percorso formativo hanno partecipato anche 4 odontoiatri dell'Ospedale "George Eastman" (SIMO). Sono stati realizzati 233 contatti ed effettuate 2 sedute dedicate di vaccinazioni.
Nella ASL RMB hanno partecipato complessivamente 41 operatori sanitari (19 medici, 19 infermieri e 3 ostetriche), affiancati da 4 operatori socio-sanitari dell'Associazione "Cittadini del mondo". Per l'adempimento del calendario operativo attuato nelle due settimane previste, sono state totalizzate 21 uscite nei campi, corrispondenti a 884 ore di intervento attivo.
La ASL RMC ha aderito con 46 operatori sanitari (20 medici, 1 psicologa, 25 infermieri) e in aggiunta 5 assistenti sociali, per un totale di 202 presenze pari a 774 ore.
La ASL RMD ha coinvolto 14 operatori, di cui 7 medici, 5 infermieri, 1 assistente sanitaria e 1 psicologa, per un totale di 70 presenze pari a 300 ore (20 ore complessive ad operatore, distribuite in 5 presenze di 4 ore nell'arco della giornata).

Infine, la ASL RME ha impegnato 13 operatori sanitari (11 medici e 2 infermieri), che hanno garantito un totale di 52 presenze corrispondenti a 243 ore di intervento nei campi.

4.4 Descrizione dell'attività svolta

Il prezioso lavoro di documentazione dell'attività svolta nei campi durante la campagna ha permesso di analizzare l'intervento dal punto di vista quantitativo. Sono stati calcolati alcuni indici di sintesi che hanno permesso di valutare la copertura dell'intervento.
Il numero di schede registrate dagli operatori nei campi, equivalente al numero di contatti realizzati, è stato complessivamente 1.970. Il maggior numero di contatti è avvenuto nei campi della RMB, con 628 schede, pari al 32% del totale compilato. Se si considerano solo gli zingari con più di 14 anni di età, il numero di contatti scende a 1.439, avvenuti anche in questo caso soprattutto nella RMB (517, pari al 36%).
La percentuale di copertura, ossia il numero delle schede compilate sulla stima della popolazione zingara presente nei campi, è risultata mediamente del 29%, con un minimo del 21% nella ASL RMC e un massimo del 56% nella RMA. Quasi nella metà dei campi è stata raggiunta una copertura di oltre il 30%, mentre in un quarto dei campi è stata raggiunta una copertura di oltre il 50%. Il valore della copertura può apparire basso; tuttavia, se si ipotizza che il nucleo familiare sia composto da almeno 2-3 individui e che, verosimilmente, le informazioni ricevute circolino all'interno del nucleo, il valore atteso di copertura varierebbe dal 33 al 50%, mediamente in linea con quanto osservato.

VARIABILI DEMOGRAFICHE
Sono state soprattutto le donne a presentarsi agli operatori per usufruire degli interventi previsti (59%) e le persone nella fascia di età compresa tra i 15 e i 39 anni (62%) (Tabella 3).

Tabella 3. Caratteristiche demografiche della popolazione contattata.

Caratteristiche	N.	%
SESSO		
maschi	731	37,1
femmine	1166	59,2
dato mancante	73	3,7
ETÀ		
0-14	83	4,2
15-39	1215	61,7
40-59	561	28,5
60+	83	4,2
dato mancante	28	1,4
ETNIA		
Rom e Sinti	1494	75,8
altro	288	14,6
dato mancante	188	9,5

Il 76% di tutti i contatti (1.494 schede) è avvenuto con persone di etnia rom o sinta, mentre il restante è avvenuto con persone che, pur vivendo nei campi, non erano zingari (288 schede) o erano di etnia sconosciuta (188 schede). Solo il 22% delle persone contattate è risultato iscritto al servizio sanitario nazionale. Tra i non iscritti, solo la metà possedeva il tesserino STP.

INTERVENTI EFFETTUATI
L'analisi che segue è stata effettuata considerando tutti i contatti avvenuti (1.970 schede), considerando anche quelli con la popolazione non rom e i minori di 14 anni, al fine di considerare il lavoro realizzato nel suo complesso.

Pressione arteriosa
La misurazione della pressione arteriosa ha permesso di individuare 384 casi di ipertensione, soprattutto tra gli adulti di oltre 35 anni di età (77%). Il 29% aveva già una pregressa diagnosi di ipertensione e, di

questi, il 73% era già in trattamento. Il 75% dei casi aveva un grado di ipertensione lieve mentre il 7% un grado definito grave.
Il 71% dei casi senza pregressa diagnosi ha ricevuto un intervento di orientamento attivo specifico per il problema dell'ipertensione.
Nella popolazione zingara di età 14+ anni, il tasso di ipertensione medio è risultato del 6%.

