

Salute senza esclusioni



*Collana a cura
di Salvatore Geraci*

La Salute *per i rom*

Tra mediazione e partecipazione

A cura di Alice Ricordy, Claudia Trevisani, Fulvia Motta, Silvia Casagrande,
Salvatore Geraci, Giovanni Baglio

La Salute per i rom **Tra mediazione e partecipazione**

A cura di Alice Ricordy, Claudia Trevisani, Fulvia Motta, Silvia Casagrande, Salvatore Geraci, Giovanni Baglio

Progetto co-finanziato dall'**Unione Europea** e **Ministero dell'Interno** nell'ambito del **Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di paesi terzi 2007 – 2013**

Questo volume è stato realizzato nell'ambito del progetto "ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma" da

CRS – Cooperativa Roma Solidarietà

ASP – Agenzia di Sanità Pubblica

Con la collaborazione di

Azienda Sanitaria Locale Roma D

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – GRI Lazio

Gruppo di Lavoro del progetto: Fulvia Motta, Claudia Trevisani, Alice Ricordy, Anna Riccini, Margherita Lo Re, Giovanni Baglio, Silvia Casagrande, Alessia Damiani, Valentina Santonico, Erica Eugeni, Rosalba Di Simone, Salvatore Geraci, Margherita Sestieri

Si ringraziano anche

- Arci Solidarietà Lazio Onlus
- Croce Rossa Italiana
- Associazione "I Diritti Civili nel 2000 – Salvamamme/Salvabebè"
- Municipio XIII di Roma
- I volontari del doposcuola del campo di Ortolani
- La scuola di italiano per stranieri Effathà
- Le cittadine e i cittadini rom che hanno partecipato all'iniziativa

Area sanitaria Caritas

Via Marsala, 103 – 00185 Roma

area.sanitaria@caritasroma.it

www.caritasroma.it

Tutti i diritti riservati

© 2012, Edizioni Pendragon

Via Borgonuovo, 21/a – 40125 Bologna

www.pendragon.it

INDICE

| | |
|--|------|
| Presentazione, di Mons. Enrico Feroci | p. 7 |
| Premessa, di Gabriella Guasticchi | 9 |
| Introduzione, di Salvatore Geraci | 11 |
| Rom diseguali nella salute. Determinanti “politici” e responsabilità collettiva | |
| L’“esperienza romana” come modello di sanità pubblica per la tutela dei rom | 15 |
| I rom a Roma e il Piano Nomadi | 19 |
| Presenze rom a Roma | 19 |
| Come vivono i rom a Roma | 20 |
| La gestione della presenza dei rom a Roma | 23 |
| Il progetto “ROMa”: gli scenari di intervento | 27 |
| Il progetto | 27 |
| Contesto di intervento | 29 |
| La sperimentazione sul campo | 35 |
| Ricognizione e conoscenza | 35 |
| Indagine epidemiologica sull’utilizzo dei servizi da parte dei rom | 36 |
| Il coinvolgimento dei rom | 41 |
| Riflessioni per una nuova sperimentazione | 43 |
| L’evoluzione delle metodologie di intervento | 47 |
| Candoni: sportello salute | 47 |
| Candoni: percorsi di educazione sanitaria per le donne | 50 |
| Ortolani: laboratorio teatrale | 51 |
| Coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Locali | 57 |
| La collaborazione con l’Unità Operativa Semplice Fasce Sociali a Rischio della ASL RMD | 57 |
| Le strutture sanitarie territoriali: come favorire l’accoglienza dei rom | 58 |
| La formazione del personale sanitario: la diffusione dell’esperienza | 59 |

| | |
|---|-----|
| Riflessioni conclusive, di Fulvia Motta | 61 |
| Alcune conferme | 61 |
| Alcune criticità | 63 |
| Elementi di analisi per il coinvolgimento della popolazione rom | 64 |
| Concludendo... | 65 |
| | |
| Appendice: Suggestioni dai protagonisti | 67 |
| | |
| Strumenti | 77 |
| Allegato 1 – Opuscoli di orientamento ai servizi sanitari | 78 |
| Allegato 2 – Cartelloni per le assemblee nei campi | 80 |
| Allegato 3 – Formazione dei referenti per la salute | 83 |
| Allegato 4 – Questionario per la rilevazione epidemiologica | 88 |
| Allegato 5 – Sportello salute: strumenti per il funzionamento | 94 |
| Allegato 6 – Laboratorio teatrale | 99 |
| Allegato 7 – Formazione operatori sanitari | 106 |

Presentazione

Mons. Enrico Feroci
Direttore Caritas Roma

Il progetto "ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma" si inserisce nell'ambito delle attività di promozione che la Caritas romana ha attivato, fin dalla metà degli anni '80, a favore delle popolazioni rom presenti nella capitale.

L'iniziativa ha come obiettivo l'integrazione dei cittadini rom provenienti da paesi terzi attraverso il miglioramento dell'informazione e dell'orientamento ai servizi locali socio-sanitari e, al contempo, la formazione e la sensibilizzazione delle istituzioni sanitarie pubbliche, in un'ottica di promozione del dialogo interculturale e mediazione tra la società ospitante e la collettività straniera.

Il progetto è stato co-finanziato dall'Unione Europea nell'ambito del Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei paesi terzi 2007 – 2013 e, oltre al coordinamento della Caritas, ha visto la partecipazione dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, dell'Azienda Sanitaria Locale Roma D e della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, sviluppando così una sinergia, nell'accoglienza di queste popolazioni, tra l'ambito pubblico e il privato sociale e attivando percorsi territoriali di promozione con gli enti preposti.

Il Sinodo della Chiesa di Roma, che si concluse nel 1993, indicò le "scelte del Terzo Millennio" con quattro priorità pastorali: l'evangelizzazione, la formazione, la convergenza pastorale e la carità. Riguardo quest'ultima, il Sinodo si esprime affermando che: «la nota di accoglienza e ospitalità rivolta a tutti – extracomunitari, nomadi, ospiti e pellegrini – appare sempre più uno dei segni specifici di esemplarità».

Per questo, oltre che il lavoro di promozione socio-sanitaria, la Caritas, secondo la sua identità, ha sempre svolto una funzione pedagogica e di sensibilizzazione all'accoglienza: con il progetto "ROMa" abbiamo potuto formare oltre cento operatori socio-sanitari impegnati direttamente nell'assistenza.

L'iniziativa ha inoltre favorito un'importante opera di informazione grazie alla condivisione degli studi e delle buone prassi, elementi preziosi per migliorare le relazioni dei rom con le strutture sanitarie locali e prediligere quei percorsi di coinvolgimento e affiancamento che vedono i cittadini svantaggiati come protagonisti.

Premessa

Gabriella Guasticchi

Direttore Generale Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

Questa importante iniziativa si radica profondamente nella storia della sanità pubblica romana e, a partire da una dimensione di stampo municipalistico, si proietta su un orizzonte più vasto di riflessione e approfondimento, a valenza regionale e nazionale.

L'ambito è quello proprio della ricerca-azione, ossia di una sperimentazione calata nella realtà dei servizi e della popolazione, il cui interesse per le conoscenze teoriche si contempera con l'esigenza di sviluppare modelli operativi volti al consolidamento delle buone pratiche.

Fin da subito, è stata avvertita la consapevolezza di operare su un terreno problematico, quello dell'assistenza socio-sanitaria alla popolazione rom, dove nulla può essere dato per scontato. Se da un lato ci si sentiva forti dell'esperienza maturata a Roma in un arco temporale che abbraccia gli ultimi 10 anni, a partire dalla campagna vaccinale del 2002 e da quella per l'accessibilità del 2006, dall'altro non venivano nascoste le difficoltà, connesse alle caratteristiche peculiari della popolazione target e a un certo grado di inerzia dei servizi.

Per tali ragioni, il progetto "ROMa" si è sviluppato lungo diverse direttrici di operatività, tutte comunque improntate alle parole guida della complessità: molteplicità delle azioni e integrazione dei piani di intervento, flessibilità delle strategie con possibilità di aggiustamento in corso d'opera, attenzione per il contesto fino all'ascolto empatico delle persone e delle comunità. E con in mente un obiettivo finale: quello di promuovere la salute dei rom, attraverso dinamiche virtuose di inclusione sociale, di *empowerment* della popolazione e di maggiore accessibilità dei servizi socio-sanitari.

In questo senso possiamo auspicare che il progetto rappresenti l'occasione propizia per le istituzioni sanitarie di riappropriarsi pienamente delle proprie funzioni di *advocacy*, rinnovando l'impegno per una maggiore equità nella salute.

Introduzione

Rom diseguali nella salute. Determinanti “politici” e responsabilità collettiva

Salvatore Geraci

Coordinatore nazionale GrIS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Nel 2003, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con l'allora Direttore Generale Lee Jong-Wook, in un articolo apparso sulla prestigiosa rivista medico-scientifica “Lancet”, affermò che soltanto quegli interventi che si sarebbero occupati dei determinanti sociali di salute avrebbero ridotto le malattie e migliorato la salute della popolazione. Intuizione isolata o nuova impostazione della sanità pubblica?

In realtà da alcuni anni si stava studiando il rapporto tra salute e povertà o meglio il ruolo delle disuguaglianze nella produzione di malattie. Le disuguaglianze sono differenze evitabili e non necessarie: ad esempio negli stili di vita, nelle opportunità, nell'accesso ai servizi, e non essendo legate a scelte consapevoli sono per loro natura ingiuste. Già operatori sanitari in varie parti del mondo sperimentavano questo nuovo approccio dando alla salute un significato ampio, di partecipazione, di sostenibilità nell'essenzialità, di sviluppo sociale. Anche nei paesi ad alto sviluppo economico aumentava la consapevolezza che promuovere la salute è inclusione nella comunità, aumento della coesione sociale, *empowerment*. L'Occidente mutuava una progettualità tipicamente da cooperazione internazionale intelligente, quella del lavoro di rete e del muoversi verso i cosiddetti determinanti distali (lontani rispetto alla “eziologia” diretta di malattia), verso le “cause delle cause”. Da questa consapevolezza a metà degli anni '90 nasce prima l'esperienza romana, poi quella regionale e oggi quella replicata in tante realtà locali, dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS).

In quegli anni, uno dei protagonisti assoluti nella storia sociale di Roma è stato l'allora direttore della Caritas capitolina, mons. Luigi Di Liegro. «Persona carismatica, cittadino impegnato, prete attento ai bisogni della gente e all'emergere di nuove problematiche, ha saputo leggere i fenomeni sociali che hanno attraversato Roma e l'intero paese, stimolando, prima ancora che risposte concrete di cui è stato maestro, l'attenzione culturale e politica ai temi della marginalità e della giustizia sociale. Un'intera generazione di cittadini sensibili, indipendentemente dall'appartenenza confessionale, culturale o politica, è maturata con quello stile che, partendo dai fatti, andava alle radici dei “mali di Roma” e ne tracciava soluzioni non delegandole ad altri ma che partivano dall'impegno di ognuno e si traducevano in input politici puntuali e concreti»¹.

Da quel clima di impegno sociale, di interpretazione di un sistema sanitario universalistico e di sensibilità ai problemi internazionali (molti medici e infermieri stavano tornando da esperienze di cooperazione) matura l'esigenza di una collaborazione strutturata tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale laico e confessionale. L'occasione è stata l'evidente inaccessibilità, per legge e per organizzazione, dei servizi pubblici nei confronti degli immigrati, sempre più presenti nelle nostre città. Si è iniziato allora a cercare risposte, ci si è informati e confrontati, partendo dall'esperienza quotidiana, dai bisogni, dall'analisi

delle disuguaglianze, per costruire percorsi e proposte. Qualche anno dopo, quando la legge ha recepito l'istanza di includere gli immigrati in condizione di fragilità nel diritto alla salute garantendo, almeno sulla carta, l'accesso ai servizi sanitari, è emersa con fragorosa chiarezza l'esclusione, perpetuata da politiche miopi e incapaci, dei rom dall'intera società e dalla sanità in particolare. Anche in questo caso, la risposta spontanea è stata quella, ormai ben conosciuta, del *policy network*, attraverso una rete dedicata ai rom all'interno dell'impegno ormai consolidato del GrIS. Si elabora così una strategia di azione comune con la consapevolezza che bisogna intervenire sui determinanti sociali, chiedendo politiche più che servizi ma contemporaneamente offrendo relazione, conoscenza reciproca e percorsi assistenziali realmente accessibili.

La strada appare tracciata con il conforto della comunità internazionale: infatti nel 2005, l'OMS ha costituito la Commissione sui Determinanti Sociali di Salute composta da 20 membri di accademici, ex ministri della salute ed ex capi di Stato, tra cui sir Michael Marmot, il premio Nobel per l'economia Amartya Sen e l'italiano Giovanni Berlinguer, al fine di raccogliere informazioni ed evidenze sull'impatto dei determinanti sociali sulla salute e soprattutto di trasformare il patrimonio di conoscenza e di esperienza acquisito in possibili interventi efficaci e politiche per i governi di tutto il mondo. A distanza di 3 anni, nell'agosto del 2008, la Commissione ha pubblicato il report finale del lavoro, intitolato *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Al centro del rapporto l'imperativo per tutti i governi di agire sulla giustizia sociale come strategia di sanità pubblica. "Salute in tutte le politiche", "health impact assessment" sembrano i concetti chiave per un nuovo patto di convivenza sociale e di sviluppo. Tutto ciò però stride con la quotidianità di una politica che propone ai medici di diventare spie² e individua nei campi nomadi e negli sgomberi dei rom l'unica strategia di intervento senza proporre alternative percorribili e dignitose.

Il nuovo paradigma della sanità pubblica che tanto interesse aveva provocato, e che era stato in parte sperimentato con successo proprio a Roma con le "campagne rom" di cui si parlerà nel prossimo capitolo, si scontra con gli interventi "verticali" e inefficaci, anzi dannosi, del Piano Nomadi. E questa "schizofrenia" istituzionale è ancor più sottolineata da altri documenti europei chiaramente ispirati all'inclusione³ e anche dal documento sulla Strategia nazionale per i rom, sinti e camminanti⁴ presentato recentemente dal governo italiano, dove tra le tre prassi virtuose per la salute dei rom si citano proprio l'attività del GrIS e la sperimentazione metodologica e le riflessioni nazionali che nascono proprio da quell'esperienza.

Il progetto che presentiamo, potremmo dire con un'espressione certamente non originale, è "figlio dei nostri tempi": tempi di amministrazioni cieche, di pregiudizi diffusi, di ricatti ideologici, di assenza di lungimiranza, di debolezza culturale, di incertezza istituzionale, di apparente mancanza di coesione della società civile, di scoraggiamento e di delusione. È un progetto di prossimità verso quelle persone che subiscono, direttamente o indirettamente, sgomberi, allontanamenti coatti, emarginazione, stigma e, a volte, violenza. La sfida è stata quella di calarsi nella debolezza del momento storico con una proposta progettuale positiva, che guarda alle risorse comunque presenti negli operatori socio-sanitari e nel popolo rom e, coerentemente con la storia dell'esperienza romana, vuole trarne insegnamento, vuole farne occasione di conoscenza, riflessione e formazione per avviare, anche se partendo da evidenti macerie, percorsi di *empowerment* e di responsabilizzazione collettiva.

Note

- ¹ Geraci S., Gnolfo F., *In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*, Pendragon, Bologna, 2012.
- ² Vedi "Dossier emendamento sicurezza 2008-09" su www.simmweb.it.
- ³ In particolare vedi due risoluzioni del Parlamento Europeo: Relazione sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'EU (2010/2089(INI)). Documento A7-0032/2011 del 8 febbraio 2011. Approvazione finale del 8 marzo 2011; Relazione sulla strategia dell'UE per l'inclusione dei rom (2010/2276(INI)). Documento A7-0043/2011 del 18 febbraio 2011. Approvazione finale del 9 marzo 2011.
- ⁴ 28 febbraio 2012. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali – Punto di contatto nazionale – UNAR. Strategia nazionale d'inclusione dei rom, dei sinti e dei camminanti. Attuazione comunicazione Commissione Europea n. 173/2011.

L'“esperienza romana” come modello di sanità pubblica per la tutela dei rom

A partire dalla metà degli anni '80, prendono l'avvio a Roma diversi progetti di tutela sanitaria aventi come popolazione target i rom presenti nei campi della capitale. Tali progetti vengono promossi e sostenuti dalle associazioni che in quel periodo si occupano di assistenza ai rom, come l'Opera Nomadi, la Caritas di mons. Luigi Di Liegro, la comunità di Sant'Egidio, al fianco di alcune istituzioni pubbliche; si distinguono, in particolare, gli interventi portati avanti dalla Caritas capitolina con un camper adibito ad ambulatorio medico mobile e, in ambito materno infantile, quello della Azienda Sanitaria Locale Roma C. Interventi definibili come “pionieristici” per quel tempo, ricchi di buona volontà, certamente utili, forse un po' ingenui e tecnicamente semplicistici in termini di sanità pubblica, ma che costituiscono il nucleo originario di quella che nel giro di una decina d'anni verrà definita, non a torto, l'“esperienza romana”: un'esperienza che ha finito per rappresentare un modello di sanità pubblica, cui varie iniziative, proliferate in anni più recenti nei diversi contesti regionali, si sono espressamente richiamate.

Se guardiamo indietro alla nostra storia con i rom, possiamo facilmente scorgere un inizio, uno zenit e un nadir, con un'apparente battuta d'arresto. È inutile dire che la parte più promettente della storia potrebbe trovarsi proprio in fondo al nadir, che prelude evidentemente al rilancio e all'ampliamento dell'esperienza.

L'inizio dell'esperienza romana è profondamente radicato nella realtà del GrIS. Il network ha rappresentato in questi anni nel Lazio – e progressivamente in molte realtà del Paese – un nuovo modo di intendere la sanità pubblica, in cui divengono elementi strategici l'offerta attiva, la capacità di collegare in rete diversi attori intorno a una progettualità comune e la centralità della comunità ribadita negli obiettivi di *empowerment*, in linea con quanto indicato dall'OMS.

Non è un caso, quindi, che all'interno del gruppo di operatori sanitari e sociali appartenenti al settore pubblico e al mondo dell'associazionismo e del cooperativismo *no-profit*, già da tempo coinvolti nel confronto sulle strategie di *advocacy* per la popolazione immigrata, si sia costituito all'inizio del 2001 un sottogruppo specificamente dedicato al tema della “salute zingara”. Questo perché i rom rappresentano, rispetto alla generalità della popolazione immigrata, una realtà certamente limitata sul piano dei numeri, ma particolarmente ostica da comprendere e problematica da avvicinare: una realtà che in più di un'occasione non abbiamo esitato a definire una sfida per la sanità pubblica e che necessita di una riflessione approfondita, volta a elaborare strategie mirate di intervento. L'occasione per mettersi alla prova come GrIS – Area Zingari (successivamente ribattezzato GrIS – Rom e Sinti, in accoglimento della raccomandazione europea di non utilizzare il termine “zingari” perché connotato da valenza negativa e stigmatizzante) arriva

quasi subito. Infatti, nel marzo 2001 giunge dalla Bulgaria la segnalazione di due casi di poliomielite da virus selvaggio, proprio all'interno di una comunità rom nei pressi di Bourgas sul Mar Nero. La segnalazione determina uno stato d'allerta e riaccende il dibattito sui rischi connessi all'importazione di gravi malattie contagiose da parte degli immigrati e, segnatamente, dei rom presenti nel nostro Paese.

È a questo punto che in seno al GrIS nasce l'idea di realizzare una campagna di vaccinazioni in favore della popolazione rom presente nella capitale. La campagna viene patrocinata dalla Presidenza della Regione e si svolge nel 2002 sotto il coordinamento dell'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP).

Già in questa occasione emergono i tratti salienti del modello.

Primo: il pieno coinvolgimento delle ASL nella pianificazione e nella conduzione dell'intervento. Le ASL si riappropriano in questo modo della loro funzione di *advocacy* e di promozione della salute, anche e soprattutto rispetto alle frange più marginali della popolazione.

Secondo: la sinergia pubblico-privato sociale, con il privato sociale chiamato a svolgere un ruolo di intermediazione culturale tra la popolazione rom e gli operatori.

Terzo: la strategia dell'offerta attiva delle prestazioni sanitarie direttamente nei campi. Questo modello caratterizza la campagna del 2002. E l'intervento riesce.

Vengono coinvolti circa 250 operatori (158 tra medici e infermieri, e 92 mediatori del privato sociale), che si recano nei 32 insediamenti censiti a vaccinare oltre 2.000 bambini, pari all'80% della popolazione mediamente presente nel periodo, con una riduzione della copertura vaccinale dal 40% al 9%. Ma la campagna diventa soprattutto l'occasione per avviare un percorso di avvicinamento tra servizi e comunità rom, il primo tentativo di instaurare un rapporto di reciproca fiducia e di confidenza tra utenti e operatori. Conclusa l'esperienza, il GrIS si interroga a lungo su come andare avanti. Alcune ASL cercano di continuare, al di fuori della campagna, l'attività nei campi; altre cominciano a perdere mordente. Per questo, fin da subito, si affaccia l'idea di organizzare una nuova iniziativa, questa volta non più limitata alle vaccinazioni, ma focalizzata piuttosto sulla relazione tra popolazione e operatori, e sul tema dell'accessibilità dei servizi: una campagna per l'accessibilità.

Ma che cosa vuol dire in concreto lavorare per l'accessibilità? Fin dal principio, è apparso chiaro che l'accessibilità si conquista operando su due versanti: in primo luogo sulla popolazione, attraverso la diffusione di informazioni relative alla dislocazione territoriale dei servizi, alle modalità di accesso, alle prestazioni; in secondo luogo sugli operatori, che vanno sensibilizzati attraverso un'opera di formazione sui temi della medicina transculturale.

A partire da tali premesse, viene realizzata la nuova campagna 2006, che prevede interventi multipli nei campi: dalla distribuzione delle "mappe di fruibilità" sui servizi sanitari e i percorsi di accesso, agli interventi di educazione alla salute sugli stili di vita favorevoli al benessere (con l'ausilio di materiale illustrativo appositamente predisposto in più lingue) e infine all'orientamento attivo verso gli ambulatori territoriali delle persone individuate nel corso delle visite nei campi come "soggetti a rischio". A sottolineare la grande attenzione riservata alla questione della formazione degli operatori, la campagna viene concepita e architettata in forma di percorso formativo accreditato Educazione Continua in Medicina (ECM), con lezioni teoriche e attività pratiche direttamente nei campi.

L'organizzazione di questa seconda campagna per l'accessibilità fa emergere ancora più chiaramente i tratti distintivi del modello: una strategia che si articola in due fasi. La prima, dal basso verso l'alto, si caratterizza come vera e propria azione di *lobbying* da parte del GrIS nei confronti delle autorità politiche regionali: il progetto messo a punto dagli operatori in seno al GrIS (con competenza tecnica e a partire da problemi reali) è portato all'attenzione delle più alte Autorità regionali, cui si chiede un'adesione formale. Questo assicura il consenso “politico”, ma anche l'ufficialità indispensabile alla buona riuscita dell'iniziativa. La seconda fase si muove in senso contrario, dall'alto verso il basso: le autorità regionali chiedono formalmente ai Direttori Generali delle ASL di aderire al progetto, e di incaricare gli operatori (gli stessi in gran parte già attivi nel GrIS) che hanno contribuito ad elaborare la proposta, restituendola loro sotto forma di “mandato” istituzionale a procedere. E il cerchio si chiude!

Questo procedimento non è inutile bizantinismo; al contrario, permette di incardinare l'iniziativa della campagna all'interno delle attività istituzionali delle ASL. E anche in questo caso l'intervento ha successo: 143 gli operatori sanitari coinvolti, con il supporto del privato sociale; 1.970 contatti, con copertura della popolazione bersaglio pari al 30% (in media un contatto per nucleo familiare). Soprattutto si creano relazioni e reciproca fiducia tra operatori e rom: alcune strutture della capitale devono ampliare gli orari d'apertura per consentire l'accesso soprattutto delle donne e dei bambini alle cure e agli interventi di prevenzione; sembra quasi che l'atavica diffidenza tra mondo *gagè* (non rom) e mondo rom sia, almeno temporaneamente, sconfitta dalla disponibilità “ad andare” e da quella “ad accogliere”.

E veniamo al nadir, che prelude alla battuta d'arresto. Dopo le campagne, che certamente hanno rappresentato il periodo aureo dell'esperienza romana, arriva la fase difficile. Cominciano gli sgomberi, che in buona parte vanificano lo sforzo di radicare le comunità nei propri territori. La parola passa, non senza responsabilità dei sindaci, ai prefetti e questo genera una certa confusione di piani. Le istanze di salute vengono spesso mescolate ai problemi di ordine pubblico. Gli interventi sanitari vengono disposti dall'alto, al di fuori della logica di rete, con rischi concreti di espropriare le ASL delle proprie titolarità e funzioni.

Se a Roma, a seguito delle cosiddette politiche per la sicurezza, si assiste al lento e inesorabile sgretolamento della rete di relazioni e di fiducia tra i rom e gli operatori sanitari – vero risultato innovativo dell'esperienza degli ultimi anni – il modello romano sopravvive in un progetto nazionale promosso dall'allora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e coordinato dall'Area sanitaria della Caritas di Roma. Il progetto coinvolge realtà istituzionali pubbliche e del privato sociale in sei città: Messina, Palermo, Milano, Firenze, Roma e Trento.

La proposta sostenuta dal Ministero costituisce un'importante occasione per verificare a livello nazionale la validità e la replicabilità di un approccio metodologico fino ad allora testato con successo solo a Roma.

Il lavoro comune dura 2 anni e permette di sperimentare, in realtà molto diverse, strategie e strumenti di intervento per avvicinare l'istituzione sanitaria pubblica alle comunità rom, attraverso la responsabilizzazione degli operatori socio-sanitari nell'orientare al corretto uso dei servizi e nell'offrire attivamente programmi di educazione alla salute.

Il progetto esita nella formulazione di “raccomandazioni” per un modello efficace di in-

tervento. Ma la vera lezione che viene dai protagonisti di questa esperienza (compresi diversi rom coinvolti nella riflessione comune) è che non può esistere un modello unico di intervento. Per questo si preferisce lavorare all'elaborazione di una griglia di senso, partendo da elementi validati nelle diverse esperienze, da ricomporre all'interno di un approccio metodologico unitario, pur se declinabile in forme e modalità operative diversificabili. Sono i "Dieci punti fermi per favorire l'accessibilità ai servizi per la popolazione rom e sinta":

1. Agire sempre sulle due 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) che comprenda anche una componente rom/sinta.
4. Realizzare percorsi di formazione per operatori sia con contenuti tecnico-operativi sia sul versante dei diritti, della relazione, della gestione del pregiudizio e della comunicazione interculturale.
5. Coinvolgere in forma attiva le comunità di riferimento (già in fase di progettazione e poi nelle fasi operative).
6. Favorire l'incontro diretto tra operatori e popolazione con una presenza sul campo per una reciproca conoscenza e creare contatti personalizzati tra operatori e rom e sinti.
7. Garantire, quando necessario e 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, ad 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 ed 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.

Questa griglia sintetica, suggestiva dell'esperienza romana e non solo, è stata assunta recentemente come riferimento per le politiche nazionali di settore¹. Ed è anche il punto di partenza del progetto "ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma", nella consapevolezza che, pure in questo momento storico difficile e incerto, è necessario custodire le esperienze fatte e rilanciare costantemente un'operatività in grado di coniugare equità e corresponsabilità.

Note

¹ Vedi documento citato nota 4, p. 82 e Allegato 4 "Buone prassi strategia italiano rom", area di intervento Salute, anno 2012. L'intero documento è scaricabile al seguente link: http://2.114.23.93/unar/_image.aspx?id=9e912237-fd24-4347-8fc4-9e1ceebd2df9&sNome=UNAR LIBRO STRATEGIA ROMSINTI.pdf.

I rom a Roma e il Piano Nomadi

Presenze rom a Roma

Nella città di Roma è presente il più alto numero di rom e sinti che vive in insediamenti o campi attrezzati in Italia. Le loro presenze sono variabili e in aumento, ricalcando nel tempo i flussi migratori che hanno interessato l'Italia.

Dai primi gruppi arrivati nel secolo XV discendono i gruppi rom e camminanti siciliani ormai sedentarizzati, e i circensi/giostrai sinti; un secondo flusso migratorio, rom harvati e kalderasha provenienti dall'Europa Orientale, è giunto in Italia dopo la prima guerra mondiale; tutti sono riconosciuti come cittadini italiani. Sono i cosiddetti "rom invisibili", poiché una buona parte risiede in abitazioni ed è inserita nel tessuto urbano, anche se in genere si trovano in condizioni di forte emarginazione sociale.

Un terzo gruppo è arrivato in Italia negli anni '60 e '70, in seguito a una grossa emigrazione dall'Est Europa verso i paesi più industrializzati: rom khorakhanè, mussulmani provenienti dalla ex Jugoslavia meridionale, rom dasikhanè, cristiano-ortodossi di origine serba e rom rumeni, a cui si sono aggiunti dal 1989 nuovi arrivi in seguito al crollo dei regimi comunisti nei paesi dell'Est Europa e agli eventi bellici nella ex Jugoslavia. Sono tipicamente i "rom dei campi".

