



pubblicato su:
SANITA

Ministero della Salute

Tavolo nazionale "Salute"
per l'implementazione della strategia nazionale d'inclusione
dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti (RSC)
(attuazione comunicazione commissione europea n. 173/2011)

PIANO D'AZIONE SALUTE PER E CON LE COMUNITÀ ROM, SINTI E CAMINANTI

maggio 2015

Il presente documento è stato prodotto dal Tavolo Nazionale "Salute" istituito a febbraio 2013 per l'implementazione della strategia nazionale d'inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti (RSC), in attuazione comunicazione Commissione europea n.173/2011.

Hanno partecipato alla sua formulazione le seguenti organizzazioni:

Agenas, Anci, Conferenza Stato-Regioni con rappresentanti del Lazio e dell'Emilia Romagna, FIMMG, FIMP, Federazione Romani, Federazione Rom e Sinti insieme, Federazione Unirsi, INMP, ISTAT, Ministero dell'Interno, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Ministero della Salute, OIM, e UNAR.

In particolare si ringraziano i seguenti referenti delle citate organizzazioni che hanno preso parte attivamente e costruttivamente ai lavori: Serena Battilomo, Antun Blazevic, Silvana Borsari, Roberto Bortone, Maja Bova, Angelo Carbone, Rossella Celmi, Giovanni Cerimoniale, Nunziatella Cosentino, Gianfranco Costanzo, Maria Rosaria Cristallo, Maura Curcio, Raffaele Di Palma, Antonella Fiorelli, Saska Jovanovic, Monica Lanzillotto, Milena Lo Giudice, Maria Letizia Lorenzini, Giuseppe Mele, Giacomo Milillo, Concetta Mirisola, Domenico Morelli, Andrea Nigrelli, Camilla Orlandi, Nicoletta Pannuzi, Dijana Pavlovic, Alessandro Pistecchia, Giuseppina Rizzo, Giuseppe Ruocco, Celeste Russo, Bruno Rusticali, Roberto Sassi, Francesca Scorsino, Fabio Sturani, Pietro Vulpiani.

Infine si ringrazia la Caritas di Roma, in particolare Salvatore Geraci e Fulvia Motta, per aver generosamente messo a disposizione del Tavolo l'esperienza maturata sul campo in anni di impegno e sperimentazione di percorsi finalizzati a favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte delle popolazioni Rom e Sinta.

Sommario

Sommario	1
PREMESSA.....	5
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	6
QUADRO EPIDEMIOLOGICO	9
DOMANDA DI SALUTE	10
PIANO D'AZIONE IN UN'OTTICA DI MEDIAZIONE DI SISTEMA	12
MACROAREA 1: FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E NON	14
Metodologia: il "ponte di fiducia"	15
AZIONE 1.1: CORSI DI FORMAZIONE AL PERSONALE SANITARIO E NON DEI SERVIZI TERRITORIALI ED OSPEDALIERI	15
AZIONE 1.2: CORSI DI FORMAZIONE PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	15
AZIONE 1.3: CORSI DI FORMAZIONE PER ALTRI ATTORI SOCIOASSISTENZIALI	16
MACROAREA 2: CONOSCENZA E ACCESSO AI SERVIZI PER RSC	17
Metodologia: relazione diretta con le popolazioni interessate	17
AZIONE 2.1.: MAPPATURA DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI	17
AZIONE 2.2.: INFORMAZIONE.....	18
AZIONE 2.3.: ORIENTAMENTO.....	18
MACROAREA 3: SERVIZI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA	20
Metodologia: il lavoro di rete	20
AZIONE 3.1: PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	22
AZIONE 3.2: I PERCORSI DI DIAGNOSI E CURA E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	23
FAVORIRE L'EMPOWERMENT DELLA COMUNITA'	23
RISORSE ECONOMICHE.....	24
SUPPORTO E MONITORAGGIO	25
SINTESI DEL PIANO D'AZIONE.....	26
Bibliografia.....	27
Appendice.....	29
ESPERIENZE DI RICERCA E DI INTERVENTO.....	29
Esperienza n° 1 –"Migrazione: sistemi di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni"	30
Esperienza n° 2 - "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia"	31
Esperienza n° 3 – "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio dei Sistemi Sanitari Regionali"	32
Esperienza n° 4 – "Percorso di Integrazione presso lo Sportello Unico - Fase II"	33
Esperienza n° 5 – "Un modello per l'integrazione socio-sanitaria delle popolazioni svantaggiate"	35
Esperienza n° 6 – "SALUTE SENZA ESCLUSIONE: campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinti a Roma"	36

Esperienza n° 7 – “Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo”	38
Esperienza n° 8 – “ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei Rom nella città di Roma”	40
Esperienza n° 9 - “La salute e la sicurezza del neonato una guida utile per le famiglie immigrate”	41
Esperienza n° 10 - “Linee di intervento transculturali nell’assistenza di base e nel materno infantile”	42
Esperienza n° 11 – “SALUTE SENZA ESCLUSIONE: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma”	43
Esperienza n° 12 - “Prevenzione delle IVG nelle donne straniere”	44
Esperienza n° 13 - “troVARSI (VAccinazioni Rom e Sinti in Italia)”	45
Esperienza n° 14 - “EQUI-HEALTH”	47

PREMESSA

Nonostante le difficoltà che si incontrano a tracciare un profilo epidemiologico della popolazione RSC, la revisione della letteratura sull'argomento evidenzia come vi sia un accordo in tutto il mondo nel considerare i gruppi RSC che vivono in condizioni di fragilità sociale ad alto rischio sanitario. La maggior parte delle comunità si trovano in condizioni di povertà e di degrado abitativo. Inoltre, la marcata separazione dei Rom, Sinti e Caminanti dalle società ospitanti, frutto non solo dei pregiudizi e delle discriminazioni di cui sono vittime, ma a volte anche del loro atteggiamento di autoesclusione, impedisce una reale possibilità di integrazione e condiziona fortemente l'utilizzo dei servizi sociosanitari. Per esempio molti RSC stranieri, pur essendo in regola con le norme sul permesso di soggiorno, non esercitano a pieno il loro diritto di scelta del medico di base. Tutto ciò impedisce l'effettivo godimento dei diritti di tutela della salute, che pure la legislazione italiana riconosce alle popolazioni immigrate.

La presenza secolare nel nostro territorio di gruppi che soffrono, oramai cronicamente, di fragilità sociale, esclusione, degrado, produce la percezione che queste caratteristiche accomunino tutte queste popolazioni. In realtà, anche se permane l'abitudine di considerare le persone RSC come facenti parte di un'unica categoria umana, ogni piccola comunità è portatrice di cultura, valori, linguaggi differenti, ma anche di percorsi storici, di inclusione e dialogo con la società ospitante, che la rendono diversa non solo dalla popolazione locale, ma anche dalle altre comunità rom. Per questo motivo non è appropriato progettare interventi sanitari efficaci in maniera standardizzata ma, se si vogliono ottenere risultati visibili e duraturi, la sanità pubblica deve avere la capacità di adattare ad ogni realtà locale gli strumenti di intervento finalizzati al miglioramento dello stato di salute. Questo comporta la necessità di conoscere non solo i bisogni di salute, ma anche gli specifici linguaggi, i valori culturali, le credenze e le tradizioni che contraddistinguono la comunità per la quale si vuole intervenire, con lo scopo di formulare di volta in volta gli interventi più idonei.

La strategia nazionale di inclusione di Rom, Sinti e Caminanti, mettendo in atto quanto stabilito dalla Comunicazione della Commissione Europea n. 173/2011 – e mirando al contempo a rispondere alle varie Raccomandazioni internazionali, regionali e supra-nazionali di settore – stabilisce per l'Asse Salute tre obiettivi specifici:

- Obiettivo specifico 3.1: "Favorire l'analisi e le modalità di accesso ai servizi socio-sanitari di qualità per RSC, con particolare attenzione a donne, fanciulli, adolescenti, anziani e disabili";
- Obiettivo specifico 3.2: "Favorire l'accesso a servizi sociali e di medicina preventiva, con particolare riferimento alla salute riproduttiva e materno-infantile";
- Obiettivo specifico 3.3: "Coinvolgere nei servizi sociali e nei programmi di cura medica RSC qualificati, anche mediante l'inserimento di mediatori culturali".

RIFERIMENTI NORMATIVI

Coerentemente con il mandato costituzionale (art. 32), il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce adeguati livelli assistenziali per tutti gli individui presenti sul territorio nazionale. Nel tempo sono stati specificati livelli assistenziali diversificati in base alla cittadinanza e alla residenza degli individui presenti sul territorio nazionale e sono stati introdotti meccanismi per garantirne l'equità (codici/tesserini di accesso per categorie fragili, partecipazione alla spesa diversificata e sistemi di esenzione).

Premesso che con la Strategia Nazionale d'Inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti, le Autorità italiane hanno riconosciuto il superamento della terminologia applicata alle comunità Rom, Sinti e Caminanti, occorre tener presente che a livello amministrativo si tende ancora ad utilizzare – comunque, in modo residuale ed in fase di definitivo superamento – il termine "nomade", che afferisce alla più ampia categoria degli stranieri itineranti presenti, presenti in modo non stanziale ed/ o di passaggio sul territorio nazionale. E dunque, Inizialmente il "nomade" era indicato nella normativa come specifica categoria: infatti fino al 1998 l'assistenza sanitaria ai cittadini non italiani era normata da tanti e differenti provvedimenti legislativi e tra questi il Decreto del Presidente della Repubblica del 24 dicembre 1992 che individuava i "nomadi" (nдр: non residenti) come categoria che aveva garantite le sole prestazioni urgenti, comunque a pagamento e, in caso di insolvenza, con un intervento economico di copertura da parte della Prefettura che comunque avrebbe attivato una procedura di recupero debiti (analoga a quella prevista per turisti). Questa norma, insieme ad alcune decine di altri provvedimenti legislativi sulla tutela sanitaria degli immigrati, è stata cancellata e di fatto ricompresa con una filosofia "omogenea ed inclusiva" dalla Legge Turco Napolitano (Legge n. 40/98), poi confluita nel Testo Unico sull'Immigrazione (Decreto Legislativo n. 286 del 1998) (1); con l'evoluzione della legislazione in ambito sanitario, il Romanì segue il diritto legato alla propria cittadinanza: italiano, straniero non comunitario regolare o non, comunitario iscritto all'anagrafe o non, in possesso di protezione umanitaria, avente status di rifugiato, o apolide, di fatto o di diritto. Si delineano dunque profili giuridici differenti indipendentemente dalla durata della presenza (e/o dalla nascita) del Romanì in Italia (2).

1. Se il Romanì è cittadino italiano, esso ha per intero tutti i diritti sanitari legati alla cittadinanza (iscrizione obbligatoria al SSN, pediatra e medico di base, livelli assistenziali garantiti, esenzioni dai ticket previsti). Se non cittadino italiano è equiparato a ciò che prevede la normativa per gli stranieri (cittadini non comunitari) e per i cittadini appartenenti all'Unione Europea (comunitari).
2. Sulla carta, i cittadini italiani e gli stranieri con regolare permesso di soggiorno, in particolare quelli legati al lavoro e/o a motivi familiari e/o di protezione sociale, anche in fase di rilascio del primo permesso o di regolarizzazione e nelle more del rinnovo, - hanno il diritto/dovere di iscrizione al servizio sanitario nazionale. Anche il cittadino comunitario residente o che ha un regolare lavoro, ed i suoi familiari, hanno questo diritto. Se un Romanì straniero è privo di permesso di soggiorno, così come per tutti gli immigrati nelle stesse condizioni di irregolarità giuridica, gli sono garantite cure urgenti, essenziali e continuative attribuendogli un codice che ha valore temporaneo ma rinnovabile, sull'intero territorio nazionale (cosiddetto Tesserino STP: Straniero Temporaneamente Presente). Ai sensi dell'art. 35, comma 3, del D.lgs. 286/98, garantisce agli STP:
 - a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
 - b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione dei diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;
 - c) le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattie ed infortunio.

Inoltre sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

L'assistenza sanitaria è garantita tramite le Aziende sanitarie secondo le modalità stabilite da apposite indicazioni regionali eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi specifica esperienza, ai sensi dell'art. 43, comma 8, del D.P.R. 394/99.

Il divieto di segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza, da parte del personale sanitario e amministrativo, degli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie, già previsto dal comma 5 dell'art. 35 del D.Lgs 286/98 (TU) non è stato abrogato, né modificato dalla legge 15 Luglio 2009, n. 94 e conserva, quindi, piena vigenza. Si evidenzia tra l'altro che la legge 94/2009 ha previsto che l'accesso alle prestazioni sanitarie di cui all'art. 35 del T.U. non richieda l'esibizione dei documenti inerenti il soggiorno.

Dal 2007 si sono ridefinite la modalità di tutela sanitaria per i cittadini dell'Unione Europea: il comunitario che non ha lavorato negli ultimi tempi nel proprio paese (tipicamente la Romania o la Bulgaria) e quindi non è in possesso della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), o che non lavora regolarmente in Italia o non è formalmente residente, si trova in condizione di estrema fragilità sociale nel diritto all'accesso ai servizi sanitari. A fronte di indicazioni nazionali, tardive ed incerte, gran parte delle regioni hanno previsto differenti percorsi di tutela, più o meno inclusivi, attraverso l'attribuzione di un codice specifico (in genere: codice ENI: Europeo Non Iscritto) che li paragona agli STP come diritto all'assistenza sanitaria (ma con obbligo di rendicontazione separata per le amministrazioni sanitarie).

Rimandando a testi specifici l'analisi delle politiche (3,4) e delle norme (5,6,7,8), **è certo che l'impostazione "inclusiva" data dal legislatore rispondendo al citato mandato istituzionale, deve però necessariamente accompagnarsi ad una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali**, che nel tempo sono divenute le reali "protagoniste" delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, i comunitari e i rom, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità e difformità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali.

Per assicurare un omogeneo accesso alle cure alla popolazione immigrata e rom, facilitare il lavoro degli operatori sanitari e giungere ad una interpretazione condivisa delle norme, il 20/12/2012 è stato sancito un Accordo Stato-Regioni dal titolo "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome". Punto saliente dell'accordo è l'iscrizione obbligatoria al SSN degli under 18 stranieri irregolari.

Nonostante la legislazione, tuttavia, le Regioni continuano ad essere caratterizzate da procedure di accesso non uniformi (vedi www.simmweb.it). L'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012 non ha ancora avuto attuazione, in assenza di linee guida che agevolino l'applicazione in modo omogeneo e diffuso delle norme nazionali e locali; ciò si riflette anche in modalità differenti di tutela della salute delle popolazioni RSC.

Una domanda forte emersa anche dalle consultazioni è quella di una mappatura e omogeneizzazione delle regole di accesso ai sistemi sanitari regionali e dell'organizzazione dei servizi (percorsi di accoglienza, mediazione ecc.). Questo, tra le altre cose, potrebbe essere un punto da sviluppare in cooperazione con il tavolo trasversale sugli aspetti giuridico-normativi.

La Comunicazione della Commissione Europea n. 173/2011 "Cornice dell'UE per le strategie nazionali di integrazione dei Rom, Sinti e Caminanti fino al 2020" sta impegnando le istituzioni italiane nella programmazione di azioni sinergiche verso l'inclusione delle popolazioni RSC, obbligandole a prendere in considerazione tutti gli aspetti e le problematiche che ostacolano il loro effettivo accesso ai servizi.

Il Piano Nazionale d'Inclusione dei RSC approvato il 24/02/2012 dal Consiglio dei Ministri ha compiuto un passo avanti verso l'integrazione, ha focalizzato l'attenzione in particolare sull'area materno infantile e sull'area anziani e disabili, e si è posto come obiettivo la rimozione di pregiudizi e barriere comunicative che ostacolano l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte di queste popolazioni.

