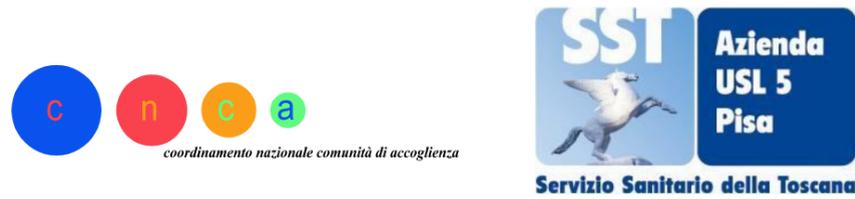
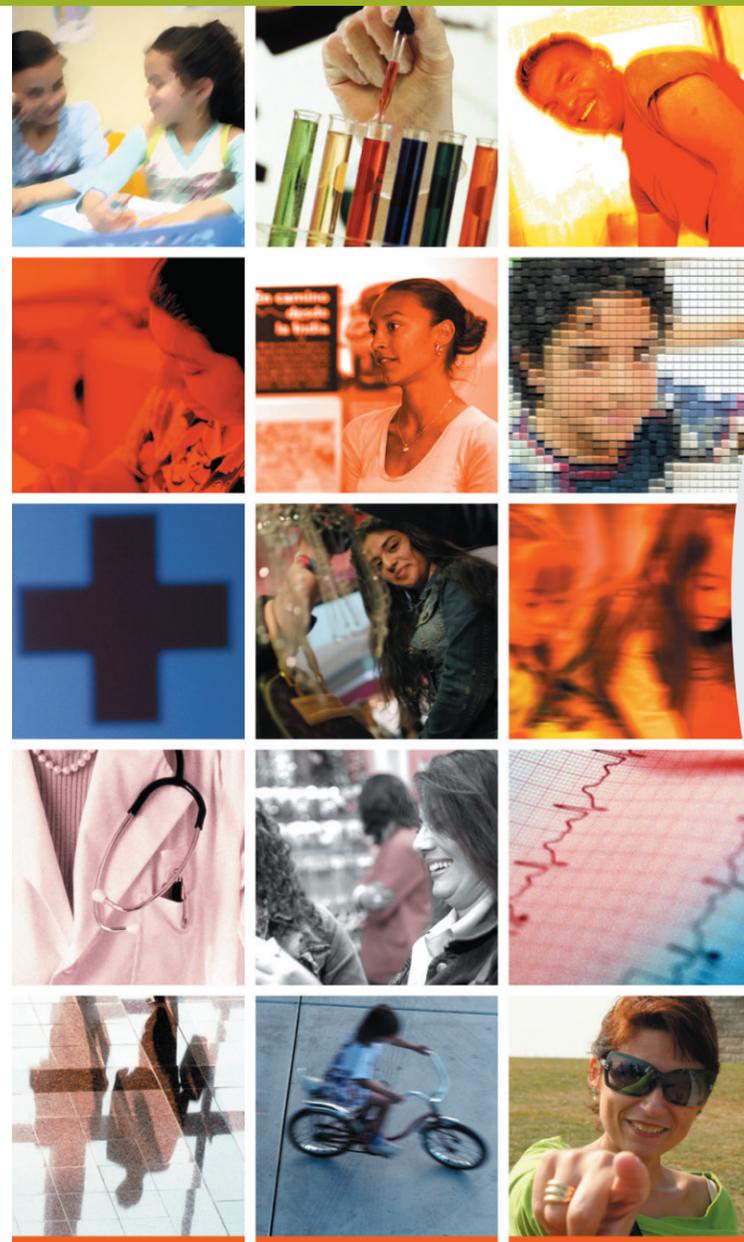