Orientamento attivo, invio ai servizi e offerta attiva
Per valutare le attività svolte durante l'intervento sono stati calcolati alcuni indici per ciascun intervento di orientamento attivo, di invio ai servizi sanitari e di offerta attiva:
- la percentuale complessiva di ciascun intervento (orientamento attivo, invio ai servizi, offerta attiva), ossia il numero di schede che riportano almeno un intervento sul totale delle schede compilate, per ASL (Tabella 4);
- la percentuale specifica di intervento, ossia il numero di schede che riportano una specifica modalità di un determinato intervento, sul totale delle schede che riportano quel determinato intervento, per ASL (Tabelle 5a - 5c).

La maggior parte della popolazione contattata nei campi durante la campagna ha ricevuto almeno uno degli orientamenti previsti, pari mediamente al 68% (1.338 schede), con una variazione compresa tra il 53% nella ASL RME e l'89% nella RMC (Tabella 4).

Tabella 4. Numero e percentuale degli interventi di orientamento attivo, invio ai servizi sanitari e offerta attiva per ASL.

		ORIENTAMENTO ATTIVO		INVIO		OFFERTA ATTIVA	
ASL	Numero schede	Schede con almeno 1 orientamento	Percentuale sul totale schede	Schede con almeno 1 invio	Percentuale sul totale schede	Schede con almeno 1 offerta attiva	Percentuale sul totale schede
RMA	233	202	87%	173	74%	31	13%
RMB	628	378	60%	447	71%	74	12%
RMC	458	407	89%	225	49%	79	17%
RMD	215	120	56%	141	66%	27	13%
RME	436	231	53%	231	53%	152	35%
Totale	**1970**	**1338**	**68%**	**1217**	**62%**	**363**	**18%**

La popolazione è stata inviata ad almeno un servizio sanitario mediamente nel 62% dei casi (1.217 schede), con un minimo del 53% nella RME e un massimo del 74% nella RMA. La percentuale di offerta attiva è risultata invece più bassa, mediamente pari al 18% (363 schede) con una variazione tra il 12% nella RMB al 35% nella RME.

L'analisi specifica per modalità di *orientamento* mostra che tutti gli orientamenti previsti sono stati effettuati almeno una volta in tutte le ASL (Tabella 5a).
Rispetto al numero di schede dove è stato registrato almeno un orientamento (1.338), la maggior parte delle richieste ha riguardato il problema specifico dell'ipertensione (46%), seguito da motivi legati a problemi di salute non specificati (35%). Questo dato è risultato eterogeneo nelle diverse ASL, dove il primo posto risulta occupato dall'ipertensione nella RMC (86%), dai problemi di salute non specificati nella RMB (37%), RMD e RME (52%), e dal vaccino antinfluenzale nella RMA (65%).
I risultati relativi alle modalità di *invio* ai servizi sanitari, specifici per ASL, sono riassunti nella Tabella 5b.
Il 62% degli invii è stato effettuato per motivi amministrativi (in particolare nella RMD), soprattutto per il rilascio del tesserino STP. Il 68% è stato invece per ragioni di tipo clinico (principalmente nelle aziende RMA e RME), soprattutto per effettuare una visita medica (39%); il 24% è stato indirizzato al consultorio e il 23% a un centro vaccinale. Merita attenzione il fatto che durante la campagna alcune persone, benché poche (14 casi in tutto), siano state inviate al pronto soccorso.
Per quanto riguarda *l'offerta attiva* dei servizi previsti dal protocollo, nella maggior parte dei casi è stata proposta la visita medica (73%), seguita dall'accompagnamento ai servizi (25%). Nella ASL RMC la vaccinazione antinfluenzale è stata proposta più frequentemente rispetto a quanto avvenuto nelle altre aziende (Tabella 5c).

Tabella 5a. Numero e percentuale specifica di orientamento, per ASL.

ASL (numero schede con orientamento)	Modalità di orientamento	Numero orientamenti*	Percentuale di orientamenti sul numero di schede con almeno un orientamento
RMA (n=202)	ipertensione	64	32%
	salute riproduttiva	51	25%
	vaccinazioni infantili	35	17%
	vaccino antinfluenzale	132	65%
	altro problema di salute	100	50%
	problema salute figlio/a	17	8%
RMB (n=378)	ipertensione	98	26%
	salute riproduttiva	63	17%
	vaccinazioni infantili	73	19%
	vaccino antinfluenzale	89	24%
	altro problema di salute	139	37%
	problema salute figlio/a	25	7%
RMC (n=407)	ipertensione	350	86%
	salute riproduttiva	24	6%
	vaccinazioni infantili	24	6%
	vaccino antinfluenzale	7	2%
	altro problema di salute	49	12%
	problema salute figlio/a	9	2%
RMD (n=120)	ipertensione	33	28%
	salute riproduttiva	32	27%
	vaccinazioni infantili	17	14%
	vaccino antinfluenzale	1	1%
	altro problema di salute	62	52%
	problema salute figlio/a	14	12%
RME (n=231)	ipertensione	74	32%
	salute riproduttiva	53	23%
	vaccinazioni infantili	49	21%
	vaccino antinfluenzale	19	8%
	altro problema di salute	121	52%
	problema salute figlio/a	44	19%
TOTALE (n=1338)	ipertensione	619	46%
	salute riproduttiva	223	17%
	vaccinazioni infantili	198	15%
	vaccino antinfluenzale	248	19%
	altro problema di salute	471	35%
	problema salute figlio/a	109	8%

(*) Possono essere stati effettuati uno o più orientamenti.