Schema semplificato (e non esaustivo)
delle norme per la tutela della salute delle comunità Rom, Sinti e Caminanti
(tipologia della presenza di cittadini rom non italiani e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato - Regioni e Province autonome del 20.12.2012¹)

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno - pds (o visto) che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA)
Straniero regolare con pds per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un pds	Iscrizione temporanea SSN	Garantisce i LEA
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ...)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Straniero con visto e/o pds per motivi di cura	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici - progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia)	Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Straniero minorenni in condizione di irregolarità giuridica	Iscrizione temporanea SSN	Garantisce i LEA
Comunitario per soggiorni brevi	Tessera Europea malattia Assicurazione (TEAM)	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali)	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario senza TEAM ed in condizione di fragilità sociale	Codice ENI - Europeo Non Iscritto	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM	Formulario E112-S2	Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM

Da: S. Geraci in "saluteRom", Pandragon, Bologna, 2014

¹Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sul Documento: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e province autonome" (Atti n. 255/CSR 20.12.2012). Pubblicato in Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013.

QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Sono pochi e non esaurienti gli studi condotti sulla salute dei RSC, anche perché queste popolazioni sono caratterizzate da elevati tassi di mobilità ed è difficile censirle. Le indagini epidemiologiche condotte su piccole realtà non consentono confronti né generalizzazioni, mentre i dati raccolti dai servizi sanitari non sono esaustivi in quanto riguardano solo la popolazione che ha avuto accesso ai servizi (servizi che, come sappiamo, sono utilizzati poco ed in modo scorretto dalle popolazioni RSC).

Dovendo delineare un profilo dei bisogni di salute che possa orientare la declinazione degli interventi in campo sanitario, pur con tutti i limiti citati, ci si deve rifare comunque alle diverse indagini realizzate presso i c.d. "campi nomadi" dal 1985 ad oggi, dalle quali si possono individuare alcune problematiche di salute significative e ricorrenti. In estrema sintesi:

- L'aspettativa di vita è inferiore rispetto a quella delle popolazioni ospitanti e la mortalità infantile maggiore.
- La salute riproduttiva è caratterizzata da matrimoni precoci, bassa richiesta di contraccezione e maggiore frequenza di aborti, scarsi controlli durante la gravidanza. Rispetto alle popolazioni non rom, si evidenziano: peso alla nascita inferiore, maggior numero di nascite premature, abitudine al fumo in gravidanza significativamente più alta, inferiore uso di supplementi dietetici (9). L'allattamento esclusivo al seno tende a terminare intorno al 2°-3° mese di vita del bambino (10).
- Nei bambini si riscontra un maggiore prevalenza di malattie congenite rispetto alla popolazione generale, e un'alta percentuale di malattie per le quali è provato il nesso causale con le condizioni abitative sfavorevoli, la cattiva alimentazione e la povertà in genere. Queste ultime sono responsabili di due ricoveri su tre: malattie dell'apparato respiratorio, infezioni intestinali (11), malnutrizione e impetigine. Rispetto ai non rom, si è rilevata una più alta percentuale di problemi dentali (12), un minore ricorso alla pratica vaccinale, una più alta percentuale di casi di incidenti domestici, fra cui avvelenamento e ustioni.
- La dieta dei bambini è caratterizzata da un inadeguato consumo di frutta, verdura, latte e derivati, cereali, pasta, riso, uova, carne e pesce, e da un abuso di dolci. Negli adulti si nota un elevato consumo di grassi animali, birra e alcool (13).
- Fra gli adulti, oltre a un'alta prevalenza di patologie metaboliche (ipertensione, dislipidemie, diabete, gotta, etc.), sono segnalate malattie infettive da attribuire alle condizioni di vita e di disagio quali tubercolosi, scabbia, infezioni virali e micotiche; infine, cominciano a essere segnalate, con maggiore frequenza rispetto al passato, patologie veneree. (14).
- Il tabagismo è molto diffuso anche fra i giovani (15).

Inoltre, alcuni dati significativi sullo stato di salute dell'insieme della popolazione immigrata presente in 17 regioni italiane, che comprende anche i RSC (provenienti da uno studio realizzato negli anni 2007-2009 dal Gruppo di lavoro nazionale/CCM "Salute immigrati") confermano una maggiore proporzione di ricoveri in urgenza, a causa probabilmente anche di una scarsa conoscenza ed un utilizzo insufficiente dei servizi territoriali e della medicina generale.

Il quadro epidemiologico potrebbe essere migliorato dall'utilizzo dei dati derivanti dall'assistenza pediatrica e medica di base soprattutto dopo la corretta e capillare applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 20/12/2012.

DOMANDA DI SALUTE

Per delineare la domanda di salute della popolazione RSC, oltre all'analisi dei dati epidemiologici, nel 2013 sono state effettuate, sia a livello nazionale che a livello locale, delle consultazioni informali da parte dell'INMP con rappresentanti delle diverse comunità RSC, sulla percezione del bisogno da parte delle popolazioni stesse.

Obiettivo delle consultazioni era la rilevazione dei fabbisogni di salute realmente percepiti come tali dalle popolazioni RSC, portati al tavolo di lavoro dai rappresentanti delle diverse comunità e discussi insieme, al fine di produrre una piattaforma condivisa e organica di proposte utili alla definizione di politiche per la tutela della salute, nell'ambito della Strategia nazionale di inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti – Tavolo tecnico salute.

Nelle diverse consultazioni sono stati ascoltati e raccolti i contributi delle seguenti realtà: Federazione "Rom e Sinti Insieme" (rappresenta 27 associazioni di rom e sinti, presenti soprattutto nel Nord Italia: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto); Associazione "Unirsi" (nata nel 1999, l'Associazione rappresenta la realtà dei bosniaci, presenti a Roma, Torino, Milano e Napoli, più un piccolo nucleo a Trento. Si tratta per la maggior parte di apolidi "di fatto", con passaporto dell'ex Jugoslavia o senza alcun documento, tranne un piccolo numero di ragazzi nati in Paesi in cui vige lo ius soli - es. il Belgio - che hanno acquisito la cittadinanza del Paese di nascita); Federazione "Romani" (nata nel 2009 dalla precedente Federazione Rom e Sinti, comprende tutti gli appartenenti alle comunità rom e sinte italiane e alle comunità rom immigrate); Associazione "Phrala Europa" (rappresenta soprattutto la comunità dei rom romeni, i quali non hanno associazioni vere e proprie a livello nazionale o sovraregionale; esistono, all'interno dei campi, delle persone/punti di riferimento, i quali hanno collegamenti con persone della propria famiglia che vivono in altre regioni; per esempio molti collegamenti tra Roma - Campo de La Cesarina - e Bologna).

Come esplicitato dalle stesse comunità, "Rom e Sinti non hanno le medesime esigenze. Il mondo dello spettacolo viaggiante dei Sinti merita una attenzione particolare, così come i Sinti della MEZ (Missione Evangelica Zigana) che non trovano ospitalità dai Comuni, o i Caminanti che vengono al Nord e non trovano aree attrezzate, infine perfino l'idea stessa di famiglia, di comunità dei e dei Sinti è profondamente diversa da quella della popolazione maggioritaria. [...] le comunità rom e sinte di questo paese per affrontare e risolvere il problema dei campi nomadi, quelli costruiti alle periferie fisiche e spirituali delle città italiane, hanno bisogno di risolvere prima di tutto il problema dell'emarginazione sociale ed economica che le perseguita. Non è un caso che le stesse comunità, sia dei campi regolari, sia di quelli spontanei sviluppino forme di solidarietà e di mutuo sostegno che la dispersione delle famiglie renderebbe impossibile. Infine e soprattutto le soluzioni, qualunque esse siano, devono essere costruite insieme a noi e non per noi. [...] Noi non ci sentiamo e non siamo inferiori, abbiamo la nostra cultura, le nostre tradizioni, abbiamo il nostro punto di vista sulla vita e sul mondo. È ora che tutti quelli che si occupano di noi ne tengano conto e soprattutto ci facciano i conti. [...] La Comunità europea nelle sue direttive e nei suoi programmi mette al primo posto la partecipazione di rom e sinti e la stessa Strategia nazionale, costruita con un confronto con le nostre federazioni, ha saputo tener conto delle diverse articolazioni che il nostro mondo rappresenta." (dal blog <http://comitatoromsinti.blogspot.it/> dell'11 ottobre 2013).

Istanze confermate anche all'interno delle consultazioni informali con le comunità. Secondo la Federazione Rom e Sinti Insieme, esistono 3 gruppi di interesse, con fabbisogni, situazioni giuridiche e priorità diverse:

- sinti e rom italiani
- rom dell'ex Jugoslavia
- rom comunitari (prevalentemente romeni e in misura minore bulgari)

L'approccio utilizzato per la rilevazione dei fabbisogni è quello "dal generale al particolare". Si è proceduto, innanzitutto, con l'identificazione delle criticità rispetto alla macro area (trasversale) dell'accesso ai servizi sanitari, finalizzata a rilevare problemi, vincoli o prassi di tipo giuridico e/o di tipo organizzativo che impediscono, rendono difficile o permettono l'accesso delle popolazioni RSC alle strutture e ai servizi sanitari territoriali, limitando, in definitiva la fruizione del bene "salute". Si è poi passati a un approfondimento verticale nelle aree funzionali della prevenzione e della diagnosi e cura, quest'ultima intesa anche come gestione delle cronicità e della non auto-sufficienza. Dagli interventi dei rappresentanti, emergono diverse istanze

comuni a tutti i gruppi di riferimento così come alcune specificità. È stata confermata dai rappresentanti di alcune comunità la paura delle mamme RSC a far vedere/visitare i propri bambini dai medici delle strutture pubbliche, poiché temono il coinvolgimento dei servizi sociali e la sottrazione del minore alla famiglia, in conseguenza delle precarie condizioni igienico-sanitarie o sociali in cui vivono.

Le aree prioritarie individuate dalle stesse comunità, su cui fare prevenzione, sono: corretta alimentazione (tutti mangiano molta carne e poca verdura e, soprattutto i bambini, una quantità enorme di zuccheri, con conseguenti problemi alla dentatura); igiene personale e degli alimenti; rischi genetici legati ai frequenti matrimoni tra consanguinei (si riferisce, ad esempio, di un alto tasso di bambini disabili tra i nati delle famiglie Khorakhanè-Rom musulmani originari soprattutto del Kosovo - meno tra quelli nati nelle famiglie Rom di origine serba e di religione ortodossa); rischi per la salute derivati dalla combustione della spazzatura (pratica molto diffusa tra i Rom romeni); salute materno-infantile (salute della donna, diritto al pediatra di libera scelta, prevenzione ecc.). In particolare, rispetto alle donne, sono stati evidenziati da più parti i problemi legati alla sfera ginecologica, alla sessualità (mancata percezione del rischio per rapporti non protetti e tabù della contraccezione, ritenuta dannosa per la propria salute; difficoltà a parlare di questi temi con altre donne della comunità e/o con persone che non parlano la loro lingua) e alla gravidanza (difficoltà a essere seguite durante la gravidanza e nel periodo post-partum).

È emersa la richiesta di un'indagine scientifica sul riferito alto tasso di tumori nei campi rom, dato avvalorato dalle evidenze epidemiologiche sulla bassa aspettativa di vita della popolazione RSC (a livello europeo, solo il 33% supera i 60 anni di età).

Inoltre, sarebbe opportuno stimolare l'inserimento della popolazione RSC che rientra nei criteri di campionatura degli screening/campagne di prevenzione e diagnosi precoce delle Regioni/Asl (es. donne Sinti e Rom italiane, over 40, residenti nei campi regolari).

Un altro elemento critico è legato alla continuità assistenziale per patologie quali il diabete e la grave insufficienza renale (che richiede dialisi), per le quali esistono problemi legati sia agli aspetti economici della cura, sia all'organizzazione logistica (es. garanzia del trasporto in/da ospedale per i dializzati). Aspetti che determinano una bassa compliance dei pazienti RSC ai percorsi di cura, fattore influenzato forse - da indagare - anche da una componente questione "culturale".

Un problema evidenziato da tutti, trasversale a tutte le fasce di età, è quello odontoiatrico: dato l'alto costo delle cure (praticamente tutte di natura privata), e la diffusa condizione di svantaggio economico delle popolazioni RSC, pochissimi di loro riescono a curarsi".

Inoltre, tra le popolazioni RSC, come evidenziato dalla letteratura sul tema e dai report degli addetti ai lavori, emergono criticità legate alle dipendenze da sostanze stupefacenti e abuso di alcool. La questione si acuisce in contesti problematici come i grandi insediamenti dei principali centri urbani, dove la difficoltà di accesso alle strutture sanitarie territoriali non consente alle persone di mantenere con costanza i percorsi di cura e prevenzione delle dipendenze. Il tema è centrale perché riguarda e colpisce ragazze e ragazzi RSC di giovanissima età.

Tra la popolazione femminile si riscontra un ricorso crescente all'uso di psico-farmaci per combattere stati depressivi ricorrenti, spesso in assenza della consapevolezza necessaria nella somministrazione dei farmaci.

Altro aspetto degno di menzione è la diffusione e l'abuso del gioco d'azzardo patologico, legato alla recente moltiplicazione delle occasioni di gioco, con un proliferare dei luoghi di gioco che occupano e "sostituiscono" altri centri di spazio sociale.

Come già esposto per la problematica delle dipendenze, alcune esplorazioni indicherebbero che il fenomeno interesserebbe in maniera consistente comunità di migranti e aree a rischio/contexti marginali, che si potrebbero identificare in alcuni casi con gli insediamenti collettivi di rom/sinti.

Inoltre, su segnalazione della FIMP, risulta che presso alcuni campi Rom di fede islamica viene praticata nei bambini la circoncisione rituale, spesso in condizioni assai poco sicure.

PIANO D'AZIONE IN UN'OTTICA DI MEDIAZIONE DI SISTEMA

Di fronte a situazioni sociali e sanitarie complesse e articolate come l'ambito della tutela della salute dei RSC, diventa necessario «ragionare in un'ottica di "mediazione di sistema", cioè di processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite», dove vengano date pari opportunità di accesso, dove le politiche ed i servizi giochino un ruolo attivo nell'individuare percorsi e metodologie d'intervento e dove le comunità non siano oggetto passivo ma partecipino con pari dignità nella definizione e messa in atto di adeguati interventi di promozione della salute. La Pediatria di Famiglia può rappresentare un nodo fondamentale nella rete per essere di per sé luogo di facile accesso, mediazione, integrazione, counseling ed empowerment senza discriminazioni. Il modello ipotizzato dall'ONU nella carta di Ottawa del 1986, assume attualità proprio nella contestualizzazione della promozione della salute riferita alla popolazione RSC (16).

Le attività e le strategie per la promozione della salute "Carta di Ottawa"

Le tre attività essenziali

- | | |
|------------------------|--|
| 1) to enable: | è l'attività finalizzata a mettere in grado gli individui e la comunità di controllare e migliorare la salute; |
| 2) to mediate: | è l'attività finalizzata ad attivare la mediazione tra gli interessi diversi e, non di rado, in contrapposizione tra differenti organizzazioni per il raggiungimento della salute; |
| 3) to advocate: | è l'attività finalizzata a patrocinare e sostenere i meno favoriti nella comunità in nome dell'equità. |

Le cinque azioni strategiche

- 1) Costruire politiche pubbliche per la salute;
- 2) Creare ambienti che favoriscono le scelte delle persone;
- 3) Sviluppare e favorire le azioni della comunità;
- 4) Aumentare la capacità e le risorse individuali;
- 5) Riorientare i servizi sanitari.