Una successiva ondata di rom rumeni verso l'Italia è iniziata alla fine degli anni '90 e ha assunto in breve tempo una grande rilevanza: dopo i primi immigrati provenienti da Craiova e Timisoara si registra un esodo continuo e di vaste proporzioni dall'intero territorio rumeno. Si tratta di una popolazione in stato di estrema povertà, caratterizzata da una forte mobilità sul territorio, per lo più persone prive di un lavoro stabile e perciò di documenti che autorizzino la permanenza in Italia. Proprio per queste ragioni difficilmente vengono captati dai servizi socio-sanitari o dagli interventi del privato sociale. Le stesse caratteristiche sta assumendo la recentissima immigrazione di gruppi rom dalla Bulgaria, che da circa 2 anni cominciano a popolare alcuni insediamenti spontanei.

Nonostante il Comune di Roma, tramite l'Assessorato alle Politiche Sociali, sin dal 1993 monitori la presenza dei rom e metta in atto interventi di controllo sugli insediamenti, i dati numerici sulla popolazione rom a Roma sono sempre stati approssimativi.

Attualmente il Comune continua a fare riferimento ai dati ufficiali presentati in occasione dell'avvio del Piano Nomadi (luglio 2009) che parlavano di 7.177 presenze totali così distribuite:

- 2.200 stimati negli insediamenti abusivi;
- 2.736 presenti nei campi tollerati;
- 2.241 residenti nei villaggi autorizzati.

Il privato sociale dichiara, invece, fra i 10.000 ed i 18.000 rom globalmente presenti nella

città di Roma. Da notare che dalle rilevazioni sono di norma esclusi i cittadini italiani, per lo più residenti in abitazioni: 1.500 tra rom e camminanti siciliani e circa 1.000 sinti. Proprio i sinti italiani e i kalderasha (circa un migliaio), che contano piccoli e medi insediamenti in tutta la città, sono gli unici che ancora praticano il nomadismo.

Come vivono i rom a Roma

Anche se in alcuni campi ufficiali risiedono dei gruppi di sinti italiani, in genere i rom e sinti italiani restano fuori dalla descrizione della situazione dei rom a Roma, in quanto si fondono con i gruppi marginali delle periferie urbane, condividendone difficoltà ed emarginazione.

I rom stranieri, arrivati a Roma da metà del secolo scorso, presentano caratteristiche differenti dovute alle "tipologie" di situazione di vita in cui si trovano, che possiamo classificare in:

- insediamenti spontanei;
- centri di prima accoglienza;
- campi ufficiali.

Senza cadere nella generalizzazione, è importante cercare di definire le caratteristiche di ciascun gruppo.

Insedimenti spontanei

L'umanità che si incontra negli insediamenti spontanei è costretta a limitare la sua progettualità alla sopravvivenza, spesso con un orizzonte temporale di pochi giorni. Ben si applica a questo gruppo umano l'analisi sul mondo dei senza fissa dimora fatta dall'équipe dell'Area sanitaria Caritas del progetto "Salute su strada": «una volta sciolte in una condizione di emarginazione grave le persone tendono a sviluppare una forma di *adattamento per rinuncia*, una sorta di rassegnata accettazione della situazione in cui si trovano, senza la capacità o volontà di fare progetti, anche minimi; oppure con spunti di progettualità estremamente fragili rispetto al peso della loro situazione. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, l'adattamento per rinuncia non è un adattamento passivo. Esso comporta un investimento molto impegnativo in termini di risorse personali necessario per trovare un nuovo equilibrio: un *equilibrio orientato alla sopravvivenza*».

Per la maggior parte sono famiglie rom di nazionalità rumena e ultimamente anche bulgara, giunte in Italia da pochissimi anni (in media 3-5) spesso in maniera intermittente, con scarsa o nulla conoscenza dell'italiano. Si tratta soprattutto di giovani che migrano per ragioni economiche (spesso lasciando una parte della famiglia nel proprio paese, ad esempio i figli più grandi) a causa del grave peggioramento delle condizioni di vita nei loro paesi, senza però un vero e proprio progetto migratorio. Di conseguenza queste persone arrivano in Italia con lo scopo principale di mettere da parte un po' di soldi, quasi sempre guadagnati con lavori di fortuna ed elemosina, e tornare periodicamente nel paese di origine per riunirsi con il resto della famiglia. Questa vita a metà tra due mondi, insieme alla mobilità "obbligata" dovuta ai continui sgomberi, rende difficile l'integrazione, produce un processo di impoverimento irreversibile e li fa cadere in una condizione di drammatica emarginazione. Molto difficile quantificare il fenomeno:

la polizia municipale denunciava a dicembre 2011 la presenza di 260 insediamenti e la popolazione che vi gravita intorno è stimata fra le 2.000 e le 3.000 persone.

Le condizioni di vita di questi gruppi sono "indescrivibili": sono obbligati a una precarietà totale, soprattutto nell'ultimo anno, a causa della recrudescenza degli sgomberi che, a partire dall'estate 2011, non si sono mai interrotti. Se prima, anche in condizioni limite, cercavano di ricostruire una parvenza di casa con un tappeto, un cuscino colorato, un quadro attaccato al pilone del ponte, un tavolo e delle sedie per sedervi intorno, oggi non hanno più un "luogo" e si appoggiano dove possono, sotto una tenda, un telo fra due pali, un albero, fra fango e topi, sempre pronti a raccogliere le loro povere cose e spostarsi da un'altra parte. Significativa è anche la "scomparsa" dei bambini: se prima c'era una baracca ad accoglierli e una minima stabilità che permetteva di iscriverli a scuola, oggi vengono rimandati in Romania per preservarli da questa vita di stenti.

Centri di prima accoglienza

L'apertura di questi centri anche all'utenza rom è iniziata negli ultimi anni, prima con l'inserimento del gruppo di rom rumeni sgomberati dal parco di Centocelle nel centro di via Salaria 971, ex cartiera; successivamente con l'invio temporaneo di alcune famiglie rom nel Centro Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA) di Castelnuovo di Porto e nel centro di via Amarilli, all'atto dello smantellamento di Casilino 900; infine con occasionali trasferimenti di alcuni gruppi di rom, sgomberati dagli insediamenti spontanei di Roma, sempre nel centro di via Salaria.

In quest'ultima struttura sono ospitati circa 500 rom rumeni (ma fra il 2010 ed il 2011 vi sono transitate più di 1.000 persone), provenienti principalmente dagli sgomberi di Centocelle, Naide e Damedda, via Morselli e via dei Cluniacensi.

Questo gruppo umano, caratterizzato da analfabetismo diffuso e scarse esperienze formative e lavorative, pur essendo in Italia da quasi 10 anni, ha sperimentato a lungo le condizioni di estrema precarietà degli insediamenti spontanei che hanno frustrato, per la maggior parte di loro, ogni capacità progettuale. L'inserimento nel circuito di accoglienza del Comune di Roma potrebbe offrire loro una qualche stabilità e la possibilità di avviare percorsi di inclusione su base familiare. Ciò significherebbe costruire percorsi a partire dal livello più basso nella scala dell'inserimento sociale, che richiedono tempi molto lunghi e un accompagnamento costante e attento da parte di operatori dedicati, al fine di scardinare il loro "equilibrio orientato alla sopravvivenza".

Al contrario, il contesto abitativo nel quale si trovano non aiuta questo processo: la totale mancanza di *privacy*, di spazi comuni di socialità, le regole imposte e non accompagnate da un lavoro sociale e di sostegno, la struttura di reclusione (presenza di guardie ovunque, reti di contenzione, cancelli, divieto assoluto di ricevere visite ecc.) producono nei rom, oltre a depressioni e perdita di speranza, scatti di rabbia e insofferenza verso gli altri residenti, anche una sorta di passività e "pretesa" di assistenza. La gestione del centro è disegnata solo in un'ottica di controllo e contenimento: non esiste lavoro sociale di alcun tipo, i pochi servizi offerti (iscrizione dei bambini a scuola e la presenza di un pediatra una volta a settimana) sono stati attivati in seguito alle segnalazioni che nel tempo sono state fatte contro la gestione del centro e, non essendo inseriti in una visione globale di accompagnamento, hanno pochissimo impatto.

Campi ufficiali

Nei campi ufficiali, autorizzati e tollerati, ma tutti dotati di servizi minimi dal Comune di Roma², convivono rom slavi (soprattutto bosniaci, serbi, montenegrini e macedoni) e rom rumeni, due gruppi che presentano caratteristiche molto differenti tra loro, per storia, provenienza e tradizioni.

Generalmente i rom slavi sono considerati il “popolo dei campi”, poiché abitano negli insediamenti attrezzati e semiattrezzati allestiti dal Comune da più tempo, anche se alcune famiglie, non avendo ancora trovato una collocazione stabile, vagano per la città spostandosi con i loro camper e furgoni o appoggiandosi da parenti in campi ufficiali.

Questi gruppi risiedono a Roma da più di 30 anni e quasi tutti i loro figli sono nati in Italia. Nonostante ciò, raramente hanno ottenuto la cittadinanza italiana e sono spesso sprovvisti di documenti regolari (in particolare donne e bambini), o di documenti del tutto, in quanto dopo lo smembramento dell'ex Jugoslavia non sono riusciti ad ottenere un passaporto. Pur essendo stati oggetto di numerosi interventi da parte del privato sociale che da decenni gestisce progetti in loro favore, dal punto di vista dell'inserimento nel tessuto economico-sociale cittadino permangono grandi difficoltà. I minori, seppur nati e scolarizzati in Italia, hanno un basso livello di istruzione. Gli adulti svolgono per lo più lavori saltuari o nel settore della raccolta e riciclo di materiali ferrosi (spesso regolarizzati con l'apertura di una partita IVA), mentre è molto raro il lavoro dipendente. La lunga permanenza nei campi li ha resi per molti aspetti dipendenti dalle politiche assistenzialiste, accentuando la loro condizione di esclusione sociale.

La comunità rumena, presente solo in alcuni campi ufficiali (Candoni, Salone, Cesarina e Camping River), pur essendo da meno tempo in Italia è caratterizzata da più alti tassi di istruzione, anche negli adulti. I rom rumeni svolgono attività lavorative di vario tipo, sia all'interno del campo (bar, mercatino ecc.) che all'esterno (pulizie nelle case, edilizia, sgombero cantine ecc.), però faticano ad emergere dal circuito del lavoro nero. Molto spesso le donne ricorrono ancora alla questua per sostenere la famiglia. Sono inoltre presenti alcuni gruppi minoritari legati alla delinquenza organizzata rumena.

A differenza della comunità slava, quella rumena non vive da generazioni la dimensione ghettizzante e di degrado del campo e, provenendo spesso da situazioni pregresse di inserimento abitativo e lavorativo, dispone di maggiori risorse e strumenti che facilitano possibili percorsi di inclusione. Ulteriore caratteristica di questo gruppo è il forte legame che viene mantenuto con il paese di origine, in cui si recano frequentemente e in cui continuano ad avere dei punti di riferimento stabili (non solo familiari, ma anche legati alla sfera socio-sanitaria) e quindi ad immaginare un futuro ritorno (anche se non realmente programmato).

All'interno dei campi, tra rom slavi e rom rumeni, come anche tra rom slavi di diversi paesi, si notano tensioni e diffidenza, arricchiti da forti pregiudizi reciproci, che in alcuni casi generano veri e propri conflitti anche violenti, per la convivenza forzata cui sono sottoposti.

Le condizioni generali dei campi, a seguito dell'attuazione del Piano Nomadi, sono nettamente peggiorate e le ostilità, anche a causa del sovraffollamento e della ristrettezza di spazi, risultano esasperate. Inoltre, questa particolare dimensione abitativa ed esistenziale è divenuta sia rifugio che prigione per i rom, i quali, pur sentendo che

il campo è all'origine della loro esclusione, lo vivono come unica forma di difesa da una società che non conoscono o che avvertono ostile.

La gestione della presenza dei rom a Roma

Prima del Piano Nomadi

La progettualità sia istituzionale che del privato sociale che riguarda i rom ha sempre trovato il suo fulcro nei campi, mai messi realmente in discussione come luogo di vita dei rom. Nonostante le numerose dichiarazioni di intenti, che hanno sempre proclamato l'obiettivo di favorire l'inserimento dei rom nella società maggioritaria, sono isolate e puntuali le esperienze di accompagnamento ad un inserimento familiare con uscita dai campi, promosse dal privato sociale con poco supporto istituzionale.

Il "Progetto di scolarizzazione dei bambini e adolescenti nomadi" è l'unico intervento pubblico destinato alle comunità rom che ha avuto continuità negli anni. Dal 1991 fino al 1996, si procede con interventi di tipo sperimentale: si inizia con un progetto contro l'evasione dall'obbligo scolastico finanziato dalla Regione Lazio; poi viene stipulata una convenzione tra il Comune di Roma e alcune associazioni del privato sociale (progetto USIN), le cui novità sono l'accompagnamento a scuola attraverso il trasporto scolastico e l'allestimento di laboratori extrascolastici. Successivamente il Comune di Roma decide di farsi carico dell'intervento stipulando convenzioni con associazioni del privato sociale (principalmente Arci Solidarietà Lazio Onlus, Comunità Capodarco di Roma, Opera Nomadi, Casa dei Diritti Sociali), che vengono rinnovate ogni 3 anni a seguito di un bando di concorso. Dal 2008 il bando ha durata annuale e vi è una continua ridefinizione delle attività. Nonostante si lavori nella scolarizzazione da molto tempo, i ragazzi che completano il percorso scolastico con la licenza media sono ancora pochi e rari i casi di proseguimento degli studi. Inoltre, negli ultimi anni si sta riscontrando un calo nella frequenza scolastica, soprattutto tra i rom slavi.

Per quanto riguarda la "gestione dei campi", dal 2002 viene assegnata alle associazioni del privato sociale tramite bandi o affidamenti diretti. Ben presto alla gestione del campo si affianca la progettualità del presidio socio-educativo che in campi come Salone, Candoni, Gordiani, ha prodotto alcuni risultati in termini di inserimento socio-lavorativo; meno incisivo invece l'intervento a Camping River, Cesarina, Lombroso, Castel Romano. Il rinnovo delle convenzioni è proceduto fino ad oggi "a singhiozzo", spesso ad intervalli di tre mesi, rendendo difficile una progettualità a lungo termine.

La "tutela della salute" di queste popolazioni è l'obiettivo del GrIS Rom e Sinti che dal 2001 promuove la rete fra privato sociale e operatori sanitari delle ASL di zona con l'obiettivo di garantire accesso e accoglienza adeguati nelle relative strutture sanitarie, attività che abbiamo già presentato in modo approfondito.

Sul tema "lavoro" sono stati realizzati differenti interventi da parte del privato sociale, volti soprattutto al recupero o "aggiornamento" di mestieri tradizionali: mercatini, raccolta materiali ferrosi o ingombranti, sartoria e stireria, riparazione stufe ecc., che però si scontrano con un mercato del lavoro saturo e poco interessato a questa tipologia di servizi.

Il Piano Nomadi a Roma

Il 3 agosto del 2009 è stato presentato dal prefetto Pecoraro, in qualità di commissario straordinario dell'emergenza nomadi nel Lazio, il Piano Nomadi per la città di Roma: chiusura di oltre 80 campi abusivi e di 9 "tollerati", ristrutturazione dei villaggi autorizzati e realizzazione di nuovi insediamenti per arrivare alla costituzione di 13 villaggi autorizzati con "presidi di vigilanza e socio-educativi". Non più di 6.000 nomadi sul territorio romano invece dei quasi 8.200 stimati.

La strategia proposta era stata inizialmente accolta con attenzione e speranza da tutti: dalla classe politica e dalla società, dal terzo settore e dalle istituzioni, dalla maggioranza e dall'opposizione. Anche se la fase di attuazione è stata accompagnata da dichiarazioni di disponibilità alla collaborazione da parte di tutti coloro che a vario titolo si occupano di rom e sinti, il percorso è stato molto accidentato e le collaborazioni raramente fattive. Ormai le dichiarazioni di disapprovazione sull'andamento del Piano, fino ad alcune drastiche affermazioni di "fallimento", sono diffuse.

Al di là di considerazioni, valutazioni, opinioni, il tempo trascorso permette un confronto fra quanto annunciato in sede di presentazione del Piano e quanto concretamente realizzato.

Per una più immediata analisi, a seguire le fasi del Piano Nomadi, che doveva concludersi nel 2010, poi prorogato al 2011:

1. "Dalla situazione attuale di 100 siti in totale (80 abusivi, 14 tollerati – di cui due già sgomberati nel luglio 2009 – 7 autorizzati) con una popolazione totale di 7.177 persone (2.200 negli abusivi, 2.736 nei tollerati, 2.241 negli autorizzati) si arriverà allo scenario di 13 villaggi in totale con 6.000 persone ospitate".
2. "Entro ottobre 2009 riduzione al 50% dei campi di Casilino 900, La Martora e Tor de Cenci, con chiusura definitiva degli stessi nel 1° semestre del 2010".
3. "Chiusura degli insediamenti abusivi".
4. "Ultimazione dei lavori di ristrutturazione dei villaggi attrezzati entro autunno 2009: perimetrazione dell'area, adeguamento di strade, impianti e servizi, manutenzione unità abitative ed installazione di nuove a Salone, Gordiani, Camping River, Candoni, Castel Romano".
5. "Ricollocazione degli aventi diritto nei villaggi ristrutturati".
6. "Completamento del censimento e consegna dei DAST (Documento di autorizzazione allo stazionamento temporaneo)".
7. "Realizzazione dei presidi di vigilanza e socializzazione".

Ripercorrendo i punti del Piano, consistente in alcune diapositive e mai concretizzati in un documento programmatico, pochi sono stati gli impegni realizzati, spesso solo parzialmente e approssimativamente. Per quanto riguarda la riduzione e ristrutturazione dei villaggi autorizzati, sono stati chiusi 2 campi storici come Casilino 900 e la Martora, e le persone ricollocate in villaggi già esistenti, senza di fatto adattarne la struttura. L'adeguamento non ha previsto, infatti, un aumento della superficie totale dei villaggi, ma solo l'installazione di nuove unità abitative, a discapito delle aree comuni di socializzazione o di gioco per i bambini e degli spazi di separazione fra un modulo abitativo e l'altro, innescando nuove tensioni tra gruppi e famiglie.

Altro punto critico è stato quello dei presidi di vigilanza e di quelli di socializzazione, suc-

cessivamente chiamati socio-educativi. L'appalto per i presidi di vigilanza è stato precedente alla presentazione del Piano, giustificato con l'esigenza di vigilare su macchinari e materiali necessari per le ristrutturazioni dei campi. È stato emesso un bando per 3 anni per i 5 villaggi attrezzati (impegno di spesa di 12 milioni di euro, 4 milioni/anno), ma non sono reperibili dati sui criteri di selezione e sui compiti assegnati agli enti di vigilanza. Ad oggi, pur essendo state investite ingenti risorse, la sicurezza è drammaticamente diminuita in alcuni campi, il controllo degli ingressi risulta quasi nullo, spesso le telecamere non funzionanti, ma soprattutto la tutela della sicurezza è impostata come a difesa dell'esterno verso il campo e non per l'incolumità e tranquillità dei rom che vi abitano.

I presidi socio-educativi, vero elemento innovativo del Piano, perché identificati come vettori dell'integrazione delle famiglie rom ospitate nei villaggi, ancora non sono stati attivati. Nonostante fossero evocati in ogni occasione come panacea di tutti i problemi che si incontravano nell'attuazione del Piano Nomadi, solo il 15 dicembre 2010 il sindaco di Roma Capitale, Alemanno, e il commissario straordinario della Croce Rossa Italiana (CRI), Rocca, hanno firmato un protocollo d'intesa per la realizzazione e gestione dei presidi socio-educativi all'interno dei sette campi autorizzati³. La funzione principale dei presidi è il dare una risposta adeguata ai bisogni sociali dei residenti dei villaggi attraverso la creazione di percorsi di integrazione e inclusione sociale, risposta che, a detta dell'amministrazione comunale, è stata in gran parte disattesa dalle organizzazioni del privato sociale incaricate da più di un decennio di intervenire nei campi attrezzati.

Questa decisione ha provocato sconcerto e richieste di chiarimento da parte delle cooperative sociali, che hanno ottenuto l'apertura di un tavolo di confronto con la CRI. Si è raggiunto il seguente accordo: la CRI manterrà il ruolo di supervisione e garanzia dell'attuazione del Piano Nomadi e incaricherà le cooperative sociali, tramite bando pubblico, della realizzazione e gestione dei presidi socio-educativi. L'uscita del bando era annunciato per metà luglio 2011, ma a tutt'oggi non è stato ancora emesso.

Nel frattempo le cooperative continuano, in convenzione con il Comune, le attività sociali all'interno dei campi, ma il loro lavoro risente dell'indeterminatezza del quadro generale e della mancanza di prospettive certe, peggiorate nei primi mesi del 2012 dalla decisione dell'Assessorato alle Politiche Sociali di ridurre del 50% i finanziamenti per le attività con i rom.

Infine, per quanto riguarda la chiusura degli insediamenti spontanei, il Comune non ha fatto altro che intensificare gli sgomberi. Da agosto 2008 a giugno 2011 sono stati eseguiti 480 sgomberi, mentre il numero delle persone che vivono negli insediamenti spontanei non si è ridotto. Tale dato non stupisce in quanto non sono state mai pensate e approntate soluzioni alternative per le famiglie allontanate.

Note

¹ Area sanitaria – Caritas di Roma "Salute in cerca di dimora. Rapporto sull'esperienza dell'Area sanitaria Caritas di Roma con le persone senza dimora", novembre 2011.

² 7 autorizzati: Salone, Gordiani, Camping River, Candoni, Castel Romano, Cesarina, Lombroso. 10 tollerati: La Barbuta, Ortolani, Salviati, Arco di Travertino, Foro Italico, Monachina, Sette Chiese, Spellanzon, Tor de Cenci, Baiardo.

³ Protocollo di intesa tra Roma Capitale e la Croce Rossa Italiana, firmato il 15 dicembre 2010, scaricabile presso il sito del Comune di Roma, http://www.comune.roma.it/PCR/resources/cms/documents/protocollo_roma-capitale_cri.pdf.

Il progetto “ROMa”: gli scenari di intervento

Il progetto

Il progetto “ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma” è stato finanziato attraverso il Fondo Europeo per l’Integrazione di cittadini di paesi terzi 2007-2013 – Azione 4 – Annualità 2010 “Iniziative di mediazione sociale e promozione del dialogo interculturale”, in linea con i Principi di base comuni sull’integrazione adottati dal Consiglio dell’Unione Europea¹.

Esso ha costituito un’importante occasione per sperimentare una nuova modalità di azione per facilitare e in alcuni casi riqualificare il rapporto tra comunità rom straniere e servizi sanitari territoriali, promuovendo l’accesso ai servizi come strumento di mediazione sociale e quale mezzo per favorire l’incontro, la conoscenza e l’accettazione reciproca tra società ospitante e collettività straniera.

L’idea progettuale nasce dall’esperienza di 25 anni di lavoro con i rom dell’Area sanitaria della Caritas di Roma, in particolare dalla ricerca metodologica, costante e continua, per individuare un tipo di intervento sanitario efficace con la popolazione rom che, concorrendo all’autonomia dei soggetti nell’uso appropriato delle strutture sanitarie, di fatto favorisca l’emancipazione, l’*empowerment* e l’integrazione dei cittadini stranieri rom.

Destinatari diretti del progetto sono stati i cittadini di paesi terzi di etnia rom che vivono a Roma, nello specifico i rom slavi residenti nei campi di Candoni e Ortolani, e nei numerosi insediamenti spontanei siti nel territorio di competenza della ASL Roma D.

La metodologia adottata ha ripreso quanto elaborato nel lungo percorso di sperimentazione, osservazione e ricerca-azione della Caritas. In particolare, si è scelto di considerare quanto verificato nell’ambito del già citato progetto “Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni rom: sperimentazione di un modello attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo” finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nell’anno 2008-2009; progetto che ha permesso di realizzare un intervento di promozione del diritto alla salute per le comunità rom e sinte in alcune città italiane (Messina, Palermo, Milano, Firenze, Roma, Trento) ed elaborare raccomandazioni riproponibili a livello nazionale, sintetizzate nei Dieci punti fermi per favorire l’accessibilità ai servizi per la popolazione rom e sinte.

Nel progetto FEI ampio spazio è stato dedicato al 5° e 6° punto del decalogo:

- Coinvolgere in forma attiva le comunità di riferimento (già in fase di progettazione e poi nelle fasi operative).
- Favorire l’incontro diretto tra operatori e popolazione con una presenza sul campo per una reciproca conoscenza e creare contatti personalizzati tra operatori e rom e sinte.

Per quanto riguarda il coinvolgimento diretto e attivo dei beneficiari, aspetto metodologico meno approfondito nei precedenti interventi Caritas, facendo riferimento sia al già citato do-

cumento sui Principi di base comuni sull'integrazione adottati dal Consiglio dell'Unione Europea², sia alle conclusioni, sempre del Consiglio, sull'inclusione dei rom³, è stato ritenuto di vitale importanza ricercare il protagonismo della popolazione target per il pieno conseguimento degli obiettivi progettuali e più in generale per l'efficacia e la sostenibilità dell'intervento.

L'importanza del punto 6 del decalogo risiede, invece, nel facilitare e favorire una conoscenza reciproca tra società ospitante e comunità straniera, in questo caso rom. L'incontro diretto tra operatori socio-sanitari e rom stranieri, con una presenza sul campo, è stato quindi privilegiato in quanto metodologia chiave e innovativa per attuare interventi ad alto impatto relazionale, contribuendo da un lato a diffondere informazioni relative ai servizi sanitari disponibili e nozioni di base di educazione sanitaria e dall'altro ad attenuare e rimuovere barriere e diffidenze, favorendo la conoscenza e una reale fruibilità dei servizi.

Il progetto, che ha avuto inizio il 2 agosto 2011 ed è durato 11 mesi, è stato coordinato dalla Cooperativa Roma Solidarietà (CRS) promossa dalla Caritas di Roma, in partenariato con l'ASP, con il sostegno della ASL RMD e della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Queste 4 unità operative hanno costituito il Gruppo di Lavoro (GdL) che ha garantito il monitoraggio e la valutazione dell'andamento delle attività.

Entrando nel merito dell'intervento, l'obiettivo generale del progetto era «Favorire l'integrazione dei cittadini rom provenienti da paesi terzi, migliorando l'informazione e l'orientamento ai servizi locali socio-sanitari e, al contempo, formando e sensibilizzando le istituzioni sanitarie pubbliche, in un'ottica di promozione del dialogo interculturale e mediazione tra la società ospitante e la collettività straniera».

Partendo dall'obiettivo generale, sono stati elaborati 4 obiettivi specifici, di seguito elencati:

1. Applicare nel territorio di competenza della ASL RMD, metodologie di orientamento socio-sanitario già sperimentate con la popolazione rom.
2. Coinvolgere nel lavoro di tutela della salute l'intera collettività beneficiaria dell'intervento, attraverso la formazione e l'impiego di mediatori rom.
3. Consolidare il lavoro di rete tra istituzioni pubbliche, e tra queste e le istituzioni private, al fine di adottare strategie comuni di promozione della salute per la popolazione rom.
4. Favorire l'adozione di buone pratiche a livello locale, attraverso la diffusione su larga scala dei risultati raggiunti e la realizzazione di iter formativi specifici per gli operatori sanitari.

In accordo con gli obiettivi specifici, le attività del progetto sono state articolate in più fasi di lavoro:

- a) Fase preparatoria:
 - implementazione della rete;
 - definizione degli strumenti operativi e delle modalità di lavoro con tutti gli attori coinvolti (comunità rom, ASL, privato sociale ecc);
 - individuazione e formazione di 4 mediatori rom.
- b) Fase di intervento sul campo:
 - realizzazione delle attività di orientamento sanitario e di educazione alla salute presso le comunità rom interessate;
 - raccolta dati sull'utilizzo delle strutture sanitarie, l'andamento dei percorsi assistenziali ed effettuazione di una rilevazione epidemiologica coordinata dall'ASP.
- c) Fase di elaborazione dei dati e restituzione dei risultati:
 - sistematizzazione e analisi dei dati raccolti;

- organizzazione e realizzazione di un corso di formazione rivolto ai referenti di tutte le ASL del territorio romano sulle metodologie di intervento sanitario con la popolazione rom, sulla base dei risultati raggiunti (organizzato dall'ASP in collaborazione con il GrIS);
- pubblicazione finale e realizzazione di un evento di diffusione dei risultati raggiunti.

Il ruolo della Caritas, in qualità di capofila, è stato essenzialmente di organizzazione di tutte le attività e valutazione costante della metodologia adottata, attraverso il coordinamento tra le unità operative, il lavoro di campo, le attività di monitoraggio e valutazione e la cura della pubblicazione finale.