Tabella 5b. Numero e percentuale specifica di invii ai servizi sanitari, per ASL.

ASL (numero schede con invio)	Modalità di invio ai servizi	Numero invii*	Percentuale di invii sul numero di schede con almeno un invio
RMA (n=173)	invio amministrativo	84	49%
	scelta MMG/PLS	*24*	*14%*
	rilascio STP	*60*	*35%*
	invio clinico	135	78%
	MMG/PLS	*9*	*5%*
	ambulatorio STP	*14*	*8%*
	centro vaccinale	*91*	*53%*
	consultorio	*58*	*34%*
	pronto soccorso	*0*	*0%*
RMB (n=447)	invio amministrativo	282	63%
	scelta MMG/PLS	*33*	*7%*
	rilascio STP	*249*	*56%*
	invio clinico	288	64%
	MMG/PLS	*23*	*5%*
	ambulatorio STP	*136*	*30%*
	centro vaccinale	*92*	*21%*
	consultorio	*88*	*20%*
	pronto soccorso	*4*	*1%*
RMC (n=225)	invio amministrativo	158	70%
	scelta MMG/PLS	*9*	*4%*
	rilascio STP	*149*	*66%*
	invio clinico	148	66%
	MMG/PLS	*12*	*5%*
	ambulatorio STP	*75*	*33%*
	centro vaccinale	*45*	*20%*
	consultorio	*56*	*25%*
	pronto soccorso	*6*	*3%*
RMD (n=141)	invio amministrativo	119	84%
	scelta MMG/PLS	*20*	*14%*
	rilascio STP	*99*	*70%*
	invio clinico	67	48%
	MMG/PLS	*8*	*6%*
	ambulatorio STP	*31*	*22%*
	centro vaccinale	*12*	*9%*
	consultorio	*22*	*16%*
	pronto soccorso	*4*	*3%*
RME (n=231)	invio amministrativo	117	51%
	scelta MMG/PLS	*2*	*1%*
	rilascio STP	*115*	*50%*
	invio clinico	192	83%
	MMG/PLS	*4*	*2%*
	ambulatorio STP	*153*	*66%*
	centro vaccinale	*37*	*16%*
	consultorio	*65*	*28%*
	pronto soccorso	*0*	*0%*
TOTALE (n=1217)	invio amministrativo	760	62%
	scelta MMG/PLS	*88*	*7%*
	rilascio STP	*672*	*55%*
	invio clinico	830	68%
	MMG/PLS	*56*	*5%*
	ambulatorio STP	*409*	*34%*
	centro vaccinale	*277*	*23%*
	consultorio	*289*	*24%*
	pronto soccorso	*14*	*1%*

(*) Possono essere stati effettuati uno o più invii ai servizi.

Tabella 5c. Numero e percentuale specifica di offerta attiva, per ASL.

ASL (numero schede con offerta attiva)	Modalità di offerta attiva	Numero offerte attive*	Percentuale di offerte attive sul numero di schede con almeno un'offerta attiva
RMA (n=31)	vaccino antinfluenzale	1	3%
	vaccino MPR	0	0%
	accompagnamento servizi	9	29%
	visita medica	23	74%
RMB (n=74)	vaccino antinfluenzale	0	0%
	vaccino MPR	0	0%
	accompagnamento servizi	27	36%
	visita medica	47	64%
RMC (n=79)	vaccino antinfluenzale	16	20%
	vaccino MPR	1	1%
	accompagnamento servizi	13	16%
	visita medica	58	73%
RMD (n=27)	vaccino antinfluenzale	0	0%
	vaccino MPR	4	15%
	accompagnamento servizi	1	4%
	visita medica	23	85%
RME (n=152)	vaccino antinfluenzale	13	9%
	vaccino MPR	19	13%
	accompagnamento servizi	40	26%
	visita medica	113	74%
TOTALE (n=363)	vaccino antinfluenzale	30	8%
	vaccino MPR	24	7%
	accompagnamento servizi	90	25%
	visita medica	264	73%

(*) Possono essere state offerte una o più prestazioni.