OMS, 1986

Le esperienze maturate fino ad oggi dagli organismi che hanno operato con l'obiettivo di avvicinare ai servizi sanitari le popolazioni RSC suggeriscono proprio la promozione di un modello di intervento non assistenzialista, ma *partecipativo*. Da qui l'importanza anche della mediazione culturale, utilizzando figure di mediatori con il compito di facilitare l'incontro fra diverse culture, decodificare diversi approcci alla salute e, se necessario, tradurre anche linguisticamente. In questa logica sarebbe auspicabile la costruzione di una rete di mediatori culturali² – partendo da un censimento dei mediatori già esistenti – che permetterebbe di

² Nell'ambito del Progetto Europeo triennale EQUI Health "Fostering health provision for migrants, the Roma and other vulnerable groups" finanziato dalla Commissione Europea, Direzione Generale SANCO – Health Programme 2012 all'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, e relativamente alla componente "La salute delle Popolazioni Rom" si è svolto a Sofia, l'iniziativa pilota di visita di studio e sul campo, "La Mediazione in ambito salute e i Rom" (9 – 11 Giugno 2014). L'incontro a livello Europeo, in collaborazione con il National Network of Health Mediators in Bulgaria e finanziato dal Federal Public Service for Public Health, Food Chain and Environment in Belgio, ha coinvolto mediatori culturali di origine Rom e coordinatori di programmi di accesso alla salute provenienti dalla Bulgaria, Belgio, Francia, Romania, Italia, Slovacchia e Spagna al fine di confrontarsi sui diversi approcci nazionali e varie metodologie di lavoro, oltre che condividere curricula formativi e buone pratiche. La visita di studio agli insediamenti Rom ha consentito di condividere le modalità di lavoro dei mediatori culturali in Bulgaria direttamente sul campo, per l'Italia ha partecipato l'Istituto Nazionale per le Migrazioni e Povertà. A margine delle conclusioni si è sottolineato che la mediazione culturale non è riconosciuta ampiamente nei contesti sanitari e poco definita dai programmi formativi nazionali nonché bisognerebbe omologare terminologie e concetti quali la "mediazione in salute" o la "mediazione interculturale". L'obiettivo a lungo

avere punti di riferimento in tutto il territorio nazionale e che, adeguatamente formati, potrebbero favorire il processo di *empowerment* delle popolazioni RSC.

Da tenere presente che, secondo l'ottica della *mediazione di sistema* che vogliamo assumere come metodologia, tutti gli operatori sanitari e non, devono saper individuare gli strumenti adeguati per costruire una relazione diretta fra personale dei servizi e persona rom con un bisogno di salute. In questa cornice la figura di mediatore – sia essa di origine RSC o no – pur necessaria, non può sostituirsi alla relazione diretta, assumendo su di sé l'onere di incarichi di utilità comune o l'esclusività della relazione fra la gente rom e gli operatori dei servizi, bensì dovrà rivestire un ruolo specifico quale espressione del bisogno di *empowerment* da parte del gruppo, più o meno allargato. L'obiettivo ultimo della strategia di inclusione è infatti quello di trasformare i RSC da utenti di servizi a tassello/nodo di una *rete* che sia ottimizzazione di percorsi assistenziali, ma anche espressione di una comune progettualità di promozione della salute dell'intera comunità (rom e gagè).

L'attuazione della strategia deve necessariamente prevedere azioni su più fronti. Per favorire l'accesso ai servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria della popolazione rom e sinti, fino ad oggi è stato necessario avvalersi di organizzazioni, operatori e strumenti appositamente creati, che hanno fatto da "ponte" fra la possibile popolazione assistita e i servizi: gruppi legati all'associazionismo, alla cooperazione sociale e al terzo settore in genere, presenti nei campi con vari progetti, ma solo raramente legati alla tutela sanitaria; la compartecipazione, purtroppo occasionale, di rom o di organizzazioni romani; mediatori, interpreti, animatori di comunità e altre figure professionali o comunque competenti; materiale informativo multilingue, cartellonistica, indirizzari, mappature. Tutti elementi e strumenti fondamentali, il cui utilizzo va certamente valorizzato, perfezionato ed ampliato ulteriormente. L'importante però è che questi meccanismi di mediazione vengano reimpostati all'interno di un riorientamento o adeguamento organizzativo e procedurale dei servizi stessi. Ci si deve adoperare per rendere tutti i servizi culturalmente competenti, producendo dispositivi organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati. È insufficiente ai fini dell'inclusione delle popolazioni RSC delegare esclusivamente a figure più o meno specializzate, collettive o individuali, il compito della comunicazione, della mediazione e della relazione. Si deve avviare un processo dinamico che faccia aumentare le competenze dell'intero sistema sanitario, la responsabilità organizzativa e individuale degli operatori, la necessità politica e sociale di dare reali pari opportunità di accesso, la consapevolezza della popolazione rom di una possibile loro diretta partecipazione nei percorsi di salute.

In questa cornice di "mediazione di sistema" il presente piano individua la suddivisione del campo di azione in tre macroaree:

- 1. Formazione del personale sanitario e non**
- 2. Conoscenza e accesso ai servizi per RSC**
- 3. Servizi di prevenzione, diagnosi e cura**

Per ogni macroarea sono state individuate le azioni prioritarie da intraprendere, specificando la metodologia di intervento. Sono poi riportate quale parte integrante del piano d'azione, le esperienze positive di ricerca e di intervento già maturate sul campo negli ultimi anni (buone pratiche) che possono quindi essere utilmente valorizzate anche in altre realtà territoriali (es. materiali informativi).

In questo documento si fa riferimento prevalentemente alla popolazione RSC che vive nei "Campi" più o meno autorizzati/tollerati, in quanto portatrice di specifiche criticità socio assistenziali. Nell'auspicio del superamento della "logica dei campi", va evidenziato come molte considerazioni valgono comunque per l'intera popolazione RSC.

termine dell'esperienza pilota di EQUI Health è quello di lanciare un Network Europeo di Mediatori di Comunità in ambito salute sul modello sviluppato dall'NNHM bulgaro.

MACROAREA 1: FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E NON

Uno degli ostacoli al processo di inclusione delle popolazioni RSC nel tessuto sociale delle società ospitanti sta nell'atteggiamento di chiusura da parte delle popolazioni locali, compresi gli operatori sanitari. Ai fini dell'inclusione, pertanto, non è sufficiente intraprendere iniziative sulla popolazione RSC, ma contestualmente è necessario agire sugli operatori sanitari e socio-sanitari che devono divenire essi stessi "agenti" del processo di inclusione, accogliere i rom nei servizi e incoraggiarne il corretto utilizzo. La relazione fra operatori sanitari e popolazioni RSC è resa problematica soprattutto dal pregiudizio e dalla scarsa conoscenza della cultura e del contesto di vita delle popolazioni RSC.

Di conseguenza, la formazione è uno strumento fondamentale per cominciare a ragionare in un'ottica di "mediazione di sistema", ossia per attuare un processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite. La formazione ha il compito di responsabilizzare gli operatori sul fronte della mediazione, che non deve essere delegata solamente a figure "altre". In altre parole per raggiungere l'obiettivo dell'inclusione non è sufficiente formare mediatori culturali e utilizzare interpreti e facilitatori; occorre anche che il sistema sanitario si arricchisca con la continua acquisizione di competenze e un attento lavoro di rete (17).

La realizzazione di Corsi di formazione per operatori sanitari, se da sola non basta ad eliminare pregiudizi e diffidenze, può però rappresentare un primo passo per un percorso di comprensione e di inclusione. La formazione deve anche avere come obiettivo il miglioramento della capacità di relazionarsi con persone provenienti da altri contesti sociali e culturali (formazione alla relazione transculturale) per tutto il personale sanitario, amministrativo e tecnico. L'esercizio alla relazione interpersonale, l'eliminazione di luoghi comuni sull'impermeabilità culturale e l'elaborazione di strategie di comunicazione offrono strumenti operativi per gestire relazioni spesso fortemente stressanti e all'apparenza inefficaci.

Un possibile percorso formativo va costruito affrontando più argomenti consequenziali che possono essere combinati diversamente fra loro, secondo i tempi a disposizione e le esigenze formative dei destinatari, in una formazione transculturale che coinvolga contemporaneamente destinatari provenienti da aree diverse.

Elementi fondamentali sono:

Profilo della popolazione Rom:

- Complessità del mondo rom
- Gli adolescenti rom
- I rom in condizione di fragilità sociale
- Il target specifico nei progetti dedicati di promozione della salute: Rom stranieri, che vivono nei campi e negli insediamenti spontanei, Sinti e Rom italiani particolarmente vulnerabili
- Il diritto internazionale dei diritti umani e la Costituzione italiana.

Profilo di salute:

- Senso e limiti delle indagini sulla salute dei Rom
- Alcuni dati epidemiologici
- Stili di vita e comportamenti a rischio
- Il mancato o inadeguato accesso ai servizi

L'accesso ai servizi sanitari

- Le modalità di accesso ai servizi delle popolazioni RSC
- Le barriere concrete che incontrano i RSC
- La discriminazione e i pregiudizi – il razzismo e l'anti-gitanismo
- Lo scontro culturale e relazionale con il personale Sanitario

Cenni di antropologia

- La concezione Rom della realtà, delle relazioni e della sfera simbolica
- Il rapporto con i "gagé" (termine con cui i Rom chiamano tutti coloro che non sono Rom)
- La dimensione della malattia e della cura

Metodologie di lavoro nella promozione della salute con i Rom - Esempi di interventi che presuppongono metodologie specifiche:

- rilevazione dei bisogni di salute diversificati, con particolare riguardo alle donne, alle bambine e agli adolescenti
- orientamento ai servizi, ivi compresa la pianificazione familiare,
- prevenzione ed educazione sanitaria
- screening e vaccinazioni, con particolare riguardo alle giovani fino a 14 anni (vaccino per il papilloma virus),
- lavoro negli insediamenti spontanei.

Inoltre, con l'obiettivo di favorire la progettazione inter istituzionale e intersettoriale, alcune sezioni dell'attività formativa dovrebbero essere dedicate al lavoro di rete e alla programmazione e all'approfondimento delle normative che prevedono la tutela della salute (quadro nazionale e locale, linee programmatiche ed organizzative).

Metodologia: il "ponte di fiducia"

Gli strumenti individuati (corsi lunghi o brevi, workshop, consensus conference, ecc.) e le tecniche formative potranno essere diverse in rapporto alle esigenze e all'organizzazione, ma dovranno comprendere un'attività di **esperienza diretta sul campo**, con lo scopo di creare una conoscenza reciproca fra il personale dei servizi e le persone destinatarie dei servizi stessi (18). In altre parole, perché la formazione sia realmente funzionale all'accesso ai servizi da parte delle popolazioni RSC, è necessario che si ponga fra i suoi obiettivi la costruzione di un "ponte di fiducia" fra agenti della domanda e dell'offerta dei servizi, che contribuisca ad abbattere le barriere all'accesso rappresentate da estraneità e ostilità che a volte caratterizzano i luoghi della cura.

I corsi devono essere organizzati capillarmente in ogni Asl del territorio nazionale e rivolti:

- **al personale sanitario e non dei servizi territoriali ed ospedalieri (az. 1.1);**
- **ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta (az. 1.2);**
- **altri attori socio assistenziali (az. 1.3).**

AZIONE 1.1: CORSI DI FORMAZIONE AL PERSONALE SANITARIO E NON DEI SERVIZI TERRITORIALI ED OSPEDALIERI

Le tematiche sopraelencate andranno incluse nei percorsi formativi routinari di ogni Azienda sanitaria: gli uffici Formazione aziendali coordineranno la realizzazione dei corsi/seminari.

Una/due sessioni formative sulla tutela della salute dei RSC saranno inserite nei corsi di aggiornamento annuale per tutto il personale sanitario (preferibilmente negli aggiornamenti sugli interventi di salute per le popolazioni immigrate), ma è necessario organizzare dei *focus* specifici per alcune categorie professionali che più di altre sono cruciali nella fruizione dei servizi per RSC:

- personale sanitario e non dei servizi di urgenza (pronto soccorso) che sono i più utilizzati da RSC in situazione di emarginazione;
- personale sanitario e non dei servizi a bassa soglia (consultori, ambulatori PDF e MMG, servizi vaccinali, ambulatori per stranieri, ecc.) che devono trasformarsi, grazie a una adeguata accoglienza e orientamento, nell'accesso privilegiato a un corretto uso dei servizi da parte dei RSC;
- personale dei PUA, nodo cruciale per l'offerta di informazione e orientamento ai RSC.

AZIONE 1.2: CORSI DI FORMAZIONE PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

La tutela della salute delle persone fragili, fra cui i RSC con le loro specificità, dovranno entrare nella programmazione curriculare del percorso formativo post-universitario obbligatorio, con inserimento nel Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di un seminario specifico per ogni anno di corso dedicato all'approccio transculturale dei bisogni di salute delle

popolazioni migranti con una parte dedicata alla conoscenza degli aspetti normativi della Mobilità.

Gli stessi seminari potrebbero essere ripresi come offerte nella Educazione Continua in Medicina.

Di seguito si declina una possibile articolazione degli stessi:

- scenari socio-demografici;
- scenari socio-sanitari, con la descrizione delle principali evidenze epidemiologiche;
- aspetti relazionali-comunicativi, con particolare riferimento ai problemi linguistici, semantici, alla comunicazione non-verbale, alle aspettative del paziente nei confronti del sistema sanitario nazionale e degli operatori; alle aspettative degli operatori stessi nei confronti dei pazienti; ai significati simbolici dei due poli della relazione; ai possibili livelli di incomprensione, alle diverse concezioni culturali di malattia, che possono giocare un ruolo significativo nell'ostacolare o, viceversa, nel facilitare la relazione. Focus sul concetto di salute e malattia per la popolazione RSC;
- aspetti normativi (le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri non U.E. e comunitari), con particolare focus sulle diverse modalità di accesso ai servizi per la popolazione ROM, SINTI e Camminanti;
- aspetti organizzativi nella realtà locale e regionale.

Nell'ambito della salute materno infantile dei RSC è auspicabile l'organizzazione di corsi di formazione per pediatri di famiglia, omogenei e contemporanei sul territorio nazionale, individuando come prioritaria l'esigenza formativa sulla salute delle popolazioni RSC. Coinvolgere in tali corsi professionisti di tutta l'area pediatrica e referenti della scuola e delle associazioni RSC e altri stakeholders potrebbe realizzare una rapida e uniforme trasformazione culturale migliorando in tempi brevi e concretamente l'integrazione e le condizioni di salute delle comunità RSC.

AZIONE 1.3: CORSI DI FORMAZIONE PER ALTRI ATTORI SOCIOASSISTENZIALI

L'accesso all'atto squisitamente assistenziale, che sia di prevenzione, diagnosi o cura, è preceduto da una serie di passaggi sia esterni al sistema sanitario, quali il contatto con gli operatori del sociale che lavorano negli insediamenti rom o con gli assistenti sociali del Comune, così come interni ai servizi sanitari, quali il personale delle cooperative che gestiscono gli sportelli amministrativi, i mediatori non rom eventualmente presenti, gli assistenti sociali della ASL, ecc. Questi attori sono cruciali per il corretto uso dei servizi da parte dei RSC e per migliorare la qualità dell'accoglienza dei servizi.

È necessario che il lavoro di rete, parte essenziale della mediazione di sistema, preveda collaborazioni concrete fra le Aziende Sanitarie e gli altri attori sopramenzionati, affinché, a partire da percorsi formativi condivisi sulle metodologie di orientamento, l'organizzazione di servizi a bassa soglia e l'offerta attiva, si producano protocolli di comportamento comuni ed efficaci per una reale fruibilità dei servizi da parte dei RSC.

A tal fine è altresì importante che nel percorso formativo dei mediatori sanitari siano affrontati anche gli aspetti sociali (vedi scheda progetto "ForMe").

MACROAREA 2: CONOSCENZA E ACCESSO AI SERVIZI PER RSC

La formazione del personale sanitario è fondamentale per avvicinare l'istituzione pubblica ai RSC più fragili, ma d'altra parte è altrettanto necessario, per raggiungere l'obiettivo del miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari da parte delle popolazioni RSC, la diffusione delle informazioni sui servizi esistenti nel territorio e una guida al loro utilizzo. La scarsa conoscenza del diritto e delle modalità di una sua corretta fruizione, infatti, insieme all'abitudine a ricorrere ai servizi solo per le emergenze sanitarie, oltre all'analfabetismo diffuso, le complicazioni burocratiche, ecc., fanno sì che i servizi siano sottoutilizzati dalle popolazioni RSC in condizione di marginalità sociale.

Inoltre, l'area dell'accesso ai servizi sanitari è caratterizzata da sostanziali differenze locali, sia per le differenze normative che ancora variano da regione a regione, sia perché le popolazioni RSC non hanno tutte lo stesso tipo di approccio ai servizi sanitari e non è omogeneo il loro livello di inserimento nel tessuto sociale. Di tutto ciò la programmazione degli interventi deve tenere conto, diversificando gli strumenti di informazioni in base alla realtà normativa e sociale locale.