L'ASP, in qualità di partner e in considerazione del mandato istituzionale in ambito epidemiologico, grazie all'attività scientifica di conoscenza dello stato di salute della popolazione (anche quella straniera), della sua distribuzione e dei suoi determinanti, ha curato l'aspetto tecnico-scientifico del progetto, attraverso:

- una raccolta sul campo di dati relativi all'accesso alle strutture sanitarie da parte dei rom e di dati funzionali per il monitoraggio dell'intervento, ripetuta in 3 momenti chiave del progetto (all'inizio, alla fine e dopo 3 mesi);
- informatizzazione e analisi dei dati di cui sopra;
- attività relative alla formazione del personale sanitario;
- organizzazione dell'evento di presentazione dei risultati.

La ASL RMD, in particolare l'Unità Operativa Semplice (U.O.S.) Fasce Sociali a Rischio, ha partecipato attivamente all'implementazione delle attività, attraverso:

- il contributo alla definizione delle metodologie di intervento;
- il coinvolgimento di alcuni medici nel lavoro di orientamento dei rom alle strutture sanitarie del territorio;
- l'apertura dei servizi sanitari agli utenti beneficiari, garantendo loro l'accoglienza adeguata;
- la collaborazione alla realizzazione di sessioni formative di educazione sanitaria all'interno degli insediamenti rom;
- la disponibilità di medici formati e motivati che concorrano alla sensibilizzazione del personale sanitario delle rispettive strutture territoriali.

La SIMM, infine, ha fornito un apporto scientifico fondamentale nel corso di tutte le fasi del progetto e ha garantito, con il supporto del GrIS Lazio e del GrIS Rom e Sinti, l'aggiornamento costante della rete, la diffusione delle esperienze in atto, sollecitando lo scambio di idee tra le diverse realtà del servizio pubblico e del privato sociale, attive su Roma e nel Lazio.

Contesto di intervento

I destinatari del progetto sono cittadini dei paesi terzi di etnia rom. Si tratta, principalmente, di rom khorakhanè, rom kanjarja e rom rudari provenienti dalla ex Jugoslavia, giunti in Italia a partire dagli anni '70 per motivi economici e, in ondate successive negli anni '90, in seguito ai conflitti nei Balcani.

L'intervento è stato rivolto, in particolare, ai rom residenti nel territorio di competenza

della ASL RMD, un'area quindi piuttosto vasta che comprende i Municipi XIII-XV-XVI del Comune di Roma e il territorio del Comune di Fiumicino, ovvero la zona sud di Roma. Tale territorio è stato selezionato sia per la pluriennale esperienza di collaborazione e coordinamento con l'azienda sanitaria sia per la rappresentatività del contesto territoriale rispetto alle problematiche della popolazione beneficiaria, in quanto riunisce le principali tipologie di condizioni socio-abitative in cui vivono i rom a Roma:

- villaggio autorizzato di grandi dimensioni distante dal centro urbano (campo Candoni);
- piccolo campo tollerato inserito nel tessuto urbano (campo Ortolani);
- insediamenti spontanei, di varie dimensioni, nascosti in anfratti suburbani.

Villaggio autorizzato di grandi dimensioni distante dal centro urbano: il caso del campo ufficiale di Candoni

Il campo, sito in via Candoni, lungo la via Magliana, nasce come insediamento spontaneo e viene attrezzato nei primi anni del 2000 per accogliere 350 persone. Inizialmente abitato soltanto da rom rumeni, già nel 2004 vede l'inserimento delle prime famiglie bosniache (ai tempi ancora una piccola minoranza nel campo). L'episodio crea delle tensioni iniziali e una vera e propria divisione su base etnica, rinsaldata da un muro che fino al 2010 separava fisicamente le due zone.

Il primo foto segnalamento è stato condotto nel 2009, all'interno del campo stesso. Nessuno è stato portato in questura e a nessuno sono state prese le impronte digitali. Non sono stati distribuiti i DAST previsti dal Piano Nomadi di Roma, né documenti analoghi, ma ogni famiglia registrata ha, da sempre, un verbale di assegnazione del container, valido ai fini della residenza.

La totalità dei bosniaci che tradizionalmente occupa la zona destra del campo e ha un ingresso indipendente, lavora il ferro. Molti lo fanno in maniera regolare, quindi con partita IVA, cosa che garantisce la possibilità di ottenere e rinnovare il permesso di soggiorno per sé e per i familiari a carico.

Nel febbraio 2010, a seguito dello smantellamento di Casilino 900, sono stati mandati nel campo 21 nuovi container per accogliere altrettante famiglie, tutte bosniache, per un totale di 120 persone.

Per la loro collocazione non è stata rispettata la separazione implicita del campo, tra rumeni e slavi, ma le persone sono state sistemate in maniera sparsa in entrambe le zone, salvo una piccola "isola", nella parte sinistra del campo, inizialmente concepita come deposito del ferro per i bosniaci, dove sono stati inseriti 7 container per un'unica famiglia allargata. Tra i nuovi arrivati molti minori non erano mai stati scolarizzati.

Successivamente sono arrivati nel campo altri gruppi, non registrati, parenti delle persone di Casilino 900, principalmente provenienti dalla Francia, in due tornate, ad agosto e ad ottobre 2010, che hanno potuto successivamente regolarizzare la propria presenza ottenendo l'assegnazione di container.

Infine, a causa degli sgomberi degli insediamenti abusivi del territorio, è ulteriormente aumentata la presenza di persone non regolarmente registrate nel campo. Tale nuova ondata di arrivi ha portato a una serie di forti disagi per le persone già residenti e ha inasprito nuovamente i rapporti interni, tra rumeni e bosniaci, a cui si sono aggiunti i contrasti fra i "vecchi" residenti e gli ultimi arrivati.

Questi diversi flussi di gruppi che nel tempo si sono insediati nel campo hanno determinato l'aumento esponenziale del numero degli abitanti, che dalle 350 unità inizialmente previste ha quasi raggiunto le 1.000 persone. Queste sono attualmente suddivise in:

- rom bosniaci, residenti da più tempo: 33 famiglie per un totale di circa 250 persone;
- rom bosniaci, provenienti da Casilino 900: 19 famiglie per un totale di circa 120 persone;
- rom rumeni: 69 famiglie per un totale di circa 560 persone;
- rom ospiti: 15 famiglie per un totale di circa 50 persone (sia rumeni che bosniaci).

Questi numeri hanno profondamente influenzato le condizioni del campo. Molti degli spazi comuni sono stati occupati dai nuovi container e, più in generale, l'enorme quantità di residenti, non preventivata, ha reso di fatto meno efficienti le infrastrutture ed i servizi, oltre a rendere più complicato il mantenimento della gestione ordinaria del campo (pulizia, manutenzione ecc.).

A queste difficoltà si sono sommate alcune incertezze organizzative, create fondamentalmente dal nuovo contesto del Piano Nomadi di Roma, in costante anche se lenta evoluzione. In particolare, l'arrivo della CRI ha comportato una ripianificazione, ancora in atto, di ruoli e mansioni con le realtà associative del terzo settore già operative nel campo.

Il campo è, infatti, gestito dall'Arci Solidarietà, in convenzione con il Comune di Roma, dal novembre 2007. Prima dell'arrivo dell'Arci Solidarietà, si sono avvicendate l'Opera Nomadi e la Casa dei Diritti Sociali.

L'Arci Solidarietà cura anche il progetto di "Scolarizzazione di minori e adolescenti rom", per un totale di 285 bambini scolarizzati e 22 operatori coinvolti (considerando anche le attività di gestione) di cui più della metà sono rom.

Piccolo campo inserito nel tessuto urbano: il caso del campo tollerato di Ortolani

Il campo, nato quasi 20 anni fa, ospita un piccolo gruppo di 30 rom slavi, di cui 13 adulti e 17 bambini, quasi tutti di origine croata e presenti in Italia da decenni.

Inizialmente sorto in modo abusivo, l'insediamento fu autorizzato nel 1994 dalla Giunta Rutelli con l'ordinanza n. 80, insieme agli altri 12 campi sosta all'epoca presenti a Roma.

Nel passato il campo si estendeva sui due lati del viadotto Zelia Nuttal, a Dragona. Da una parte vivevano gruppi di rom mussulmani e dall'altra rom ortodossi. Da alcuni anni i gruppi mussulmani sono andati via e la zona è al momento in fase di ristrutturazione per ospitare una nuova stazione del treno metropolitano di Ostia Lido. Rimane quindi soltanto la parte occupata dai rom ortodossi, appartenenti al gruppo dei kanjarja, originari di Serbia, Croazia e Montenegro.

Sito in un terreno del Comune, il campo è autorizzato in via provvisoria e sprovvisto di servizi quali l'allaccio alla rete fognaria, acqua, luce e gas (tutti usano generatori, stufe e la fontanella pubblica poco distante). Nonostante le molteplici richieste inviate, tali servizi non sono mai stati forniti, l'unico tipo di "supporto" offerto al campo consiste in alcuni bagni chimici e docce. Il nuovo Piano Nomadi del Comune prevede che Ortolani venga ristrutturato o trasferito, ma ad oggi la situazione è rimasta invariata.

Nel corso degli anni alcune famiglie del campo sono riuscite a stabilire buoni rapporti sia con le istituzioni locali che con alcune realtà associative del territorio. In particolare il dialogo istituzionale è stato promosso e facilitato dalla presenza di un Ufficio Nomadi nel XIII Municipio con una persona dedicata.

La scolarizzazione dei bambini, prima affidata tramite bando all'Arci Solidarietà, ora viene seguita dai genitori stessi. Vi è anche un doposcuola nel campo, organizzato da alcuni volontari. Ricordiamo, infatti, che ad oggi non ci sono associazioni che operano ufficialmente nel campo attraverso bandi del Comune, ma soltanto piccoli gruppi di volontari a volte appartenenti ad un'organizzazione, come nel caso della Scuola di italiano per stranieri Effathà del Centro di formazione giovanile Madonna di Loreto.

Se anche tutti questi aspetti positivi testimoniano un tentativo di reale integrazione dell'insediamento nel contesto municipale, ulteriormente facilitato dal numero molto ridotto di abitanti, la situazione di costante incertezza sul futuro del campo e alcune dinamiche di chiusura verso l'esterno e di conflittualità interna rendono di fatto difficile una completa inclusione sociale.

Insedimenti spontanei

Infine, l'ultimo contesto di intervento prescelto nell'ambito del progetto FEI è stato quello degli insediamenti spontanei, ovvero tutte quelle realtà di mini campi abusivi distribuiti sul territorio urbano. Tale scelta è stata operata in continuità con un altro intervento che la Caritas stava già portando avanti, attraverso il progetto "Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario *con e per i rom*", finanziato con il Fondo CEI 8x1000 – "Progetto nazionale rom, sinti e camminanti", al fine di affrontare l'emergenza dovuta all'afflusso di migliaia di rumeni, rom e non, nella città di Roma.

Il lavoro sanitario "su strada" della Caritas, anche se destinato principalmente ai rom rumeni, aveva permesso, infatti, di individuare alcuni gruppi di rom slavi che, pur in regola con le norme di soggiorno, si trovavano al di fuori del circuito di accoglienza del Comune di Roma, quindi in condizioni di estrema precarietà e fragilità sia abitativa che sociale.

Tali gruppi, essenzialmente grandi famiglie di rom bosniaci, dopo un lungo vagare sia sul territorio romano che, a volte, su quello nazionale, avevano ricostruito una parvenza di stabilità in alcune aree abbandonate del XV Municipio, ricreando, anche se in maniera abusiva, la struttura propria dei campi e ricevendo dal Comune alcuni servizi di prima necessità (bagni chimici e raccolta rifiuti).

Si trattava della comunità di via Marchetti (vicino al Centro Direzionale Alitalia) e di quella di Candoni 2 (nel canneto vicino al campo ufficiale di Candoni).

La prima era costituita da due grandi famiglie allargate, per un totale di circa 80 rom bosniaci, quasi tutti con regolari documenti o permessi di soggiorno. In precedenza questo gruppo risiedeva all'interno del campo ufficiale di via Candoni, dal quale si era poi allontanato a causa di conflitti tra famiglie. Il campo era costituito da baracche costruite con materiali di fortuna, privo di acqua e servizi, in pessime condizioni igienico-sanitarie, soprattutto a causa dell'accumulo di rifiuti.

Il campo abusivo di Candoni 2 era abitato da rom rumeni e da diverse famiglie di rom bosniaci, molte imparentate con i rom del vicino campo autorizzato. I due gruppi, composti da moltissimi minori, diversi anziani e persone con gravi problematiche sanitarie, per un totale di più di 100 persone, abitavano in baracche senza acqua né luce, in due aree distinte del campo.

Per far emergere una realtà spesso ignorata o volutamente nascosta di emarginazione, si era scelto di affiancare al lavoro stabile portato avanti all'interno dei campi ufficiali quello

"itinerante" negli insediamenti spontanei, pur consapevoli della complessità e della costante evoluzione del fenomeno sul territorio romano. Infatti, con l'inasprirsi delle politiche di sgombero da un anno a questa parte, i suddetti gruppi rom sono stati più volte allontanati fino a disperdersi definitivamente sul territorio, non potendo quindi beneficiare delle attività progettuali.

Note

- ¹ Documento sui Principi di base comuni sull'integrazione adottati dal Consiglio dell'Unione Europea il 19 novembre 2004, n. 14615/04, scaricabile in inglese sul sito http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/jha/82745.pdf.
- ² *Ibidem*.
- ³ Council Conclusions on Inclusion of the Roma, scaricabile in inglese sul sito http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lisa/108377.pdf.

La sperimentazione sul campo

Ricognizione e conoscenza

La fase di avvio del progetto è stata dedicata a un attento lavoro di ricognizione e conoscenza del contesto di intervento a più livelli:

- Conoscenza di tutte le associazioni del privato sociale che operano ordinariamente all'interno degli insediamenti, sia con un mandato istituzionale, come l'Arci Solidarietà nel villaggio di Candoni, sia a titolo volontario, come la scuola di italiano nel campo di Ortolani. L'incontro con i referenti di tali associazioni è stato fondamentale per
 - raccogliere informazioni sulle comunità rom con cui lavorano, la percezione delle dinamiche interne ai gruppi e le riflessioni che hanno maturato in merito;
 - conoscere la storia del campo e gli interventi socio-sanitari in atto al fine di non sovrapporsi ad essi, ma al contrario per definire possibili strategie di collaborazione e di integrazione delle attività nell'ottica della complementarietà.
- Ricognizione della rete dei servizi territoriali per individuare i principali servizi socio-sanitari attivi sul territorio in cui insistono gli insediamenti, quali servizi sociali, scuole, associazioni e cooperative sociali, strutture ASL, centri di ascolto ecc. Tale raccolta di informazioni ha reso possibile la realizzazione di una carta dei servizi aggiornata, relativamente ai municipi interessati dal progetto, che ha costituito un utile strumento di lavoro nel corso delle attività. Per la rete attiva sul territorio di via Candoni ci si è consultati con gli operatori dell'Arci Solidarietà che nel tempo avevano elaborato strumenti di lavoro simili. A questo livello si è riservata particolare attenzione alla conoscenza diretta delle strutture delle ASL di zona a cui sarebbero stati inviati i pazienti rom in seguito alle attività di orientamento sanitario.
- Primo contatto con i destinatari al fine di presentare il progetto e stabilire le basi per il loro pieno coinvolgimento nelle attività. Sebbene non siano mancate le difficoltà, come specificheremo più avanti, sono state eseguite numerose visite ai campi per presentare informalmente il progetto, incontrare le famiglie e, laddove è stato possibile, cominciare a entrare in relazione.

In questa fase sono stati importanti e preziosi il supporto e la mediazione degli operatori e dei volontari del privato sociale che, conoscendo a fondo e da tempo le comunità rom e le relative famiglie, hanno accompagnato l'inserimento dell'équipe negli insediamenti. Inoltre, la loro esperienza di campo è stata indispensabile per comprendere alcune caratteristiche delle dinamiche interne alle comunità e dei rapporti interfamiliari esistenti, aspetto importante per definire le strategie relazionali più adeguate ai fini dell'intervento.

Come accennato, il lavoro prevedeva anche un intervento con i rom slavi che vivevano negli insediamenti spontanei, alcuni di questi di grandi dimensioni e radicati sul territorio

da anni. Purtroppo l'avvio del progetto, ad agosto 2011, è coinciso con una dura campagna di sgomberi ripetuti che ha determinato il graduale allontanamento dei gruppi di rom slavi di cui si era a conoscenza e che, nonostante un lungo lavoro di ricognizione, non si è più riusciti ad incontrare.

Parte integrante di questa fase di conoscenza dei destinatari è stata la prima indagine condotta dall'ASP, una raccolta dati effettuata casa per casa sotto forma di interviste semistrutturate, che ha permesso di fotografare la situazione di partenza rispetto al grado di padronanza nell'utilizzo del sistema sanitario nazionale e ai principali bisogni sanitari. Attraverso alcune domande mirate, è stata proposta la valutazione dell'eventuale introduzione di un mediatore di salute, con l'indicazione delle caratteristiche che avrebbe dovuto avere.

L'esperienza della raccolta dati ha inoltre costituito un'interessante occasione di conoscenza diretta di alcune famiglie rom, apportando un valore aggiunto alla riflessione in merito alle modalità di coinvolgimento della popolazione target.

Indagine epidemiologica sull'utilizzo dei servizi da parte dei rom

Nel periodo compreso tra dicembre 2011 e gennaio 2012 è stata effettuata la prima rilevazione dell'indagine conoscitiva realizzata dall'ASP, funzionale al monitoraggio e alla verifica dell'efficacia delle attività di progetto (da ripetere poi in altri 2 momenti chiave: alla fine del progetto e dopo tre mesi così da valutarne l'impatto).

L'indagine ha riguardato unicamente cittadini extracomunitari in possesso di regolare permesso di soggiorno, sia adulti che minori (questi ultimi fino a un massimo di tre per nucleo familiare). In particolare, nel campo di via Candoni è stato possibile rintracciare solo 67 delle 108 persone individuate inizialmente come eleggibili sulla base dei dati censuari, e, di queste, 12 hanno rifiutato l'intervista per sé o per i propri figli. Nel campo di via Ortolani, per il quale non era disponibile un censimento aggiornato, i rom presenti sono risultati circa 30 (non tutti extracomunitari), e, di questi, 5 sono stati contattati e solo 2 effettivamente intervistati.

Materiali

È stato messo a punto da Laziosanità – ASP un questionario strutturato, con domande semiaperte volte a indagare il livello di conoscenza e l'utilizzo delle strutture socio-sanitarie (vedi Allegato 4).

Il questionario è articolato in tre sezioni:

1. conoscenze, atteggiamenti e comportamenti (stima del livello di autonomia e valutazione delle modalità di accesso ai servizi sanitari territoriali);
2. focus sui mediatori di salute rom (finalizzato a verificare le caratteristiche necessarie alla figura e l'efficacia dell'eventuale formazione dei "referenti per la salute", individuati all'interno delle comunità);
3. dati socio-demografici (età, sesso, cittadinanza, luogo di nascita, permanenza in Italia, livello di istruzione).

Attività di rilevazione

Le modalità di somministrazione sono state adattate alle diverse condizioni socio-abitative riscontrate nei due insediamenti.

Nel campo di via Candoni, è stato inizialmente ipotizzato di svolgere le interviste sulla base di un calendario di appuntamenti, utilizzando come base di appoggio il presidio dell'associazione Arci Solidarietà situato all'interno del campo, in modo da creare un *setting* protetto, in considerazione della delicatezza dei temi trattati. Tuttavia, nel corso dell'indagine è stato necessario riconsiderare tale scelta poiché, nel caso delle famiglie rom bosniache, non tutte utilizzavano il presidio come punto di riferimento; di conseguenza, si è deciso di contattare direttamente le famiglie, tornando anche più volte presso lo stesso nucleo per sottolineare l'utilità della ricerca e ottenere un maggior numero di adesioni all'indagine.

D'altra parte la presenza dello sportello di gestione dell'Arci Solidarietà è stata preziosa dal punto di vista della facilitazione dei contatti con la comunità rom, a cominciare dall'introduzione e dalla spiegazione iniziale dell'indagine da parte degli operatori da molto tempo attivi nell'insediamento.

Con l'avvio delle interviste, molte famiglie che inizialmente avevano mostrato diffidenza si sono rese disponibili ad accogliere gli operatori presso la propria dimora, per svolgere le interviste con maggiore tranquillità, calma e riservatezza. Naturalmente, la presenza quasi quotidiana degli intervistatori nella comunità e la constatazione che altre famiglie avevano già aderito al progetto effettuando le interviste proposte, ha facilitato un atteggiamento di tranquillità rispetto all'attività di ricerca.

La maggiore difficoltà è stata quella di rintracciare le persone residenti durante il periodo delle festività natalizie, momento in cui è stato dato avvio all'indagine. Successivamente, con la ripresa delle attività scolastiche, è stato possibile intervistare le donne in regola con i documenti, mentre più complesso è stato contattare gli uomini, quotidianamente impegnati nelle attività lavorative (principalmente la raccolta del ferro). Per questi ultimi è stato necessario concordare degli appuntamenti che, tuttavia, non sono stati sempre rispettati.

Nel campo di via Ortolani, tenuto conto delle difficoltà di approccio avvertite fin dall'inizio e nonostante la presenza di un piccolo spazio coperto in cui poter svolgere le interviste, si è ritenuto più opportuno iniziare direttamente con la somministrazione del questionario nelle singole abitazioni. Anche in questo caso, è stato necessario fissare diversi appuntamenti e tornare più volte presso gli stessi nuclei familiari, vista la scarsa volontà di adesione all'indagine e l'atteggiamento non sempre accogliente nei confronti degli operatori.

Essendo una popolazione di dimensioni limitate, la principale difficoltà è stata rilevata nella frammentazione della comunità e nella palese volontà di non rendere manifeste le dinamiche interne al gruppo. Ne è emerso un quadro piuttosto confuso, frutto di reazioni artefatte, finalizzate a mantenere una certa distanza.

Le poche risposte ricevute sono state caratterizzate dalla presenza di forti necessità legate a bisogni di salute, elemento su cui è stata fatta leva per poter instaurare un iniziale dialogo.

Risultati

La Tabella 1 riporta la distribuzione della popolazione intervistata per le principali caratteristiche socio-demografiche, separatamente per maschi e femmine.

La metà circa è costituita da donne (49%) mentre, per quanto riguarda l'età, si registra una netta prevalenza di giovani: la percentuale di soggetti con età uguale o superiore a 45 anni si attesta intorno al 9% tra gli uomini e al 12% tra le donne. Tutti gli intervistati affermano di possedere il permesso di soggiorno (criterio di eleggibilità) e tra i motivi del rilascio prevale il lavoro (76%). Riguardo al Paese di nascita, il 47% degli intervistati risulta essere nato in Italia, il 42% in Bosnia e il 4% in Croazia. La nazionalità è bosniaca per il 92%, croata per il 5% e serba per il 3%. Si tratta comunque di persone che vivono in Italia da molto tempo: il 63% da più di 10 anni e solo l'8% da meno di 2 anni.

Il livello di istruzione è tendenzialmente basso, con circa l'80% di soggetti senza titolo di studio o con la licenza elementare. Colpisce il dato secondo cui tra i minori in età scolare quasi il 20% non ha mai frequentato la scuola.

Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche della popolazione in studio, per sesso

| | maschi | | femmine | |
|------------------------------------|--------|------|---------|------|
| | n | % | n | % |
| Età | | | | |
| <18 | 17 | 48,6 | 17 | 50,0 |
| 18-44 | 15 | 42,9 | 13 | 38,2 |
| 45+ | 3 | 8,6 | 4 | 11,8 |
| Cittadinanza | | | | |
| <i>bosniaca</i> | 34 | 91,9 | 32 | 91,4 |
| <i>croata</i> | 2 | 5,4 | 2 | 5,7 |
| <i>serba</i> | 1 | 2,7 | 1 | 2,9 |
| Paese di nascita | | | | |
| <i>Italia</i> | 16 | 43,2 | 18 | 51,4 |
| <i>Bosnia</i> | 16 | 43,2 | 14 | 40,0 |
| <i>Croazia</i> | 2 | 5,4 | 1 | 2,9 |
| <i>altro</i> | 3 | 8,1 | 2 | 5,7 |
| Livello di istruzione | | | | |
| <i>nessuno</i> | 18 | 60,0 | 16 | 59,3 |
| <i>licenza elementare</i> | 5 | 16,7 | 6 | 22,2 |
| <i>licenza media</i> | 7 | 23,3 | 5 | 18,5 |
| Permanenza in Italia (anni) | | | | |
| ≤5 | 7 | 23,3 | 8 | 25,8 |
| 6-10 | 4 | 13,3 | 3 | 9,7 |
| >10 | 19 | 63,3 | 20 | 64,5 |

Conoscenze, atteggiamenti e comportamenti

Un primo ambito indagato nel corso dell'intervista ha riguardato il livello di conoscenza dei diritti relativi all'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con particolare riferimento a specifiche tipologie di assistenza, come la medicina di primo livello, la medicina specialistica, il pronto soccorso e il consultorio familiare.

Come risulta dai dati mostrati nella Tabella 2, un'elevata percentuale, prossima all'80% sia tra gli uomini che tra le donne, sa di avere diritto, in base alla legge italiana, al medico di medicina generale, anche se solo un terzo degli intervistati riferisce di conoscere precisamente quali siano le modalità di scelta e revoca. Rispetto alla medicina specialistica, il livello di conoscenza è piuttosto elevato tra gli uomini (79%), mentre risulta sensibilmente più basso tra le donne (53%); queste ultime, invece, dimostrano una migliore conoscenza delle possibilità di accesso ai servizi consultoriali (47% rispetto al 14% degli uomini). La quasi totalità degli intervistati sa comunque di poter fare riferimento al pronto soccorso per eventuali problemi di salute.

Per quanto riguarda la dislocazione dei servizi sanitari, emerge complessivamente una conoscenza piuttosto limitata del territorio nella zona del campo. Ad esempio, solo il 23% delle donne è in grado di indicare il consultorio familiare più vicino e, tra gli uomini, poco più di un terzo sa dove si trova un ospedale con relativo pronto soccorso; anche rispetto ai centri vaccinali, la percentuale si attesta su valori bassi, intorno al 30%.

Due sono gli aspetti che maggiormente colpiscono: da una parte, alla consapevolezza del diritto alla salute non corrisponde sempre un adeguato livello di conoscenza dei servizi territoriali; dall'altra, il grado di disinformazione è lo stesso per vecchi e nuovi residenti nel campo.

Questi dati ci inducono a riflettere sulla distanza ancora esistente tra "utenza" rom e presidi sanitari territoriali.

Tabella 2 – Livello di conoscenza dei diritti e delle modalità di accesso all'assistenza sanitaria e della dislocazione dei servizi presenti sul territorio

| Ambiti di conoscenza | maschi | femmine |
|--|---------------------------|---------------------------|
| | livello di conoscenza (%) | livello di conoscenza (%) |
| Diritto all'assistenza sanitaria | (n=14) | (n=17) |
| <i>medico di medicina generale</i> | 78,5 | 76,4 |
| <i>medico specialista</i> | 78,5 | 52,9 |
| <i>consultorio familiare</i> | 14,2 | 47,0 |
| <i>pronto soccorso</i> | 92,8 | 94,1 |
| Modalità di scelta del medico di medicina generale | 35,7 | 38,8 |
| Localizzazione dei servizi sul territorio | (n=37) | (n=35) |
| <i>consultorio familiare</i> | 5,4 | 22,8 |
| <i>centro vaccinale</i> | 29,7 | 31,4 |
| <i>ospedale/pronto soccorso</i> | 35,1 | 45,7 |
| <i>laboratorio analisi</i> | 18,9 | 25,7 |

Un dato interessante riguarda il numero di iscritti al SSN: il 30% degli intervistati dichiara di non essere in possesso della tessera sanitaria, benché siano tutti possessori di un regolare permesso di soggiorno, e dunque potenzialmente iscrivibili al SSN. Inoltre, il 15% degli iscritti al SSN dichiara di avere anche il tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) con cui accede ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari. Alla carenza di informazioni, quindi, si aggiunge un uso improprio dei servizi, dovuto sia alla maggiore facilità di accesso agli ambulatori per stranieri e al pronto soccorso (dove non si richiedono iter burocratici complessi), sia alla maggiore accoglienza offerta da operatori abituati a interagire con l'utenza straniera (come nel caso degli ambulatori per STP). Sicuramente influisce anche il basso livello di istruzione generalmente rilevato e la conseguente marginalità sociale di cui soffrono molte delle persone intervistate.

Potrebbero stupire i dati relativi agli atteggiamenti della popolazione rom nei confronti dei servizi sanitari, la percezione del loro grado di accessibilità e il rapporto con gli operatori (Tabella 3).

Il 69% degli intervistati che hanno avuto bisogno di assistenza medica nell'ultimo anno dichiara di essersi rivolto ai servizi senza l'aiuto di nessuno: tale percentuale sale al 74% tra le donne. Questo ci suggerisce come siano le donne ad avere un ruolo chiave nella gestione delle questioni di salute non solo proprie, ma anche dei figli e della famiglia in genere, e nel rapporto con i servizi sanitari, confermando l'idea diffusa che sulle donne andrebbero concentrati gli sforzi tesi alla promozione e all'*empowerment* dell'intera comunità.