5. conclusioni e prospettive

Nella giornata conclusiva del corso di formazione per gli operatori sanitari è stato avviato un primo bilancio della campagna, rivolto particolarmente all'analisi delle criticità emerse durante le visite ai campi soprattutto nella relazione con la popolazione presente.
Nel complesso, gli operatori si sono dimostrati disponibili e duttili nei confronti di una metodologia di lavoro decisamente inconsueta, non routinaria, trovandosi perlopiù a operare in situazioni di grave precarietà logistica. In alcuni casi, la collocazione delle baracche all'interno di campi improvvisati, sotto le arcate dei ponti o lungo le rive del Tevere e dell'Aniene, rendeva difficile non solo il contatto con la popolazione, la creazione di un setting minimo per la comunicazione, l'assistenza sanitaria e l'orientamento ai servizi, ma addirittura l'accesso degli operatori stessi nei luoghi di insediamento.
È stato inoltre sottolineato come, nella generalità dei casi, la popolazione abbia accolto di buon grado gli interventi proposti, avanzando numerose richieste in ordine a specifiche necessità sanitarie, tanto da far registrare durante la campagna e nei mesi successivi un maggior afflusso in diversi servizi territoriali di prevenzione e cura.
Con sorpresa, anche molti uomini – notoriamente inclini più delle donne alla diffidenza nei confronti dei servizi sanitari – si sono dimostrati disponibili ad accogliere gli interventi preventivi e di educazione sanitaria che, non essendo ricollegabili a un bisogno impellente di cura, vengono in genere percepiti come poco utili e in contrasto con il diffuso atteggiamento fatalistico nei riguardi delle dinamiche di salute.
Rispetto alla incisività degli interventi e alla capacità complessiva di penetrazione della campagna, si è rivelato decisivo il contributo delle associazioni del privato sociale nel garantire la necessaria intermediazione, specie nelle situazioni più critiche in cui la diffidenza e la paura verso l'istituzione pubblica percepita come estranea avrebbero potuto rappresentare un grave ostacolo nell'avvicinare persone in condizioni di particolare fragilità sociale. Nei casi in cui il contributo delle associazioni per diverse ragioni è venuto a mancare, l'intervento ha inevitabilmente perso di efficacia e impatto.
Tra le criticità maggiormente riscontrate nel corso della campagna, sono state segnalate disfunzioni nella logistica (tempestivo allestimento dei gazebo, organizzazione del trasporto degli operatori ecc.) e difficoltà nel reperimento di risorse strumentali (fonendoscopi per la misurazione della pressione) e di personale in relazione al carico di lavoro straordinario derivante dalla campagna.
Una delle esigenze emerse nel corso della riflessione comune è stata quella di garantire a livello aziendale una continuità di impegno nel portare avanti il lavoro con i Rom, anche attraverso un utilizzo sistematico e strutturato degli operatori sociali in sanità. È stato da più parti sottolineato che un intervento occasionale rischia di rivelarsi non solo inutile, ma addirittura controproducente, perché potenzialmente in grado di minare alla base il rapporto di fiducia tra la popolazione e i servizi sanitari, in conseguenza della sporadicità dell'impegno e della difficoltà a sostenere la presa in carico nel tempo.
Un'altra osservazione ha riguardato la necessità di una maggiore integrazione dei servizi sanitari all'interno della ASL e all'esterno con gli Enti locali, in un'ottica di piena integrazione socio-sanitaria.
Fin qui, l'esperienza del 2006. È possibile oggi, a un anno di distanza da questa esperienza, tentare un bilancio più meditato della campagna, soprattutto in termini di risultati acquisiti almeno sul medio periodo.
Occorre sottolineare che l'impatto dell'intervento è stato in parte vanificato dagli sgomberi avvenuti nel corso del 2007 a Roma. La finalità del progetto era quella di favorire un rapporto stabile tra la popolazione e i servizi sanitari territoriali, ma questo deve presupporre un certo radicamento o quantomeno una stanzialità della popolazione utente sul territorio. Per fare un esempio, le cosiddette "mappe di fruibilità" utilizzate per fornire informazioni ai Rom e ai Sinti in merito alle strutture sanitarie, ai percorsi di accesso, ai nomi degli operatori erano state costruite *ad hoc* sulla base di una suddivisione territoriale in bacini di utenza centrati sui diversi insediamenti. In questo caso, gli spostamenti forzati della popolazione da una parte all'altra della città o addirittura in aree esterne al perimetro del raccordo anulare hanno reso inutilizzabili le mappe, pregiudicando seriamente i processi di integrazione in atto.
Certamente non era possibile accettare le condizioni igieniche, sociali e di vita in molti insediamenti, ma l'approccio scelto dall'amministrazione pubblica è stato particolarmente "aggressivo", dettato spesso dai tempi dell'emotività e non da quelli di una programmazione e concertazione (con la popolazione dei campi, con gli abitanti dei quartieri interessati, con la società civile e anche con quei servizi, come quelli sanitari, che potevano mediare scelte e percorsi); e questo, almeno dal punto di vista sanitario, ha spesso bruscamente interrotto relazioni e interventi di cura, faticosamente avviati e difficilmente ripresi. A complicare la delicata situazione sono arrivate anche le nuove regole amministrative per il diritto all'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari (favorevoli per chi è inserito nella società, fortemente discriminanti per chi è in condizione di fragilità sociale), e quindi applicabili a molti Rom rumeni che popolano la nostra città. Trovarsi nella condizione di sgombrati (ad onor del vero, a un certo numero di nuclei familiari, con particolare riferimento a donne e bambini, sono state proposte forme di accoglienza alternative) e non assistibili avrebbe potuto avere risvolti ancora più drammatici di quelli segnalati dalla cronaca, se non fosse rimasto in molti casi (almeno in quelli più critici) il contatto con gli operatori, comunque disponibili, anche a dispetto degli spo-