Metodologia: relazione diretta con le popolazioni interessate

Le azioni progettuali in questo ambito devono partire dal presupposto che anche la semplice attività informativa per avere efficacia **deve basarsi sulla relazione diretta con le popolazioni interessate**: l'esperienza ha dimostrato che l'efficacia degli interventi è fortemente legata alla qualità della relazione umana fra gli operatori socio-sanitari e le popolazioni da coinvolgere. Chi effettua l'attività di informazione e orientamento sanitario deve interagire in modo positivo ed efficace con i destinatari. Molto importante che ci sia uno scambio, che si riesca a conquistare la fiducia per vincere la diffidenza, poiché affinché un'informazione venga recepita è necessario che ci si fidi della fonte da cui proviene. Ed inoltre anche la scelta delle strategie comunicative e del linguaggio – che deve tenere conto della situazione di vita, della cultura e delle caratteristiche soggettive delle persone destinatarie degli interventi – dovrebbe essere operata in funzione delle conoscenze che si sono acquisite attraverso la relazione stessa. Questo non significa che i servizi debbano essere portati nei campi. Al contrario: anche se può risultare fondamentale recarsi nei campi per instaurare un'occasione di contatto e di apertura nei confronti dei rom, è necessario non perdere di vista che l'obiettivo è **l'inclusione**, ossia la normalizzazione dei percorsi attraverso l'educazione all'utilizzo corretto dei servizi, di cui i RSC devono poter fruire con le stesse modalità della popolazione locale.

A tal fine sono individuate tre azioni specifiche:

- **Mappatura dei servizi sanitari territoriali (az. 2.1)**
- **Informazione (az. 2.2)**
- **Orientamento (az. 2.3)**

AZIONE 2.1.: MAPPATURA DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

In primo luogo è necessario eseguire una mappatura aggiornata dei servizi sanitari territoriali, selezionando per ogni realtà locale le strutture che rispondono maggiormente ai bisogni dell'utenza in termini di vicinanza al campo/insediamento, modalità di accesso e documenti necessari, orari di apertura, ma soprattutto puntando su quei servizi che sono in grado di garantire l'accoglienza adeguata attraverso personale sanitario preparato e disponibile a ricevere persone fragili. Una volta eseguita la mappatura, è necessario tradurla in uno strumento in grado di veicolare le informazioni in modo chiaro ed efficace, come opuscoli o volantini. È importante che tale strumento sia personalizzato per ogni campo/insediamento, ossia che vi risultino solo i servizi della zona selezionati, evitando di creare confusione per un eccesso di informazioni. Inoltre, poiché è rivolto a persone spesso analfabete o che non conoscono l'italiano è bene privilegiare l'immagine e tradurre il testo scritto nelle lingue

principali parlate dal gruppo cui è destinato. La stessa cosa vale qualora si intenda diffondere materiali informativi di educazione alla salute e ai corretti stili di vita (18).

AZIONE 2.2.: INFORMAZIONE

Gli obiettivi dell'attività d'informazione dovrebbero comprendere la conoscenza dei diritti e come fare per usufruirne (come entrare in possesso dei tesserini o dell'iscrizione al SSN, per esempio), oltre alla conoscenza dei servizi disponibili e come fare per accedervi. Il momento informativo può avvenire sul campo o presso il servizio, ma non può prescindere dalla relazione diretta con l'utenza. Pur avvalendosi di eventuali strumenti costruiti ad hoc, come gli opuscoli sopra citati, è fondamentale che la loro distribuzione sia accompagnata da una spiegazione attenta, assicurandosi che vengano compresi in ogni parte: si ha a che fare con persone che non hanno dimestichezza con il materiale cartaceo, non si può quindi dare per scontato che l'interpretazione dei messaggi sia corretta ed immediata.

Tuttavia, l'informazione deve andare in due direzioni, verso i RSC ma anche verso gli operatori. Se è necessario diffondere indicazioni sui servizi è anche importante acquisire informazioni sui RSC. L'attività assistenziale infatti deve andare di pari passo con il rilevamento e la sistematizzazione di dati epidemiologici, relativi ai bisogni sociosanitari e alle condizioni di vita dei RSC. La raccolta dei dati garantisce, infatti, la continuità nella ricerca e l'accrescimento della conoscenza del mondo rom e dei rapporti con il sistema sanitario, l'individuazione delle maggiori criticità e delle risposte possibili.

Ciò va realizzato a due livelli:

- Il lavoro di campo e quello presso i servizi vengano sempre adeguatamente documentati attraverso relazioni e strumenti di raccolta dati che permettano un progressivo lavoro di analisi e comprensione della realtà di intervento. Si potrebbe pensare a ipotesi di rilevazione dei dati, anche in forma non tradizionale (es. interviste, racconti, box per messaggi/suggerimenti/opinioni anche in forma anonima ecc.). Ovviamente quando la raccolta di informazioni specifiche non viene effettuata tramite indagini formali, ma si basa sui dati raccolti nel corso di visite, colloqui ecc., è necessario essere discreti in quanto potrebbe avere un impatto negativo nella relazione con persone che per le precarie condizioni di vita tendono ad essere riservate e diffidenti. Per quanto riguarda la fascia pediatrica e adolescenziale nel campo va fatta una promozione dell'accesso agli studi delle cure primarie, PDF e MMG, con iscrizione anche dei minori irregolari e inizio di un percorso di continuità assistenziale che, attraverso i programmi di educazione sanitaria, alimentare, agli idonei stili di vita, attraverso la cura dei minori avrà ripercussioni positive anche sugli adulti.
- L'organizzazione strutturata dei dati raccolti. Pur non essendo al momento possibile, è auspicabile ai soli fini epidemiologici, scientifici e socioassistenziali, come per la popolazione immigrata, una classificazione dei dati su base etnica, in un sistema di rete fra le istituzioni sanitarie di un territorio, per lo scambio di informazioni su calendari vaccinali, follow-up diagnostici o terapeutici, situazioni di rischio sanitario, costruito grazie alla "presa in carico" di una popolazione particolarmente fragile presente in un dato territorio. La sofisticatezza di elaborazione e di livelli di privacy che i sistemi informativi oggi possono offrire può permettere una presa in carico rispettosa ed efficace.

AZIONE 2.3.: ORIENTAMENTO

Attraverso la diffusione fra i RSC –uomini, donne e bambini - delle informazioni sul sistema sanitario si fa orientamento ai servizi. È preferibile che l'orientamento sanitario avvenga sul campo affinché venga interpretato e percepito come **un'offerta attiva**, la risposta ad un bisogno e l'inizio di una relazione. L'eventuale presenza dei medici sul campo serve proprio a questo, a favorire l'incontro, creare un contatto positivo, farsi conoscere e ascoltare, gettando

le basi per costruire una relazione di fiducia e indirizzare le persone al servizio di competenza cui hanno diritto, sapendo che presso tale struttura troveranno lo stesso medico o altri operatori ugualmente disponibili. La prestazione medica in loco può essere un pretesto, ma l'obiettivo rimane quello di migliorare l'accesso presso le strutture sanitarie pubbliche. Di conseguenza **fare orientamento significa incoraggiare le persone a imparare come prendersi cura di sé e della propria famiglia, utilizzando i servizi nella maniera più appropriata, in modo autonomo e consapevole.** L'orientamento va oltre la fase informativa, in quanto prevede l'avviamento di percorsi assistenziali in un'ottica di *empowerment*, attraverso un accompagnamento costante e mirato. A tal fine può essere utile materiale informativo tipo manifesti figurati, con riferimenti ai servizi accessibili nelle vicinanze e agli studi dei medici e pediatri di base.

10 punti fermi per favorire accessibilità ai servizi sanitari per le popolazioni Rom e Sinta

1. Agire sempre sulle popolazioni di riferimento: Rom/Sinti e operatori sanitari.
2. Lavorare in rete tra istituzioni, all'interno delle istituzioni e, soprattutto, favorire un'integrazione tra settore pubblico e privato sociale/volontariato.
3. Progettare interventi e azioni con un approccio multiprofessionale (medico, sociale, antropologico, psicologico, giuridico) che comprenda anche una componente Rom/Sinta.
4. Realizzare percorsi di formazione per operatori sia con contenuti tecnico-operativi sia sul versante dei diritti umani, della relazione, della gestione del pregiudizio e della comunicazione interculturale.
5. Favorire il coinvolgimento delle comunità di riferimento attraverso la relazione attenta ai tempi e modi del mondo rom, la risposta puntuale alle priorità individuate dalle persone con un bisogno di salute e la promozione di attività concrete e fattibili per le persone oggetto dell'intervento, in particolare per donne e fanciulle.
6. Favorire l'incontro diretto tra operatori e popolazione con una presenza sul campo, fintanto questi non vengano superati, per una reciproca conoscenza e creare contatti personalizzati tra operatori e Rom e Sinti, assicurando specifico riguardo all'eguaglianza di genere.
7. Garantire, quando necessario, in una prima fase, l'offerta attiva di parte dei servizi negli insediamenti rom/sinti, non solo di prestazioni mediche, ma anche di orientamento specifico e di educazione sanitaria. Puntare sempre, tuttavia, nel medio periodo, a una normalizzazione del rapporto tra servizi e comunità.
8. Rileggere le proprie strutture sanitarie, in un'ottica di accessibilità per le popolazioni più fragili, in modo da proporre servizi a bassa soglia di accesso e con una buona capacità relazionale.
9. Individuare modelli di intervento comunque flessibili e attenti alle realtà specifiche.
10. Ragionare in un'ottica di "mediazione di sistema", cioè di processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite, sia attraverso eventuali figure professionali specifiche (mediatori, interpreti, facilitatori), sia tramite la continua acquisizione di competenze e un attento lavoro di rete.

Ministero della salute/CRS Caritas Roma, Progetto nazionale "salute senza esclusioni", Roma, 2009

MACROAREA 3: SERVIZI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA

È questo forse l'ambito più delicato e qualificante: non si tratta di creare nuovi servizi ma di rendere permeabili quelli esistenti per tutta la popolazione, riservando particolare attenzione a coloro che si trovano in condizioni di maggiore fragilità per motivi sociali, economici, culturali, di status giuridico, di discriminazione a volte anche istituzionale; permeabilità alle domande di salute più flebili e invisibili e nel contempo garantire accessibilità e acquisire capacità per rendere fruibili le prestazioni. Tutti i servizi possono essere riorientati, ma è necessario cominciare da quelli che per propria natura dovrebbero essere a bassa soglia d'accesso, come il dipartimento materno-infantile ed in genere le strutture dedicate alla salute della donna e del minore (bambino e adolescente); il dipartimento di salute mentale e i servizi dedicati alla presa in carico delle dipendenze; tutto l'ambito delle patologie croniche, della continuità assistenziale ed in modo particolare della prevenzione.

Ciò suggerisce la necessità di provvedere ad un *riorientamento dei servizi* che si integra con le precedenti macroaree di intervento. Si vuole con ciò intendere sia un ripensamento dell'organizzazione interna al servizio stesso sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza (flessibilità degli orari di apertura, disponibilità dei servizi di mediazione e/o interpretariato, sviluppo del lavoro attraverso équipe multidisciplinari, stimolo all'integrazione socio-sanitaria, offerta attiva ed orientamento sanitario preferibilmente sul campo), che una sua effettiva apertura all'esterno, in raccordo con altre strutture del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio, ma anche con altri enti locali. Ciò per arrivare, al di fuori delle proprie strutture fisiche, a forme concrete di contatto con i soggetti portatori di bisogni di salute che, per diverse motivazioni, non vi si rivolgono attivamente. Ancora troppo scarsa o lacunosa è l'informazione degli operatori sulla normativa vigente che regola le diverse possibilità e modalità di accesso alle prestazioni per gli stranieri ed in particolare per i RSC, spesso considerati dal punto di vista giuridico, un'entità a sé stante, come a giustificare forme di marginalità e iniquità subite. Spesso è totalmente assente una formazione di base sulle specificità assistenziali collegate a questa utenza; rare le iniziative di aggiornamento sul tema.

Anche laddove si registrano particolari motivazioni individuali degli operatori, a fronte della crescente "multiculturalità" dei servizi e in un'ottica di riduzione delle disuguaglianze, queste non vengono di norma incoraggiate né adeguatamente incanalate e utilizzate, causando demotivazione e senso di isolamento. Paradossalmente, ciò accade soprattutto di fronte a proposte di riorganizzazione dei servizi o di iniziative personali finalizzate ad una maggior capacità di "presa" rispetto alla popolazione immigrata e RSC, che non comportano per le Aziende rilevanti aggravii di spesa, in quanto svolte all'interno dell'orario di lavoro e con le risorse umane e strutturali già presenti. Di contro, si sono a volte registrate forte motivazione e partecipazione allargata laddove le dirigenze aziendali hanno favorito iniziative specificamente rivolte a questa utenza, come l'avvio di piccoli osservatori sul tema, al lavoro di rete anche con incontri fuori dai servizi, allo sviluppo di progetti di studio, promozione della salute e assistenza, a volte con percorsi innovativi e originali, anche e soprattutto nell'ambito della prevenzione. Lasciare, anzi promuovere, iniziative specifiche nelle proprie aziende, metterle a sistema locale e regionale, anche accompagnando le esperienze con interventi regolamentativi (dalla chiarificazione sui diritti acquisiti e dei percorsi assistenziali, alla eventuale modifica, ad esempio, delle esenzioni di ticket) e organizzativi puntuali (ad esempio con l'abbassamento della soglia d'accesso in specifici servizi agendo anche sulla semplificazione burocratica) è un modo per far crescere competenze e motivazione all'intero sistema.

Metodologia: il lavoro di rete

Nei fenomeni complessi, o resi complessi da politiche incerte, una delle risposte efficaci è il lavoro in rete dove attori diversi, con risorse, competenze, ruoli e compiti diversi, hanno una progettualità comune e concorrono agli stessi obiettivi in una logica partecipativa (19). Nel nostro caso la rete può essere definita come l'insieme delle relazioni tra la comunità rom, il territorio e tutti gli enti pubblici e privati che vi operano. In questo senso la rete partecipa del

contesto, contribuisce a denotare una particolare realtà identitaria ed è quindi importante svelarne la trama nel momento della programmazione di un intervento.

La conoscenza della rete esistente, però, è solo la premessa per avviare un lavoro di rete vero e proprio, che a seconda delle esigenze può avere molteplici finalità. Prima fra tutte quella del coordinamento tra coloro che su più fronti si inseriscono nella vita dei rom: dall'associazione incaricata di seguire la scolarizzazione di un campo, alla parrocchia che distribuisce vestiti e pacchi viveri alle famiglie, ai volontari che svolgono attività ricreative con i più piccini, all'ente locale che si attiva per risolvere specifiche problematiche ecc.

Un confronto periodico fra i diversi attori coinvolti permette di discutere delle rispettive esperienze e degli esiti ottenuti in passato, garantisce di non sovrapporre gli interventi e di mettere in atto strategie condivise o quanto meno compatibili (20). In particolare, per quanto riguarda gli interventi sanitari, considerare le ASL territoriali, con i suoi operatori, elementi attivi e non esclusivi della rete legata alla salute, amplifica l'efficacia delle riposte possibili e avvia un processo di "acculturazione" reciproca. Il confronto costante tra operatori di diversa estrazione professionale ed esperienza è quella che in letteratura è definita una "Comunità di pratica" (21) cioè gruppi che riuniti per trovare risposte comuni a problemi inerenti l'esercizio del proprio lavoro, attraverso la condivisione delle informazioni e del proprio know-how si autoformano costantemente e trasformano la progettualità rendendola sempre più adeguata alle problematiche rilevate anch'esse in trasformazione per il protagonismo diretto della cosiddetta "popolazione target" e, se sono reti consolidate, danno continuità all'intervento stesso.

Inserire un passaggio sulla comunità di pratica: valutare l'utilità/operatività in questo senso di una piattaforma di telemedicina (per la parte sanitaria).