Comunità ROM e Salute in Italia

Comunità ROM e Salute in Italia

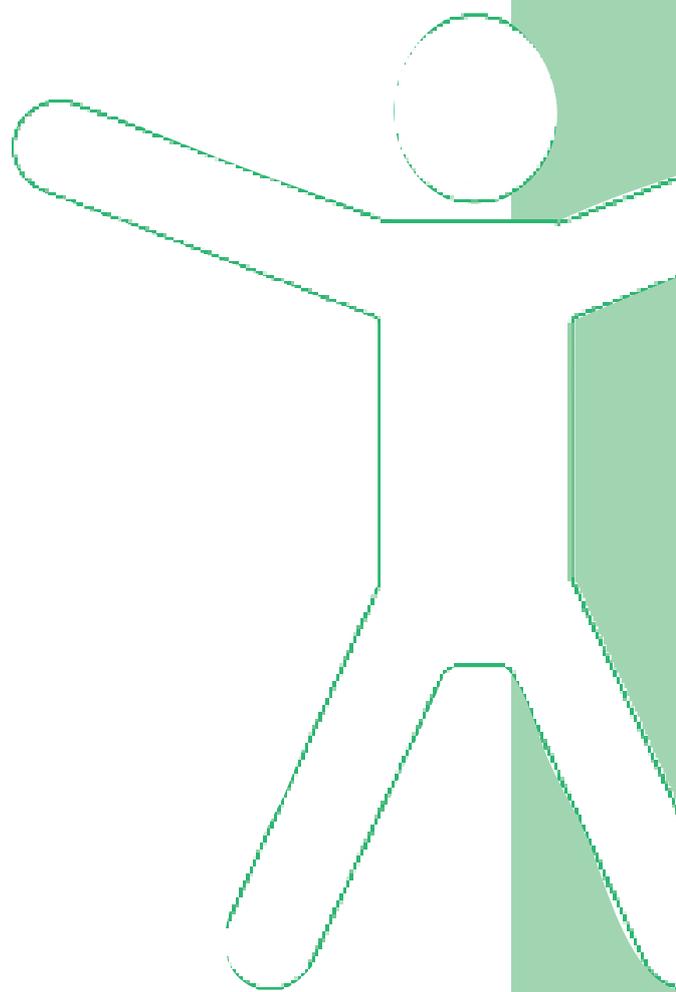


Financed by





Comunità ROM e Salute in Italia



Published by:

Fundación Secretariado Gitano

Ahijones, s/n – 28018 Madrid

Tel.: 91 422 09 60

Fax: 91 422 09 61

E-mail: fsg@gitanos.org

Internet: www.gitanos.org

Designed and printed:

A.D.I.

© **FSG**

Madrid 2007

“Questo documento è stato prodotto con il contributo finanziario della Comunità Europea (DG SANCO) nel quadro del Programma Salute Pubblica. Il punto di vista espresso nel manuale e nel progetto é quello del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza e della Unità Sanitaria Locale 5 di Pisa e non riflette necessariamente la posizione ufficiale della Comunità Europea, che non ne è in alcun modo responsabile”.

Presentazione	5
Informazioni sulla popolazione Rom in Italia	7
La popolazione Zingara Rom in Italia	9
Tutela della salute per Rom e Sinti enormativa: l' esempio della Regione Lazio . . .	12
Rom, salute e servizi. Alcuni spunti per una riflessione	15
Premessa	17
Accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione rom	27
Breve introduzione	29
Le principali norme di riferimento	29
Il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e l' utilizzo dei servizi da parte della comunità Rom	31
Conclusioni	49
Le aree critiche	51
I "nodi" per l' utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale	52
Raccomandazioni per l' azione	53
Raccomandazioni per l' azione	55
Compendio	57
Alcune Buone Pratiche in Italia	59
Questionario di autovalutazione	71
Questionario di autovalutazione per individuare pregiudizi o stereotipi verso la popolazione Rom	73
Principali termini usati in ambito sanitario	77
Principali termini usati in ambito sanitario per aumentare la comprensione reciproca	79
Riferimenti bibliografici	83

Presentazione

“Il problema del mondo, e per cominciare quello del proprio corpo, consiste in ciò: che tutto vi rimane. (...) Essere coscienza o piuttosto essere una esperienza, significa comunicare interiormente col mondo, con il corpo e con gli altri, essere con essi anziché accanto a essi”