stamenti e delle norme più restrittive. Ma la campagna ha lasciato delle tracce, oltre che nell'esperienza umana e professionale dei singoli operatori, anche sul piano di concrete iniziative intraprese dalle ASL nei diversi insediamenti ancora presenti. Riportiamo alcuni esempi, tra i più significativi.
La ASL RMA con Deliberazione n.971 del 28/9/2007 ha previsto di istituire "una equipe sanitaria territoriale interdistrettuale che intervenga in modo continuo e sistematico negli insediamenti rom di via del Foro Italico e di via di Cesarina e negli insediamenti spontanei che si costituiscono nel territorio dell'Azienda". Tra i compiti affidati all'equipe, troviamo molti degli obiettivi della campagna: l'analisi dei bisogni e il monitoraggio delle condizioni di vita e dello stato di salute della popolazione rom; gli interventi di orientamento attivo ai servizi, di offerta attiva di educazione alla salute e di prestazioni sanitarie direttamente nei campi; la formazione continua del personale socio-sanitario e amministrativo; la collaborazione con i Municipi, i NAE e le associazioni del privato sociale (Comunità di Capodarco, ARCI Solidarietà, Opera Nomadi, Caritas). La nuova Delibera n.242 del 28/2/2008 ne conferma gli obiettivi per l'anno in corso.
La ASL RMB, in accordo con il Comune di Roma, ha rinnovato il Progetto di Assistenza Socio-Sanitaria nei Campi Nomadi. Una equipe socio-sanitaria, costituita da medico, assistente sociale e infermiere, è presente mediante camper attrezzato dal lunedì al venerdì, in svariati campi.
Nella ASL RMC è stato il lavoro di rete ad avere la maggiore continuità, i servizi vaccinali del Distretto XII hanno predisposto delle sedute "dedicate" ai bambini e ragazzi residenti nei campi di via Pontina e Tor de' Cenci, in modo da ridurre al minimo i tempi di attesa e favorire l'accesso alla pratica vaccinale. Prima dello smantellamento, nel campo di Tor Pagnotta, caratterizzato da notevole degrado e particolare conflittualità interna, è stato attivato un ambulatorio, gestito prevalentemente da infermieri, aperto una volta a settimana. Inoltre, continua ad operare il tavolo interistituzionale del Servizio Sociale del Distretto VI e del VI Municipio. Nel campo di via dei Gordiani si è intervenuti "attivamente" sia per regolarizzare le iscrizioni al SSN per gli aventi diritto, sia per rilasciare il tesserino STP agli altri. Nel IX Municipio si è attivata una commissione intercultura multidisciplinare.
Per quanto riguarda la ASL RMD, si segnala l'iniziativa intrapresa dal Consultorio di via Brugnato (nel Distretto III) relativa all'organizzazione di una serie di incontri per le adolescenti e le donne rom e sinte su temi di salute riproduttiva, nel corso del 2007. Si sono anche intensificati gli interventi di educazione alla salute condotti da una ginecologa affiancata da altri operatori presso il campo di Candoni. Si è consolidata la presenza degli operatori nel campo di via Ortolani e nell'insediamento dell'ex colonia Vittorio Emanuele.
Infine, la ASL RME ha mantenuto costante la presenza mensile nei campi per monitorarne le condizioni igienico-sanitarie e in particolare per seguire l'accesso alle vaccinazioni sia per i nuovi nati sia per i vari richiami, anche con interventi di accompagnamento attivo (diretto o indiretto). Per la popolazione del campo di via Lombroso si è intervenuto specificatamente sul versante della disabilità, favorendo anche una emersione dall'irregolarità con un lavoro multidisciplinare e interaziendale.
In tutte le ASL si è notato come, a partire dagli operatori direttamente coinvolti nella campagna, vi siano stati un progressivo interesse e una maggiore disponibilità da parte dei vari settori organizzativi delle strutture sanitarie (ad esempio i Dipartimenti di Prevenzione), non solo in termini amministrativi "repressivi", ma in un'ottica di intervento a favore della prevenzione e della tutela.
Al di là dei risultati raggiunti, delle criticità analizzate e della problematicità evidenziata, rimane la scelta metodologica di un intervento innovativo che rispecchia, a nostro avviso, un modo di intendere "il fare sanità pubblica" particolarmente stimolante e, almeno potenzialmente, molto efficace.
Da questa esperienza si possono ricavare alcune parole-chiave, alcuni principi metodologici su cui basare i futuri interventi di tipo sanitario in favore di questa specifica popolazione:
- il lavoro di rete;
- l'integrazione e sinergia tra pubblico e privato sociale;
- l'approccio al tema (sia in fase di progettazione che di realizzazione dell'intervento) con equipe multidisciplinari;
- l'offerta attiva di prestazioni sanitarie;
- l'individuazione e l'adozione di modelli flessibili e attenti alle realtà specifiche;
- il coinvolgimento attivo della popolazione di riferimento.