Le reti possono formarsi per l'occorrenza (un progetto, un problema, un finanziamento, ...) ma in genere sono più efficaci laddove sono strutturate come metodologia di lavoro permanente dei vari gruppi, istituzioni, associazioni che ne partecipano. Esistono reti istituzionali, ad esempio i vari tavoli operativi degli enti locali o consulte o commissioni, ma assumono la massima capacità di innovazione e creatività quando sono libera espressione, e in parte spontanea, della volontà di operatorie/o strutture, gruppi, associazioni di creare uno stabile collegamento, confronto, condivisione e integrazione al fine di raggiungere obiettivi, nel nostro caso, di salute della popolazione rom, che possono essere specifici (ad esempio vaccinazioni, accessibilità, riduzione fattori di rischio, continuità assistenziale, ...) ma anche politici (riduzioni delle disuguaglianze, della discriminazione, ...) (22).

Lavorare in rete presuppone la disponibilità a modificare il proprio progetto se si individuano itinerari più adeguati e efficaci, ma non la propria identità soprattutto in ambito istituzionale. La rete non dà visibilità al singolo elemento che ne fa parte ma premia l'obiettivo, è un indicatore di processo dove tutti hanno dei vantaggi (nelle motivazioni, nella formazione, nel fine progettuale, ma anche nella lettura e gestione degli insuccessi e nel monitoraggio e verifica delle proprie azioni).

Lavorare in rete con i rom significa allenarsi alla "cessione della sovranità" (elemento metodologico fondamentale in ogni rete) in quanto tutti gli elementi della rete, auspicabilmente compresi i rom come singoli o gruppi organizzati, hanno pari dignità e considerazione, seppur con competenze ed esperienze diverse. Chi si trova in situazione di disagio, e in particolar modo i rom, tendono a mettere in pratica la strategia della richiesta continua, a chiunque di tutto. Non è raro recarsi presso un campo per intercettare i bisogni sanitari delle persone ed essere investiti da domande che riguardano il lavoro o la regolarizzazione giuridica e che ci mettono di fronte alle loro numerose necessità e all'interdipendenza che esiste fra di esse. Anche in questo senso si può ricorrere al lavoro di rete.

In Italia l'esperienza di riferimento è certamente quella del GrIS (Gruppo Immigrazione e salute) Lazio (23), che dal 1995 è attivo grazie alla volontà di operatori dei servizi pubblici (attualmente aderiscono formalmente tutte le aziende sanitarie regionali), del privato sociale e del volontariato con specifica attenzione ai temi della tutela sanitaria degli immigrati e dei rom. Esempolari sono gli interventi realizzati proprio in ambito di tutela sanitaria dei rom sia nel metodo che nei risultati raggiunti (24,25).

Le strutture sanitarie devono essere in grado di lavorare in rete, sia strutturalmente nel proprio interno, sia con le altre istituzioni ma soprattutto con quella parte della società civile e di popolazione che condivide lo specifico obiettivo di salute in una logica di *governance* chiara e nel contempo flessibile e dinamica (26).

Le azioni necessarie proposte per questa macroarea sono:

- **Prevenzione e promozione della salute (az. 3.1)**
- **Percorsi di diagnosi e cura e continuità assistenziale (az. 3.2)**

AZIONE 3.1: PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

In relazione ai dati epidemiologici in nostro possesso – in assenza di specifiche emergenze contingenti – gli ambiti della prevenzione riguardano prevalentemente quattro aree: promozione di corretti stili di vita; ambienti di vita; percorso materno-infantile e tutela della gravidanza; vaccinazioni.

Ci rendiamo conto che ragionare in termini di corretti stili di vita e ambienti di vita nei confronti di una popolazione ancora in parte significativamente emarginata e stigmatizzata sembra quasi offensivo, ma è comunque possibile incentivare la formulazione di progetti specifici costruiti sulla conoscenza delle realtà locali. Questa attività è complessa perché la modifica dei comportamenti nocivi non si ottiene con la sola informazione sui danni che tali comportamenti arrecano alla salute. L'approccio multi professionale è fondamentale come anche la scelta di prediligere come target prioritario degli interventi le donne e i bambini in età scolare. E non solo in riferimento ai progetti che riguardano l'area materno-infantile, bensì anche per le attività di prevenzione primaria (fumo, alcol, alimentazione corretta) che interessano l'intera popolazione. L'esperienza dei progetti realizzati fino ad oggi, infatti, indica che, indipendentemente dal territorio in cui sono stati implementati, la fetta di popolazione che ha dimostrato maggiore disponibilità all'ascolto è stata quella rappresentata da donne e bambini, mentre gli uomini adulti in maggioranza hanno preso le distanze o mostrato disinteresse verso i progetti di prevenzione. Le donne si sono rivelate più ricettive, molto probabilmente perché è demandato loro il compito di occuparsi della salute della famiglia, mentre i bambini e gli adolescenti forse sono più aperti alla comunicazione con l'esterno perché abituati dalla scuola, dove da tempo si svolgono programmi di educazione alla salute con metodologie di coinvolgimento attivo adatte alla popolazione scolastica.

Il rischio di un'azione di prevenzione rivolta ad un'intera popolazione portatrice di cultura e identità diverse, indipendentemente dai contenuti che veicola, è che venga rifiutata per il semplice fatto che viene percepita come estranea, calata dall'alto. Dunque, perché gli interventi trovino accoglienza da parte delle popolazioni RSC, è necessario che la popolazione RSC sia coinvolta attivamente in tutte le fasi della progetto, dall'analisi alla realizzazione e alla valutazione stessa dei risultati. L'utilità dell'intervento deve essere condivisa all'interno della comunità in cui viene realizzato, perché solo in questo caso può realizzarsi quella legittimazione che crea il clima e le condizioni favorevoli all'implementazione corretta del progetto.

Tutti i progetti di promozione della salute oltre a definire chi sono gli attori coinvolti, gli obiettivi da raggiungere, le azioni da intraprendere, devono avere una struttura che ne permetta la valutazione (obiettivi quantificabili e indicatori di efficacia), perché è necessario capire se e come il progetto è riuscito a modificare la situazione preesistente, se e cosa può essere migliorato nei progetti futuri, ecc.

Con questa metodologia partecipativa possono essere implementate azioni specifiche per l'ambito materno infantile, ad esempio utilizzando gli strumenti messi in campo dall'esperienza di "Genitori più" (vedi www.genitoripiu.it) adeguatamente contestualizzati e ridefiniti con le popolazioni di riferimento. Una specifica attenzione va riservata ai percorsi per la gravidanza, evento frequente in questa popolazione e occasione di contatto qualificato e "accettato". Creare occasioni di incontro con le donne e con gli operatori dei consultori negli insediamenti come atto preliminare alla presa in carico nella struttura socio-sanitaria, o favorire con orari e spazi adeguati (è probabile che la donna arrivi con altri figli e bambini) l'accesso ai servizi, possono essere momenti privilegiati di informazione, tutela e, se necessario, cura creando legami in grado di persistere nel tempo.

Il tema delle vaccinazioni è assolutamente qualificante perché mostra la capacità di relazione tra strutture e popolazione. Solo in casi particolari (legate ad emergenze epidemiologiche o situazioni storiche che hanno creato ampie sacche di scopertura vaccinale) si possono effettuare campagne negli insediamenti, ma normalmente è bene favorire i percorsi ordinari attivando progetti specifici di orientamento ed eventualmente di accompagnamento.

Qualunque sia la strategia adottata (indipendentemente dall'attore incaricato che deve comunque fare riferimento alla ASL territorialmente competente) è fondamentale la registrazione nelle anagrafi vaccinali formali delle ASL di riferimento, in quanto nel tempo possono rivelarsi documenti utili non solo in ambito sanitario ma anche per la definizione di altri percorsi di diritti e di cittadinanza.

AZIONE 3.2: I PERCORSI DI DIAGNOSI E CURA E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le persone RSC generalmente si rivolgono ai servizi sanitari nella fase acuta della malattia; richiedono, pertanto, prestazioni urgenti in tempi stretti che mal si conciliano con la programmazione temporale nei servizi. Le terapie farmacologiche vengono spesso interrotte alla scomparsa dei sintomi; in molte occasioni il nucleo familiare allargato interviene direttamente nella somministrazione della cura, creando attrito con il personale sanitario. L'incontro tra il paziente RSC e il Servizio Sanitario Nazionale avviene per lo più al pronto soccorso, che viene utilizzato avvolte in modo improprio e per qualsiasi problema di salute. Le prestazioni erogate, anche se efficaci, sono slegate dalla storia del paziente e del suo contesto di vita. Se la persona non è ancorata in una realtà territoriale ma costretta a migrazioni interne forzate (è un "nomadismo indotto" dalle politiche di non accoglienza) la continuità assistenziale è resa difficile. Auspicando politiche atte a stabilizzare la popolazione rom o rendere gli spostamenti svincolati dagli interventi emergenziali, l'obiettivo è di inserire i RSC nei percorsi di cura ordinari, attraverso il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta (oggi anche per i minori con genitori non in regola con le norme per il soggiorno), costruendo un rapporto di fiducia che consenta di evitare l'utilizzo inappropriato dei servizi di emergenza-urgenza ed avviare una presa in carico adeguata per la cronicità.

Permane il problema della tracciabilità dei dati di salute della singola persona (dalle vaccinazioni, alle malattie croniche, alle terapie effettuate, ecc.) che non può prescindere dalla consapevolezza individuale e dall'organizzazione di servizi che nella relazione sappiano informare e motivare il soggetto e possano, su richiesta autorizzata dall'interessato, trasferire l'informazione al medico e all'eventuale nuova struttura che ha preso in carico l'assistito, anche utilizzando delle nuove tecnologie come previsto per l'intera popolazione.

FAVORIRE L'EMPOWERMENT DELLA COMUNITÀ

È l'azione di sintesi delle tre macroaree legate alla tutela della salute e agli altri Assi di intervento della Strategia Nazionale di Inclusione dei RSC. Con il termine *empowerment* viene indicato un processo di crescita, sia della singola persona sia del gruppo, e si può declinare in ambito individuale e psicologico, organizzativo, socio-politico e di comunità (27). Autodeterminazione, partecipazione, consapevolezza sono le parole chiave del processo che può trasformare un gruppo con gradi diversi di passività, segregazione ed emarginazione, esclusione ed autoesclusione, in reale protagonista delle scelte che lo coinvolgono: appare evidente come tutto ciò abbia una ricaduta immediata sulla salute individuale e collettiva, sui possibili stili di vita e sull'adesione ai percorsi di prevenzione e tutela (28). Ruolo degli operatori sanitari è quello dell'assecondare e, per quanto possibile, promuovere tale processo, favorendo reciproca conoscenza, trasparenza nella comunicazione e nei percorsi assistenziali, impegno contro le discriminazioni.

RISORSE ECONOMICHE

Con l'obiettivo di dare attuazione alla Strategia nazionale di integrazione dei Rom, Sinti e Caminanti, rispetto alla programmazione dei fondi strutturali e d'investimento europei sino al 2020, l'UNAR ha lavorato con le altre amministrazioni competenti per rispondere alle indicazioni puntuali dell'UE rispetto all'integrazione dei Rom, Sinti e Caminanti, ed identificare come nella nuova programmazione 2014-2020 potesse essere inserita nella filiera che, partendo dall'indirizzo strategico, viene verticalizzata nei documenti operativi più recenti.

Il punto di unione è stato individuato, all'interno dell'Accordo di partenariato, nell'obiettivo tematico 9 "Promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà", nella declinazione del sotto obiettivo tematico 9.5 "Riduzione della marginalità estrema e interventi di inclusione a favore delle persone senza fissa dimora e delle popolazioni rom, sinti e caminanti".

All'interno del citato risultato atteso 9.5, le azioni dedicate alla Strategia di inclusione RSC sono le seguenti:

- Azioni di contrasto dell'abbandono scolastico e di sviluppo della scolarizzazione e pre-scolarizzazione (Azione 9.5.1)
- Interventi infrastrutturali per la sperimentazione e lo sviluppo di servizi di prevenzione sanitaria e dell'accessibilità (Azione 9.5.2)
- Sperimentazione e sviluppo dei servizi di prevenzione sanitaria e dell'accessibilità (Azione 9.5.3)
- Interventi di presa in carico globale, interventi di mediazione sociale e educativa familiare, nonché di promozione della partecipazione e della risoluzione dei conflitti (Azione 9.5.4)
- Riconoscimento delle competenze, formazione professionale, promozione dell'autoimprenditorialità e mediazione occupazionale finalizzata all'inserimento lavorativo, sul modello della buona pratica riconosciuta a livello europeo denominata Programma Acceder (Azione 9.5.5)
- Azioni strutturali per favorire l'accesso all'abitare non segregato [da considerare all'interno di azioni integrate che includano sostegno e facilitazione all'integrazione nella comunità più ampia dei residenti] (Azione 9.5.6)
- Azioni di accompagnamento volte a favorire l'accesso all'abitare non segregato e alla piena interazione con la comunità più ampia dei residenti (Azione 9.5.7).

Le restanti azioni del risultato atteso 9.5 sono destinate a gruppi bersaglio diversi dalle comunità RSC.

Per l'intero risultato atteso 9.5, in totale saranno a disposizione dei Programmi Operativi gestiti da amministrazioni nazionali e regionali 165 Meuro³, di cui:

- 27 Meuro – per Regioni più sviluppate
- 2 Meuro – per Regioni in transizione
- 136 Meuro – per Regioni meno sviluppate

Si tratta di risorse che verranno tradotte in interventi afferenti al PON Inclusione sociale, al PON Città Metropolitane e ai PO Regionali. Occorre definire la stesura dei PON e dei POR per quantificare al meglio i relativi importi disponibili e la suddivisione ripartita per risultati attesi.

All'interno di ciascuna delle macroaree individuate nel presente piano d'azione, ogni progetto in linea con gli indirizzi forniti potrà trovare applicazione attraverso l'utilizzo dei fondi strutturali finalizzati all'inclusione sociale.

Un ulteriore ambito di finanziamento per le Regioni può venire dagli Obiettivi di piano su cui converge una quota del Fondo sanitario nazionale. In particolare nelle "Ulteriori linee

³ Al momento dell'elaborazione del Piano, il negoziato con la Commissione Europea sui singoli PO potrà determinare spostamenti nella allocazione delle risorse economiche.

progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013" è previsto il "Contrasto alle disuguaglianze in sanità" che, per l'anno 2013, ha previsto un vincolo di 45 milioni di euro.

SUPPORTO E MONITORAGGIO

Per la predisposizione delle specifiche azioni previste in questo Piano le Regioni potranno richiedere il supporto sia dell'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali), che del Ministero della Salute nonché, per il tramite del Ministero, ai referenti che hanno partecipato alla sua redazione.

L'UNAR potrà partecipare con azioni di partenariato, avendo già avviato (art.44, comma 12 del D.Lgs. 286/1998) un percorso di interlocuzione istituzionale con il sistema delle autonomie locali, per la costruzione di una rete integrata di centri e osservatori territoriali contro le discriminazioni.

Nella stesura dei Programmi Operativi Regionali è importante inserire il riferimento alle azioni:

- Interventi infrastrutturali per la sperimentazione e lo sviluppo di servizi di prevenzione sanitaria e dell'accessibilità (Azione 9.5.2)
- Sperimentazione e sviluppo dei servizi di prevenzione sanitaria e dell'accessibilità (Azione 9.5.3)

per consentire poi la possibilità di utilizzo delle risorse economiche disponibili di cui al paragrafo precedente.

Al fine di monitorare la progressiva implementazione di questo Piano d'azione, il Ministero della Salute, a partire dalla fine del 2015, predisporrà un'apposita rilevazione delle iniziative realizzate o in itinere nelle Regioni, con specifico riferimento alle tre macroaree d'intervento del Piano:

1. Formazione del personale sanitario e non
2. Conoscenza e accesso ai servizi per RSC
3. Servizi di prevenzione, diagnosi e cura

In particolare, l'attività di monitoraggio rileverà:

- 1) L'accesso alle risorse disponibili, grazie alla programmazione di progetti specifici,
- 2) Le attività programmate e i progetti avviati con riferimento a:
 - a) Obiettivi e stato di avanzamento delle azioni;
 - b) metodologie utilizzate e coerenza con quelle previste nel Piano,
 - c) risorse programmate e impiegate,
 - d) eventuali traguardi intermedi e/o finali raggiunti,
 - e) verifica fra i risultati raggiunti e quelli attesi.