Merleau-Ponty

Il presente manuale è stato prodotto nell’ambito del progetto “Reduction of Health Inequalities in the Roma Community”, cofinanziato dalla DG SANCO– Commissione Europea (2005 – 2006). Il progetto è stato implementato in nove differenti Paesi dalle seguenti organizzazioni: Azienda ASL 5 di Pisa (Italia); Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza – CNCA (Italia); Efxini Poli (Grecia); Initiative for Health Foundation (Bulgaria); Khetanipe for the Roma Unity Association (Ungheria); Partners for Democratic Change Slovacchia – PDCS (Slovacchia); Rede Europeia Anti-Pobreza – REAPN (Portogallo); Roma Centre for Social Intervention and Studies – Roma CRISS (Romania); Government of the Czech Republic - Office of the Commissioner for Human Rights (Repubblica Ceca); The Health for Roma Foundation. (Bulgaria); Fundación Secretariado Gitano quale coordinatore del progetto (Spagna).

Le persone Rom, nei Paesi coinvolti dal progetto, sono o diventeranno molto presto cittadini Europei. Nonostante questo lo standard della loro vita e soprattutto le loro condizioni di salute sono molto povere, rendendo questa minoranza particolarmente vulnerabile a quelle malattie che per la maggioranza delle persone, nella società attuale, sono state superate. Infatti, studi svolti sia ai vari livelli nazionali che internazionali riportano

che le condizioni di salute nelle comunità rom sono di gran lunga inferiori rispetto quelle delle comunità maggioritarie e che l’accesso ai servizi da parte dei cittadini rom è spesso difficoltoso e ricco di conflitti.

La rimozione delle discriminazioni nell’ambito della salute sofferte dalla popolazione Rom in Europa dovrebbe essere un pilastro dell’agenda politica per garantire i diritti umani di tutti i cittadini europei.

Il progetto “Reduction of Health Inequalities in the Roma Community” mirava a: raccogliere informazioni sullo status di salute dei Rom ed a confrontarlo con quello della società maggioritaria in modo da produrre raccomandazioni e strategie di intervento per i decisori politici; ad identificare le principali cause dell’inaccessibilità e/o del non corretto uso, dovuto ad abitudini culturali, dei servizi di cura da parte dei cittadini Rom, per indirizzarli a tali servizi, attraverso attività formative ed attraverso la mobilitazione dei principali portatori di interesse; analizzare l’influenza dei fattori socio-economici ed ambientali nel detrimento dello stato di salute nella popolazione target, il ruolo dei leader della Comunità Rom, dei mediatori sociali e delle donne romané nella promozione della salute; conferire e/o accrescere le loro competenze tecniche e le loro conoscenze attraverso approcci “dal basso”.