Un ruolo importante di mediazione viene riconosciuto anche alle associazioni operanti nel campo, soprattutto da parte degli uomini (31%), e ai familiari da parte delle donne (16%). Inoltre, la quasi totalità dichiara di non aver avuto difficoltà a seguire le indicazioni nel caso di controlli ulteriori o farmaci da assumere (94%).

Il rapporto con gli operatori sanitari risulta essere complessivamente buono (57%) o molto buono (34%), anche se un terzo circa degli intervistati intravede possibilità di miglioramento: in particolare, vengono richieste maggiore attenzione e disponibilità nell'accoglienza e più accuratezza nelle visite.

Questi dati non devono stupire poiché confermano il fatto che, una volta individuati medici e servizi di riferimento, anche se non seguendo i percorsi corretti, l'atteggiamento dei rom risulta positivo: complessivamente il 77% degli uomini e il 67% delle donne pensa che non avrà problemi a rivolgersi alle strutture in futuro.

Tabella 3 – Atteggiamenti e comportamenti rispetto all'uso dei servizi sanitari

| | maschi | femmine |
|---|--------|---------|
| | % | % |
| Sei stato aiutato da qualcuno a rivolgerti ai servizi sanitari? | (n=16) | (n=19) |
| <i>Sì, dai familiari</i> | 6,2 | 15,8 |
| <i>Sì, dalle associazioni presenti nel campo</i> | 31,3 | 10,5 |
| <i>No</i> | 62,5 | 73,6 |
| Come è stato il rapporto con gli operatori e con le strutture sanitarie? | | |
| <i>Ottimo</i> | 37,5 | 31,5 |
| <i>Buono</i> | 56,2 | 57,8 |
| <i>Scarso</i> | 6,2 | 10,5 |
| Pensi che il tuo rapporto con gli operatori sanitari possa essere migliorato? | (n=37) | (n=35) |
| <i>Sì</i> | 31,2 | 36,8 |
| <i>No</i> | 68,7 | 63,1 |
| Pensi che avrai in futuro difficoltà di accesso ai servizi sanitari? | (n=30) | (n=27) |
| <i>Sì</i> | 23,3 | 33,3 |
| <i>No</i> | 76,6 | 66,6 |

L'indagine ha, inoltre, tentato di sondare l'effettiva efficacia della figura di uno o più mediatori di salute, ovvero uomini e donne, adeguatamente formati, che rivestissero il ruolo di referenti all'interno della loro comunità, fungendo da facilitatori rispetto ad eventuali bisogni di salute e percorsi di orientamento. Dalle interviste è emerso che il 70% delle persone contattate considera utili i referenti soprattutto per finalità di orientamento verso i servizi (81%). Coloro che non vedono l'utilità di questa figura (il restante 30%) si ritengono sufficientemente autonomi (44%) o non vogliono condividere i propri bisogni di salute con una persona esterna alla famiglia, anche se rom (33%).

Tali risultati iniziali hanno confermato le nostre ipotesi e incoraggiato la ricerca di tali figure come strumento di partecipazione delle comunità oggetto dell'intervento, anche se le difficoltà incontrate hanno successivamente dimostrato l'impossibilità di realizzare questa attività.

Il coinvolgimento dei rom

La ricerca dei referenti per la salute

Partecipazione attiva, questa la formula che ha animato l'intervento sin dal principio. La filosofia alla base di tale approccio puntava alla responsabilizzazione dei rom e alla loro autonomia nella fruizione del diritto alla salute, intesa come punto di partenza per

un processo di inclusione. L'idea iniziale, che sembrava funzionale a tale scopo, era di proporre percorsi formativi sui temi della salute e sul corretto utilizzo dei servizi sanitari territoriali, volti a formare dei referenti per la salute, persone rom interne alle comunità, che, una volta terminato il progetto, sarebbero diventate punti di riferimento importanti per il resto del gruppo. Incoraggiare i rom a scegliere loro stessi tali figure, secondo i propri parametri e le proprie necessità, sembrava altrettanto significativo per innescare un processo innovativo di partecipazione diretta.

Purtroppo ci si è dovuti presto ricredere: tale strategia di coinvolgimento dei rom ha trovato molteplici ostacoli. Sarà utile ripercorrere brevemente le tappe di questo processo, per analizzare e comprendere come e quando l'impiego di tali strumenti e risorse metodologiche si è rivelato poco funzionale, se non per molti aspetti inadeguato.

Agendo separatamente per i due contesti di intervento, sono state in primo luogo realizzate delle riunioni con alcune associazioni del privato sociale attive nei campi (l'Arco Solidarietà per il villaggio di via Candoni e la scuola di italiano per il campo di via Ortolani) e con i rappresentanti rom delle comunità, al fine di ragionare insieme sulla reale utilità dell'idea progettuale, sulla sua fattibilità e sulle modalità di presentazione al resto della popolazione. Nel corso di tali incontri sono anche stati discussi e stabiliti i criteri di selezione e di rimborso degli ipotetici referenti per la salute, protagonisti di questa fase del progetto. Nello specifico, accogliendo i suggerimenti del portavoce della comunità bosniaca del villaggio di via Candoni, da un numero iniziale predefinito di mediatori (3 per Candoni e 1 per Ortolani) ci si è aperti alla possibilità di un mediatore per ogni famiglia allargata, affinché tutti avessero la possibilità di disporre di un referente interno alla propria rete di solidarietà parentale.

Allo stesso modo, non sono stati posti vincoli da un punto di vista di sesso, età e livello di istruzione; l'unica condizione necessaria, riconosciuta da tutti, era che le persone scelte avessero una minima conoscenza della lingua italiana.

È stato inoltre specificato che i referenti non sarebbero stati pagati, in quanto il percorso formativo non era volto a formare mediatori professionisti, né a garantire un contratto di lavoro, sebbene sarebbe stato assicurato loro un rimborso spese sotto forma di buoni pasto e altri piccoli benefit per compensare il tempo dedicato alla formazione teorica e al tirocinio (tra le 2 e le 4 ore settimanali per 4 mesi).

L'intenzione era di dare la minore enfasi possibile a tale aspetto, per non creare false aspettative sul ritorno economico delle attività e valutare al contrario la reale carica motivazionale dei potenziali candidati, centrale per la "nostra" idea di partecipazione.

In seguito a questi primi momenti di confronto si è deciso di presentare il progetto e promuovere la ricerca di un referente per la salute attraverso un'assemblea pubblica. I rappresentanti rom e gli operatori si sarebbero impegnati a far circolare la voce all'interno delle rispettive comunità e a incoraggiarne la partecipazione.

Nel corso delle assemblee, alle quali la presenza è stata soddisfacente, il progetto è stato presentato in forma estremamente semplice, utilizzando cartelloni illustrati che veicolavano messaggi elementari relativi all'obiettivo del progetto (rispondere ai problemi sanitari) e alla funzione dei referenti per la salute (l'orientamento attivo ai servizi) che i rom stessi avrebbero scelto. Le persone selezionate avrebbero frequentato un breve corso di formazione per poi avviare un tirocinio, accompagnati da operatori professionisti. Inizialmente non si è parlato di compenso, né di rimborso, al contrario si è

tenuto a precisare che non si trattava di un lavoro, ma di un impegno minimo a titolo volontario (vedi Allegato 2).

Nelle settimane successive all'assemblea, sono seguite visite casa per casa per verificare che i messaggi fossero stati compresi correttamente, per informare chi non era stato presente e promuovere la candidatura di uno o più referenti per la salute. A questo punto i processi hanno preso strade diverse, date le differenti caratteristiche dei campi in questione.

Nel villaggio autorizzato di via Candoni sono state effettuate numerose e ripetute visite di famiglia in famiglia, insieme ad operatori dell'Arci Solidarietà che hanno agito da facilitatori per superare eventuali diffidenze. La criticità principale è stata riscontrata nella promozione di un impegno privo di una reale retribuzione. Anche per questo, nel corso delle visite si è ritenuto utile cominciare a comunicare quale sarebbe stata la forma di rimborso, tentando di incentivare la partecipazione. Sono così emersi 6 candidati che, però, hanno infine deciso di non aderire al progetto. Le ragioni di tale rinuncia più frequentemente riportate sono state: mancanza di tempo, necessità di cercare un lavoro, difficoltà nel trovare una sistemazione alternativa per i bambini più piccoli.

Nel campo di via Ortolani, dove nessuno dei volontari che vi operano ha una relazione stretta con le famiglie, è stato ancora più difficile ricevere attenzione dopo l'incontro in assemblea. Si è quindi deciso di supportare la ricerca di un referente per la salute con colloqui informali famiglia per famiglia accompagnati da un medico della ASL, nel tentativo di proseguire con la conoscenza della popolazione a partire dal rilevamento dei bisogni di salute ed effettuare le prime attività di orientamento sanitario, come chiave di accesso funzionale alla costruzione di un dialogo.

Nonostante ciò, le poche persone che compongono la comunità si sono rivelate piuttosto schive e poco inclini a prestare ascolto alle iniziative proposte e al servizio offerto. È stato possibile avviare un unico percorso assistenziale per un uomo anziano che vive solo e che, forse per le sue differenti origini etniche (è l'unico serbo in una comunità di rom croati), viene escluso ed emarginato dagli altri.

Per quanto riguarda l'eventuale scelta di un referente per la salute, inoltre, la particolare composizione del gruppo, costituito solo da 30 persone realmente stabili, di cui più della metà sono anziani o bambini, non ha facilitato l'individuazione di qualcuno adatto al suddetto ruolo.

Alla luce di tali difficoltà, dopo circa sei mesi, la ricerca di persone disponibili ad assumere l'incarico di referente per la salute è stata interrotta in entrambe le comunità rom, per lasciare spazio a una riflessione metodologica interna volta all'analisi delle criticità riscontrate e all'individuazione di nuove strategie di azione più adeguate alla specificità dei singoli contesti.

Riflessioni per una nuova sperimentazione

In primo luogo si è rivelata necessaria una fase preparatoria di conoscenza diretta del contesto di intervento e dei destinatari molto più lunga e approfondita del previsto. È risultato chiaro che per un coinvolgimento reale e mirato delle persone non è sufficiente la relazione che terzi hanno con esse (in questo caso le associazioni del privato sociale), ma si richiede un rapporto di fiducia abbastanza consolidato e diretto; tanto

più per introdursi positivamente in una realtà complessa come quella del mega campo attrezzato in cui vive la comunità di via Candoni, caratterizzato da sovraffollamento, aspre ostilità fra gruppi, isolamento e degrado, elementi che ostacolano la collaborazione e l'ascolto.

Entrambe le comunità, inoltre, si sono dimostrate estremamente disunite, per cui sarebbe risultato complicato per un eventuale referente per la salute ottenere il riconoscimento da parte di tutti gli altri.

Tale aspetto rimanda alla questione più generale e ampiamente diffusa della rappresentanza tra i rom. L'esperienza vissuta nel progetto ha confermato la generale difficoltà da parte della popolazione rom di scegliere e identificarsi in qualcuno che a sua volta sia in grado di rappresentare la collettività e di difenderne gli interessi.

Anche nella fase iniziale del processo di coinvolgimento delle comunità rom, in cui sono stati in principio contattati i due portavoce dei campi (o che normalmente si presentano ai *gagè* come tali), è emerso ben presto che entrambi non avevano né il riconoscimento né la fiducia da parte della propria comunità. D'altra parte la cosa non sembrava vissuta da loro come un problema, poiché il loro contributo nel tentativo di coinvolgere il resto della popolazione si è esaurito nell'ascoltare per primi la proposta progettuale e valutarne gli eventuali vantaggi per sé o per il proprio nucleo familiare.

Di conseguenza, come spesso accade quando si intraprende un intervento con una comunità rom, anche in questo caso ci si è trovati di fronte alla duplice necessità di interloquire principalmente con il presunto capo e di cercare successivamente vie diverse per arrivare agli altri gruppi familiari.

Per quanto riguarda l'individuazione dei referenti per la salute, si pensava di risolvere la questione selezionando un referente per ogni famiglia allargata, in modo da aumentare le probabilità di una reale ed equa "rappresentanza". Purtroppo non tutte le famiglie hanno recepito in senso positivo il percorso formativo offerto, ritenendolo in molti casi una perdita di tempo ed evidenziando così un'ulteriore criticità nel processo di partecipazione.

Il diffuso disinteresse può essere almeno in parte spiegato dal fatto che, non trattandosi di un lavoro retribuito, la figura del referente per la salute risulta un concetto astratto e difficile da comunicare, poiché rimanda all'idea di un "servizio in prospettiva" che non fornisce dei vantaggi immediati.

La scarsa percezione del bisogno di tale figura è inoltre causata dalla consapevolezza di avere sempre persone *gagè* cui far affidamento per risolvere le questioni più banali, come attraverso il servizio di gestione e segretariato sociale interno al campo (nel caso di Candoni) o tramite reti informali di conoscenze (nel caso di Ortolani).

Infine, molte di queste persone faticano ad accettare i cambiamenti, poiché vivono in una condizione di estrema precarietà sociale ed economica, per cui qualsiasi scostamento dalla situazione attuale, prima di essere realmente compreso, viene facilmente percepito come rischioso. In tal senso l'interesse esplose in un secondo momento quando già qualcun altro più "coraggioso" ha sperimentato i percorsi proposti traendone benefici più o meno concreti e soprattutto senza perderci niente.

In conclusione, al termine di questa prima fase è stato possibile affermare che, per garantire un coinvolgimento efficace dei destinatari, sarebbe stato preferibile:

- rilevare i reali bisogni della popolazione in ambito sanitario prima di proporre attività già strutturate;

- creare i presupposti per stabilire una relazione di fiducia con i singoli gruppi familiari, prima di avviare le attività di selezione dei referenti, per esempio anticipando la realizzazione di sessioni di educazione alla salute o le attività di orientamento sanitario come occasione per creare il contatto e coinvolgere le persone attraverso un’offerta attiva;
- far leva su “eventi sentinella”: situazioni sanitarie particolarmente critiche che generano l’interesse e la motivazione ad essere coinvolti in prima persona;
- adeguarsi alle dinamiche interne alla comunità, enfatizzandone gli aspetti positivi e rispettando i tempi di relazione e ricezione, poiché anche far scegliere ai rom può essere percepito quasi come un’imposizione, se non rientra in una risposta a un bisogno oggettivo e sentito come prioritario.

A completare il quadro ha contribuito la prima parte dell’indagine ASP. L’attività di raccolta dati, realizzata attraverso colloqui casa per casa, ha evidenziato nuovamente la forte diffidenza delle famiglie, che a volte si è tradotta in un vero e proprio atteggiamento di rifiuto e di fastidio per ogni intromissione esterna.

D’altra parte l’analisi dei dati raccolti ha anche rivelato l’esistenza di numerosi bisogni sanitari irrisolti, una generale disinformazione relativa ai servizi territoriali, un uso improprio delle strutture sanitarie pubbliche e paradossalmente una buona disposizione ad accogliere un referente per la salute interno alla comunità che possa aiutare le persone ad orientarsi nell’utilizzo del servizio sanitario.

Alla luce delle criticità sopraindicate e dei risultati della prima raccolta dati condotta dall’ASP, che comunque ribadiscono l’importanza di un intervento di tutela della salute all’interno delle comunità rom, si è ritenuto indispensabile fare un passo indietro e ripensare le strategie di coinvolgimento diretto e attivo dei rom a partire dai bisogni reali espressi dai gruppi beneficiari e dalle risorse esistenti nelle singole realtà.

È stato quindi necessario adeguare le attività ai due contesti specifici, tenendo conto delle molteplici contraddizioni e ambiguità che li caratterizzano e che richiedono estrema flessibilità e versatilità nell’utilizzo degli strumenti metodologici a disposizione.

L'evoluzione delle metodologie di intervento

Dopo l'attenta analisi delle realtà di intervento, che presentano caratteristiche per molti aspetti diverse fra loro, e in seguito alla riflessione sull'inadeguatezza della figura del referente di salute come strumento di partecipazione dei destinatari, si è deciso di sperimentare soluzioni alternative più adatte alla specificità dei contesti, tarando le attività sulla base:

- dei bisogni espressi, sia dai rom che dalle associazioni del privato sociale;
- dei tempi di attuazione, cercando di individuare un nuovo intervento, significativo per il coinvolgimento dei rom sui temi della salute, in un periodo di tempo breve;
- delle risorse esistenti, poiché, avendo poco tempo a disposizione, era necessario sfruttare le potenzialità offerte dal contesto, in termini di integrazione di servizi ed attività già in atto, di collaborazione con altri attori presenti sul campo, della buona predisposizione da parte dei rom rispetto ad alcuni di questi percorsi già strutturati.

Nei prossimi paragrafi verranno quindi descritte le attività poste in essere relativamente ad ognuno dei due insediamenti, quali strumenti di partecipazione innovativi e sperimentali. Si tenga presente che al momento della stesura del presente rapporto le suddette attività non sono ancora terminate, per cui la valutazione degli esiti di tali esperienze è da considerarsi parziale.

Candoni: sportello salute

Il lavoro di ricognizione e di conoscenza del contesto di intervento a più livelli della realtà del campo di Candoni ha portato alla riformulazione delle attività, implementando un percorso specifico di promozione della salute che cercasse di favorire il dialogo e la partecipazione della comunità rom. È stato così creato uno sportello salute, il cui obiettivo principale era di sensibilizzare i rom sui temi della salute, cercando di stabilire una relazione di fiducia con le persone per rilevare i bisogni sanitari e orientare ai servizi territoriali; questo avrebbe garantito sia di avviare i percorsi assistenziali necessari, sia di organizzare eventuali sessioni formative di educazione alla salute, coinvolgendo gli operatori delle strutture ASL territoriali.

Lo sportello ha funzionato per tre mesi continuativi (marzo/maggio) a cadenza settimanale (il giovedì pomeriggio dalle 15 alle 17), alla presenza di almeno un operatore Caritas, un operatore ASP e uno CRI.

La promozione del servizio, più intensa nel primo periodo, è consistita nella distribuzione di pieghevoli informativi su giorno e orario di apertura dello sportello (vedi

Allegato 5), nel corso di visite al campo, curando la comunicazione faccia a faccia, ma anche affiggendo gli opuscoli in più punti dell'insediamento. Anche in questa fase è stata preziosa la collaborazione degli operatori dell'Arci Solidarietà che hanno a loro volta promosso lo sportello e individuato casi specifici da inviarvi.

Proprio grazie alla collaborazione fra le associazioni presenti (Arci Solidarietà e CRI) e lo staff Caritas/ASP, si è potuta, infatti, costruire una modalità di intervento che coniugasse da un lato la necessità di offrire, in poco tempo, un valido supporto alle attività già esistenti senza sovrapporvisi, e dall'altro una possibilità di apertura a nuove esperienze da poter riprodurre e soprattutto far perdurare nel tempo, sopravvivendo al progetto specifico. Lo sforzo di coordinare il gruppo così ampio di operatori coinvolti è stato da tutti ben accolto e interpretato come un ulteriore arricchimento sia per gli operatori che per l'utenza, oltre ad essere propedeutico ad una reale sostenibilità futura.

Per garantire il monitoraggio e l'implementazione delle attività di sportello si sono svolte regolari riunioni di supervisione fra le parti, durante le quali si è plasmato il processo adeguandolo all'evoluzione del bisogno.

Sono inoltre state costruite schede di rilevamento e raccolta dati in cui venivano di volta in volta riportati i casi incontrati e descritti i percorsi avviati (vedi Allegato 5).

La presenza costante di una volontaria ha poi garantito un elemento ulteriore di continuità (anche sul piano della relazione), integrando i report e gli scambi continui di passaggi di consegne fra gli operatori.

L'enfasi posta, nel corso delle attività, sull'aspetto comunicativo è stata del tutto voluta: nel lavoro sociale, infatti, spesso risulta un aspetto carente e di difficile gestione. In questa esperienza è stato, invece, l'elemento di forza e uno degli aspetti maggiormente gratificanti, coinvolgenti e probabilmente il *quid* in più che ha permesso cambiamenti rapidi e un'efficacia forse insperata, visti gli esordi complessi del progetto stesso.

Sul piano metodologico il *setting* scelto e concordato con gli operatori della scolarizzazione e della gestione è stato quello di una stanza riservata nel presidio Arci Solidarietà, in cui i colloqui potessero avvenire in un contesto di *privacy* ed intimità. Questo ha permesso l'approfondimento dei bisogni esplicitati e una buona facilitazione per la costruzione di rapporti di fiducia.

Il lavoro interno allo sportello ha riguardato in una prima fase la presa in carico di alcune situazioni critiche dal punto di vista socio-sanitario che necessitavano di un approccio olistico, di un punto di riferimento costante, di accoglienza e ascolto. Per questi casi si è cercato anzitutto di ottenere il maggior numero di informazioni circa il percorso pregresso (o più spesso i percorsi pregressi), contattando ove possibile gli operatori coinvolti ed approfondendo la conoscenza del quadro clinico. Parallelamente si è cercato di intervenire sanando le gravi carenze e le situazioni di emergenza, facendo attivare in prima persona gli utenti e coinvolgendo il più possibile i familiari prossimi e disponibili a supportare il percorso. Nei casi di persone maggiormente emarginate e senza una famiglia alle spalle, si è tentato di attivare una rete di sostegno (fra operatori e strutture assistenziali coinvolte), per amplificare le possibilità di risoluzione tempestiva delle problematiche urgenti e, più in prospettiva, per consolidare una serie di contatti territoriali utili agli utenti anche in futuro.

L'accesso frequente allo sportello di alcune donne, che hanno affrontato i temi della prevenzione e delle cure igienico-sanitarie di base, attraverso la costruzione di percorsi fatti di piccoli passi consequenziali che di volta in volta venivano verificati allo sportello, ha dato all'équipe l'opportunità di riflettere sulla probabile condizione di molte donne presenti nel campo. Questo percorso di crescita ha permesso, infatti, alle giovani donne di avere uno spazio dedicato (anche mentalmente) a se stesse e alla propria salute, nonché di ritagliarsi un tempo specifico per poter finalmente farsi delle analisi di controllo o andare a conoscere il proprio medico di famiglia.

Mentre nei casi "critici" la sensazione è quasi sempre stata quella di una "spugna assorbente", vista l'enorme necessità di cure: in questi casi di giovani donne l'emozione è stata quella di sentirsi quasi chiedere esplicitamente di dare un contenimento, un vincolo, che permettesse loro di mantenere quello spazio prezioso che inevitabilmente le portava lontano dai doveri casalinghi e dai compiti materni. Effettivamente non sembrava ci fosse nelle donne incontrate una consapevolezza di quanto gli aspetti preventivi, il tempo dedicato alla pianificazione delle visite o all'organizzazione degli appuntamenti e tanto più all'ascolto dei bisogni, siano parte integrante e fondamentale del prendersi cura amorevolmente di sé e degli altri. Al tempo stesso si è fortemente percepito da parte loro il desiderio di stare in quel percorso, di vivere fino in fondo questa novità che probabilmente ha seminato qualcosa di buono.

Da questo aspetto dell'esperienza è nata l'idea di puntare al coinvolgimento di più donne e realizzare un focus sulla salute materno-infantile, sfruttando il percorso già avviato lo scorso anno con numerose donne dall'assistente sociale dell'Arci Solidarietà e dagli operatori della CRI, attraverso l'associazione I Diritti Civili nel 2000 – Salvabebè/Salvamamme – Family Support – Polo socio-sanitario materno infantile, per l'invio di gruppi di mamme che intendessero intraprendere un percorso di cura e igiene, in senso lato, per sé e per i propri figli. In questo caso lo sportello ha costituito un contenitore all'interno del quale è stato possibile raccogliere e affrontare il bisogno, fornendo una risposta articolata che ha compreso la realizzazione di sessioni di educazione sanitaria sulla salute materno-infantile, per cui è stato portato avanti un intenso ma fruttuoso lavoro di rete, come spiegheremo nel prossimo paragrafo.

Nell'ultimo periodo di attività dello sportello, accogliendo le suggestioni degli operatori di gestione e scolarizzazione del campo, ci si è anche concentrati su un tema particolare e delicato quale quello della neuropsichiatria infantile. È emersa infatti la necessità di sensibilizzare gli adulti sui temi legati al disagio cognitivo dei bambini, poiché è ancora forte fra i genitori il senso di colpa e di inadeguatezza rispetto alla disabilità dei figli che presentano queste problematiche. Specialmente in situazioni molto lievi o non ancora conclamate, la difficoltà di accettazione e di apertura alle visite specialistiche e alla richiesta di sostegno scolastico appare forte. È probabile che tale atteggiamento sia dovuto da una parte ad alcuni aspetti culturali e psicologici di paura e chiusura nei confronti dell'ignoto, dall'altra al timore che i propri figli, già emarginati, verranno ulteriormente "etichettati".

Attualmente si sta ancora studiando la strategia più adeguata per affrontare la questione all'interno dello sportello salute. L'idea è di stabilire un dialogo con alcuni dei genitori di ragazzi con disabilità psico-fisica per poi coinvolgerli in uno o più incontri di educazione sanitaria sull'argomento specifico, con il supporto di medici e opera-

tori sanitari delle strutture territoriali. L'intervento così ipotizzato vuole rappresentare solo l'apertura ad un tema che necessiterà di ulteriore sostegno e del coinvolgimento di più attori in un percorso lungo e delicato. I genitori contattati dagli operatori che seguono i bambini nel percorso scolastico hanno bisogno di dare una voce alle proprie preoccupazioni e confrontarsi fra loro. In questa direzione continueranno a lavorare gli operatori della scolarizzazione, sensibilizzando e promuovendo una dimensione di "normalità" (già semplicemente autorizzandosi a parlarne) rispetto a temi ancora così "spaventosi", non solo fra i rom.

Ad oggi possiamo affermare che gli obiettivi dello sportello salute, a partire dal coinvolgimento attivo della comunità, sono stati raggiunti, sia per quanto riguarda l'attività di orientamento ai servizi sanitari territoriali che si è concretizzata per un numero discreto di persone, sia relativamente al rilevamento dei bisogni reali dell'utenza, che ha permesso di organizzare sessioni di educazione sanitaria mirate alle categorie per le quali i bisogni erano più urgenti o meglio esplicitati.

Candoni: percorsi di educazione sanitaria per le donne

Per rispondere ai bisogni emersi nel corso delle attività dello sportello salute, promuovere ulteriormente il coinvolgimento attivo dei rom sui temi della salute e, allo stesso tempo, integrare i servizi esistenti nel campo in modo coordinato, si è deciso di affiancare l'Arci Solidarietà e la CRI nei percorsi che erano già stati intrapresi con alcune donne rom relativamente alla tutela della salute materno-infantile attraverso il servizio Salvamamme/Salvabebè¹.

Nello specifico, si è ragionato sulla possibilità di trovare degli spazi di partecipazione di queste donne nelle attività dello sportello salute, cercando dei punti di contatto fra il percorso più prettamente assistenziale dell'iniziativa Salvamamme/Salvabebè e i servizi sanitari preposti alla tutela della salute della donna e del bambino, in primo luogo i consultori familiari, di cui ancora molte donne rom non conoscono l'esistenza o non sono informate su tutti i servizi che offrono.

Si è deciso quindi di supportare i percorsi già intrapresi con quelle donne che avevano effettuato il primo invio presso il servizio Salvamamme/Salvabebè, attraverso la promozione di incontri di educazione sanitaria sui temi della salute materno-infantile che fossero propedeutici al secondo invio.

L'intervento, così organizzato, ha permesso di coniugare l'intenzione di agire sulle donne, in linea con i *feedback* ricevuti nelle attività dello sportello e considerando che normalmente sono più ricettive rispetto alla tutela della salute (in quanto si occupano direttamente della cura di tutta la famiglia, oltre che dei bambini), e la necessità di garantirne la partecipazione rispondendo ai bisogni più immediati.

D'altra parte, tale approccio ha favorito la costruzione di percorsi rivolti alle donne che non si riducessero alla distribuzione di beni materiali, ma diventassero parte integrante di un discorso più generale di promozione della salute rispondendo agli obiettivi dello sportello Salvamamme/Salvabebè.

È stata quindi presentata una proposta formativa che ha previsto 2 incontri di educazione sanitaria destinati a un totale di 32 donne, suddivise in cinque gruppi omoge-

nei per età e numero di figli. I gruppi erano i seguenti: neo mamme con 1 solo figlio, giovani donne con 2/3 figli minori di 3 anni, giovani donne con 3/5 figli, donne con almeno 6 figli, donne con più di 40 anni. Per i gruppi composti da donne più giovani la formazione è stata incentrata sulla cura del neonato, lo stile di vita in gravidanza, la pianificazione familiare e la contraccezione. Per gli altri, costituiti da donne più mature con un numero elevato di bambini, oltre a riservare un *focus* specifico sulla prevenzione nella salute della donna e lo *screening* oncologico, si è puntato all'approfondimento di argomenti relativi all'alimentazione del bambino, alle vaccinazioni, all'igiene personale e dell'ambiente in cui si vive.