SINTESI DEL PIANO D'AZIONE

Macroarea	FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E NON	CONOSCENZA E ACCESSO AI SERVIZI	SERVIZI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA
OBIETTIVO	Rendere tutte le figure professionali impiegate nei servizi sanitari capaci di accogliere i RSC, incoraggiando il corretto utilizzo dei servizi.	Migliorare il corretto utilizzo dei servizi sanitari territoriali da parte delle popolazione RSC attraverso la diffusione sul campo delle informazioni relative.	Offrire servizi sanitari riorientati in base alle dimostrate esigenze della loro potenziale utenza favorendo l' <i>empowerment</i> della comunità RSC.
METODOLOGIA	<p>Approfondire i temi della conoscenza del mondo rom nella sua dimensione socio-culturale, la relazione transculturale e la necessità di costruire un "ponte della fiducia", i metodi e le strategie operative.</p> <p>Inserire il tema rom nella programmazione annuale ordinaria delle aziende sanitarie.</p> <p>Impostare la formazione secondo i bisogni e le risorse di ogni azienda sanitaria.</p>	<p>Produzione di materiale informativo personalizzato e diffusione/spiegazione attraverso visite sul campo. Importanza del contatto diretto con i destinatari, della relazione e della costruzione di un rapporto di fiducia tra rom e personale sanitario/figure con ruolo di mediazione.</p> <p>Attenzione alla costruzione di un sistema informativo specifico ma rispettoso della privacy, che permetta di raccogliere dati epidemiologici validi.</p>	<p>Promozione di un lavoro di rete interno ed esterno al servizio, quindi esteso, capillare ed inclusivo.</p> <p>Approccio multidisciplinare e multisettoriale.</p> <p>Puntare su un modello partecipativo, che coinvolga attivamente anche i rom (la mediazione culturale è parte del sistema di rete)</p> <p>Sperimentazione e incentivazione di proposte e attività innovative che vengano messe a sistema locale e regionale laddove se ne verifichi l'efficacia.</p> <p>Lavorare in rete, grazie al confronto, condivisione e collaborazione fra tutti gli attori, individuando obiettivi comuni e integrando risorse e competenze.</p>
AZIONI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Corsi di formazione rivolti al personale sanitario e non di servizi territoriali e ospedalieri prediligendo gli operatori dei servizi di urgenza, a bassa soglia e PUA. 2. Inclusione nel curriculum post-universitario obbligatorio per MMG e PLS la formazione sulla tutela delle persone più fragili 3. Corsi di formazione per altri attori socioassistenziali, come assistenti sociali, mediatori, privato sociale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mappatura dei servizi sanitari specifica per ogni territorio limitrofo al campo/insediamento, selezionando le strutture più accoglienti. 2. Informazione ai rom sul diritto alla salute, i servizi di zona e le modalità di accesso. Informazione per gli operatori attraverso raccolta dati e indagini epidemiologiche. 3. Orientamento alle strutture, incoraggiando i rom a fidarsi dell'istituzione sanitaria e aiutandoli a responsabilizzarsi nella tutela della salute. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorientare i servizi, ossia rendere permeabili le strutture anche alle categorie più fragili come i RSC, puntando su interventi di prevenzione e promozione della salute: promozione di corretti stili di vita, ambienti di vita, percorso materno-infantile e tutela della gravidanza, vaccinazioni. 2. Promuovere percorsi di diagnosi e cura e continuità assistenziale evitando l'utilizzo inappropriato dei servizi di emergenza-urgenza.

Bibliografia

- (1) Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizioni Anterem, Roma, 1996
- (2) Motta F., Geraci S.: *L'accesso di Rom e Sinti al diritto ed alla tutela della salute*. In La condizione giuridica di Rom e Sinti in Italia. (a cura di Bonetti P., Simoni A., Vitale T.). Giuffrè Editore. Milano, 2011. 1065:1080.
- (3) Geraci S., Bonciani M., Martinelli B.: *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprintingsrl, Roma, 2010
- (4) Marceca M., Geraci S., Baglio G.: *Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level*. IJPH - 2012, Volume 9, Number 3; e7498-1:11
- (5) Bonetti P., Simoni A., Vitale T. (a cura di): *La condizione giuridica di Rom e Sinti in Italia*. Giuffrè Editore. Milano, 2011.
- (6) Morozzo della Rocca P. (a cura di): *Immigrazione e cittadinanza. Profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*. UTET Giuridica. Milano, 2008 (aggiornamento 2009).
- (7) Nascimbene B. (a cura di): *Diritto degli stranieri*. Cedam, Padova, 2004.
- (8) Miele R., Boca C. (a cura di): *Codice dell'Immigrazione*. Edizioni Studio Immigrazione. Viterbo, 2011.
- (9) Rambouskova' J, Dlouhy' P, Krizova' E, prochazka B, Hrcirova' D, Anđel M: *Health behaviors, nutritional status, and anthropometrics parameters of Roma and no Roma mothers and their infants in the Czech Republic*. I NutrBehav, 2009, Jan-Feb
- (10) Llanos de la torre Quiralte M, Garijo Ayestaran C, Poch Olive ML, Perez marrodan JA, *Estudio de una poblacion gitana rural en relacion con la lactancia materna. Una poblacion atipica?* An EspPediatr (53), 2000
- (11) 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 patologia prevalente*, An Esp Pediatr (57), 2002
- (12) Mora Leon L, Martinez Olmos J, *Prevalencia de caries y factores asociados en ninos de 2-5 anos de los Centros de Salud Almanjayar y Cartuja de Granada Capital*, Aten Primaria (26), 2000
- (13) G A C Binnie *The health of Gypsies*, BMJ, 1998
- (14) Monasta et al., *Ethnicity & Disease*, Volume 22, 2012: 367-371
- (15) Garcia de Cortazar AR, Cabrera Leon A, Hernan Garcia M, Jimenez Nunez JM, *Attitudes of Adolescent Spanish Roma Toward Noninjection Drug Use and Risky Sexual Behavior*, Qualitative Health Research, Vol. 19, No 5, 605-620, 2009
- (16) Ricordy A., Trevisani C., Motta F., Casagrande S., Geraci S., Baglio G, *La Salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione*, Pendragon, Bologna 2012
- (17) Geraci S., Motta F., Ricordy A. (a cura di), *Salute senza esclusione. Sperimentazione di interventi per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia*, Area Sanitaria Caritas di Roma, Roma 2009
- (18) *Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 13, 29 marzo 2001, 30:46
- (19) Bigot G., Russo M.L.: *Per una salute senza esclusioni: brevi tratti di un'esperienza partecipativa*. In Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni, Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM. Pendargon, Bologna, 2012; 136:141
- (20) Ricordy A., Motta F., Geraci S.: *saluteRom. Itinerari possibili*. Pendargon, Bologna, 2014
- (21) Wenger E.: *Comunità di pratica. Apprendimento, significato, identità*. Ed Cortina, 2006
- (22) Bigot, G. e Russo, M.L., *Come nasce una politica: gli attori, i processi*, in Una rete per la salute degli immigrati, Roma, Anterem Edizioni, pp. 7-15, 2007
- (23) Geraci S., Gnolfo F.: *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Pendragon, Bologna, 2012
- (24) AA.VV.: *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma*. Monografie ASP Lazio. Regione Lazio e GrIS Lazio, 2003

- (25) Baglio G., Barbieri F., Cacciani L., Certo C., Crescenzi A., Forcella E., Fraioli A., Gnolfo F., Geraci S., Motta F., Sestieri M., Sprovieri M., Trillò M.E. (a cura di), *Salute senza esclusione: campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinta a Roma*, GrIS Lazio e Area sanitaria Caritas Roma 2008
- (26) Battilomo S.: *Il ruolo del Ministero della salute nella governance della salute degli immigrati*. In *Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere*, Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM. Pendargon, Bologna, 2014; 110:115
- (27) Zimmerman, M.A.: *Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*. In Rappaport J., Seidman, E., *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
- (28) AA.VV: *Il sistema sanitario e l'empowerment*. 6° Supplemento al numero 25 2010 di *Monitor*. Trimestrale dell'Agenzia nazionale per I servizi sanitari regionali

Appendice

ESPERIENZE DI RICERCA E DI INTERVENTO

ID	DESCRIZIONE	ENTI COINVOLTI
1	Progetto CCM 2006 "Migrazione: sistemi di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni"	Ministero Salute- ISS
2	Progetto CCM 2006 "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia"	Ministero della Salute Regione Marche
3	Progetto CCM 2009 "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio dei Sistemi Sanitari Regionali"	Ministero Salute - Agenas
4	Progetto FEI "Percorso di Integrazione presso lo Sportello Unico - Fase II"	Ministero interno Ministero della Salute INMP
5	Progetto CCM 2011 "Un modello per l'integrazione socio-sanitaria delle popolazioni svantaggiate"	Ministero della Salute Regione Emilia Romagna INMP e da quattro Regioni
6	"SALUTE SENZA ESCLUSIONE: campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinta a Roma"	Area sanitaria Caritas di Roma
7	"Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo"	Caritas
8	Progetto FEI - CRS 2012 "ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei Rom nella città di Roma"	Caritas
9	Progetto CCM 2007 "La salute e la sicurezza del neonato. Una guida utile per le famiglie immigrate"	Ministero della Salute- Associazione Candelaria Donne Immigrate Onlus
10	Progetto biennale CCM 2010 "Linee d'intervento transculturali nell'assistenza di base e nel materno infantile"	INMP
11	"SALUTE SENZA ESCLUSIONE: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma"	Area sanitaria Caritas di Roma
12	Progetto CCM 2010 "Prevenzione delle IVG nelle donne Straniere"	Ministero della Salute Regione Toscana
13	troVARSI (VAccinazioni Rom e SInti in Italia)	Ministero della Salute INMP
14	"EQUI-HEALTH"	OIM, Consiglio d'Europa, CAHROM, Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero del lavoro e Politiche sociali, UNAR, enti territoriali, servizi sanitari, associazioni di società civile

Esperienza n° 1 –“Migrazione: sistemi di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni”	
DESCRIZIONE	<p>La finalità del progetto è stata quella di fornire strumenti e chiavi di lettura per orientare e supportare politiche ed interventi di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e comunità straniere.</p> <p>Tra gli obiettivi raggiunti: descrivere lo stato di salute della popolazione immigrata e di specifici target, fornire una panoramica della legislazione nazionale e delle politiche regionali, nonché individuare buone prassi assistenziali con particolare attenzione alla fruibilità dei Servizi sanitari, infine, valutare i percorsi formativi attivati su temi inerenti la salute della popolazione immigrata.</p>
ENTI COINVOLTI	<p>Ministero Salute- ISS. Coordinamento scientifico: ISS</p> <p>Il Gruppo di Lavoro, articolato in sei Unità Operative e due Sotto-Unità è stato costituito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (ISS), Roma - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS), Roma - Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma, - Università Sapienza - Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, Roma - Fondazione Labos, Roma - Area sanitaria della Caritas di Roma. <p>È stato necessario il coinvolgimento degli Assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali delle singole Regioni e delle Province Autonome.</p>
FINANZIAMENTO e TEMPI	<p>Progetto finanziato dal Ministero della Salute CCM-2006.</p> <p>Iniziato nel 2008 e concluso nel luglio 2010.</p>
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	<p>http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/IniziativeItalia.asp</p> <p>http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2010/6-SINTESI_PROGETTOMigrazione_e_Salute_CONVEGNO.pdf</p>

Esperienza n° 2 - "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia"	
DESCRIZIONE	<p>Il progetto ha proposto una metodologia ed un set di indicatori per l'analisi dei principali problemi di salute degli immigrati a quanti a livello nazionale o regionale sono coinvolti nella costruzione del profilo di salute e nella programmazione di servizi sanitari per la popolazione immigrata.</p> <p>Gli indicatori che vengono proposti sono stati calcolati utilizzando fonti informative che sono a disposizione di tutte le Regioni. Essi sono stati sperimentati in sei Regioni, due Province (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia, province di Reggio Emilia e di Cesena) e a livello nazionale (Istat, INAIL, Age.na.s) confermandone in tal modo la fattibilità.</p> <p>Il risultato conseguito consente di affermare che oggi è disponibile uno strumento operativo che rende possibile costruire, (e quindi confrontabile) nelle varie realtà, un profilo di salute degli immigrati presenti in Italia sia in termini di domanda che in termini di risposta che i Sistemi Sanitari Regionali forniscono a questa domanda ed il relativo metodo di calcolo.</p> <p>Nell'ambito del progetto che ha prodotto un set di indicatori per la costruzione del profilo di salute dell'immigrato, "La salute della popolazione immigrata metodologia di analisi", è stato istituito nel 2008 il Tavolo Interregionale Immigrati che opera presso il Coordinamento Interregionale in Sanità della Conferenza Stato-Regioni.</p> <p>Il Tavolo costituisce un momento di confronto e collaborazione tra le Regioni e P.A. e di concertazione tra le stesse e il Ministero della Salute sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria al fine di rendere uniforme sul territorio nazionale l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata.</p> <p>Partecipano al Tavolo tutte le Regioni e Province Autonome con il contributo della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) e dell'INPM (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà).</p>
ENTI COINVOLTI	Ministero Salute- Regione Marche Coordinamento Regione Marche
FINANZIAMENTO e TEMPI	Progetto finanziato dal Ministero della Salute CCM 2006. Concluso il 31/12/2009.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf

Esperienza n° 3 – “La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio dei Sistemi Sanitari Regionali”	
DESCRIZIONE	L'obiettivo del progetto è stato di conoscere i bisogni di salute della popolazione immigrata, attraverso un monitoraggio istituzionale e sistematico da parte dei SSR e del SSN nel suo insieme al fine di individuare le priorità di intervento. Tra gli obiettivi specifici: svolgere a livello istituzionale la funzione di lettura sistematica del profilo di salute della popolazione immigrata; costruire un sistema di monitoraggio nazionale a partire dal report finale “La salute della popolazione immigrata metodologia di analisi” del progetto già concluso, estendere a tutte le regioni la metodologia di analisi già sperimentata, per costruire un profilo di salute a livello nazionale, (una adeguata attività di formazione è prevista per le Regioni di nuova adesione); effettuare una valutazione macroeconomica dell'assistenza sanitaria agli immigrati; realizzare un confronto con gli altri Paesi Europei e collaborazione con le istituzioni europee; costruire un modello per la sorveglianza e controllo delle malattie infettive(Centri Immigrazione regione Calabria- Crotona e Lamezia Terme).
ENTI COINVOLTI	Accordo Ministero Salute – Agenas- Coordinamento Agenas- Sono state attive 10 unità operative: Istat, Inail, Regione Marche (Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze), Regione Piemonte (Servizio Epidemiologia Asl To3), Regione Emilia Romagna (Agenzia Regionale Sanitaria Sociale Emilia Romagna, Regione Lazio (Laziosanità Asp Lazio), Regione Puglia (Osservatorio Epidemiologico Regionale) Ausl Reggio Emilia (Unità Epidemiologica), Ausl Cesena (UO Epidemiologia e Comunicazione), Regione Calabria (Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie).
FINANZIAMENTO e TEMPI	
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm/tag/SALUTE%20IMMIGRATI .