È vero, infatti, che ogni scelta strategica deve puntare a un progressivo e consapevole *empowerment* della popolazione coinvolta, garantendo a tutti pari opportunità (e nel caso dei Rom le opportunità, prima che essere sanitarie, sono soprattutto quelle di una vita dignitosa e di un pieno inserimento sociale, culturale ed economico).
Qualche anno fa definimmo questa una "sfida per la sanità pubblica", una sfida ineludibile in una società proiettata costantemente in avanti e che lascia spesso indietro le persone più deboli. E non è un caso che il Ministero della Salute abbia voluto finanziare un progetto che ripropone il modello sperimentato a Roma nel 2006 anche in altre realtà locali, per validarlo anche in condizioni meno critiche, o comunque diverse, e per poter estrapolarne indicazioni metodologiche a valenza nazionale.
Questo è forse il risultato più significativo dell'impegno intrapreso, ma anche la conferma di come il lavoro comune di operatori del servizio pubblico e del privato sociale, di tecnici e volontari, possa portare davvero a una "salute senza esclusione".

6. Schede bibliografiche

Le indicazioni bibliografiche di seguito riportate sono state distribuite agli operatori durante il corso di formazione ECM, come parte integrante del materiale didattico. Per comodità di consultazione, le diverse voci sono state suddivise in quattro sezione: normativa; storia, cultura e identità; salute; istituzioni nazionali e internazionali.

6.1 Normativa

- Circolare assessorile n. 45 del 7 dicembre 1999.
  http://www.regione.lazio.it/binary/web/sanita_normativa/cic_ass_n45_del_7_12_99.1138119131.pdf
- Legge 6 marzo 1998, n. 40.
  http://www.senato.it/parlam/leggi/98040l.htm
- Legge 15 dicembre 1999, n. 482 Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche.
  http://www.linguefvg.it/documentazione/legge482.pdf/it
- Legge regionale n. 82 del 24-05-1985.
  http://www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/nomadi/normativa/regionale/lazio.pdf.
- Documenti internazionali e normativa regionale O.N.U. 2/3/1979
  http://www2.glauco.it/cci/migrantes/unpres/legislazione/legislazione.htm
- D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286.
  http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/files/files_fen_migratori/immigrazione/normativa/estratto_dl_286_98.pdf
- Decreto del Presidente della Repubblica 31 Agosto 1999, n. 394
  http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/files/files_fen_migratori/immigrazione/normativa/estratto_Pres_Repub_394_99.pdf
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 5122 del 31 luglio 1997
  http://www.regione.lazio.it/binary/web/sanita_normativa/Del_5122.1138118513.pdf
- Piano sanitario nazionale 2006-2008.
  http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf

6.2 Storia, cultura e identità

- Santino Spinelli.Il Mondo dei Rom.(1994). http://web.tiscalinet.it/themromano/libri/testi_libri_3.htm
- S. Franzese.Italia, terra di passaggio e terra di asilo. Sei secoli di presenza zingara al confine tra Oriente ed Occidente . (1999). http://www.vurdon.it/migrazioni.htm
- Joel Burkholder.Cultural Competency. (2004). http://www.pitt.edu/~mjd21/chiclass/pdf/burkholder.PDF
- Santino Spinelli.Il valore della famiglia, dell'onore e della virilitá nella cultura romaní.
  http://web.tiscalinet.it/themromano/libri/libri.htm#valore.
- Gli zingari in Europa.. www.sportelloetico.it
- D'isola - Sullam - Baldoni - Baldini - Frassanito.Alla periferia del mondo Il popolo dei Rom e dei Sinti escluso dalla storia.(2003). http://www.mediatria.it/fondfranceschi/rom.pdf
- Associazione "Thèm Romanó" (Mondo Zingaro) onlus.I Rom, un po' di storia….
  http://web.tiscali.it/no-redirect-tiscali/associazionethrom/

6.3 Salute

- Luba Kalaydjieva, David Gresham and Francesc Calafell. Genetic studies of the Roma (Gypsies): a review. (2001). http://www.pubmedcentral.gov/picrender.fcgi?artid=31389&blobtype=pdf
- Associazione Namastè con il patrocinio di UNICEF. Progetto maternita' consapevole. (2001).
  http://www.volontariato.lazio.it/namaste/rom/
- Martin McKee. The health of gypsies . (1997).
  http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/315/7117/1172
- Salvatore Geraci. La salute degli zingari (estratto da "Rom e Sinti: un'integrazione possibile Italia ed Europa a confronto"). (2000). http://www.cestim.it/03zingari-integrazione-2000.htm.pdf