Dei due incontri, il primo è avvenuto al campo ed è stato condotto da un operatore sanitario dei servizi della ASL di zona: si sono alternate ostetriche, ginecologhe, dottoresse e infermiere che prestano servizio nei consultori e negli ambulatori territoriali. In questo caso i gruppi erano di piccole dimensioni per creare un *setting* più intimo e colloquiale che favorisse la partecipazione.

Il secondo incontro si è svolto presso la sede del progetto Salvamamme/Salvabebè (sito nei locali della CRI, in via Ramazzini) al momento del ritiro del pacco. La formazione è stata gestita dai professionisti messi a disposizione dal progetto Salvamamme/Salvabebè e dalla CRI: nello specifico hanno partecipato una puericultrice, un pediatra, e un istruttore di manovre di disostruzione e rianimazione cardiopolmonare pediatriche. La scelta di svolgere il primo incontro al campo è legata da una parte a favorire la partecipazione delle donne limitando l'impegno richiesto, dall'altra a spingere gli operatori sanitari a conoscere da vicino la realtà del campo e a dare, in questo caso alle donne, un segnale di disponibilità e apertura.

E non a caso l'esperienza è stata molto positiva, poiché ha visto la partecipazione congiunta di donne rom e operatori ASL, confermando l'importanza dell'incontro diretto per facilitare l'instaurarsi di un dialogo e di un confronto a livello umano prima che professionale.

Le donne sono in seguito state rimandate allo sportello salute attivato dal progetto, che nelle settimane successive si è occupato di rinforzare i messaggi veicolati nel corso delle sessioni educative e orientare ai servizi territoriali (con particolare riferimento ai consultori familiari), presso i quali i medici coinvolti lavorano quotidianamente, auspicando che il rapporto avviato possa trasformarsi in un percorso di tutela della salute attraverso l'utilizzo corretto e costante dei servizi pubblici.

D'altra parte il modello sperimentato, che ha visto l'abbinamento del percorso avviato con Salvamamme/Salvabebè e le sessioni di educazione sanitaria, articolandolo in più fasi, può essere adottato come modalità di coinvolgimento delle donne rom del campo o di altri campi, sia all'interno dei nuovi invii al servizio Salvamamme/Salvabebè, sia relativamente ad altre iniziative volte a soddisfare bisogni primari.

Ortolani: laboratorio teatrale

Il contesto del campo tollerato di via Ortolani si è subito evidenziato come peculiare ed estremamente complesso, nonostante il numero esiguo di abitanti. Al contrario di Candoni, dove vi sono state delle iniziali "risposte" nel processo di coinvolgimento

della comunità, tanto da avviare vari tentativi per la selezione dei referenti per la salute e prolungare questa fase oltre i termini previsti, fin dalle prime visite ad Ortolani si è evidenziata l'estrema difficoltà di suscitare interesse intorno alla proposta progettuale e l'impossibilità di individuare delle figure di riferimento per gli aspetti sanitari. Le persone incontrate nei primi mesi di attività, nonostante la mediazione delle associazioni di volontariato impegnate nel campo, il ruolo del portavoce rom, l'organizzazione di assemblee pubbliche e visite famiglia per famiglia, sono risultate diffidenti e poco inclini al dialogo. Inoltre sono emersi alcuni aspetti, caratteristici del campo, del tutto inaspettati nella fase di progettazione e avvio dell'iniziativa, che hanno profondamente influenzato l'andamento dell'intervento, tra cui ricordiamo:

- una conflittualità latente tra famiglie, pur essendo poche e imparentate tra loro;
- la presenza di un piccolo nucleo di persone realmente stabili e il gravitare ciclico, invece, di numerose famiglie di parenti, con un ridisegno costante degli assetti del campo;
- la comunicazione con le realtà esterne al campo condotta quasi esclusivamente dal portavoce (non si sa se attraverso una delega reale o presunta);
- la percezione, falsata, dei servizi territoriali e delle realtà cittadine (associeative e non) di un campo perfettamente integrato nel tessuto urbano.

Tutti questi nuovi elementi di conoscenza hanno portato l'équipe di progetto ad individuare più attente e specifiche soluzioni per la realtà di Ortolani, naturalmente sempre in linea con gli obiettivi progettuali e all'interno delle attività di orientamento attivo dei rom alle strutture sanitarie del territorio e di organizzazione di sessioni formative sull'educazione sanitaria e sull'utilizzo dei servizi.

Nel lavoro di discernimento e riflessione, preziosa si è rivelata l'esperienza del gruppo di volontari del doposcuola nel campo, unico intervento stabile e con dei risultati piccoli ma concreti, in termini sia di adesione dei ragazzi che di accettazione degli adulti.

Di qui la scelta di investire sui minori, come indiretti promotori di salute e potenziali agenti di cambiamento per l'intera comunità, secondo l'approccio *child to adult* (dal bambino all'adulto).

Si ricorda brevemente che tale approccio, derivante dallo strumento *child to child* usato nei percorsi di apprendimento, collega la formazione dei ragazzi su determinate tematiche (in questo caso la salute) all'azione e promozione di quanto imparato nell'ambito familiare e della comunità di appartenenza, in un'ottica di trasferimento di competenze acquisite.

Le specifiche caratteristiche del campo oggetto dell'intervento si sono, infatti, rivelate particolarmente adatte a questo tipo di sperimentazione. Le elenchiamo di seguito:

- insediamento di piccole dimensioni;
- più della metà della popolazione costituita da minori;
- alta scolarizzazione dei bambini;
- reticenza degli adulti a farsi coinvolgere in progettualità specifiche a fronte di curiosità e interesse dei minori;
- forte chiusura della comunità adulta verso l'esterno e apertura/partecipazione dei bambini ad attività scolastiche ed extrascolastiche.

In considerazione del *target* prescelto, come tecnica di formazione è stata privilegiata quella dell'"educazione non formale" tramite lo strumento del laboratorio artistico-

teatrale, che oltre a favorire la partecipazione attiva dei bambini, la loro espressione verbale e corporea e il confronto interpersonale, prevedendo un obiettivo tangibile nel breve periodo, quale la messa in scena di uno spettacolo, risulta fortemente stimolante.

Il "saggio" del laboratorio costituirà il momento di restituzione finale del percorso formativo svolto, sottolineando ancora una volta il protagonismo dei ragazzi e, si auspica, coinvolgendo in maniera diretta i genitori. La scelta, inoltre, di inserire tale spettacolo nella festa annuale del campo, è stata considerata funzionale all'ulteriore amplificazione dei risultati raggiunti.

Il racconto di un processo

Per avviare l'intero processo e realizzare il laboratorio, si è quindi provveduto a selezionare un educatore che avesse le competenze adatte a svolgere tale compito e una pregressa esperienza con minori in situazione di disagio.

Una volta individuata la persona, si è lavorato di concerto con i partner progettuali e gli altri attori coinvolti nell'iniziativa (*in primis* i volontari del doposcuola nel campo), per facilitare il processo di avvicinamento della formatrice al campo e la presentazione alla comunità di una nuova proposta di intervento quale quella del laboratorio.

Si è deciso, quindi, di inserire l'iniziativa nella stessa giornata del doposcuola da una parte per agevolare la partecipazione dei ragazzi e dall'altra per creare una continuità con il lavoro sociale già avviato nel campo.

Il laboratorio si è svolto, dunque, ogni sabato dalle 11.00 alle 12.30, da marzo fino a maggio, per un totale di 13 incontri, coinvolgendo in maniera continuativa 12 minori di età compresa tra i 5 e i 14 anni.

Durante i primi 2 incontri l'educatrice ha partecipato al doposcuola, aiutando i giovani del campo, e allo stesso modo una dei volontari del doposcuola ha supportato le attività durante il laboratorio teatrale, secondo uno schema informale di passaggio di consegne e di collaborazione reciproca.

Le difficoltà iniziali sono state quelle di rendere il laboratorio adatto a tutte le età rappresentate nel gruppo, ma l'impasse è stata superata fin da subito grazie al ruolo di mediazione dei più grandi, che hanno coinvolto fratellini e sorelline nelle attività, soprattutto quelle più ludiche. Nel processo di costruzione del gruppo e più in generale del laboratorio, si è dimostrato, infatti, fondamentale lo strumento del gioco.

L'intero laboratorio si è svolto all'aperto nella parte centrale del campo. Il perimetro è stato simbolicamente delimitato dai ragazzi stessi che ogni sabato disegnavano un quadrato nella terra con i piedi, ritagliandosi uno spazio unico e "sacro" a loro dedicato. L'idea di svolgere le attività all'aperto in un territorio appartenente a tutti gli abitanti del campo, pur essendo più difficile da gestire per la facilità di distrazione e per l'impossibilità di creare un luogo intimo e personale, lontano per qualche ora dalle dinamiche del campo stesso, ha dimostrato la sua efficacia in quanto zona neutra, di tutti e per tutti.

Dopo i primi incontri, rivolti alla conoscenza del gruppo, si è iniziato a lavorare concretamente alla messa in scena dello spettacolo.

Per prima cosa il personale Caritas, in accordo con la formatrice, ha lavorato all'e-

laborazione dei messaggi di salute da veicolare, selezionando come temi generali la prevenzione, l'igiene e l'alimentazione e, al loro interno, alcuni termini chiave da evidenziare, come "vaccinazione", "pediatra", "ambulatorio".

Basandosi su questi *focus* tematici, l'educatrice ha elaborato 3 copioni per altrettante scene ispirandosi alle fiabe classiche, ma ricostruendole in maniera più divertente per poter veicolare messaggi spesso difficili per i bambini. Sono così state create *La storia di Fragilina* sui sintomi dell'influenza e i rimedi possibili, *Sbiancadenti e i sette pigrone*, relativa all'importanza dell'igiene personale e infine *Il lupo perde il pelo, ma non la pancia!*, che tratta il tema dell'alimentazione (vedi Allegato 6).

Una volta finalizzati i copioni, sono stati letti insieme dai ragazzi che hanno partecipato attivamente all'assegnazione dei vari ruoli da interpretare. Dal momento in cui si è cominciato a provare le scene dei tre spettacoli, il laboratorio si è spostato su un'area mattonata e rialzata del campo che meglio rendeva l'idea di palcoscenico.

I ragazzi, già dopo il primo mese di laboratorio, hanno iniziato a imparare le battute a memoria, non solo il sabato durante le ore di laboratorio, ma anche a casa nel tempo libero. Prezioso per questa attività mnemonica si è rivelato sia associare alle battute dei movimenti, che lavorare con alcuni oggetti di scena. Una volta costruita la struttura di ogni singolo copione e ruolo, e avviata la fase di memorizzazione, si è passati alla realizzazione della scenografia. Ognuno è stato coinvolto in questa attività, sia i più piccoli che i più grandi, inoltre protagonista è diventato lo stesso campo che ha "messo a disposizione" alcuni oggetti, come una panca e un divano, non più utilizzati dagli abitanti. Insieme ai ragazzi gli oggetti trovati sono stati sistemati e abbelliti, verniciando la panca e ricoprendo il divano con un telo.

Parallelamente a tutto ciò, è stato contattato un *videomaker* professionista per realizzare un breve *reportage* sul laboratorio. Si è deciso, infatti, di filmare l'esperienza sia per un'ulteriore verifica-valutazione del metodo sperimentato e descriverne, con un supporto audio-visivo, il processo di realizzazione, sia per lasciare un prodotto concreto di tale esperienza ai genitori dei bambini coinvolti. Il video verrà inoltre proiettato nell'ambito della formazione finale del personale socio-sanitario delle ASL, in quanto ulteriore strumento di diffusione dei risultati del progetto.

Sono stati dunque ripresi i bambini in tutte le fasi del laboratorio, mentre si cimentavano nell'interpretazione dei vari personaggi, nella realizzazione delle scenografie, nelle attività di socializzazione attraverso i giochi teatrali, durante i momenti di svago e naturalmente nello spettacolo finale. Questo è stato possibile sia perché prima dell'arrivo del *videomaker* i ragazzi del campo avevano già raggiunto una buona intesa con l'educatrice teatrale e sia perché questi bambini, come tutti i ragazzi del mondo, adorano essere ripresi.

Altro dato importante e funzionale alla realizzazione del *reportage* è stata la conoscenza pregressa tra l'educatrice e il *videomaker*, che avevano già lavorato insieme in altri progetti, aspetto che ha favorito la sintonia durante le riprese e una interpretazione condivisa del taglio da dare al prodotto finale.

Nel complesso l'esperienza del laboratorio teatrale ha costituito un modo diverso di lavorare in salute con i rom, approccio che ha riscosso molto successo in termini di partecipazione e coinvolgimento dei bambini, in questo caso destinatari diretti delle

attività. Sarà interessante valutare la ricaduta che il lavoro svolto avrà sui genitori, a partire dalla loro partecipazione alla festa del campo, occasione in cui verrà messo in scena lo spettacolo.

Note

- ¹ Lo sportello Salvamamme, operativo dal 2003, patrocinato e finanziato dalla Regione Lazio – Assessorato alle Politiche Sociali, offre un punto di ascolto rivolto alle mamme e future mamme in difficoltà. Il progetto prevede anche un servizio socio-assistenziale che fornisce loro sostegni concreti per alcuni bisogni primari (fornitura di abiti, scarpe e prodotti per l'infanzia nuovi o seminuovi) e risposte continuative attraverso consulenze gratuite psicologiche, legali, mediche. Normalmente le donne vengono inviate da operatori sociali che presentano e introducono l'utente al servizio esponendo le relative problematiche ed esprimendo le richieste specifiche. Previa valutazione e verifica da parte del personale di Salvamamme, le donne vengono inserite nel percorso che prevede il ritiro di un pacco contenente alcuni beni di prima di necessità con cadenza trimestrale.

Coinvolgimento delle Aziende Sanitarie Locali

La collaborazione con l'Unità Operativa Semplice Fasce Sociali a Rischio della ASL RMD

Il coinvolgimento diretto delle ASL, fulcro da sempre della metodologia di intervento in salute della Caritas, si è declinato in questa esperienza nella scelta di lavorare direttamente con una ASL, quella della RMD, per poi estendere le buone prassi, elaborate e testate assieme, all'intero panorama della sanità pubblica romana.

La responsabile e gli operatori della U.O.S. Fasce Sociali a Rischio della ASL RMD sono stati, quindi, più di un semplice sostenitore, accompagnando lo sviluppo stesso del progetto in tutte le fasi e rivestendo un ruolo chiave nelle sperimentazioni realizzate.

Fin dalla fase iniziale, la conoscenza del contesto e delle realtà ivi operanti è stata condotta con il supporto degli operatori ASL, che hanno partecipato attivamente sia alle prime visite che alle assemblee pubbliche di presentazione del progetto, favorendo e mediando (soprattutto nel caso di Candoni) i contatti con la popolazione rom e avendo un ruolo attivo nella strutturazione della rete degli attori da coinvolgere.

Parallelamente, si è lavorato assieme all'aggiornamento degli strumenti per il lavoro sanitario con le comunità rom. Attraverso 4 incontri di coordinamento operativo sono stati definiti gli opuscoli informativi da utilizzare nel lavoro di campo (vedi Allegato 1) e l'elenco degli interventi sanitari attivi sul territorio, fondamentale per la redazione della carta dei servizi.

Ancora, con il personale ASL sono stati decisi gli ambiti tematici per i diversi incontri formativi sui temi della salute, dettagliando le singole scelte didattiche e i supporti logistici da utilizzare. In particolare, è stato elaborato un percorso di formazione *ad hoc* sull'educazione alla salute e l'utilizzo dei servizi territoriali, per referenti/mediatori rom.

Pur non essendosi realizzato concretamente per l'assenza di referenti della salute, è stato ugualmente testato nel corso di una serie di sessioni di educazione sanitaria, destinate ai rom di Candoni, tenutesi tra il 15 novembre e il 6 dicembre 2011 presso le aule del CFP Nicoletta Campanella e gestite dal personale Caritas e dalla dottoressa Leotta, componente della U.O.S. Fasce Sociali a Rischio.

Il percorso, nonostante l'esigua partecipazione da parte dei rom, ha costituito un'occasione importante per verificare l'adeguatezza degli argomenti selezionati, la validità delle strategie comunicative e soprattutto per testare nuovi strumenti di lavoro, elaborati appositamente per la *target* rappresentato dai beneficiari. Dato il basso livello di scolarizzazione di quest'ultimo e la poca dimestichezza con taluni concetti astratti, gli strumenti elaborati, quali cartelloni e disegni, giochi di ruolo, quesiti illustrati ecc., sono risultati estremamente utili e appropriati, rivelando l'efficacia di un apprendimento per immagini e riferimenti a situazioni concrete (vedi Allegato 3).

Anche nell'avviamento e implementazione dell'intervento nei due campi, il personale della ASL RMD ha partecipato attivamente, con le proprie specifiche competenze, professionali e umane. Le attività sono sempre state precedute da una riflessione comune durante le riunioni periodiche, all'interno delle quali le proposte venivano analizzate, verificate e rese operative, permettendo un modellamento continuo delle attività in risposta agli stimoli che venivano dall'esperienza sul campo, aiutando a pensare a nuove proposte di azione, al fine di evitare il ripetersi di strategie inefficaci e potenziando invece gli aspetti positivi.

Inoltre, nel difficile percorso di coinvolgimento della popolazione rom, che ha comportato un approfondito esercizio di riflessione per tutto il gruppo di lavoro, si è rivelata preziosa l'esperienza pregressa degli operatori ASL e il punto di osservazione privilegiato che hanno dall'interno dei servizi sanitari, per leggere nei comportamenti della popolazione rom i bisogni inespressi e per individuare nuove strategie di promozione della salute.

Si può dire, quindi, che la collaborazione con la ASL RMD si è espressa in tutte le fasi di implementazione del progetto, ma ha trovato la sua massima espressione nel lavoro di campo e nella definizione delle metodologie di intervento.

Le strutture sanitarie territoriali: come favorire l'accoglienza dei rom

Data la difficoltà nel coinvolgere nel progetto direttamente e attivamente la popolazione rom e data l'assenza di un mediatore/referente per la salute, creare un collegamento tra le comunità rom e il personale sanitario è stato più complesso del previsto. Nel disegno originario del progetto sarebbero state le figure dei referenti a svolgere il ruolo di mediazione tra gli operatori sanitari e il resto della popolazione rom dei due insediamenti.

La mancanza dei referenti rom e il conseguente cambio di strategia hanno richiesto un ripensamento delle attività, per cui il ruolo di mediazione è stato affrontato dagli operatori del progetto, che hanno comunque cercato di favorire l'incontro tra i rom e il personale sanitario, conservando l'idea iniziale della necessità di un protagonismo reciproco e del coinvolgimento diretto di entrambe le parti.

Il personale Caritas si è, quindi, recato di persona presso le principali strutture sanitarie di primo livello (CUP, consultori, centri vaccinali), dietro presentazione della U.O.S. Fasce Sociali a Rischio della ASL RMD, per verificare le modalità di accesso al servizio, conoscerne il personale e individuare un referente da contattare per coordinarsi nel monitoraggio degli eventuali percorsi sanitari da avviare.

Questo approfondimento nella conoscenza delle diverse strutture ha permesso non solo di ipotizzare, con gli operatori ASL, percorsi sanitari a bassa soglia assistenziale per la popolazione rom, ma ha anche costituito un'occasione per confrontarsi sulle criticità che loro stessi riscontrano nel rapporto con la comunità rom ed elaborare delle soluzioni da sperimentare attraverso le opportunità offerte dal progetto.

In tal senso, lo strumento scelto è stato quello dell'incontro diretto sul campo, attraverso l'organizzazione di sessioni di educazione sanitaria, favorendo così una reciproca conoscenza e creando contatti personalizzati tra operatori e rom. Il coinvolgimento diretto delle strutture sanitarie territoriali è risultato ancora una volta fondamentale per innescare un processo di sensibilizzazione del personale sanitario, con l'obiettivo di una progres-

siva presa in carico delle situazioni segnalate e delle persone inviate ai servizi. La scelta di investire nella partecipazione attiva del personale sanitario, inoltre, è stato un tentativo per favorire l'appropriazione dell'intervento da parte delle strutture sanitarie stesse, con un mutuo beneficio sia per i rom che per gli operatori, in termini di continuità e sostenibilità futura.

Questo percorso, già descritto nel paragrafo dedicato alla collaborazione con il progetto Salvamamme/Salvabebè, ha dimostrato che, anche in assenza della figura specifica di un mediatore, una mediazione "di sistema", in cui tutti gli attori coinvolti, rom da una parte e operatori sanitari dall'altra, contribuiscono a un processo di avvicinamento e comprensione reciproca, è possibile ed estremamente efficace.

La formazione del personale sanitario: la diffusione dell'esperienza

L'esperienza maturata nel corso delle precedenti iniziative di lavoro con i rom ha confermato la centralità della formazione rivolta agli operatori socio-sanitari come fattore favorente la promozione della salute e il miglioramento dell'accessibilità dei servizi. Per tale ragione è stato previsto, a conclusione del progetto, uno specifico percorso formativo destinato non solo al personale sanitario della ASL RMD, ma esteso a tutte le Aziende Sanitarie territoriali dell'area metropolitana, interessate dalla presenza di campi rom.

Il corso di formazione, accreditato ECM, che si svolgerà a giugno 2012, ha come finalità il miglioramento delle competenze già acquisite sulla promozione della salute dei soggetti deboli, indispensabili per intervenire efficacemente su una popolazione portatrice di specificità culturali e socio-sanitarie come quella dei rom. Verrà dato infatti ampio spazio allo scambio delle esperienze già realizzate e di quelle in corso, nel tentativo di sistematizzare il lavoro svolto nell'ultimo decennio, in particolare con le campagne promosse dal GrIS nel 2002 e nel 2006.

Obiettivo specifico del corso è, quindi, quello di consentire agli operatori socio-sanitari di riappropriarsi di un'esperienza passata, della "propria storia", cogliendo l'occasione per promuovere il lavoro di rete tra istituzioni pubbliche e privato sociale, al fine di adottare strategie comuni di promozione della salute per la popolazione rom.

Il corso ha anche un ulteriore obiettivo, non meno importante: favorire l'incontro tra gli operatori per la condivisione di perplessità, dubbi e criticità rispetto alle iniziative da intraprendere, nel tentativo di ideare soluzioni condivise e ritrovare le giuste motivazioni al lavoro con le comunità rom.

Nell'organizzazione del corso, grande attenzione è stata posta ai contenuti e alla metodologia del percorso formativo (vedi Allegato 7). Il lavoro avrà inizio con due giornate d'aula, il 6 e 7 giugno 2012, nelle quali dopo una breve introduzione sulle iniziative passate promosse dal GrIS Lazio, si offrirà un'analisi delle realtà rom nella città di Roma e delle politiche di inclusione, per poi presentare e raccontare l'esperienza del progetto FEI, approfondendo le strategie di intervento e la metodologia di lavoro utilizzate nei campi di Candoni e Ortolani.

Nelle tre settimane di interruzione, antecedenti l'ultima giornata del corso prevista in data 27 giugno 2012, si chiederà ai partecipanti di predisporre, attraverso un lavoro di gruppo da avviare all'interno di ciascuna ASL, una descrizione della presenza dei rom

sul proprio territorio di competenza e una ricognizione delle iniziative già messe in atto dai servizi per favorire l'accesso dei rom alle strutture socio-sanitarie. Contestualmente, gli operatori saranno sollecitati a formulare delle proposte di intervento per affrontare le criticità emerse durante le precedenti giornate e migliorare l'offerta.

Nella giornata conclusiva del corso di formazione, è stata programmata una tavola rotonda per dare l'opportunità ai gruppi di restituire quanto elaborato durante il periodo di lavoro extra aula. I dati riportati da ciascuna ASL rappresenteranno l'occasione per riflettere sulle esperienze in atto e su quelle da avviare, ma anche per analizzare le difficoltà legate al contesto storico attuale che sempre più faticosamente consente di conciliare il complesso lavoro quotidiano nei servizi con l'attuazione di proposte che possano migliorare l'accessibilità e la presa in carico della popolazione rom, con le sue specifiche fragilità.

La seconda parte della giornata conclusiva sarà infine dedicata alla presentazione di questo rapporto che, descrivendo quanto sperimentato e realizzato durante lo svolgimento del progetto, rappresenta lo strumento che racchiude l'intero lavoro svolto. Data l'importanza di diffondere l'esperienza realizzata e i risultati raggiunti, si è deciso di estendere l'invito ad altri operatori impegnati nei servizi socio-sanitari e nelle associazioni del privato sociale, e di coinvolgere nella discussione anche le autorità istituzionali che hanno maturato una specifica esperienza nell'ambito dell'immigrazione, dando prova di particolare sensibilità per i temi presentati e, più in generale, nei confronti della popolazione beneficiaria dell'intervento.

Riflessioni conclusive

Fulvia Motta

Responsabile del progetto

Quasi tre decenni di lavoro di campo con i rom ci hanno insegnato che non è adeguato cercare di dire delle parole “conclusive” al termine di un’esperienza. La complessità che caratterizza un intervento di promozione della salute “fra” e “per” i rom richiede uno sforzo di “avvicinamento per tappe”, individuando poco per volta metodi e strategie adeguate e analizzando nei differenti contesti le specifiche criticità. Le strategie individuate e i risultati ottenuti, acquisiti in una situazione, possono venir confutati nell’esperienza successiva, stimolando una nuova ricerca e un nuovo approfondimento.

Tappa importante in questo percorso è stato il progetto “ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma”: la ricchezza di spunti scaturiti dalla realizzazione delle attività, caratterizzate da sperimentazioni, verifiche, analisi critiche, ulteriori approfondimenti, per poi ricominciare il ciclo da nuove sperimentazioni, così come ampiamente illustrato in questo rapporto, ci permette di affermare che siamo in grado di mettere un altro tassello importante nella costruzione di una strategia efficace per la promozione della salute con la popolazione rom e sinta.

Il risultato più rilevante che questo progetto offre alla comunità scientifica e, più in generale, agli operatori pubblici e del privato sociale che si occupano di promozione socio-sanitaria nelle comunità rom e sinte, è un ulteriore pacchetto di elementi di conoscenza e comprensione del mondo rom, dei sistemi di gestione delle priorità e delle problematiche, delle modalità di relazione con la società “non rom”.

Soprattutto abbiamo verificato la risposta, in specifici contesti e con differenti metodologie, alla proposta di «coinvolgere in forma attiva la popolazione (già in fase di progettazione e poi nelle fasi operative)» così come enunciato nel quinto dei “Dieci punti fermi per favorire l’accessibilità ai servizi per la popolazione rom e sinta”.

Alla fine di questo anno di lavoro possiamo confermare alcune “certezze”, sconsigliare vivamente alcuni metodi di intervento e aggiungere importanti elementi di analisi da considerare con attenzione quando si interviene con le popolazioni rom e soprattutto quando si vuole favorire il coinvolgimento delle stesse.

Alcune conferme

Anche questa esperienza ci ha confermato ciò che abbiamo più volte osservato e relazionato: è necessario un rapporto di fiducia il più possibile consolidato per costruire un coinvolgimento reale e mirato delle persone. È perciò indispensabile una fase preparatoria di conoscenza diretta del contesto di intervento e dei destinatari sufficientemente lunga e

approfondita, durante la quale nella frequentazione, nella condivisione di eventi, nella proposta coerente e costante di strumenti per la promozione della salute, si costruiscano la relazione e la fiducia reciproca.

Ciò richiede tempi lunghi e sensibilità/attenzione alle priorità che la popolazione beneficiaria sta vivendo in quel momento concreto: se l'intervallo temporale è troppo breve si rischia di incappare in eventi destrutturanti quali sono stati, nel corso di questo progetto, l'esacerbarsi degli sgomberi negli insediamenti spontanei e la conseguente "invasione" del campo di Candoni. Inoltre la precarietà che caratterizza le condizioni di vita di molte di queste persone le rende poco recettive ai cambiamenti, o meglio ad avventurarsi in dimensioni che a loro risultano ignote. La necessità di far emergere percorsi alternativi che portino reali benefici a coloro che hanno avuto la capacità di intraprenderli, così da suscitare l'interesse e una maggiore disponibilità a rischiare, richiede ugualmente tempi lunghi e un lavoro fatto di piccoli passi, quasi sempre poco evidenti.

Un'ulteriore conferma viene dal lavoro di rete, rete intesa non solo come coordinamento nell'operatività, bensì come un sistema complesso di connessioni e punti di incontro/nodi, fra enti capaci di cooperare tra loro in vista di fini comuni o di risultati condivisi. L'integrazione e la mobilitazione dei servizi e delle forze vive del territorio che si suscita attorno a un problema produce effetti moltiplicatori, possibilità nuove – impensabili per un solo soggetto isolato –, presa in carico e sostenibilità dei percorsi.