Esperienza n° 4 – “Percorso di Integrazione presso lo Sportello Unico - Fase II”

DESCRIZIONE	<p>Il progetto è stato volto a promuovere il percorso d'integrazione socio-sanitaria dei cittadini dei Paesi Terzi mediante un'azione d'informazione e orientamento condotta da 18 mediatori, appositamente formati dall'INMP, all'interno degli Sportelli Unici per l'Immigrazione (SUI) di 14 Prefetture italiane: Ancona, Bari, Bologna, Cuneo, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Roma, Teramo, Udine, Verona. Nel periodo compreso tra il 10 settembre 2012 e il 10 aprile 2013, i mediatori hanno affiancato e integrato l'attività degli operatori dei SUI al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none">- Accrescere la consapevolezza degli immigrati circa il loro diritto alla salute;- Accrescere la loro conoscenza del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale(SSN);- Facilitare la loro iscrizione al SSN e la fruizione dei servizi sanitari territoriali. <p>L'azione informativa e di orientamento dei mediatori è stata integrata dalla distribuzione agli utenti di una Guida in 9 lingue (italiano, cinese, spagnolo, inglese, francese, arabo, albanese, rumeno, ucraino) sul diritto alla salute e l'accesso al SSN e di 14 Mappature dei principali servizi sanitari dei territori provinciali d'intervento. I 2 prodotti sono stati stampati in complessive 102.500 copie.</p> <p>L'intervento dei mediatori presso i SUI è stato supportato attraverso la loro formazione specialistica iniziale e l'utilizzo di una piattaforma e-learning mediante la quale sono stati garantiti: a) un servizio continuativo di counseling a distanza, offerto da ulteriori 4 mediatori, formati inizialmente insieme ai loro colleghi e presenti presso l'INMP; b) la formazione a distanza attraverso un corso multimediale in 4 moduli; c) un supporto tecnico/organizzativo continuativo; d) la condivisione delle informazioni tra i mediatori presso i SUI, i counselor e gli altri operatori del gruppo di lavoro.</p> <p>Un'ulteriore azione di informazione/comunicazione è consistita nella realizzazione di una pagina dedicata al progetto sul sito web dell'INMP, all'interno della quale sono state rese disponibili le 9 versioni .pdf della Guida "Informasalute". Tali materiali sono stati resi disponibili anche sul sito del Ministero della Salute, sul portale "Integrazione Migranti" del Ministero del Lavoro, e inviate agli enti che ne hanno fatto richiesta.</p> <p>Infine, il 22 e 23 aprile 2013 si sono tenute le Giornate conclusive del progetto, volte alla restituzione del lavoro svolto dai mediatori (22 aprile) e alla presentazione e condivisione dei risultati raggiunti e delle buone prassi attivate con i rappresentanti del Ministero dell'Interno, del Ministero della Salute e delle Prefetture partecipanti (23 aprile).</p> <p style="text-align: center;">OUTPUT/RISULTATI DELLE ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO/COMUNICAZIONE:</p> <p>14 interventi di mediazione, informazione e orientamento realizzati presso altrettanti Sportelli Unici per l'Immigrazione, supportati dall'attivazione di reti con le Asl e gli attori pubblici e privati del territorio 23.211 cittadini di Paesi Terzi hanno beneficiato degli interventi informativi e di orientamento realizzati dai mediatori presso i SUI. 102.500 copie della Guida Informasalute e delle Mappature dei servizi sanitari dei 14 territori di intervento prodotte e distribuite. 2 giornate conclusive per la presentazione e condivisione dei risultati conseguiti e delle buone prassi realizzate.</p>
--------------------	---

	Informazioni sul progetto e versioni .pdf delle Guide Informasalute rese disponibili attraverso il sito dell'INMP e del Ministero della Salute e il portale "Integrazione Migranti" del Ministero del Lavoro.
ENTI COINVOLTI	Proposto dal Ministero dell'Interno (Autorità responsabile del FEI), è attuato da un partenariato composto dal Ministero della Salute e dall'INMP.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Il progetto è finanziato dal FEI (Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi).
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=118

Esperienza n° 5 – “Un modello per l’integrazione socio-sanitaria delle popolazioni svantaggiate”	
DESCRIZIONE	<p>Il progetto ha come obiettivo generale quello di migliorare l’interazione funzionale tra i percorsi diagnostico-terapeutici nonché socio-assistenziali delle strutture territoriali di differente livello specialistico a cui si rivolgono le popolazioni svantaggiate. Gli obiettivi specifici del progetto sono 1) soddisfare le necessità diagnostico-terapeutiche grazie all’interazione tra strutture territoriali di diverso livello e 2) soddisfare le richieste di orientamento di tipo socio assistenziale, con approccio trans-culturale.</p> <p>L’architettura del modello di interazione proposto si articola su due livelli: uno di governance interistituzionale e uno operativo, che prevede l’utilizzo della telemedicina. Il progetto prevede la messa in rete, con quattro ospedali ad alta complessità e l’INMP, le strutture del territorio, gli ospedali a bassa complessità, i consultori, i Medici di Medicina Generale e che operano in contesti particolarmente svantaggiati (istituti penitenziari, centri di accoglienza per migranti, ecc.), a cui fanno riferimento i gruppi di popolazioni a maggior rischio di esclusione presenti nelle quattro regioni interessate dal progetto. Il servizio proposto sarà quello del teleconsulto messo a disposizione dei medici selezionati delle strutture sanitarie partecipanti al fine di soddisfare le richieste diagnostico-terapeutiche (con particolare riguardo alla medicina delle migrazioni e alle malattie della povertà) e le richieste di tipo socio-assistenziale. Risponderanno ai teleconsulti medici specialisti dei quattro ospedali di riferimento e l’INMP, anche per quel che riguarda le richieste di orientamento socio-sanitario. L’INMP rappresenta, inoltre, il Centro dei servizi tecnologici, mettendo a disposizione, oltre alla piattaforma che consente il servizio, anche tutta la formazione necessaria all’utilizzo degli strumenti e un servizio di tutoring continuativo per i medici coinvolti nelle attività.</p>
ENTI COINVOLTI	<p>Il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato il progetto in collaborazione con la regione Emilia Romagna. Il progetto è stato coordinato da INMP attraverso la costituzione del il Segretariato Tecnico, con funzioni anche di comunicazione e monitoraggio.</p> <p>L’INMP è partner attuativo del progetto di Telemedicina insieme ad altre quattro Unità Operative che si trovano nelle regioni Emilia Romagna, Lazio, Puglia e Sicilia e che sono in collegamento con le strutture del territorio a cui si rivolgono i gruppi di popolazione italiana e migrante più svantaggiati, beneficiari finali dell’attività progettuale.</p>
FINANZIAMENTO e TEMPI	Finanziato nel 2011.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.inmp.it/index.php/ita/Progetti/Un-modello-per-l-integrazione-socio-sanitaria-delle-popolazioni-svantaggiate-CCM-2011

Esperienza n° 6 – “SALUTE SENZA ESCLUSIONE: campagna per l’accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinta a Roma”

DESCRIZIONE

Il progetto si è proposto di avvicinare il personale socio-sanitario delle strutture ASL alle comunità rom residenti sul territorio di competenza, attraverso visite sul campo, volte a promuovere l’utilizzo corretto dei servizi e diffondere norme per la tutela della salute. I campi sono stati visitati da équipe multidisciplinari formate da operatori sanitari delle strutture territoriali, affiancati da operatori del privato sociale impegnato nelle attività ordinarie di scolarizzazione, orientamento, gestione del campo, ecc. Il numero e la consistenza delle équipe variava a seconda della dimensione dei campi e del tipo di setting utilizzato.

Destinatari diretti: Tutti gli abitanti di 33 insediamenti, attrezzati e tollerati, presenti a Roma, stimati intorno alle 7800 unità.

Attività e risultati:

Mappatura degli insediamenti rom presenti sul territorio romano e degli interventi ivi attivi.

- Disegno delle “mappe di fruibilità”, specifiche per ciascun campo, con indicazioni dettagliate sulle strutture sanitarie di prima assistenza distribuite sul territorio intorno all’insediamento, e sui percorsi di accesso.

- Definizione degli strumenti operativi con la collaborazione di rappresentanti delle comunità rom per la redazione degli opuscoli di educazione sanitaria.

- Percorso formativo (con rilascio di crediti ECM) per gli operatori sanitari coinvolti, articolato in due giornate di lezioni in aula sui temi della società rom, la medicina transculturale e le strategie di intervento sul campo; un 10 giorni di uscite nei campi nell’arco di due settimane; una giornata di restituzione finale dei risultati e di riflessione comune sull’esperienza vissuta e sugli aspetti metodologici.

- Nel corso delle giornate di attività sul campo, sono stati coinvolti 140 operatori sanitari rappresentanti delle 5 ASL di Roma, che hanno: offerto attivamente il controllo della pressione arteriosa ai soggetti adulti e la verifica della copertura vaccinale dei minori; diffuso informazione sui servizi sanitari disponibili sul territorio e orientato le persone in relazione ai bisogni rilevati; promosso l’educazione sanitaria sulla prevenzione di malattie diffuse, la tutela della salute del bambino, gli stili di vita idonei per la riduzione di malattie cardiovascolari, attraverso gli opuscoli informativi illustrati.

- Nel corso del progetto è aumentato l’afflusso di pazienti rom presso i servizi di riferimento.

- Presa in carico delle comunità rom residenti sul territorio di competenza da parte di ciascuna ASL, attraverso la programmazione di iniziative strutturali per la tutela della salute di questa popolazione.

Criticità:

- Difficoltà logistiche nell’allestimento del setting nei campi.

- Problemi nel reperimento della strumentazione medica necessaria.

- Difficoltà nell’individuazione di personale medico disponibile ad affrontare un impegno di lavoro straordinario.

Punti di forza

- Iter formativi specifici per gli operatori sociosanitari.

- Lavoro di rete e integrazione tra pubblico e privato.

	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio multidisciplinare e coinvolgimento attivo della popolazione destinataria dell'intervento (sia nella progettazione che nella fase operativa). • Presenza sul campo e creazione di contatti personalizzati tra operatori e Rom, al fine di superare diffidenza e pregiudizi reciproci. • Offerta attiva e attivazione di percorsi socio-sanitari a bassa soglia d'accesso. • Individuazione ed adozione di modelli flessibili ed attenti alle realtà specifiche.
ENTI COINVOLTI	La campagna è stata promossa dalGrIS Lazio e il suo coordinamento è stato affidato all'Agenzia di Sanità Pubblica (Laziosanità-ASP), in collaborazione con le 5 ASL del territorio urbano e sostenuta dal Comune di Roma e dalla Regione Lazio.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Finanziato da Febbraio - Dicembre 2006.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/fen_migratori_new/immigrazione/pubblicazioni.php?menu=s410&argo=b&migra=immigrazione&imm=pub http://www.piemonteimmigrazione.it/site/images/stories/rom_e_sinti/documenti/campagna20gris201-49.pdf

Esperienza n° 7 – “Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo”

DESCRIZIONE

Descrizione: Sperimentazione della strategia di promozione della salute validata a Roma, in più contesti, attraverso l’offerta attiva di orientamento e di educazione sanitaria sul campo e utilizzando l’opuscolo prodotto nel corso della campagna del 2006 come principale strumento di coinvolgimento dei rom. La composizione delle equipe variava per ogni realtà, ma generalmente ha visto la collaborazione di personale socio-sanitario delle ASL, medici volontari e operatori del privato sociale.

Destinatari diretti: Rom e sinti residenti in alcuni insediamenti presenti sul territorio delle seguenti città: Firenze, Messina, Milano, Palermo, Roma, Trento, per un totale di circa 5118 tra slavi, rumeni e italiani.

Attività e risultati:

- Selezione di 6 realtà di intervento differenti fra loro per numerosità, provenienza, condizioni abitative e livello di integrazione dei gruppi rom.
- Confronto tra le realtà e revisione degli strumenti operativi.
- Fase operativa di incontro sul campo con la popolazione rom per: fornire raccomandazioni di educazione sanitaria, attraverso la distribuzione di opuscoli illustrati e poster narrativi; diffondere le informazioni relative ai servizi sanitari territoriali e orientare l’utenza, avviando, quando necessario, percorsi assistenziali specifici; offrire prestazioni mediche di base, per facilitare il processo comunicativo e consolidare la relazione con gli operatori; raccogliere dati quantitativi e qualitativi.
- Workshop finale in cui sono state condivise esperienze e considerazioni socio-antropologiche, identificate le criticità più diffuse nell’accesso regolare ai servizi e definite delle linee metodologiche di intervento ritenute efficaci.
- Elaborazione di 10 punti fermi per la progettazione di interventi di promozione della salute fra i rom e redazione di un rapporto conclusivo.
- Diffusione nazionale del rapporto e degli strumenti di lavoro prodotti (opuscoli, poster, cd rom).

Criticità:

Le difficili condizioni di vita, la precarietà delle soluzioni abitative, nonché l’isolamento degli insediamenti, che rendono complicato il rispetto delle più semplici norme igieniche e di integrazione sul territorio.

- L’opuscolo di educazione sanitaria non ha risposto efficacemente alle esigenze di tutti i rom coinvolti.

Punti di forza:

- La flessibilità nelle strategie di attuazione degli interventi secondo le specificità dei singoli contesti.
- L’incontro sul campo e l’attenzione alla relazione interpersonale.
- La sinergia pubblico-privato.
- La mediazione linguistico-culturale nei contesti più precari.

	<ul style="list-style-type: none"> • La scelta di metodi flessibili (colloqui famiglia per famiglia, di sessioni di gruppo strutturate, etc.), secondo le caratteristiche delle comunità e il rapporto pregresso con gli operatori. • L'informazione preliminare delle comunità sui principali aspetti dell'intervento. • La promozione della partecipazione delle donne e dei bambini.
ENTI COINVOLTI	Il progetto è stato promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, patrocinato dalla SIMM e coordinato dall'Area sanitaria della Caritas di Roma, in collaborazione con iGrIS, le ASL e numerose realtà del privato sociale delle città coinvolte.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Periodo di realizzazione: Aprile 2008 – Settembre 2009.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www2.caritasroma.it/wp-content/uploads/pubblicazioni/2009_VOL_SALUTE_SENZA_ESCLUSI ONE.pdf

Esperienza n° 8 – “ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei Rom nella città di Roma”

DESCRIZIONE	<p>Applicazione nel territorio di competenza della ASL RMD di metodologie di orientamento socio-sanitario già sperimentate con la popolazione rom, coinvolgendo i destinatari diretti attraverso la formazione di mediatori rom interni alle comunità. Sensibilizzazione del personale sanitario delle ASL di Roma attraverso uno specifico percorso formativo sulle metodologie di intervento con le popolazioni rom a partire dai risultati del progetto. Sono intervenute sul campo 2 equipe formate da: 1/2 operatrici, operatori del privato sociale già attivo nei campi, 1/2 medici ASL (occasionalmente).</p> <p>Destinatari diretti: I rom slavi residenti nei campi autorizzati di via Candoni e via Ortolani per un totale di circa 600 persone.</p> <p>Attività e risultati:</p> <p>Presentazione del progetto e conoscenza della popolazione beneficiaria. Realizzazione di un'indagine epidemiologica condotta dall'ASP, partner di progetto, all'inizio, alla fine dell'intervento e a distanza di alcuni mesi dalla conclusione. Lavoro di rete con i servizi socio-sanitari del territorio e le realtà associative operanti nei campi. Costruzione di strumenti per le attività di orientamento sanitario ed educazione sanitaria rivolte ai destinatari. Avviamento di uno sportello di orientamento sanitario nel campo di Candoni. Realizzazione di una sessione di incontri di educazione alla salute materno-infantile condotti dal personale ASL di zona, all'interno dello sportello di orientamento sanitario attivato nel campo di Candoni. Realizzazione di un laboratorio teatrale sui temi della salute rivolto ai minori del campo di Ortolani, comprensivo di uno spettacolo conclusivo che ha visto la partecipazione dei genitori e del vicinato. Pubblicazione di un rapporto relativo agli esiti del progetto e alle riflessioni metodologiche scaturite in seno all'esperienza. Realizzazione di un percorso formativo per operatori socio-sanitari delle ASL del privato sociale, per un totale di circa 100 partecipanti e diffusione del rapporto.</p> <p>Criticità:</p> <p>Conoscenza parziale dei contesti operativi di azione del progetto e dei beneficiari. Difficoltà nel coinvolgimento attivo dei rom come mediatori di salute. Complessità del lavoro di rete.</p> <p>Punti di forza:</p> <p>Flessibilità dell'approccio per una riformulazione delle attività secondo i bisogni rilevati nel corso del progetto. Ampliamento della rete e integrazione delle attività con possibilità di sostenibilità futura. Coinvolgimento degli operatori sanitari della Asl nel lavoro di campo.</p>
ENTI COINVOLTI	Coordinato dall'Area sanitaria – Caritas di Roma, in partenariato con l'Agenzia di Sanità Pubblica (Laziosanità-ASP) e con il sostegno della ASL RMD.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Finanziato dal Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di paesi terzi 2007-2013. Periodo di realizzazione: Agosto 2011 – giugno 2012.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.caritasroma.it/2012/06/la-salute-dei-rom-tra-mediazione-e-partecipazione/