- Steve HajIoff, Martin McKee. The health of the Roma people: a review of the published literature. (2000). http://jech.bmjjournals.com/cgi/reprint/54/11/864
- Lehti Arja, Mattson Bengt. Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women - a general practice prospective. (2001). http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/4/445
- Catherine L. Zeman, Diane E. Depken And David S. Senchina. Roma health issues: a review of the literature and discussion. (2003). http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/ceth/2003/00000008/00000003/art00004
- European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. Breaking the barriers – romani women and access to public health care. (2003). http://eumc.eu.int/eumc/material/pub/ROMA/rapport-en.pdf
- Giovanni Baglio, Laura Cacciani, Teodora Stela Ciuta, Italo D'Ascanio, Salvatore Geraci, Michele Grandolfo, et al . Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma. (2003). http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/fen_migratori/immigrazione/pubblicazioni.php?argo=1&migra=immigrazione
- Glenys Parry, Patrice Van Cleemput, Jean Peters, Julia Moore, Stephen Walters, Kate Thomas, Cindy Cooper . The health status of gypsies & travellers in England (report of department of health inequalities in health research initiative). (2004). http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/02/55/71/GT%20final%20report%20for%20web.pdf
- Patrice Van Cleemput, Jean Peters, Julia Moore, Stephen Walters, Kate Thomas, Cindy Cooper . The health status of gypsies & travellers in England (summary of a report to the department of health 2004). (2004). http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/02/55/71/GT%20report%20summary.pdf
- Patrice Van Cleemput, Kate Thomas, Glenys Parry, Jean Peters, Julia Moore, Cindy Cooper. The health status of gypsies and travellers in England (report of qualitative findings). (2004). http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/02/55/71/GT%20qualitative%20report.pdf
- Caoimhe McCabe and Fran Keyes. A review of travellers' health using primary care as a model of good practice. (2005). http://www.paveepoint.ie/pdf/PrimaryHealthCare05.pdf
- A Szczepura. Access to health care for ethnic minority populations. (2006). http://pmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/81/953/141
- Patrice Van Cleemput. Health care needs of travellers. (2006). http://adc.bmjjournals.com/cgi/reprint/82/1/32
- Maurizio Pagani - Vice Presidente Opera Nomadi Milano. Mediatrici culturali sanitarie rom. http://web.tiscali.it/operanomadimilano/progetti.htm
- Bibliografia di file PDF relativi alla salute dei Rom. (2005).
- G S Feder, T Vaclavik, and A Streetly. Traveller Gypsies and childhood immunization: a study in east London.. (1993). http://www.pubmedcentral.gov/picrender.fcgi?artid=1372454&blobtype=pdf
- Barry Joseph , Kirke P. Congenital Anomalies in the Irish Traveller Community. (1997). http://imj.imaxan.ie/Issue_detail.aspx?pid=182&type=Papers&searchString=Congenital%20Anomalies%20in%20the%20Irish%20Traveller%20Commun
- G A C Binnie. The health of Gypsies. (1998). http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/316/7147/1824/a#art
- S Reig Majoral, S Curós Torres, J Balcells Chiglione, et al. Anticoncepción: gitanas frente a payas. (1999). http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=14731
- Cabedo Garcia VR, Ortells i Ros E, Baquero Toledo L, et al. Cómo son y de qué padecen los gitanos. (2000). http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=26&num=1&pag=21
- Sastre Gussoni E, Miranda Leon MT, Munoz Hoyos A, Galdo Munoz G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. (2000) http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=12130&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v53n03a00256pdf001.pdf&ty=160&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es
- Llanos de la Torre Quiralte M, Garijo Ayestaran C, Poch Olive ML, Perez Marrodan JA. Estudio de una población gitana rural en relación con la lactancia materna. ¿Una población atípica?. (2000). http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0103&rev=37&vol=52&num=1&pag=73

- Mora Leon L, Martinez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. (2000). http://www.ugr.es/~cts131/documentos/DOC0070.PDF
- Patrice Van Cleemput, Glenys Parry. Health status of Gypsy travellers. (2001). http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/129
- Gonzalo Olivan. Letters to the editor: The health status of delinquent gipsy youths in Spain. (2002) http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/4/308
- Carl Kovac. Overall health of Hungary's Roma worse than average population. (2002) http://bmj.bmjjournals.com/cgi/reprint/324/7340/755/b
- Sanchez Serrano FJ, Zubiaur Cantalapiedra A, Herrero Galiana A, et al. Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana. (2002) http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13023940&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v56n01a13023940pdf001.pdf&ty=67&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es
- Diez Lopez I, Ardura Fernandez J, Palacin Minguez E, Cardaba Arranz M.. Influencia de la etnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente. (2002) http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13035395&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v57n03a13035395pdf001.pdf&ty=65&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es
- F. Ferrer. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. (2003). http://www.scielosp.org/pdf/gs/v17s3/revision1.pdf
- Martin Bobak, Jan Dejmek, Ivo Solansky, Radim J Sram. Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. (2005). http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-5-106.pdf
- Stoilka Mandadzhieva, Blagoi Marinov, Stefan Kostianev, Tania Turnovska. Anthropometric and Cardiopulmonary Parameters in Bulgarian and Romany Children: Cross-sectional Study. (2005). http://www.cmj.hr/2005/46/2/15849853.pdf
- Kent A Sepkowitz. Health of the world's Roma population. (2006) http://download.thelancet.com/pdfs/journals/0140-6736/PIIS0140673606687461.pdf
- Fulvia Motta, Raffaella Rossano, Salvatore Geraci. Promozione della salute con gli zingari: una ricerca-azione in due campi nomadi di roma (estratto da Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze). (2003). http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=286&lang=1&tipo=5&anno=2003