Esempio evidente di quanto enunciato sono gli eventi di educazione sanitaria per le donne di Candoni e il laboratorio di teatro per i bambini di Ortolani. Entrambe le proposte non sarebbero state possibili senza il lavoro di rete: l'iniziativa della promozione di Salvamamme/Salvabebè da parte di Arci Solidarietà e CRI nel campo di Candoni è stata il fulcro attorno al quale si è costruito il percorso di educazione alla salute; le donne richiamate dal bisogno di supporti per la crescita dei loro bambini hanno trovato dei momenti dedicati, di ascolto e passaggio di conoscenze, che non avrebbero colto se isolati dal contesto. I bambini di Ortolani hanno potuto vivere l'esperienza di un laboratorio teatrale e la responsabilità di "spiegare" ai loro genitori l'importanza di alcuni comportamenti di tutela della salute, grazie all'impegno dei volontari del doposcuola, che hanno accolto nel loro spazio la proposta teatrale, facilitandone l'accettazione da parte delle famiglie.

In generale, le attività nei due campi non sarebbero state possibili senza la presa in carico da parte degli enti già attivi negli stessi e la loro partecipazione al progetto.

Altro risultato del lavoro di rete è il coinvolgimento pieno del personale del SSN le cui ricadute sono così importanti da costituire un elemento a sé stante. Ancora una volta abbiamo verificato sul campo l'idea iniziale da cui parte il nostro impegno, cioè di lavorare sulle due popolazioni di riferimento: i rom e il personale sanitario.

La stretta collaborazione e condivisione che si è instaurata sin dall'inizio con il personale della U.O.S. Fasce Sociali a Rischio, della ASL RMD, pur esplicandosi soprattutto nel lavoro di campo e nella definizione delle metodologie, ha caratterizzato l'intero intervento, accompagnando lo sviluppo delle differenti fasi del progetto e rivestendo un ruolo chiave nelle sperimentazioni condotte.

Inoltre, il personale della U.O.S. Fasce Sociali a Rischio ha mediato il rapporto con i colleghi delle singole strutture, fungendo da ponte fra il personale sanitario e i rom dei campi, facendoli entrare in contatto.

Lo strumento scelto è stato ancora una volta quello dell'incontro diretto sul campo, attraverso l'organizzazione di sessioni di educazione alla salute, favorendo così una reciproca conoscenza e creando contatti personalizzati tra operatori e rom, quale buona prassi per la costruzione di un rapporto di fiducia, necessario per la fruizione corretta dei servizi sanitari e per la graduale responsabilizzazione dei rom rispetto alla tutela della salute propria e della famiglia di appartenenza.

Risultato finale del progetto è l'offerta formativa rivolta al personale sanitario delle strutture pubbliche (ASL ed Aziende Ospedaliere) della città di Roma, di cui questo rapporto è uno strumento fondamentale. L'incoraggiante successo delle precedenti edizioni di corsi di formazione sul tema della promozione della salute per le popolazioni rom e sinte, soprattutto come ricaduta operativa di presa in carico da parte delle strutture pubbliche, ci permette di affermare che questa sarà la base per la sostenibilità futura delle proposte qui elaborate: verrà infatti incrementato il numero di operatori sanitari formati, i quali, attraverso la conoscenza e l'applicazione di nuovi strumenti interpretativi e comunicativi, potranno, a conclusione del progetto, accogliere e assistere appropriatamente l'utenza straniera, in particolare rom, secondo le peculiarità che questa popolazione presenta.

Alcune criticità

Il progetto si era inizialmente proposto l'individuazione e la formazione di mediatori rom per la salute. Questi mediatori avrebbero dovuto essere identificati attraverso la piena partecipazione della popolazione rom stessa, così da rappresentare punti di riferimento riconosciuti all'interno delle rispettive comunità di appartenenza e contribuire a innescare un processo di sensibilizzazione della popolazione rom sui temi del diritto alla salute e dell'uso corretto dei servizi. Tale strategia di mediazione è stata la principale sperimentazione che questo progetto ha voluto approfondire.

La nostra precedente esperienza nei campi attrezzati ci aveva fatto preferire la "mediazione di équipe", scegliendo di non delegare ad una persona lo sforzo del dialogo con una cultura differente, bensì di richiedere a tutti gli operatori, sanitari e non, di individuare gli strumenti adeguati per una comunicazione fluida ed efficace; fino a teorizzare e proporre quale punto fermo per favorire l'accessibilità ai servizi per la popolazione rom e sinte di «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» (decimo punto del decalogo citato nel capitolo *L'esperienza romana come modello di sanità pubblica per la tutela dei rom*).

La sfida che questo progetto si è proposto è stata di trasformare i rom da utenti di servizi a tassello/nodo della rete e perciò inseriti a pieno titolo nella mediazione di sistema.

Abbiamo infatti chiamato la figura "referente per la salute" quasi a voler enfatizzare il processo di acquisizione di conoscenza e di strumenti da parte di un persona che poi divenisse un riferimento per il gruppo sulle modalità per interfacciarsi con il nostro sistema sanitario; senza però mai sostituirsi alla necessità di costruzione di una relazione diretta fra personale sanitario e persona rom con un bisogno di salute.

Abbiamo, inoltre, fatto una scelta prioritaria: il mediatore non doveva rispondere ai "nostri" bisogni, cioè quelli di operatori per la salute che cercano secondo i propri criteri chi li possa aiuta-

re nel difficile compito di promuovere la salute, bensì doveva essere espressione di un bisogno di *empowerment* da parte del gruppo, più o meno allargato. Immaginavamo un'adesione alla proposta su base familiare, consci della gestione interna alla famiglia delle problematiche sanitarie e della conseguente difficoltà per i rom di condividerle con delle persone estranee.

Nel rapporto abbiamo descritto dettagliatamente il difficile percorso che ci ha portato a rinunciare all'identificazione di referenti che fossero reale espressione del gruppo. L'approfondita riflessione del gruppo di lavoro ci ha portato ad affermare che quando si ha a che fare con la popolazione rom bisogna distinguere nettamente la partecipazione/coinvolgimento del gruppo dall'identificazione di una persona rom che assuma dei compiti specifici rispetto ad una problematica, sanitaria o di altro tipo. Possono infatti identificarsi delle persone disponibili a degli incarichi di utilità comune, ma in genere il metodo funziona se limitato nel tempo e nelle responsabilità, ruolo ben differente da quello che noi volevamo proporre. Vari gli elementi di analisi da considerare con attenzione che sono emersi dalla riflessione.

Elementi di analisi per il coinvolgimento della popolazione rom

Prioritaria è la comprensione della rappresentanza nel mondo rom. È semplicistico dire che nel mondo rom non esiste una rappresentanza, che ogni famiglia è un mondo separato attorno al proprio capofamiglia. Sembra più appropriato affermare che non esiste una rappresentanza in senso assoluto, bensì delle deleghe di rappresentanza che vengono riconosciute in determinate situazioni e che sono funzionali al conseguimento di un obiettivo, raggiunto il quale la rappresentanza decade.

È frequente imbattersi, nel lavoro di campo, in "sedicenti" rappresentanti della comunità, che all'atto pratico non sono in grado né di radunare il gruppo, né di farsene portavoce: non è giusto considerarli come dei millantatori, bensì sono persone che restano legate ad una delega avuta nel passato, che non ha più ragione di essere. O, ancor più spesso, che vengono tenuti legati a tale delega dal mondo *gagè* (operatori del sociale, istituzioni pubbliche, forze di polizia ecc.) che ha bisogno di relazionarsi con poche figure e sempre le stesse.

Inoltre, la difficoltà ad identificare un referente interno per la salute va cercata nelle divisioni fra i vari gruppi rom che sono evidenti all'interno dei campi, peggiorate dalla convivenza forzata a cui sono sottoposti, dalla ristrettezza di spazi e dal sovraffollamento.

Allo stesso modo in ambito sanitario, la persona di riferimento, che possa mediare i percorsi adeguati nelle strutture, viene cercata al momento del bisogno, offrendogli una delega temporanea e funzionale al singolo evento. Quasi sempre, le persone capaci di attivarsi in poco tempo e con cognizione di causa sono operatori *gagè*, ai quali vengono richiesti una presa in carico e un accompagnamento continuo. L'aspetto preoccupante è che raramente l'accompagnamento si traduce in una acquisizione di competenze e autonomia da parte dei rom, che spesso mantengono un atteggiamento quasi passivo, di delega totale della gestione della propria salute e ripetono la stessa richiesta di supporto ogni volta che si pone un problema.

La lettura di questo comportamento è molto più complessa e probabilmente ha la sua origine nella vita nei mega campi cosiddetti attrezzati o ufficiali, che a lungo andare ha reso i rom dipendenti dalle politiche assistenzialiste: soprattutto negli ultimi anni, le misure di gestione e controllo messe in atto a Roma hanno istituzionalizzato una dimensione

abitativa, che ricalca sempre di più la fattispecie del ghetto. Al vantaggio del poter usufruire di utenze e servizi, viene contrapposto lo svantaggio della perdita dell'autonomia decisionale sulla propria vita¹.

Va considerato anche il rapporto "negoziale" che da secoli i rom hanno stabilito con i *gagè*: una compravendita di servizi e beni nei due sensi, una relazione commerciale, che a volte può sembrare opportunistica. In realtà essa costituisce la base della relazione possibile fra rom e non rom: se viene vissuta in modo paritario, con rispetto e onestà, si struttura come una comunicazione limpida e costruttiva.

Più frequente, purtroppo, la deviazione verso la disparità che può portare i rom da un lato all'inganno e al rifiuto, dall'altro alle richieste continue di assistenza, alimentate da una spirale assistenzialista, che non favorisce l'autonomia, ma che spesso appare come l'unica risposta che si riesce a mettere in atto in quelle condizioni.

Lì dove la ghettizzazione, come "istituzionalizzazione" da parte dello Stato, non è ancora avvenuta, come nel campo di Ortolani, rimasto al di fuori degli ultimi interventi del Piano Nomadi, si evidenzia l'altra faccia della medaglia, come chiusura a qualsiasi intromissione di persone esterne nella loro gestione della vita, quasi a voler difendere la propria autonomia, anche al prezzo dell'emarginazione.

Concludendo...

La presenza sul campo accanto a rom e operatori, le sperimentazioni, le delusioni e le nuove scoperte che hanno caratterizzato questo anno di intenso lavoro, ci pongono nuovamente di fronte alla situazione di marginalità sociale in cui versano le comunità rom che vivono nei campi, condizione che inevitabilmente si riflette nella scarsa conoscenza della realtà dei servizi sanitari e nella ridotta fruizione del diritto alla salute.

Il progetto che abbiamo raccontato ci ha permesso di confermare un approccio metodologico fondato da una parte sull'incontro diretto tra rom e *gagè*, che favorisce la conoscenza reciproca, il dialogo e il superamento delle diffidenze, e dall'altra sul lavoro di rete, sulla formazione e sul coinvolgimento attivo del personale dei servizi sanitari. La fluidità e l'efficacia con cui questi strumenti continuano a funzionare ci stimolano a diffonderli e promuoverli in ogni occasione e contesto possibili.

Inoltre, questa esperienza ci ha permesso di maturare una riflessione su alcuni temi specifici, come la partecipazione e il coinvolgimento dei rom, acquisendo nuovi elementi di comprensione del fenomeno che ci auguriamo possano essere utili a tutti coloro che sono interessati a lavorare per la promozione socio-sanitaria di questa popolazione.

In definitiva, l'importanza per noi *gagè* di renderci disponibili ad un coinvolgimento in prima persona, costruendo un dialogo senza schemi precostituiti, aggiustando i tempi e i modi della relazione secondo gli stimoli offerti dai rom, passando per piccoli atti e attività puntuali, può costituire un orizzonte di crescita reciproca. Per promuovere insieme, rom e *gagè*, una rinnovata convivenza.

Note

¹ Valentino N. (a cura di), *I ghetti per i rom*, Sensibili alle foglie, 2011.

Suggerimenti dai protagonisti

Si è scelto di concludere la pubblicazione con alcune testimonianze, dando voce a coloro che hanno partecipato all'iniziativa.

Prendendo spunto da uno dei più tipici strumenti dell'indagine antropologica, quello del diario di campo, è stato chiesto ad alcuni dei protagonisti di raccogliere e trascrivere le sensazioni provate nel lavoro diretto con i rom, dando spazio alla parte più emotiva della propria esperienza, riflettendo sugli aspetti umani e relazionali del lavoro svolto, riportando, da un punto di vista strettamente personale, punti di forza e di debolezza del progetto FEI posto in essere.

Molte sono state le suggestioni raccolte: da chi lavora da tempo con le comunità rom, a chi ha scoperto per la prima volta la complessa e mutevole realtà dei campi; da chi ha una formazione sanitaria, a chi ha invece una preparazione in ambito sociale; da chi ha partecipato soltanto ad alcune puntuali attività di campo, a chi è intervenuto in tutte le fasi di implementazione.

Questo capitolo speriamo possa aggiungere un'ulteriore chiave di lettura per interpretare i risultati raggiunti e comprendere appieno il processo e la metodologia utilizzata.

«So chares?» – «Come stai?»

L'incontro con la comunità rom residente nei campi autorizzati di via Luigi Candoni e via Ortolani è stata un'esperienza molto positiva, sia sul piano strettamente sanitario, per i risultati ottenuti nell'ambito del progetto FEI, sia a livello personale, per il rapporto di fiducia che si è venuto a creare tra me e le famiglie con le quali sono entrata in contatto. I pregiudizi e i luoghi comuni che condizionano le relazioni con la comunità costituiscono spesso il primo ostacolo all'instaurarsi di una sana e fattiva collaborazione tra medico e paziente.

La differenza culturale, le diverse abitudini di vita sono dati reali che, a mio avviso, sono facilmente superabili se ci si pone all'ascolto delle persone, con l'interesse e la curiosità che dovrebbero caratterizzare la figura dell'operatore sanitario. È suo compito interpretare i bisogni di salute psico-fisica dei pazienti e cercare di soddisfarli. Per ottenere ciò è necessario valutare quali siano le possibilità di modificare comportamenti erronei, considerando le condizioni di vita reali.

I risultati ottenuti sono il frutto di un rapporto di fiducia sviluppatosi grazie ai numerosi incontri tra me e le donne.

Mi ha colpito nella relazione con i rom la prima frase a me rivolta: «come stai?», a volte allargata anche ai miei familiari. Essa è del tutto sconosciuta nell'incontro con i pazienti italiani. Le donne rom esprimono la loro sensibilità e la capacità di cogliere dalle espressioni del volto molto più di quello che si riesca a dire per sollevarle dalle fatiche di una vita dura. Il rapporto di fiducia non è stato immediato, sicuramente perché anni di segregazione e pregiudizi, che tuttora sussistono, hanno reso questo popolo schivo e poco disposto alla collaborazione con i *gagè*.

Le donne, che per loro natura sono sempre le più inclini, qualsiasi sia la loro etnia, a stabilire relazioni costruttive, si sono rivelate interessate agli interventi socio-sanitari proposti nei campi.

L'appartenenza alla stessa identità di genere ha permesso alle rom di superare più agevolmente quel pudore che le caratterizza e di affrontare insieme alcuni argomenti riguardanti la femminilità.

Il mio interesse è stato evidente, le espansioni affettuose, sincere, dignitose, contenute e libere da schemi prestabiliti.

Non è stato facile per me accettare la tradizione di sposare le figlie in età precoce, né comprendere la loro estrema disponibilità verso i bambini, spesso dispotici nei confronti delle madri. Esse sono perennemente dedite a soddisfare le richieste pressanti dei figli, sia di tipo materiale che affettivo. Ciò si evince anche dalla durata dell'allattamento, protratto nel tempo, in un flusso continuo, tra una gravidanza e l'altra.

Ho imparato e ricordato che il rispetto per gli anziani è un valore indispensabile per mantenere unita la famiglia, e se per loro è stato difficile darmi del tu ho saputo coglierne il senso. Gli anziani sono i depositari delle tradizioni, consigliano, impongono il silenzio quando è necessario, rappresentano il non scritto di un popolo con tradizioni orali.

Ai vecchi, non sempre per età, ma per il ruolo nella famiglia, riservano un'attenzione particolare, rispettosa e distaccata nei modi, e protettiva per quanto riguarda i problemi di salute.

Nel mio rapporto di “anziana” con le più giovani hanno giovato i miei modi diretti, fraterni, non giudicanti e distaccati e ciò ha favorito anche la mia attività professionale. Senza la pretesa di aver infranto un antico muro, il rapporto personale e professionale ha dato i suoi frutti.

La presenza nei campi di alcune donne più consapevoli delle norme igienico-sanitarie e informate su una adeguata alimentazione e sull’accesso ai servizi socio-sanitari e alla loro complessità rappresenta un valore aggiunto per tutta la comunità.

*Doriana Leotta – Dottoressa della ASL RMD
Unità Operativa Semplice Fasce Sociali a Rischio*

Il sabato prima delle prove

Sembra una strana febbre, ma è l'ansia di chi aspetta il momento più bello della settimana. È sabato. Arrivo al campo rom alle 9.30. Mi aspettano. Vado al campo per aiutare i bambini a fare i compiti che sono stati loro assegnati dagli insegnanti per il fine settimana. Daniela e Chiara sono già arrivate. Sono lì anche loro per i compiti. Ci dividiamo i ragazzi da seguire. Mi chiedono subito: «Olimpia viene?». Olimpia per loro è una vera e propria liberazione ed è più di una festa. Con lei stanno preparando una recita che come tema ha la salute. Finiti i compiti, i bambini potranno finalmente giocare e recitare, ma «Olimpia viene?» insistono. Me lo chiedono perché sanno che se c'è un problema Olimpia manda un sms a Daniela o a me. E potrei giurarci che Daniela, che è arrivata prima di me, l'hanno già tempestata di domande. Li rassicuro. Olimpia arriverà più tardi, verso le 10.30. Lei viene dall'altra parte di Roma. Deve fare quasi metà raccordo anulare. Arriverà con la sua macchinina rossa che piace tanto ai ragazzi. Già, perché per i ragazzi anche il colore dell'auto conta molto, conta più della grandezza. E questo mette Olimpia al primo posto, seguita da Daniela, che ha una macchina non proprio rossa ma quasi, mentre io sono buon ultimo con la mia che è proprio grigia. Dobbiamo fare i compiti. Insisto: staremo con Olimpia dopo che avremo finito di studiare. Lo sottolineo, ma dai loro sguardi capisco che dicendo così ho toccato il massimo dell'impopolarità. Per oggi sarà difficile essere riabilitato. Ci provo subito con la piccola. Le chiedo: «E tu che parte hai nella recita?». «Come?». «Che cosa sei nella recita?». «Sono la tosse» snocciola alcune battute e sento che, poverina, la tosse ce l'ha davvero. Neanche la più consumata delle attrici sarebbe in grado di fare meglio. In realtà avrebbe bisogno di cure più attente. Si studia con difficoltà. Un po' è sempre stato difficile studiare al campo, ma oggi la testa l'hanno tutta all'arrivo di Olimpia. Finalmente Olimpia compare. Per fortuna ci dà una mano anche lei, ma che fatica! Appena possibile chiedono ancora: «Olimpia, oggi cosa faremo?» e lei: «Vedrete!» che è come dire "È una sorpresa". I ragazzi sono ancora più curiosi ed eccitati. Finiamo i compiti, ovvero io finisco il mio compito di far fare i compiti. Non sono soddisfatto. Seguito a dirmi che bisogna lavorare meglio, che devo riuscire a insegnare ai ragazzi a studiare, piuttosto che studiare io con loro. Me lo dico sempre, ma non riesco a migliorare. Io però posso restare solo fino alle 11.00. È così tutte le settimane. Devo tornare a casa. La mia "libera" uscita del sabato sta finendo. Vedo tutti i bambini che corrono fuori all'aperto. Circondano Olimpia, che prende in mano la situazione. È un cinguettare frenetico. Daniela e Chiara, che possono restare ancora al campo, aiutano Olimpia che sorridente non si scompone di fronte all'eccitazione crescente di quella dozzina di bambini. Tutti vogliono fare tutto. Prima di andar via cerco di stare con loro almeno qualche minuto. Mi contagia il loro entusiasmo. Sono vivaci. Anche troppo. Olimpia ha il suo da fare, non è affatto facile. Sono scatenati. Vogliono fare e strafare. In certi momenti sono goffi, ma anche molto compresi nelle loro parti. Si impegnano parecchio. È proprio bello vederli. Ora devo andare. Non so come proseguirà il lavoro di Olimpia e dei ragazzi. So solo che il 2 giugno ci sarà la recita. Io la vedrò e l'attesa mi emoziona non poco.

*Carlo Capperoni – Volontario del doposcuola
presso il campo tollerato di Ortolani*

Quel bambino è mezzo nudo!

Nell'ambito del mio volontariato con Arci Solidarietà Lazio Onlus, presso il campo di via Luigi Candoni, la mia tutor, assistente sociale Alessia Damiani, mi ha coinvolta fin da subito in questo progetto. Ho notato immediatamente l'impegno di collaborazione tra le varie realtà e la cura nella comunicazione, aspetto fondamentale quando ci sono tanti attori coinvolti. Il risultato è stato quello di un'integrazione di competenze all'interno del progetto, in vista anche di una sostenibilità futura delle attività avviate. L'impatto iniziale che ho avuto nei confronti della realtà del campo è stato di scoperta e incredulità: in occasione della prima visita ho visto un bambino che giocava quasi nudo. La cosa mi ha colpita poiché era pieno inverno, la temperatura era estremamente rigida e umida. Ho esclamato ad Alessia: «Ma quel bambino è mezzo nudo!» e lei mi ha guardata facendomi capire che era una scena a cui era piuttosto abituata. In seguito mi sono resa conto che, in effetti, c'è una percentuale di bambini che gioca in libertà senza curarsi troppo dell'abbigliamento in relazione alle condizioni climatiche. Altra cosa che mi ha meravigliata è stata l'ospitalità dimostrata da alcune famiglie. In quella fase del progetto stavamo somministrando il questionario relativo all'indagine sull'uso dei servizi sanitari e, mentre alcune famiglie si dimostravano più diffidenti, altre erano estremamente accoglienti e ci permettevano di accomodarci in casa. Altri ancora ci portavano il caffè durante l'orario di funzionamento dello sportello. Grazie a questo progetto ho potuto iniziare a conoscere in modo più approfondito la realtà rom, una realtà non semplice, densa di contraddizioni (in entrambe le direzioni) soprattutto nell'incontro reciproco fra culture così diverse. Nell'ambito proprio di una dinamica interculturale, uno dei nodi maggiormente difficili da sciogliere è quello legato ai differenti linguaggi e modalità di interpretazione/gestione della quotidianità. I rom agiscono prevalentemente sull'emergenza: quando questa si presenta loro si attivano. Soprattutto nell'ambito sanitario, che stiamo cercando di trattare in questo progetto, la comunicazione è complicata. Cercare di far passare basilari nozioni di prevenzione (come vestire adeguatamente i figli in inverno o non fumare in gravidanza) si presenta come impresa ardua. Inoltre, il funzionamento della nostra società (carico di burocrazie e tempi estremamente serrati e scanditi) fatica ad essere interiorizzato dalla comunità rom: si devono ripetere più volte gli orari degli appuntamenti scrivendoli assieme agli indirizzi su dei fogli, sperando poi che non vadano persi nel caos che spesso regna nei container sovraffollati. Capita anche che si debbano andare a chiamare direttamente nelle loro case ricordando che dopo pochi minuti ci sarà un incontro per cui è richiesta la loro partecipazione. Un altro fattore culturale che limita il nostro raggio d'azione è quello legato all'impostazione patriarcale presente nella cultura rom. È l'uomo, in fondo, che prende le decisioni e capita che i mariti pongano limiti e problemi alle donne nel recarsi ai corsi organizzati per loro. L'impegno familiare, infatti, è quasi sempre a totale carico delle donne che devono badare alla casa e ai molti figli, conciliando anche piccoli lavoretti e spazi per se stesse che pian piano stanno conquistando, anche se con molta fatica. Un altro fattore critico è l'intolleranza che c'è all'interno dei rom stessi, cosa che io non immaginavo esistesse. Tra bosniaci e rumeni, ad esempio, o tra serbi e croati. Le tensioni rendono difficile per gli operatori creare gruppi di qualsiasi sorta per fare dei progetti e portarli a termine. Un aspetto che ho rilevato circa i vari livelli culturali è come questi si tramutano poi in azioni e interrelazioni: alcuni uomini

più anziani hanno dimostrato un interesse generico al progetto, che poi però non si è tradotto in coinvolgimento della famiglia, ma in resistenza e impermeabilità; un ragazzo più giovane, invece, ha mostrato molta partecipazione e capacità di affrontare e risolvere i problemi in maniera autonoma sfruttando la nostra guida per potersi orientare e mettendo a frutto le sue qualità. Con due giovani donne si è avviato un percorso di “presa in carico” più globale legato sia agli aspetti di salute personali che inerenti al nucleo familiare (figli e nipoti in particolare). Il loro coinvolgimento appare molto intenso, eppure gli impegni familiari e, a volte, una sorta di distrazione creano intermittenza nel percorso avviato. In questo spazio voglio sottolineare il lavoro delle donne che, nonostante le difficoltà elencate e i pregiudizi ancora forti, hanno comunque il coraggio e la voglia di mettersi in gioco, fidarsi ed essere motori veri di cambiamento.

*Natali Pinilla Cepeda – Volontaria per l’Arci Solidarietà Lazio Onlus
presso il villaggio autorizzato di Candoni
(in collaborazione con Valentina Santonico e Alessia Damiani)*

Essere una sorpresa

Ecco vedo il ponte che mi porterà dritta al campo e mi emoziona ogni volta che ci sono sopra. Mancano pochi minuti ma mi sbrigo perché non vedo l'ora di arrivare. Mentre parcheggio già vedo i primi piccoli bimbi che giocano fuori, e mi vengono incontro per vedere se con me c'è il mio cane, che una volta hanno visto da dentro la macchina, da allora mi chiedono sempre perché non lo porto più! Dopo aver salutato i piccoli del campo, che sono molto affettuosi, mi chiedono come sempre: «Mi dai un bacio?». Arrivo nella casa dove si fa doposcuola e li trovo tutti intenti nel fare i compiti. Mi sorridono di sfuggita, devono concentrarsi, ci provano. Daniela e Carlo, che li aiutano, sono lì e grazie a loro due sono potuta entrare nel campo già con una carta in più. Ricordo che Carlo il primo giorno li preparò dicendo che ci sarebbe stata una sorpresa e questo ha fatto sì che l'oggetto della sorpresa fossi proprio io e insomma essere la sorpresa per qualcuno è veramente un'emozione che auguro a tutti di provare. Quindi i ragazzi volevano subito sapere chi fossi e che cosa ero venuta a fare, per questo mi chiedevano di aiutarli nel fare i compiti o nel fare un disegno. È stato importante perché ho sentito che loro erano pronti ad accogliermi, erano curiosi, il resto stava a me...

Oggi quando arrivo cerco di non disturbare troppo, quindi quelli che hanno finito vengono fuori e iniziamo a parlare di quello che si farà durante il laboratorio di teatro. Poi ecco arrivare Sabrina, che come sempre mi chiede se è oggi la festa e poi mi dice che lei oggi non potrà partecipare perché deve andare; le prime volte mi preoccupavo, invece ora che so che per lei è un gioco allora sto al gioco... e lei così è più contenta e partecipa.

Ogni incontro mi è servito a conoscerli un po' meglio uno ad uno, anche se ancora oggi mi rendo conto che avrei bisogno di tanti incontri per conoscerli; qualcuno ha voglia di farsi conoscere subito, qualcun'altra, come Shakira, non si lascia facilmente conquistare, ma a me piace anche questo: la continua ricerca con lei. Ogni volta mi sembra di aver capito come fare, poi la volta successiva devo trovare un'altra strategia. Lei partecipa con grande entusiasmo, ma a volte va via perché... il perché ancora non l'ho scoperto, forse perché lei mi racconta sempre segreti all'orecchio che non devo dire a nessuno e quindi forse le piace essere misteriosa!

Finalmente tutti hanno finito i compiti e possiamo iniziare, ma prima naturalmente un po' di confusione, distrazione, in fin dei conti sono stati seduti e concentrati per un paio di ore. È difficile e faticoso, poi piano piano si riesce a cominciare grazie anche al prezioso aiuto di Daniela che ha deciso di supportarmi in questa avventura. Prima di iniziare c'è sempre il rituale dove c'è chi chiede di fare un gioco, chi un altro, chi corre, chi si sdraia, chi mangia, chi come Michel fa l'attore ogni attimo della giornata. A lui piace giocare e soprattutto è un attore nato, si diverte facendo teatro e nonostante faccia fatica a seguire le mie indicazioni, a volte mi dico meno male, perché le sue idee sono veramente uniche e geniali! È il maschietto del gruppo che si mette in gioco ogni volta e in ogni momento. Gli altri maschietti partecipano un po' meno anche perché il sabato vanno con il nonno ad aiutare in campagna... però una volta il più grande è rimasto ed è stato bellissimo. Dopo avermi detto che il teatro è per donne, allora gli ho chiesto se poteva fare il narratore dei nostri spettacoli. Ci ha pensato un po', poi è tornato, mi ha detto che non leggeva molto bene, però si è messo in gioco e alla fine ha letto benissimo, con

calma, ma averlo lì con noi era molto piacevole. Il campo mi ha subito rapito il cuore e stimolato la voglia di fare teatro con loro; prima di tutto perché Lela, la prima volta che sono andata alla fine dell'incontro, mi ha detto che lei non avrebbe partecipato la prossima volta. Le ho chiesto perché, se era andato male qualcosa, lei mi ha detto di no, solo che poi quando io vado via lei si rattrista e quindi non vuole stare così... il mio cuore ha fatto BUM... e con un gran sorriso le ho detto che ogni sabato fino al giorno dell'evento ci saremmo viste per preparare insieme il nostro spettacolo! Lì il mio teatro, tutti i miei anni di scuola di teatro, di spettacoli visti e realizzati come attrice, lì al campo diventano magia... perché come dice Augusto Boal, tutti possono fare teatro, anche gli attori; si può fare teatro dappertutto, anche nei teatri!