Esperienza n° 9 - “La salute e la sicurezza del neonato una guida utile per le famiglie immigrate”	
DESCRIZIONE	Il progetto ha previsto la stesura, la pubblicazione e la distribuzione nelle maternità di un opuscolo, “bambine e bambini del mondo”, in 10 differenti lingue, le più parlate dalle comunità dei migranti in Italia. Tale opuscolo rappresenta una guida utile all’accudimento del neonato nel primo anno di vita e fornisce informazioni utili sui servizi dedicati alla salute del bambino.
ENTI COINVOLTI	Ministero della Salute in partnership con la Associazione Candelaria Donne Immigrate Onlus.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Progetto finanziato dal Ministero della Salute CCM 2007.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_29_allegato.pdf

Esperienza n° 10 - "Linee di intervento transculturali nell'assistenza di base e nel materno infantile"	
DESCRIZIONE	<p>Il progetto affronta la problematica dell'accesso degli immigrati all'assistenza sanitaria ed in particolare dell'area maggiormente a rischio di esclusione, quella materno infantile. In particolare si è occupato di assistenza di base, prevenzione, assistenza materno-infantile e integrazione tra medicina di base, territoriale e ospedaliera</p> <p>Destinataria indiretta del progetto è la popolazione straniera presente sul territorio italiano. Destinatari indiretti sono gli operatori sanitari e socio-sanitari. che operano nei servizi Il progetto ha previsto due tipologie d'intervento: il primo relativo allo scambio di "buone pratiche" già operative in alcune aziende partner, il secondo relativo a interventi miranti ad accrescere la competenza degli operatori e dei mediatori coinvolti; promuovere l'integrazione fra la medicina di base, servizi territoriali e ospedali; attivare servizi e azioni che facilitino l'accesso alle ASL, nell'area della Medicina di Base e Materno Infantile oltre che far conoscere ai migranti i percorsi strutturati.</p> <p>A tal riguardo l'INMP si è impegnato nella progettazione ed organizzazione di appositi pacchetti formativi, accreditati ECM, rivolti alle diverse professionalità che contribuiscono alla presa in carico della popolazione straniera nei differenti servizi sanitari. Tra i materiali prodotti:</p> <p>Buone prassi- ASP CATANZARO Locandina del progetto - Formazione INMP Manifesto del progetto - Formazione INMP</p>
ENTI COINVOLTI	Il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato il progetto coordinato ASP di Catanzaro (capofila), in collaborazione co INMP, ASL di Cagliari, ASP di Palermo, ASL di Olbia, AO G. Rummo di Benevento.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Progetto finanziato dal Ministero della Salute CCM 2010.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/programmi_e_progetti/2010/sostegnoPnp&GS/linee-intervento-transculturali_Calabria.pdf ; http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Corsi-di-Formazione/Corsi-di-formazione-ECM/Linee-d-intervento-transculturali-nell-assistenza-di-base-e-nel-materno-infantile

Esperienza n° 11 – “SALUTE SENZA ESCLUSIONE: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma”

DESCRIZIONE	<p>Il progetto si è proposto di avvicinare l’istituzione sanitaria pubblica alle comunità rom residenti sul territorio, attraverso l’offerta attiva di vaccinazioni per i minori, previo controllo dei certificati vaccinali, e/o l’orientamento delle famiglie ai centri vaccinali di zona. Sono intervenute sul campo equipe multidisciplinari formate da operatori sanitari delle strutture territoriali, affiancati da operatori del privato sociale impegnato a vario titolo con le comunità rom. Il numero e la consistenza delle equipe variava a seconda della dimensione dei campi e del tipo di strategia utilizzata (offerta attiva o orientamento ai centri vaccinali).</p> <p>Destinatari diretti: I minori rom, tra 0 e 14 anni, residenti in 32 insediamenti, attrezzati e tollerati, presenti a Roma per un totale di circa 2400 bambini.</p> <p>Attività e risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura degli insediamenti rom presenti sul territorio romano e degli interventi ivi attivi. • Completamento e aggiornamento delle liste anagrafiche dei minori residenti negli insediamenti. • Allestimento di un’anagrafe vaccinale informatizzata centralizzata. • Seminario formativo sulle metodologie di intervento, rivolto agli operatori socio-sanitari coinvolti, ai volontari e ai rappresentanti delle comunità rom. • Sensibilizzazione della popolazione rom per garantire l’adesione all’iniziativa. • Attività di vaccinazioni sul campo, eseguite in un periodo di 3 settimane, da parte di 158 operatori delle cinque ASL di Roma, supportati da 92 mediatori del privato sociale che in tali insediamenti lavoravano quotidianamente. • Al termine della campagna sono stati vaccinati 2000 bambini, pari all’80% dei minori presenti, e si è ottenuta una riduzione della copertura vaccinale dal 40% al 9%. • Raccolta e analisi dei dati prima e dopo l’intervento per valutarne l’impatto. <p>Criticità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà nel completamento dell’anagrafe vaccinale a causa della mancanza di censimenti accurati della popolazione residente nei campi, della mobilità dei nuclei familiari, della incerta identificazione nominativa dei soggetti e della frequente mancanza di certificati vaccinali. • La dimensione dei campi ha fortemente condizionato lo svolgimento e l’incisività dell’azione. <p>Punti di forza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offerta attiva e presenza sul campo • Creazione di contatti personalizzati tra operatori e rom, al fine di superare diffidenza e pregiudizi reciproci. • Lavoro di rete e integrazione tra pubblico e privato.
ENTI COINVOLTI	La campagna è stata promossa dal GrIS-Area Rom e Sinti e il suo coordinamento è stato affidato all’Agenzia di Sanità Pubblica (Laziosanità-ASP), in collaborazione con le 5 ASL del territorio urbano e con il patrocinio della Regione Lazio.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Giugno 2001 – Dicembre 2002.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www2.caritasroma.it/wp-content/uploads/pubblicazioni/2003_VOL_SALUTE_SENZA_ESCLUSIONE_ASP.pdf

Esperienza n° 12 - "Prevenzione delle IVG nelle donne straniere"

DESCRIZIONE	<p>Il progetto si è posto i seguenti obiettivi specifici: la formazione degli operatori sociosanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata anche attraverso il coinvolgimento delle comunità di donne immigrate.</p> <p>Sono disponibili sul sito del Ministero della salute i materiali informativi multilingua elaborati nell'ambito del progetto Ccm "Prevenzione delle Ivg tra le donne straniere", realizzato da Regione Toscana, Istituto Superiore di Sanità e Università degli Studi di Roma "La Sapienza" in collaborazione con 10 Regioni.</p> <p>Il progetto si è posto l'obiettivo di rafforzare la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza operando su tre linee strategiche: formazione degli operatori, sperimentazione di percorsi organizzativi e comunicazione.</p> <p>Proprio nell'ambito delle attività di informazione e sensibilizzazione, rivolte alle donne straniere, sono stati elaborati due pieghevoli informativi tradotti in 8 lingue (albanese, arabo, cinese, francese, inglese, rumeno, spagnolo e ucraino):</p> <p>Salute: un diritto per tutti. L'assistenza sanitaria in Italia sul diritto di accesso all'assistenza sanitaria.</p> <p>Conoscere per scegliere quando avere un figlio sulla contraccezione e la legge 194/78 (che disciplina la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza).</p> <p>Nei depliant si spiega che anche le donne senza permesso di soggiorno hanno accesso ai servizi del consultorio, si danno informazioni sui sistemi contraccettivi, sui diritti della donna che vuole abortire, dare in adozione il bambino o avere aiuti economici per tenere il nascituro.</p> <p>Riguardo all'assistenza sanitaria, si precisa cosa comporta l'iscrizione al servizio sanitario regionale, a quali prestazioni hanno diritto gli stranieri extracomunitari che si trovano in Italia per motivi di studio, lavoro, o altre ragioni, e chi non ha un permesso di soggiorno.</p> <p>Inoltre, è stato realizzato La salute delle donne. Educare alla salute attraverso l'apprendimento linguistico, un manuale da utilizzare nei corsi di italiano per stranieri contenenti informazioni sulla salute della donna e sui servizi consultoriali.</p>
ENTI COINVOLTI	Il Ministero della Salute/CCM ha promosso e finanziato il progetto coordinato dalla Regione Toscana, al quale hanno aderito 10 regioni.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Progetto finanziato dal Ministero della Salute CCM 2009. INIZIO 2010- CONCLUSO DICEMBRE 2012.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5.jsp?lingua=italiano&dataa=2013/12/31&datada=2013/01/01 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_201_allegato.pdf http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_202_ulterioriallegati_ulterioreallegato_3_alleg.pdf http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_203_ulterioriallegati_ulterioreallegato_3_alleg.pdf

Esperienza n° 13 - "troVARSI (VAccinazioni Rom e SInti in Italia"

DESCRIZIONE

Il progetto mira a promuovere le vaccinazioni pediatriche presso le popolazioni Rom, Sinti e Camminanti (RSC) e, più in generale, a dare un contributo al programma di interventi per facilitare l'accesso di fasce fragili della popolazione al Servizio Sanitario Nazionale, inserendosi nel contesto della Strategia Nazionale di inclusione di Rom, Sinti e Camminanti (asse prioritario della *salute*).

Obiettivo generale: *l'incremento dei livelli di protezione* dei bambini RSC da malattie infettive prevenibili con vaccinazione, attraverso il miglioramento della *consapevolezza* nelle comunità RSC - in particolare delle mamme - dell'importanza della profilassi vaccinale, e la valorizzazione di un modello di intervento condiviso tra le ASL partner.

Utilizzando gli strumenti della multiculturalità e della mediazione in ambito sanitario, il progetto si è sviluppato lungo tre direttrici di azione:

- 1) *Informazione, sensibilizzazione e offerta attiva dei vaccini* negli insediamenti Rom selezionati, per promuovere la tutela della salute materno infantile, la consapevolezza del valore delle vaccinazioni (avvio e completamento dei cicli vaccinali obbligatori e consigliati) e la conoscenza dei diritti e delle modalità di accesso al Servizio Sanitario pubblico - nazionale e regionali;
- 2) *formazione degli operatori sanitari* e socio-sanitari delle ASL partner di progetto e *dei mediatori di origine Rom* che affiancano gli operatori nelle attività informative nei campi e che facilitano l'accesso e l'interazione delle famiglie RSC con i servizi di prevenzione territoriali;
- 3) *sperimentazione di uno strumento informativo* per la raccolta di dati su variabili di contesto (abitativo, culturale-linguistico, migratorio ecc.) da affiancare ai dati sanitari delle vaccinazioni.

Risultati e output:

- **IEC e offerta attiva dei vaccini**

Mappati gli insediamenti Rom e Sinti nei territori di competenza delle ASL partner di progetto e raggiunti quelli di via Idro, Cima e CES di via Lombroso (Milano); campo di via Borgosatollo (Brescia); campi di via Ancini, via Gramsci, via Genova e 10 famiglie che vivono in abitazioni (Reggio Emilia); campi di Salone e La Barbuta (Roma); campi di Secondigliano, Cupa Perillo e via Gianturco (Napoli); abitazioni e nuclei familiari di Rom romeni (Palermo).

Raggiunti circa 955 minori e vaccinati 476, per un totale di 1.695 dosi di vaccino somministrate. Azzerata la copertura vaccinale totale (ovvero bambini che non avevano ricevuto neppure una dose di vaccino) in 3 ASL (Napoli, Roma, Brescia); incrementata la percentuale di minori con cicli vaccinali completi (+ 15,4% Napoli, +12,6% Reggio Emilia, +10,6% Milano, +8,1% Brescia, +6,2% Roma).

Distribuiti 10.000 opuscoli informativi illustrati, con traduzione serba e romena a fronte, su modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale, educazione alla salute e corretti stili di vita, profilassi vaccinale per i minori e per le mamme.

- **Formazione e disseminazione:**

Organizzato 1 corso di formazione ECM (6 crediti) "*Vantaggi delle vaccinazioni e della prevenzione primaria per popolazioni Rom, Sinti e Camminanti*" (26 maggio 2014) e 1 workshop finale per mediatori, facilitatori e operatori sociali "troVARSI: elementi per la mediazione transculturale e per l'orientamento ai servizi" (16 settembre 2014). Il 17

	settembre 2014 si è tenuto a Roma, presso l'INMP, <u>il convegno finale di progetto</u> , mirato alla condivisione dei risultati e delle prospettive di sviluppo con partner e stakeholder istituzionali e del terzo settore e alla presentazione del report finale di analisi delle realtà territoriali coinvolte nel progetto.
ENTI COINVOLTI	Ministero della Salute, in accordo con l'INMP che è il coordinatore del progetto. Attuato in partnership con Agenas e con le seguenti Unità operative, identificate dalle rispettive Regioni: ASL Milano, ASL Brescia, AUSL Reggio Emilia, ASL Roma B, ASL Napoli 1 Centro, ASP Palermo.
FINANZIAMENTO e TEMPI	Progetto finanziato dal Ministero della Salute nel dicembre 2012, operativo da gennaio 2013 al 20 settembre 2014.
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	Scheda progetto, locandine, programmi e materiali formativi, opuscolo illustrato italiano-romeno e italiano-serbo, report finale di ricerca: http://www.inmp.it/index.php/ita/Progetti/Progetto-troVARSI-Vaccinazioni-Rom-e-Sinti-in-Italia

Esperienza n° 14 - "EQUI-HEALTH"

DESCRIZIONE	<p>L'azione ha l'obiettivo a lungo termine di migliorare l'accesso alla salute e la qualità dei servizi sanitari per le popolazioni migranti, Rom e minoranze etniche, inclusi i migranti irregolari; in linea con il raggiungimento degli obiettivi della Strategia Europea 2012-2020 e al fine di ridurre le disuguaglianze e combattere la discriminazione per le minoranze.</p> <p>In particolare, le aree di intervento promosse sono:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Promuovere l'integrazione sanitaria per i migranti giunti nei Paesi Membri del Sud del Mediterraneo: Spagna, Italia, Grecia, Malta, Croazia.2. Promuovere il dialogo tra i Governi e gli attori dedicati alla promozione della salute per le popolazioni Rom.3. Finalizzare uno studio sui costi dell'assistenza sanitaria per migranti irregolari e sviluppare linee guida sull'accesso ai servizi. <p><u>Obiettivi specifici della componente 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Individuare lo "stato dell'arte" sulle attività svolte in ambito salute per la popolazione Rom in Italia, attraverso l'elaborazione di rapporti nazionali.2. Stabilire un meccanismo di networking e scambio di buone pratiche tra gli Stati Membri con una significativa presenza di popolazione Rom, oltre la Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Ungheria, Spagna, Slovacchia, Romania saranno coinvolti l'Italia, Grecia, Francia e UK.3. Aggiornare la cornice di intervento sia giuridico che politico, attraverso la revisione del piano nazionale salute e supportare lo sviluppo di un documento che tenga in considerazione la specifica situazione della popolazione Rom in Italia.4. Sviluppare criteri di valutazione e di consenso sulle buone pratiche di accesso alla salute per la popolazione Rom ed altre minoranze.5. Rivisitare programmi di formazione e assistenza tecnica per la salute della popolazione Rom in relazione allo sviluppo di un piano comune di intervento e di bisogni degli operatori stessi.
ENTI COINVOLTI	<p>Ufficio Regionale OIM Brussels per l'Europa - coordinamento di progetto da implementare in 27 Stati Membri EU. Ufficio Nazionale OIM Roma - referente per l'Italia. Enti coinvolti: Consiglio d'Europa, CAHROM, Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero del lavoro e Politiche sociali, UNAR, enti territoriali, servizi sanitari, associazioni di società civile.</p>
FINANZIAMENTO e TEMPI	<p>Nel Novembre 2011, l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni ha ricevuto in assegnazione diretta fondi dal Programma EU Health della DG Sanco 2012.</p> <p>L'iniziativa della durata di 36 mesi, è stata avviata nell'autunno 2012.</p> <p>I costi dell'iniziativa sono finanziati per il 60% dal contributo EU, pari a EUR 1 533 000, mentre il restante 40% pari a EUR 1 022 000 è co-finanziato da OIM.</p>
MATERIALI E DOCUMENTAZIONE ONLINE	<p>http://equi-health.eea.iom.int/ http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/ev_20130121_co06_en.pdf http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf</p>