6.4 Istituzioni nazionali e internazionali

- E/CN. 4/1992/L. ll/Add. 5 ; 1992/65 Protezione dei Rom (zingari) . (1992). http://web.tiscalinet.it/associazionethrom/diritti.htm
- Rapporto sull'Italia (Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza). (1998). http://www.coe.int/t/e/human_rights/ecri/5-archives/1-ecri%27s_work/1-country_by_country/Italy%20CBC1%20report%20italian.pdf
- Rom e Sinti: un'integrazione possibile Italia ed Europa a confronto (atti convegno Napoli). (2000). http://www.cestim.it/03zingari-integrazione-2000.htm.pdf
- La dimensione europea della questione rom/zingara una panoramica introduttiva (Rosa Balfour) . (2000). http://www.cespi.it/rosa/balfour-rom-zingari.pdf
- Rom e Sinti: un'integrazione possibile-secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia (commissione per le politiche di integrazione degli immigrati). (2000). http://www.cestim.it/integra2/integr2_j.htm
- Report on the situation of Roma and Sinti in the OSCE area. (2000). http://www1.osce.org/documents/hcnm/2000/03/241_en.pdf
- Rapporto alternativo 2002 Italia (Camilla Bencini e Anna Meli). (2002). http://www.enar-eu.org/en/national/italy/Rapporto%20alternativo%202002%20Italia.pdf
- Sistema informativo sul lavoro minorile Progetto Silm Relazione finale (Aurea Micali) . (2002). http://www.welfare.gov.it/NR/rdonlyres/edhsf73ytzgsbemuwdgqosiffi642gzxhrgtpxqnqgbf472uxup5bf46h3vjxsv6bvxp3n75mwlq7ncijvjhms35t4f/Sistemainformativosullavorominorileparte1.DOC

- Secondo rapporto sull'Italia (Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza). (2002). http:///www.coe.int/t/e/human_rights/ecri/5-archives/1-ecri%27s_work/5-cbc_second_reports/CBC2%20Italy%20-%20Italian%20version.pdf
- Avoiding the dependency trap (regional human development report) - documento completo e sommario . (2003). http://roma.undp.sk/
- Common project on Romani women and access to public health care (EUMC). (2003). http://eumc.eu.int/eumc/index.php?fuseaction=content.dsp_cat_content&catid=3fb3fa7f43f49&contentid=3fb3ffb26b5db
- Roma health mediators between necessity and innovation Romania, Moldavia, Spain, Ireland, France (Mariana Buceanu) . (2003). http://www.coe.int/t/e/com/files/events/2003-09-roma-women/Buceanu.asp#TopOfPage
- Discrimination against non-citizens (Committee on the Elimination of Racial Discrimination). (2004). http://www.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/CERD-GC30.doc
- Response by the European Roma Rights Center (ERRC) to the Italian Government's "Written Observations on Admissibility"1 submitted concerning Procedure No. 27/2004, European Roma Rights Center v. Italy . (2004). http://www.circolopink.it/_img/ERRC%20respons.doc
- Written Observations on Admissibility Procedure no. 27/2004 European Roma Rights Center against Italy . (2004). http://www.errc.org/db/00/D9/m000000D9.doc
- Collective Complaint by the European Roma Rights Center against Italy (European Roma Rights Center). (2004). http://www.circolopink.it/_img/ESC%20Complaint.doc
- Razzismo e xenofobia negli stati membri dell'UE tendenze, sviluppi e buona prassi (EUMC). (2005). http://eumc.eu.int/eumc/material/pub/ar05/AR05-sum-it.pdf
- Current attitudes toward the Roma in central Europe: a report of research with non-Roma and Roma respondents. (2005). http://www.soros.org/initiatives/roma/articles_publications/publications/attitudes_20050901/romasurvey_2005.pdf
- Rom e Sinti in Piemonte (Sergio Franzese e Manuela Spadaro) . (2005). http://www.vurdon.it/623.pdf
- Terzo rapporto sull'Italia (Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza). (2006). http://www.coe.int/t/e/human_rights/ecri/1-ecri/2-country-by-country_approach/italy/Italy%20third%20report%20-%20cri06-19%20Italian.pdf