*Olimpia Adriani – educatrice/formatrice del laboratorio teatrale
presso il campo di Ortolani
Collaboratrice CRS – Caritas Roma*

Andare al di là del recinto

La collaborazione tra CRI e Caritas/ASP nell'ambito del progetto FEI è in linea con le attività previste dagli accordi con il Dipartimento di Promozione Sociale e della Salute di Roma Capitale, ovvero, promuovere e creare una rete integrata che permetta a tutti gli attori coinvolti (Ente gestore, popolazione, servizi sociali territoriali, servizi sanitari ecc.) di operare congiuntamente all'interno del villaggio nella gestione e nel superamento delle problematiche della popolazione.

Nello specifico, come operatori CRI ci siamo dedicati all'organizzazione delle sessioni formative di educazione sanitaria, legate ai servizi dello sportello "Salvamamme".

Tali percorsi formativi hanno avuto, *in primis*, lo scopo di migliorare la qualità della relazione tra operatori dei servizi socio-sanitari e le utenti rom (soprattutto alla luce della diffusa diffidenza esistente tra i rom nei confronti del sistema sanitario italiano e dei servizi in generale) e ottenere una migliore risposta al bisogno di salute e un più efficace utilizzo delle risorse da parte delle donne. In secondo luogo, le sessioni formative hanno voluto approfondire la conoscenza, da parte delle donne rom, di questioni sanitarie specifiche legate alla gestazione e alla cura del bambino, nonché alla salute della donna in generale, come la prevenzione, le malattie sessualmente trasmissibili ecc.

L'idea di base è stata quella di "educare" le donne rom alla conoscenza del proprio corpo prima, durante e dopo la gravidanza, favorendo una maternità libera e consapevole, tenendo conto delle forti tradizioni che influenzano la loro vita all'interno della comunità.

Una fase importante del progetto è stata per noi il momento della raccolta delle richieste per lo sportello "Salvamamme", che precedeva gli incontri formativi.

Il dialogo costante e capillare con le famiglie è stato un'occasione di conoscenza reciproca tra noi e le donne del villaggio: una finestra aperta sul mondo femminile rom, che ci ha permesso di entrare nell'intimità del focolare domestico e coglierne gli aspetti e le dinamiche più profonde.

Questo momento di mediazione attiva e partecipata è stato anche un'opportunità, per noi operatori CRI, per fornire agli utenti risposte ai quesiti posti e individuare percorsi risolutivi per i vari problemi o per le richieste avanzate (orientamento ai servizi del territorio, informazioni a vario titolo o semplice ascolto empatico).

Si è costruito, quindi, un dialogo diretto e spontaneo che difficilmente avviene fuori dall'ambito domestico e crea legami più reali e intimi con gli individui. Infine, durante l'attività orientativa dello "sportello salute", abbiamo seguito alcuni casi particolarmente gravi che ci hanno proiettato nel mondo della malattia, della sofferenza fisica e della paura della morte, generando in noi una serie di riflessioni sul valore dell'esperienza e sulla vita umana. Riteniamo che il senso del nostro lavoro come mediatori sia stato quello di "andare al di là del recinto", creando cambiamenti e rendendoci disponibili ad essere continuamente cambiati nella relazione con l'altro per sperimentare insieme nuovi percorsi di crescita.

Queste donne piene di dignità ci hanno dimostrato che la sofferenza, il dolore, la paura possono essere "luminose e chiare" e dotate di senso, per questo le ringraziamo.

*Andrea Tarantini e Vanessa Celsi – operatori della Croce Rossa Italiana
presso il villaggio autorizzato di Candoni*

Piccoli attori

Mi piace molto rimanere al campo quando Olimpia propone ai bimbi di provare lo spettacolo. I caratteri di ognuno si evidenziano subito: Lela è una vera attrice, è disinvolta e sa stare sulla scena, parla senza inibizioni e partecipa molto attivamente alle prove, Samanta e Shakira sono più timide, spesso fanno finta di dimenticare qualcosa, si distraggono e giocano con i cani. Michel vuole l'attenzione tutta su di sé, è simpaticissimo, inventa continuamente situazioni buffe o assurde e recita con quel tono da sbruffone che è un vero spasso. Sabrina alla prima difficoltà minaccia di andarsene e fa un capriccio al secondo; Patrich e Romina si sono inseriti nel ruolo di narratori perché si sentono troppo grandi per interpretare una parte. I piccoli Sharon, Veronica, Mimi e Ilary girano lì attorno inseguendo i cani e chiedendo attenzione anche loro. Continuamente tutti si propongono, vogliono fare tutto e poi si arrabbiano per le più piccole banalità rivalessando fra loro e non vogliono fare più niente. Ci vuole tutta la pazienza di Olimpia che continua senza scomporsi troppo, in questo vortice di richieste, interruzioni, capricci e grandi risate...

*Daniela Fringuelli – Volontaria del doposcuola
presso il campo tollerato di Ortolani*

Strumenti

Per comprendere a pieno le modalità di intervento e le strategie comunicative adottate, si ritiene importante riportare in allegato gli strumenti più significativi utilizzati nel corso delle attività progettuali, come gli opuscoli informativi e il materiale didattico per l'orientamento sanitario, o le diverse schede di rilevamento dati impiegate per l'indagine ASP e per il monitoraggio dei percorsi assistenziali avviati.

Poiché ci si augura che tali strumenti possano costituire un modello di lavoro valido per eventuali interventi futuri, si è ritenuto opportuno fornire, per ognuno di essi, una breve descrizione in cui vengono illustrati il processo di costruzione dello strumento, i destinatari, la funzione e le modalità di utilizzo.

ALLEGATO 1

Opuscoli di orientamento ai servizi sanitari

Perché e come

La lunga esperienza di lavoro di orientamento sanitario con la popolazione rom dei campi ha evidenziato l'importanza di lasciare alle persone con le quali si entrava in dialogo uno strumento cartaceo nel quale fossero sintetizzate le informazioni più importanti sui servizi sanitari del territorio. Si è scelto con molta attenzione l'elenco dei servizi da descrivere, privilegiando i servizi primari dove fossero garantite accoglienza e disponibilità da parte del personale sanitario. Negli opuscoli, oltre ad essere riportati gli orari e i giorni di apertura dei servizi, sono state inserite informazioni sui mezzi pubblici per raggiungerli e i documenti necessari per l'accesso. A seguire ne riportiamo un esempio, ricordando che è stata elaborata una versione per ciascun contesto di intervento.

Chi lo usa

L'opuscolo di orientamento più viene diffuso, meglio è. Nel progetto era stato pensato soprattutto come strumento per facilitare l'orientamento da parte dei referenti per la salute, ma può essere utilizzato (ed è stato utilizzato) da operatori del privato sociale, da personale sanitario, dagli stessi beneficiari per informare altri rom.

A chi è rivolto

L'opuscolo è rivolto a tutta la popolazione beneficiaria di un intervento di orientamento sanitario.

Può essere utilizzato come promemoria per le modalità di accesso ai servizi, ma anche per chiedere informazioni sulla strada, o come presentazione nel momento in cui si arriva alle strutture sanitarie. Dato il diffuso analfabetismo della popolazione beneficiaria in questione, è stato scelto uno stile comunicativo semplice che privilegia l'uso dei colori e delle immagini; tuttavia è spesso accaduto che venisse chiesto ad altri, in genere ai bambini scolarizzati, di leggervi le informazioni necessarie.

Quando si usa

Viene usato per rafforzare gli interventi di orientamento sanitario. È sempre importante non limitarsi alla distribuzione dell'opuscolo, ma spiegare le informazioni che vi sono riportate assicurandosi che i messaggi siano stati compresi correttamente.

Opuscolo elaborato per il Villaggio Autorizzato di Candoni – FRONTE –

| Per la tutela e promozione della salute della donna e dell'età evolutiva ci sono i Consultori e i Centri Vaccinali | | |
|---|--|---|
| CONSULTORI | VACCINAZIONI | progetto cofinanziato da  UNIONE EUROPEA MINISTERO DELL'INTERNO Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi |
| Consultorio via Vaiano 53 (MAGLIANA) DAL LUN AL VEN 8:00-14:00 MART E GIOV 14:30-17:30 BUS 128  TEL. 06-56485510  | Centro Vaccinale Via Portuense 575 SENZA APPUNTAMENTO SOLO MARTEDI DALLE 8:30 ALLE 11:30  BUS 719 o 786 | |
| Consultorio via Brugnato 2 (TRULLO) DAL LUN AL VEN 8:00-14:00 LUN E MERC 14:30-17:30 BUS 771  TEL. 06-56485673 |  PER VACCINI IN ALTRE GIORNATE CHIAMARE TEL.06-56485103 DAL LUNEDI AL VENERDI DALLE 12:00 ALLE 13:30  | PROG-5542 ROMa: mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma PA 2010, Azione 4  |

Opuscolo elaborato per il Villaggio Autorizzato di Candoni – RETRO –

| I cittadini stranieri che sono in attesa di regolarizzazione (insieme ai loro figli minori) e quelli che hanno ottenuto il permesso di soggiorno (insieme ai loro familiari) hanno l' OBBLIGO/DIRITTO di iscrizione al SSN come i cittadini italiani | | |
|---|---|--|
| MEDICO DI FAMIGLIA E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA - ASL RMD | | |
| CHI E' IL MEDICO DI FAMIGLIA? Il medico di famiglia è la persona che conosce la nostra salute, ci visita e ci prescrive farmaci, analisi e visite specialistiche  | DOVE PUOI SCEGLIERE IL TUO MEDICO/PEDIATRA ? Via Pascarella 7 (MAGLIANA) dal LUN al VEN 13:00-17:00 Sab 8:00-12:30 BUS 719  TEL.06-56486357 | COSA SERVE PER ISCRIVERSI AL SSN E SCEGLIERE IL MEDICO/PEDIATRA? 1. Permessi di soggiorno (oppure richiesta di rinnovo) originale e fotocopia 2. Residenza o Effettiva dimora 3. Codice fiscale  |
| CHI E' IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA? Il pediatra è il medico che visita e cura i nostri bambini fino a 14 anni  | Via Fermi 161 (MARCONI) dal LUN al VEN 8:00-17:00 Sab 8:00-12:30 BUS 128  TEL.06-56485400 | |

ALLEGATO 2

Cartelloni per le assemblee nei campi

Perché

Come metodo di coinvolgimento della popolazione rom dei campi sono state convocate delle assemblee per spiegare il progetto, le sue finalità generali e ricercare uno o più referenti per la salute, chiarendone la funzione e l'impegno. Le assemblee si sono svolte all'aperto, nell'area centrale del campo e, per stimolare l'attenzione e aiutare la comprensione, sono state accompagnate da cartelloni esplicativi dei contenuti che riportavano messaggi semplici e diretti, anche attraverso l'uso di immagini.

Chi lo usa

È utilizzato dall'operatore del progetto che facilita e coordina l'assemblea.

A chi è rivolto

Si rivolge ai partecipanti all'assemblea.

Quando si usa

Oltre ad accompagnare la presentazione in assemblea, i cartelloni sono rimasti affissi in luoghi facilmente accessibili a tutti, così che nel periodo successivo potessero ancora richiamare l'attenzione e suscitare l'interesse degli abitanti del campo.

progetto cofinanziato da



UNIONE
EUROPEA



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

PROGETTO CARITAS – SALUTE



REFERENTI VOLONTARI PER LA SALUTE



progetto cofinanziato da



UNIONE
EUROPEA



MINISTERO
DELL'INTERNO

Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi



Chi è il referente volontario per la salute?

Una persona che spiega dove andare
quando si sta male

Un aiuto per tutta la comunità



progetto cofinanziato da



UNIONE EUROPEA



MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

Come diventare referente volontario per la salute?

1 MESE DI FORMAZIONE
5 MESI DI TIROCINIO

- NON E' UN LAVORO -



progetto cofinanziato da



UNIONE EUROPEA



MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

Chi sceglie i referenti volontari per la salute?

TUTTI I ROM



Formazione dei referenti per la salute

Perché

Una volta individuati i referenti per la salute, il progetto prevedeva un periodo di formazione teorica propedeutica al tirocinio. Come ampiamente presentato nel testo, i referenti non sono stati selezionati, ma si ritiene opportuno condividere gli strumenti per la formazione precedentemente elaborati e testati con successo nel corso di una breve sessione di educazione sanitaria all'interno del progetto.

Alleghiamo il piano formativo e i materiali impiegati che possono essere utilizzati in eventi formativi sull'educazione alla salute e sull'uso corretto delle strutture sanitarie.

Partendo dal presupposto che la popolazione target possedesse un basso livello di istruzione e poche conoscenze sul tema, anche in questo caso è stato privilegiato l'uso di immagini e di concetti semplici.

Chi lo usa

È usato dall'operatore del progetto/personale sanitario del SSN che conduce la formazione.

A chi è rivolto

È rivolto alla popolazione rom che partecipa agli eventi di educazione alla salute.

Quando si usa

Si usa durante gli incontri di educazione alla salute, ma si ritiene opportuno che i cartelloni rimangano affissi in luoghi facilmente accessibili a tutti, così da richiamare l'attenzione e suscitare l'interesse degli abitanti del campo.

Piano formativo

Il percorso formativo comprende 7 incontri, per 4 settimane, suddivisi in lezioni della durata di 2 ore per 2 volte a settimana.

Nel corso si affronteranno 3 ambiti tematici (SSN, educazione alla salute, orientamento sanitario) che comprendono informazioni su: il funzionamento del sistema sanitario nazionale, le modalità di accesso per gli stranieri secondo la posizione giuridica, la prevenzione, la tutela della salute secondo un'alimentazione e uno stile di vita corretti e infine l'orientamento sanitario alle strutture territoriali di riferimento. Ad ognuno dei 3 ambiti tematici sarà dedicata una lezione frontale ed una interattiva (attività di gruppo, giochi di ruolo ecc.) per garantire/verificare l'apprendimento dei contenuti.

Il programma:

1. Funzionamento del SSN e modalità di accesso
 - Quando si deve usare il pronto soccorso
 - Il medico di base
 - Il pediatra di libera scelta
 - STP/ENI
 - I consultori
 - I centri vaccinali
 - I medici specialisti
 - Il centro prelievi
 - Il ticket e l'acquisto di medicinali
 - Invalidità/INPS
2. Lezione interattiva di apprendimento e verifica della lezione 2
3. Educazione alla salute e prevenzione
 - Cosa vuol dire "salute"
 - Cosa vuol dire "prevenire" e gli ambiti della prevenzione (ambiente in cui si vive, igiene personale, stile di vita e cibo, visite e controlli, vaccinazioni)
 - Le malattie sessualmente trasmissibili
 - L'alimentazione corretta e uno stile di vita sano
 - I controlli in gravidanza
 - Le vaccinazioni obbligatorie
4. Lezione interattiva di apprendimento e verifica della lezione 4
5. Guida alle strutture territoriali e orientamento sanitario
 - Quali sono le strutture fruibili e accoglienti sul territorio: dove si trovano, come arrivarci, quali le modalità specifiche di accesso, chi sono i medici/le persone cui far riferimento.
6. Lezione interattiva di apprendimento e verifica della lezione 6
7. Conclusione del corso

A questi 7 incontri seguiranno le visite presso le strutture sanitarie di riferimento.

Alcuni materiali usati nella lezione 1

Dove andare quando si sta male

MEDICO DI FAMIGLIA



Il medico di famiglia è la persona che conosce la nostra salute, ci visita e ci prescrive farmaci, analisi e visite specialistiche



PEDIATRA



Il pediatra è il medico che visita e cura i nostri bambini fino a 14 anni



Quando si usa il Pronto Soccorso?



SOLO PER EMERGENZE



Alcuni materiali usati nella lezione 2

LA PREVENZIONE



La casa



Il Campo



L'igiene personale

Il cibo



Le visite mediche

La gravidanza

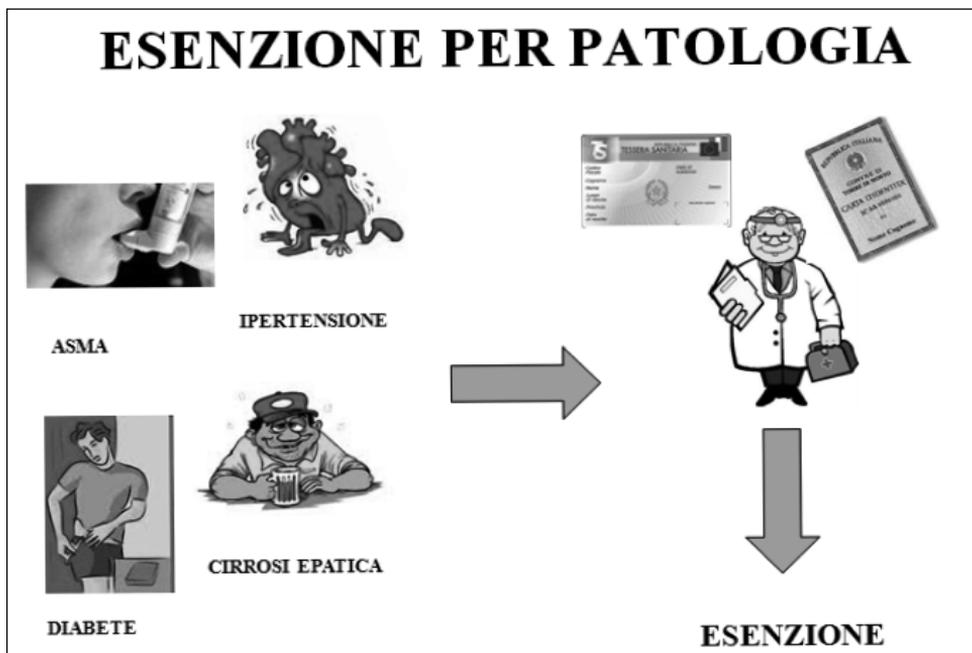


- 2° mese → prima visita e prima ecografia
- 5° mese → ecografia morfologica
- 6°-7° mese → visita con ecografia e analisi

Acido folico



Alcuni materiali usati nella lezione 3



ALLEGATO 4

Questionario per la rilevazione epidemiologica

Perché

Il questionario è stato concepito e realizzato per rilevare i livelli di conoscenza sui servizi sanitari da parte dei rom beneficiari dell'intervento, in modo da garantire sia il monitoraggio puntuale delle attività sia la misura dell'impatto sui percorsi di salute.

Una prima edizione del questionario è stata validata sottoponendola a tre persone, 3 donne, rom rumene, che collaborano con la Caritas in un altro progetto sanitario, raccogliendo vari spunti dalla restituzione dei risultati.

Chi lo usa

È usato dagli operatori esperti in rilevazioni epidemiologiche fra persone in condizione di fragilità sociale.

A chi è rivolto

Si rivolge a un campione significativo della popolazione oggetto dello studio.

Quando si usa

Nel progetto il questionario è stato somministrato prima dell'inizio delle attività di campo e la rilevazione verrà ripetuta alla fine del progetto e dopo 3 mesi, così da valutare l'impatto delle attività. Dopo una prima ipotesi di creare *settings* protetti per svolgere le interviste, si è deciso di prendere contatto diretto con le famiglie, presso le loro abitazioni, tornando anche più volte dallo stesso nucleo, se necessario.

Questionario d'impatto

NUMERO SCHEDA _____

INTERVISTATORE _____

DATA DI COMPILAZIONE gg mm aa

DENOMINAZIONE DEL CAMPO _____

IDENTIFICATIVO ABITAZIONE (*mappa del campo con abitazioni numerate*) _____IDENTIFICATIVO PERSONALE (*per appaiamento*) _____

ESPOSIZIONE AI TRASFERIMENTI DEL PIANO NOMADI DI ROMA

- trasferito, da dove? _____ quando? _____
- non trasferito, ma residente in un campo che ospita trasferiti
- non trasferito e residente in un campo non interessato dai trasferimenti

LA PERSONA RIFIUTA L'INTERVISTA (*in caso di rifiuto, raccogliere comunque alcuni dati demografici desumibili a seguito del contatto*)

CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E COMPORAMENTI

1) HAI MAI AVUTO BISOGNO DI ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA NEL CORSO DELL'ULTIMO ANNO? (*Se no, vai alla domanda 13*)

- 1 sì, una volta
- 2 sì, più volte
- 3 no

Da somministrare in seconda e terza intervista, al posto della domanda 1

2) DALL'ULTIMA INTERVISTA, HAI MAI AVUTO BISOGNO DI ASSISTENZA MEDICA? (*Se no, vai alla domanda 13*)

- 1 sì
- 2 no

In riferimento all'ultima occasione di contatto (considerata rilevante per l'intervistato) con i servizi per motivi di salute

3) PER QUALE MOTIVO?

- 1 trauma
- 2 vaccinazione dei figli
- 3 controllo in gravidanza/parto
- 4 malattia infettiva/febbre
- 5 malattia acuta non infettiva (infarto, ictus, appendicite, mal di schiena ecc.) _____
- 6 malattia cronica (ipertensione, diabete, gotta, tumori) _____
- 7 altro _____

4) A QUALE STRUTTURA SANITARIA/MEDICO TI SEI RIVOLTO INIZIALMENTE?

- 1 medico di famiglia
- 2 ambulatorio STP/ENI
- 3 medico del campo
- 4 centro vaccinale
- 5 consultorio familiare
- 6 pronto soccorso
- 7 medico specialista _____
- 8 nessuna struttura o medico, a chi allora? _____

5) SEI STATO AIUTATO DA QUALCUNO A RIVOLGERTI AI SERVIZI SANITARI?

- 1 sì
- 2 no

6) SE SÌ, DA CHI SEI STATO AIUTATO?

- 1 familiari
- 2 amici del campo
- 3 mediatore di salute rom
- 4 medico del campo
- 5 altro medico _____
- 6 associazioni operanti del campo _____
- 7 altro _____

7) QUALI SVILUPPI SANITARI CI SONO STATI?

- 1 prescrizione farmaci
- 2 esami/indagini (laboratorio, centro radiologico ecc.)
- 3 invio al pronto soccorso
- 4 ricovero ospedaliero
- 5 invio al consultorio
- 6 invio al medico specialista _____
- 7 non ci sono stati sviluppi _____
- 8 nessuno sviluppo per scelta del paziente, perché? _____

8) SE TI SONO STATI PRESCRITTI CONTROLLI O FARMACI DA ASSUMERE, HAI AVUTO DIFFICOLTÀ A SEGUIRE LE INDICAZIONI?

- 1 no, nessuna difficoltà
- 2 sì, perché _____

9) COME È STATO IL RAPPORTO CON GLI OPERATORI E CON LE STRUTTURE SANITARIE?

- 1 ottimo
- 2 buono
- 3 scarso
- 4 cattivo

10) PENSÌ CHE IL TUO RAPPORTO CON GLI OPERATORI SANITARI POSSA ESSERE MIGLIORATO?

- 1 sì, come? _____
 2 no, perché? _____

11) HAI RISOLTO IL TUO PROBLEMA DI SALUTE?

- 1 sì, del tutto
 2 sì, in parte _____
 3 non ancora _____
 4 no, perché _____

12) SE AVESSI UN (NUOVO) DISTURBO DI SALUTE O UNA MALATTIA, A CHI TI RIVOLGERESTI IN PRIMA BATTUTA?

- 1 medico del campo
 2 amici o parenti
 3 mediatore di salute rom
 4 associazioni operanti del campo
 5 medico di famiglia
 6 medico dell'ambulatorio STP/ENI
 7 direttamente ai servizi sanitari territoriali e ospedalieri _____
 8 altro _____
 9 non so a chi rivolgermi _____
 10 non voglio rivolgermi a nessuno _____

13) PENSÌ DI AVERE DIFFICOLTÀ AD ACCEDERE AI SERVIZI SANITARI PUBBLICI?

- 1 sì 2 no

14) SE SÌ, PERCHÉ ?

- 1 ritieni di non avere diritto all'assistenza
 2 non capisci le informazioni necessarie
 3 incontri troppi problemi amministrativi/burocratici
 4 non hai i soldi per pagare il ticket
 5 altro _____

15) HAI L'ABITUDINE DI PRENDERE MEDICINE SENZA INDICAZIONE DEL MEDICO?

- 1 sì 2 no

16) HAI IL TESSERINO SANITARIO (*iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale*)?

- 1 sì 2 no

17) SAI SE LA LEGGE ITALIANA TI DÀ LA POSSIBILITÀ DI ESSERE CURATO DA:

- sì no medico di famiglia
 sì no medico ambulatorio STP
 sì no medico specialista (per visite, esami del sangue, radiografie)
 sì no personale del pronto soccorso
 sì no personale del consultorio familiare

18) SAI COME FARE A SCEGLIERE IL MEDICO DI FAMIGLIA (per gli aventi diritto)?

- 1 sì, come? _____
- 2 no _____

19) SAI SE CI SONO IN ZONA I SEGUENTI SERVIZI?

- consultorio, dove? _____
- centro vaccinale, dove? _____
- ospedale/pronto soccorso, dove? _____
- ambulatorio per STP/ENI, dove? _____
- laboratorio analisi, dove? _____

FOCUS SUI MEDIATORI DI SALUTE ROM

20) RITIENI UTILE LA PRESENZA DI UN ESPERTO ROM STABILMENTE PRESENTE NEL CAMPO COME MEDIATORE PER L'ORIENTAMENTO AI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI?

- 1 sì, perché _____
- 2 no, perché _____

21) SECONDO TE, QUALI CARATTERISTICHE DOVREBBE AVERE IL MEDIATORE?

- sexso 1 uomo 2 donna
- parentela 1 familiare 2 non familiare
- età 1 giovane 2 maturo
- altro _____

22) HAI AVUTO DIFFICOLTÀ A RIVOLGERTI AL MEDIATORE (in seconda e terza intervista)?

- 1 no, mi fido completamente _____
- 2 sì, ho avuto difficoltà perché _____
- 3 non mi è ancora capitato di rivolgermi _____

(da somministrare solo nella prima intervista)

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

SESSO 1 maschio 2 femmina Mi puoi dire la tua età? _____

Mi puoi dire dove sei nato? _____

Per quanti anni hai frequentato la scuola? _____ Qual è la tua cittadinanza? _____

DA QUANTO TEMPO SEI (STABILMENTE) IN ITALIA (MESE E ANNO DI ARRIVO)? _____

HAI IL PERMESSO DI SOGGIORNO? 1 sì 2 no 3 in attesa di rinnovo

se sì: 1 lavoro 2 ricongiungimento 3 altro (specificare) _____

se no: 1 scaduto e non rinnovato 2 mai avuto

HAI LA TESSERA STP O ENI? 1 sì 2 no

ALLEGATO 5

Sportello salute: strumenti per il funzionamento

Perché

Lo strumento sportello è stato l'ulteriore tentativo di coinvolgimento della popolazione sui temi della salute, attuato nel campo di Candoni.

È stato pensato sin dall'inizio come una risposta sperimentale, flessibile e adattabile secondo i *feedback* ricevuti, che avrebbe potuto offrire spunti di riflessione per futuri interventi sanitari. Proprio per questo è stato accompagnato da strumenti di lavoro che permettessero di monitorare nel dettaglio la ricaduta dell'attività.

Per la promozione dello sportello è stato preparato un volantino, da distribuire ai residenti nel campo in tutte le occasioni possibili, sia dagli operatori del progetto che da quelli del privato sociale.

Per ogni seduta dello sportello è stata predisposta una scheda di raccolta dati sulle attività ivi svolte e i casi incontrati. Inoltre, per verificare la risposta data, in seguito all'orientamento offerto, dalle persone che si rivolgevano allo sportello e monitorare i percorsi assistenziali avviati, è stata pensata una scheda di *feedback*, da compilare ad ogni accesso dell'utente.

Volantino per la promozione dello sportello

progetto cofinanziato da

 **UNIONE EUROPEA**  **MINISTERO DELL'INTERNO**

Fondo europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi

SPORTELLO SALUTE



Tutti i GIOVEDI'
15:00 - 17:00

PROG-5542 ROMa : mediazione socio-sanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma

 **Cooperativa Roma Solidarietà**
promossa dalla Caritas di Roma

 **REPUBBLICA ITALIANA**
MINISTERO DELL'INTERNO

 **caritas roma**

Scheda di raccolta dati

| |
|--|
| <p>Sportello salute Villaggio autorizzato Candoni</p> |
| Data: |
| Operatori presenti allo sportello: |
| Attività sportello: |
| Persone incontrate: Totale Donne: Totale Uomini: |
| Persone orientate: Totale Donne: Totale Uomini: Totale Minori: |
| Opuscoli sullo sportello distribuiti: |
| Opuscoli informativi sui servizi sanitari distribuiti:..... |
| Donne orientate al servizio Salvamamme/Salvabebè |

Scheda di *feedback***Griglia feedback sull'utilizzo dei servizi**

Da compilare per ogni singola problematica emersa, possibili più schede per paziente

NUMERO SCHEDA _____ MEDIATORE DI SALUTE/OPERATORE _____

DATA DI COMPILAZIONE *gg* *mm* *aa*

DENOMINAZIONE DEL CAMPO _____

IDENTIFICATIVO ABITAZIONE _____

IDENTIFICATIVO PERSONALE _____

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI (da compilare solo in occasione della prima somministrazione)Sesso maschio femmina Età _____

Cittadinanza _____

Posizione sanitaria iscrizione al SSN STP nessuna**PROBLEMA EMERSO**

- vaccinazione bambini controllo in gravidanza/parto
- interruzione volontaria di gravidanza controllo pressione
- controllo malattie croniche (diabete, gotta ecc.) _____
- trauma malattia infettiva _____
- problema pediatrico altro _____
- motivi amministrativi (iscrizione SSN, rilascio STP, richiesta invalidità) _____

INVIO AI SERVIZI

- medico di famiglia ambulatorio STP centro vaccinale
- pediatra di libera scelta consultorio familiare pronto soccorso
- laboratorio
analisi/radiologico _____
- medico specialista

- uffici amministrativi

Feedback (1)

accesso al servizio (*indicare quale*) _____ data accesso _____

modalità di accesso:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> paziente accompagnato dal mediatore/operatore | <input type="checkbox"/> solo mediatore/operatore |
| <input type="checkbox"/> paziente non accompagnato | <input type="checkbox"/> altro _____ |

nessun accesso, perché? _____

prestazione effettuata (*indicare quale*) _____

sviluppi successivi:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> prescrizione farmaci | <input type="checkbox"/> esami/indagini (laboratorio, centro radiologico ecc.) |
| <input type="checkbox"/> invio al pronto soccorso | <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> invio al consultorio | <input type="checkbox"/> invio al medico specialista _____ |
| <input type="checkbox"/> nessuno sviluppo | |
-

Feedback ()

accesso al servizio (*indicare quale*) _____ data accesso _____

modalità di accesso:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> paziente accompagnato dal mediatore/operatore | <input type="checkbox"/> solo mediatore/operatore |
| <input type="checkbox"/> paziente non accompagnato | <input type="checkbox"/> altro _____ |

nessun accesso, perché? _____

prestazione effettuata (*indicare quale*) _____

sviluppi successivi:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> prescrizione farmaci | <input type="checkbox"/> esami/indagini (laboratorio, centro radiologico ecc.) |
| <input type="checkbox"/> invio al pronto soccorso | <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> invio al consultorio | <input type="checkbox"/> invio al medico specialista _____ |
| <input type="checkbox"/> nessuno sviluppo | |
-

Laboratorio teatrale

Perché

Nel campo di Ortolani il coinvolgimento della popolazione rom sui temi di salute è stato perseguito con la proposta di un laboratorio teatrale per i bambini, da svolgere in collaborazione con le attività di doposcuola.

L'educatrice teatrale, Olimpia Adriani, ha appositamente elaborato tre brevi testi da rappresentare, relativi all'importanza dell'uso delle strutture sanitarie, all'igiene personale e alla corretta alimentazione, di cui alleghiamo i copioni.

Come ulteriore strumento di partecipazione, alle famiglie dei bambini partecipanti (praticamente tutte le famiglie di Ortolani) si è deciso di regalare un dvd con il filmato della rappresentazione e del lavoro preparatorio. Il dvd viene completato da un pieghevole, arricchito di numerose fotografie dell'esperienza, che lo rende fruibile anche nel caso fosse difficile la visione del video per mancanza di apparecchiature idonee.

La storia di Fragilina (testo di Olimpia Adriani)

NARRATORE: Era una bellissima giornata di primavera e c'era il sole che scaldava il prato dove Fragilina correva felice. *(il sole è realizzato da alcuni bambini)*

FRAGILINA: Oggi è una bellissima giornata!!! Che caldo che fa!!! Voglio correre tutto il giorno senza fermarmi mai. *(corre)*

FRAGILINA: *(davanti al pubblico)* Fa veramente caldo, ora mi toglie la maglietta.

NARRATORE: Non appena si tolse la maglietta il sole venne coperto dalle nuvole! *(entrano dei bambini che fanno le nuvole)* Ma la bambina non sentì il cambio di temperatura e continuò a giocare nel prato.

FRAGILINA: Brrbrrbrrb, ho i brividi di freddo!!!

NARRATORE: Ecco che piano piano, da sotto i fiori, escono dei loschi individui.

FRAGILINA: Ciao, e tu chi sei?

IL RAFFREDDORE: Io sono il raffreddore. *(mentre Fragilina gli stringe la mano, starnutisce)*

FRAGILINA: Eccìù!!! *(e poco lontano si alza un altro bambino)*

FRAGILINA: E tu?

L'INFLUENZA: Io sono l'influenza *(e fa un inchino e gli alza le mani come se scendesse la pioggia)*

FRAGILINA: Che mal di pancia! *(un altro bambino si alza)* E tu chi sei?

LA FEBBRE: Io sono la febbre *(accenna un inchino e gli gira intorno)*

FRAGILINA: Brbrbrbr, che freddo!!! brrrbrbr, ho proprio freddo. *(esce da sotto un fiore un altro bambino)* E tu chi sei?

LA TOSSE: Sono la tosse!!! *(le soffia davanti al viso)*

FRAGILINA: *(tossisce, poi si alza l'ultimo bambino)* E tu chi sei?

IL MAL DI GOLA: Sono il mal di gola! *(le tira i baci)*

FRAGILINA: Mi fa male la gola!!! Ma voi che volete da me?

LA FEBBRE: Vogliamo solo giocare con te!

L'INFLUENZA: E divertirci un po'!

FRAGILINA: Io non mi sento bene voglio tornare a casa.

LA TOSSE: Noi veniamo con te!

Fragilina esce seguita da tutti i bambini.

NARRATORE: Fragilina tornò a casa seguita da quegli strani individui!

FRAGILINA: Mamma, mi sento male.

MAMMA: Ma tu scotti tantissimo! Dobbiamo andare all'ambulatorio dal pediatra! *(escono)*

NARRATORE: Fragilina e la mamma vanno dal pediatra seguite da tutti quegli strani individui! *(entra il pediatra e poi arrivano Fragilina e la mamma)*

PEDIATRA: Adesso ti faccio una bella visita! Misuriamo la febbre! Controlliamo la gola! I polmoni e la schiena. Fragilina, tu stai male! Dobbiamo sconfiggere l'influenza e i suoi amici! Non preoccuparti, io ho una pozione magica! Il vaccino!!! *(tira fuori le bolle di sapone e inizia a farne tante, non appena i bambini vengono toccati dalle bolle di sapone lentamente tornano sotto i fiori)*

FRAGILINA: Grazie, ora mi sento meglio!!!! *(escono)*

NARRATORE: Fragilina guarì e i loschi individui che aveva incontrato se ne andarono. Anche se *(parlando sotto voce al pubblico)* bisogna stare attenti, quelli sono sempre in agguato!

Sbiancamenti e i sette pigroni (testo di Olimpia Adriani)

NARRATORE: C'era una volta una bambina chiamata Sbiancamenti. Era una bambina molto attenta alla propria igiene personale. Un giorno decise di fare una passeggiata in città. Visitò tutto il giorno la città e arrivò tardi all'autobus che doveva riportarla a casa. Ferma alla fermata dell'autobus incontrò sette simpatici amici!

SBIANCAMENTI: E ora come faccio a tornare a casa? L'ultimo autobus è già passato!

I sette pigroni sono seduti uno accanto all'altro.

SVOGLIATO: (*parla agli altri*) Ehi, che dite, possiamo invitare questa bambina da noi visto che è rimasta da sola?

SBUFFONE: (*sbuffa*) Sì, potremmo, ma poi chi le prepara il letto?

LAMENTONE: Oddio, io proprio no. Però, sì, potremmo invitarla.

PIGRONE: Ma chi le prepara da mangiare, oggi sono proprio stanco!

FANNULLONE: Io no! ho cucinato circa un mese fa per tutti! Però potremmo dirle di venire da noi!

POLTRONA: Per me va bene, basta che non si mette sulla mia poltrona!

SOFA: Anche per me, però il divano stasera è mio!

SVOGLIATO: È sempre tuo!!!

SBIANCAMENTI: Scusate, ho ascoltato quello che dicevate! Se volete posso cucinare per voi!

TUTTI: Sìiiiiiiiiiiiiiiiiiiii (*escono*)

NARRATORE: Sbiancamenti andò a casa dei suoi nuovi sette amici.

Sbiancamenti è in piedi e i suoi nuovi sette amici sono alcuni seduti e alcuni sdraiati.

SBIANCAMENTI: Come vi chiamate?

Ognuno dice il proprio nome.

NARRATORE: Sbiancamenti iniziò a cucinare e i sette pigroni sonnecchiavano qua e là.

SBIANCAMENTI: Venite, è pronta è la cena! Vi ho preparato un piatto buonissimo che fa sempre la mia nonna: la zuppa di legumi con verdure.

TUTTI: Buona!!! (*Tutti si alzano e vanno intorno al tavolo*)

SBIANCAMENTI: Stoooooooooop!!! Ma che fate, non vi lavate le mani prima di andare a mangiare?

LAMENTONE: Noooooooooo, non ne ho voglia, mamma mia che noia!

PIGRONE: Arrivare fino al bagno per lavarsi le mani?

FANNULLONE: Lo faremo domani...

POLTRONA: Tanto è uguale!

SOFA: Sìiiiiii, ora mangiamo! Le nostre mani sono pulite, siamo stati solo in città!!!

SBUFFONE: Sbuffff!!! Sì è vero... la città è pulita!

SVOGLIATO: Sì, e poi le abbiamo lavate già ieri!

SBIANCAMENTI: Ma che cosa state dicendo, voi siete veramente dei pigroni!!! La città non è pulita, ci sono tante macchine e per questo tanto smog che la sporca. Quindi ora a lavarsi le mani e anche bene, altrimenti niente zuppa.

TUTTI: Va bene!

(i sette pigroni si mettono in fila davanti al pubblico e si lavano le mani, Sbiancamenti li controlla e qualcuno ogni tanto sbuffa!)

LAMENTONE: Mamma mia, ora le mie mani sono proprio profumate!

(Si siedono e iniziano a mangiare)

NARRATORE: Sbiancamenti e i sette pigroni mangiarono insieme scherzando e ridendo. Alla

fine della cena i sette pigroni si leccarono i baffi!!!!

SBIANCADENTI: Ora tutti a dormire!!! Ma prima ci laviamo il viso e i denti!

PIGRONE: Nooooooooo! Prendere lo spazzolino e passarlo sui denti, che fatica!!!!

FANNULLONE: Il viso, perché? Le mie mani non ce la fanno! (*fa vedere quanto le sue mani sono stanche*)

POLTRONA: Non so se riesco ad alzarmi.

SOFA: Si anch'io sono troppo stanco per arrivare al bagno un'altra volta.

SBUFFONE: Sbufff!!! Lo faremo domani!

SVOGLIATO: Sììì, è la stessa cosa.

LAMENTONE: Uffa, e poi abbiamo bevuto l'acqua, si sono lavati così.

SBIANCADENTI: Assolutamente no, ora tutti quanti andate in bagno a lavarvi i denti, perché dopo mangiato qualche pezzettino di cibo potrebbe rimanere tra i denti e sapete cosa succede dopo?

TUTTI: Noooooooooo.

SBIANCADENTI: Succede che dovete andare da quel signore che si chiama dentista che vi mette delle cose antipatiche nella bocca e non è molto piacevole! E il viso va lavato per lo stesso motivo delle mani!

TUTTI: Va bene!!! (*tutti si mettono in fila davanti al pubblico e mimano il lavarsi il viso e i denti*)

NARRATORE: I sette pigroni andarono a lavarsi il viso e i denti, chi sbuffando, chi lamentandosi, chi appoggiandosi ai compagni per la stanchezza!

SBIANCADENTI: Bene, ora possiamo andare a dormire.

SOFA: Senti, Poltrona, quanto è profumato il mio alito! (*gli alita addosso*)

POLTRONA: Senti anche il mio. (*gli alita addosso*)

(*escono tutti*)

NARRATORE: I sette pigroni si misero tutti a letto e Sbiancadenti raccontò loro una fiaba. I sette pigroni si addormentarono e anche Sbiancadenti si mise a dormire. Il mattino seguente Sbiancadenti si alzò prima dei suoi nuovi amichetti per preparargli una buona colazione e ringraziarli dell'ospitalità.

SBIANCADENTI: Sette pigroni, sveglia, è ora di alzarsi.

PIGRONE: (*entrando in scena*) Che profumo di torta al cioccolato! (*entrano tutti*)

SBIANCADENTI: Vi siete fatti già fatti la doccia?

LAMENTONE: Mamma mia la doccia di mattina?

SVOGLIATO: Appena sveglio? Ma non ce la faccio!

SBUFFONE: Sbufff!!! Non ho voglia!

POLTRONA: Facciamola un altro giorno!

SOFA: Sììì, dai, tanto siamo puliti, ieri ci siamo lavati mani, viso e denti.

FANNULLONE: Non posso farcela ora a tornare indietro per andare in bagno!

PIGRONE: Sono troppo stanco ho già fatto 6 passi per arrivare qui in cucina!

SBIANCADENTI: Ma voi siete proprio dei pigroni! La doccia si fa per iniziare la giornata, perché così vi sentite più energici e freschi per iniziare la giornata, soprattutto voi che siete così pigri!! E poi bisognerebbe farsi la doccia quasi tutti i giorni!!!!

TUTTI: Va bene!

(*si mettono davanti al pubblico e si fanno la doccia, mentre Sbiancadenti è uscita*)

NARRATORE: I sette pigroni si fecero la doccia mentre Sbiancadenti li aspettava in cucina per la colazione.

FANNULLONE: *(non appena tutti hanno finito di farsi la doccia Fannullone si annusa)* Come sono profumato, e poi mi sento proprio in forma per iniziare la giornata!!

SBUFFONE: Sbuff. È proprio vero, anche io mi sento proprio in forma!

SBIANCADENTI: *(entra)* Bene, ora venite tutti a fare la colazione: vi ho preparato un ciambellone al cioccolato. *(escono)*

NARRATORE: I sette pigroni fecero colazione complimentandosi con Sbiancadenti per l'ottima torta.

SBIANCADENTI: E ora...

SOFA: Tutti a lavarsi a denti!!!

TUTTI: Sìiiiiiiii.

NARRATORE: Sbiancadenti e i sette pigroni risero insieme. Erano diventati amici e da quel momento in poi i sette pigroni smisero di fare i pigroni e iniziarono a seguire gli insegnamenti di Sbiancadenti.

Il lupo perde il pelo, ma non la pancia! (testo di Olimpia Adriani)

NARRATORE: C'era una volta un lupo molto vivace e simpatico che viveva in un bosco. Era un lupo che cercava sempre cibi golosi e molto, molto sostanziosi. Aspettava ogni giorno le quattro sorelline Cappuccetto che andavano a portare da mangiare alla nonna che abitava dall'altra parte del bosco.

LUPO: *(nascosto dietro l'albero)* Mmmh, ecco, vedo arrivare Cappuccetto Giallo e Cappuccetto Rosso. Entrambe hanno in mano un cestino, meno male ho una gran voglia di mangiare un bel panino pieno di maionese e ketchup... *(arrivano Cappuccetto Giallo e Rosso, e il Lupo esce di soprassalto dall'albero cercando di spaventarle)*

LUPO: Bum!

CAPPUCCETTO GIALLO: *(senza scomporsi)* Ciao Lupo, come stai stamattina?

LUPO: *(indispettito dal fatto che non si sono spaventata)* Bene, bene... anche se poteva andar meglio.

CAPPUCCETTO ROSSO: Sei sicuro? Ti vedo un po'... un po'... sì, un po' ingrassato!! Un tempo saresti saltato fuori dalla siepe con un balzo da far spaventare anche i leoni, oggi insomma...

LUPO: Senti, Rossina, non ti ho mica chiesto un'analisi psicologica del mio stato psico-fisico... anzi, dimmi, cosa porti in quel bel cestino? C'è qualcosa da dare al Lupo più forte e spaventoso dei boschi di tutto il mondo?

CAPPUCCETTO ROSSO: Lupo, qui ho la colazione per la nonnina, *(gli mostra il cestino)* ho del latte, con pane tostato, marmellata e cereali. Ne vuoi un po' anche tu?

LUPO: Ma che stai dicendo, queste cose non le mangio, mi fanno male al fegato... pensavo portassi cose più nutrienti, farcite con maionese e ketchup... e poi la colazione non la faccio mai, mi fa addormentare.

CAPPUCCETTO ROSSO: Ma cosa dici Lupo, la colazione è un pasto fondamentale per iniziare la giornata con vitalità, non bisogna saltarlo.

LUPO: Sì sì, senti e tu *(rivolgendosi a Cappuccetto Giallo)* cosa porti alla nonnina cara?

CAPPUCCETTO GIALLO: Sto portando alla nonna dello yogurt con della frutta per la merenda della mattina e della verdura per il pranzo. Ne vuoi un po', è molto, non credo che la nonna lo mangi tutto.

LUPO: Ma dove vivete, non ve l'ha detto nessuno che la frutta fa gonfiare la pancia... e le verdure fanno venire il mal di testa?

CAPPUCCETTO GIALLO: (*ridendo*) Allora tu, Lupo, di frutta ne mangi tanta, guarda che pancia!!! La frutta e la verdura vanno mangiate più volte al giorno durante gli spuntini o durante i pasti principali. La frutta e la verdura sono importanti perché aiutano a mantenerci in forma, e tu Lupo ne avresti proprio bisogno!

CAPPUCCETTO ROSSO: Contengono vitamine che ci danno energia e ci sono così tanti tipi di frutta e verdura che non ci si stanca mai di mangiarli!!!

LUPO: Sì, sì... ho capito, comunque stamattina mi sento generoso: lascio tutto alla nonna.

CAPPUCCETTO GIALLO e CAPPUCCETTO ROSSO: Sì, sì... (*Ridendo*) Ciao Lupo, ci vediamo presto!

NARRATORE: Il Lupo si guarda e si tocca la pancia, ma poi soddisfatto si nasconde di nuovo dietro l'albero e aspetta Cappuccetto Verde e Cappuccetto Blu. Eccole che arrivano. Non appena si avvicinano il Lupo salta fuori dall'albero.

LUPO: Bum!!!

CAPPUCCETTO BLU: (*senza spaventarsi*) Ciao Lupo, come stai?

LUPO: (*indispettito dal fatto che Cappuccetto Blu e Verde non si sono spaventate*) Bene, bene... Anche se poteva andar meglio.

CAPPUCCETTO VERDE: Sei sicuro ti vedo un po'... un po'... sì imbruttito, un po' spelacchiato! E Poi hai la faccia piena di bolle, ma cosa ti è successo?

LUPO: Senti Verdina, sei proprio come le tue sorelle, fammi un po' vedere cosa hai nel cestino della nonna.

CAPPUCCETTO VERDE: Sto portando il pranzo e la cena per la nonna. Ho del buon pesce con verdure e una zuppa di orzo e farro.

LUPO: Ma di che cosa parli? Ma dove li trovate questi cibi strani tu e le tue sorelle? Ma sono cibi che vengono da un altro mondo?

CAPPUCCETTO VERDE: Lupo, si vede proprio che non mangi bene e sano! Guarda la tua faccia! Bolla, bolla, bolla. (*indica con il dito le bolle che ha sulla faccia*)

LUPO: Non sono bolle... sono... sono... lentiggini, sì!

CAPPUCCETTO BLU: (*ridendo*) Sì, sì lentiggini a forma di bolle!!! Comunque, Lupo, la zuppa di orzo e farro contiene i carboidrati che danno molta energia e quindi ci aiutano quando facciamo movimento.

CAPPUCCETTO VERDE: Ma forse tu di movimento ne fai ben poco, eh Lupo? (*ride e il Lupo si indispettisce e si gira dall'altra parte incrociando le braccia*). Invece il pesce contiene le proteine che ci aiutano nella digestione e aumentano le nostre difese immunitarie e la verdura...

LUPO: Sì, sì, lo so, contiene le vitamine... vabbè ma tu Cappuccetto Blu cosa porti nel cestino?

CAPPUCCETTO BLU: Acqua! L'acqua è il miglior dissetante e a differenza delle altre bibite non contiene zuccheri.

LUPO: (*rivolgendosi al pubblico*) Mamma mia!! Povera nonna, che vita triste senza una patatina frita, senza zuccheri... (*rivolgendosi alle bambine*) comunque oggi mi sento generoso e quindi lascio tutto alla nonna.

CAPPUCCETTO BLU: Sì, sì... ciao, Lupo, e smettila di mangiare patatine fritte, senno diventerai una bolla vivente. (*Cappuccetto Verde e Blu ridono andandosene*)

NARRATORE: Il Lupo si toccò il viso per sentire le sue bolle, e rattristito decise di andare a trovare la nonna. Giunto alla casa della nonna, bussò e decise di farle uno scherzo.

LUPO: Toc, toc!

NONNA: Chi è?

LUPO: Sono Cappuccetto...

NONNA: Dai, Lupo, questa è vecchia, entra e fatti dare un abbraccio!

LUPO: (*sconsolato*) Ho perso tutta la verve del Lupo di una volta, Nonna, cosa mi è successo?

NONNA: Prima di tutto ti trovo ingrassato e pieno di bolle, ma cosa stai mangiando?

LUPO: Basta, nonna, ho già incontrato le tue nipotine e ho visto che ti portano del cibo veramente noioso, e poi senza quelle cose buone e saporite come le patatine fritte, il cioccolato, l'hamburger...

NONNA: Ora capisco Lupo perché ti senti così, tu hai un'alimentazione sbagliata.

LUPO: No, nonna, io mangio cose buone, non come te che ti portano quei cibi senza sapore.

NONNA: Lupo, caro, guarda che mangio di tutto, anche i dolci, ma alimentarsi bene vuol dire mangiare di tutto, utilizzando i diversi alimenti che abbiamo a disposizione, basta non esagerare nelle quantità e variare il più possibile, e mangiando soprattutto frutta e verdure.

LUPO: Quindi posso mangiare i dolci? E le patatine fritte?

NONNA: Certo, Lupo, ma non solo quelle e tutti i giorni... una volta ogni tanto... nella giusta dose e al momento giusto, ora infatti dovresti evitarli un po' perché devi ritrovare la forma giusta e poi devi ricominciare a correre per il bosco.

LUPO: Va bene nonna, mi hai convinto.

NONNA: Vieni, ora ti faccio assaggiare cosa mi hanno portato le mie nipotine e ti accorgerai che non è poi così triste il mio cibo!

NARRATORE: Il Lupo e la Nonna mangiarono insieme ridendo e scherzando
(*alla fine il Lupo disse alla nonna*)

LUPO: Nonna, ma questo cibo è veramente buono!!!

ALLEGATO 7

Formazione operatori sanitari

Perché

Il progetto ha previsto l'ideazione e la realizzazione di un corso di formazione, organizzato dall'ASP in collaborazione con il GrIS, rivolto a 100 referenti delle 5 ASL del territorio romano. A partire dai risultati raggiunti dal progetto vengono approfondite le metodologie di intervento sanitario efficaci con la popolazione rom. Questo corso è anch'esso strumento metodologico, in quanto è stato concepito da una parte per favorire il coinvolgimento delle strutture sanitarie locali sui temi legati alla salute dei rom e dall'altra come schema, riproducibile, di informazione, formazione e sensibilizzazione. Alleghiamo il programma del corso come materiale utilizzabile in contesti simili.

A chi è rivolto

È rivolto al personale delle ASL di Roma, ma può essere, con le dovute modifiche, utilizzato in eventi di formazione destinati ad operatori socio-sanitari, sia del settore pubblico che di quello privato, che si occupano a vario titolo di rom.

Corso di formazione per gli operatori socio-sanitari

La salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione

Roma – 6, 7 e 27 giugno 2012

A.O. San Giovanni Addolorata – Piazza San Giovanni in Laterano 6/a – Aula Folchi

1ª giornata – mercoledì 6 giugno 2012

Dall'esperienza GrIS al progetto FEI nella città di Roma

8.30 Registrazione e pre-test

9.00 Saluti autorità:

- Gian Luigi Bracciale – Direttore Generale Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata
- Mons. Enrico Feroci – Direttore Caritas Roma
- Gabriella Guasticchi – Direttore Generale Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

9.30 Per una salute senza esclusioni

- Salvatore Geraci

10.15 Il GrIS Rom e Sinti e l'“esperienza romana”

- Giovanni Baglio

11.00 *pausa*

11.30 Il progetto FEI

- Claudia Trevisani

12.30 Spazio domande e discussione

13.00 *pranzo*

14.00 I rom a Roma

- Alice Ricordy

15.00 Politiche di inclusione per i rom a Roma

- Fulvia Motta

16.00 Spazio domande e discussione

16.30 *chiusura dei lavori*

2ª giornata – giovedì 7 giugno 2012

Metodologie di lavoro sperimentate nel progetto FEI

9.00 Introduzione alla metodologia del progetto

- Fulvia Motta

9.40 La conoscenza del contesto: dati quantitativi e qualitativi

- Valentina Santonico
- Erica Eugeni

10.00 Il coinvolgimento dei Rom e la figura del referente per la salute

- Alice Ricordy

10.20 Educazione alla salute: l'esperienza dello sportello sanitario

- Alessia Damiani

11.00 Educazione alla salute: l'esperienza del laboratorio teatrale

- Olimpia Adriani

11.40 *coffee break*

12.10 La rete: l'esperienza della ASL RMD

- Margherita Sestieri
- Doryana Leotta

12.40 La rete: l'esperienza delle associazioni del privato sociale

- Paola Liberto

13.10 Promuovere l'accessibilità: strategie di intervento

- Silvia Casagrande
- Giovanni Baglio

14.00 Spazio domande e discussione

14.30 *chiusura dei lavori*

3ª giornata – mercoledì 27 giugno 2012

Prospettive per il lavoro sanitario con i Rom

9.00 Tavola Rotonda: le iniziative delle ASL

- Giovanni Baglio

11.30 *pausa*

12.00 Costruendo il futuro

- Salvatore Geraci

12.45 Post-test e test di gradimento

13.00 *pranzo*

14.00 Saluti Autorità:

- Prefetto Angelo Malandrino – Ministero dell'Interno
- Mons. Enrico Feroci – Direttore Caritas Roma
- Gabriella Guasticchi – Direttore Generale Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

14.30 Presentazione del rapporto finale

- Fulvia Motta
- Giovanni Baglio

15.00 Interventi di:

- Andrea Riccardi – Ministro per la cooperazione internazionale e l'integrazione
- Roberto Di Giovan Paolo – Commissione straordinaria diritti umani del Senato
- Massimiliano Monnanni – Direttore Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali

16.00 Spazio domande e discussione

16.30 *chiusura dei lavori*

È stato richiesto l'accREDITAMENTO ECM per le figure professionali, quali medico, infermiere e psicologo, e l'accREDITAMENTO all'Ordine regionale assistenti sociali (CROAS) per la figura professionale di assistente sociale.

Collana: Salute senza esclusioni

“Salute senza esclusioni” è il nome di una collana editoriale che, con saggi, racconti, ricerche, studi ed esperienze di campo, strumenti operativi e manuali tecnici, vuole esprimere come la salute sia un bene indivisibile ed un diritto inalienabile, con una attenzione particolare alle persone più fragili della nostra società, spesso invisibili o dimenticate, note alla cronaca per evocare compassione o esprimere disagio o tensione politica.

In questa collana raccontiamo di tanti compagni di viaggio, di riflessioni e di scoperte, di delusioni e di conquiste. Tutte ancorate all’esperienza di una quotidianità che stanca ma non sconfigge, di un impegno che unisce, di un progetto che porta alla radice della scelta fatta da tante persone che lavorano sul versante delle professioni d’aiuto, che fanno volontariato, confessionale o laico, o che sono impegnate con coscienza nel settore pubblico: condividere eticamente, prima ancora che professionalmente, un senso di corresponsabilità che ci porta al dovere di essere prossimo del malato o in genere di chi ha bisogno, soprattutto se fragile o discriminato.

Volumi della collana:

Una porta aperta. La salute come occasione di incontro con la comunità cinese (2010).

Le parole della salute. Glossario medico per interpreti, mediatori e pazienti di lingua cinese (2010).

Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie (2011).

In Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un’inaspettata esperienza (2012).

Finito di stampare nel mese di giugno 2012
dalla tipografia Lipe (San Giovanni in Persiceto, Bo)