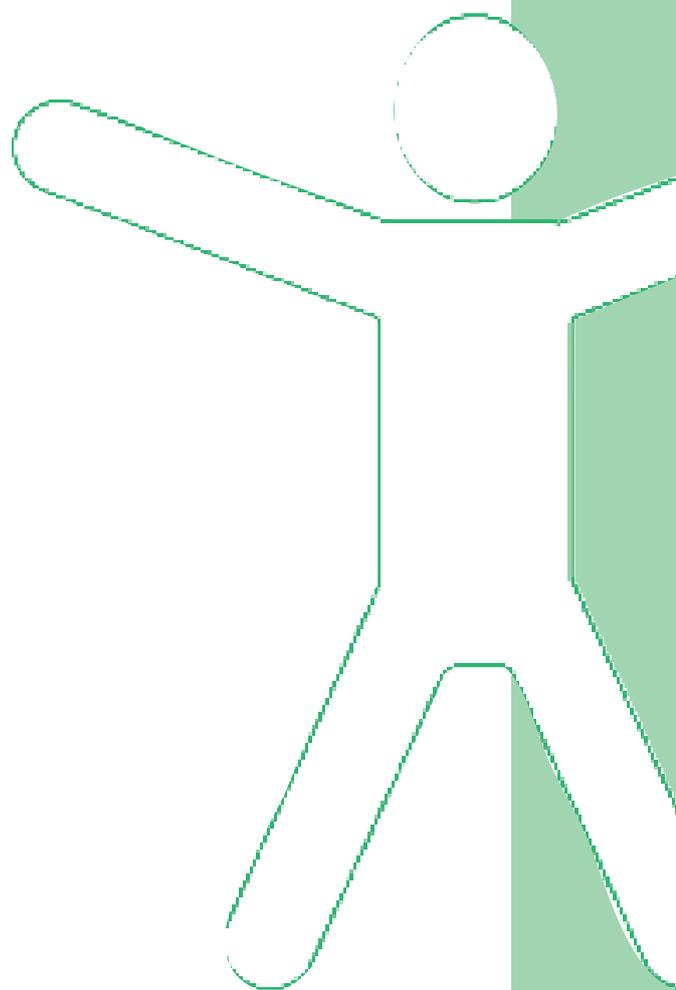
Nella presente presentazione, ci piacerebbe ringraziare la Commissione Europea – DG SANCO, per il suo supporto nel raggiungimento della finalità

comune di riduzione delle discriminazioni di cui soffre la popolazione Rom e di miglioramento dello stato di salute di questa minoranza in Europa.

*Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza
Azienda ASL 5 di Pisa*



Informazioni sulla popolazione Rom in Italia



La popolazione Zingara Rom in Italia

I dati sulle presenze di Zingari in Italia hanno un valore esclusivamente indicativo. Gli Zingari non sono riconosciuti ufficialmente come minoranza etnico-linguistica e per tale ragione non è stato mai effettuato un censimento che ne quantificasse la consistenza. Gli autori più accreditati che si sono occupati della presenza zingara sul territorio italiano (Karpati, Marta, Nicolini, Piasere, Soravia, Viaggio, ...) stimano una popolazione compresa tra i 90 ed i 110.000 individui, risultato di alcune importanti ondate migratorie succedutesi nel corso dei secoli. Si distinguono due filoni principali: zingari di antico insediamento nel nord d'Italia e zingari di antico insediamento nel sud, diversificati nelle abitudini di vita e nei modi di rapportarsi con la società gagé. Agli zingari cittadini italiani sopra citati vanno aggiunti i circa 30.000 ex Jugoslavi e un numero stimato in almeno 10.000 individui di recentissima immigrazione proveniente dalla Romania.

A smentire i dati allarmistici spesso diffusi dai mass-media, che parlano di invasioni di orde di zingari, si può quindi ragionevolmente stimare una presenza tra i 120.000 e i 140.000 individui (di cui almeno 90.000 cittadini italiani). Avremo quindi una percentuale di zingari sulla popolazione italiana pari allo 0,23% (considerando 140.000 su una popolazione dell'Italia di 58.462.372).

La presenza degli zingari in Italia è attestata da fonti storiografiche sin dal XV secolo. Fra i più antichi documenti storici che testimoniano l'arrivo degli zingari in Italia, vi sono quelli riguardanti il passaggio per Forlì (anno 1422) e per Fermo (1430) di un gruppo di circa duecento "Egiziani" diretti a Roma per ottenere indulgenza e protezione dal Papa e provenienti da Roma (1430), con un lasciapassare del Papa "per cui potevano andare per il mondo senza pagare alcun pedaggio né gabella".

Al di là di queste importanti testimonianze scritte probabilmente la presenza di Zingari in Italia è antecedente. Probabilmente le regioni dell'Italia

centro meridionale furono le prime ad essere visitate da gruppi di Zingari giunti via mare dai Balcani.

Termini quali "cingaro", "cingano", "egizio" sono riscontrabili in documenti che risalgono al XIV secolo, così come a tale periodo risalgono nomi di località e cognomi la cui etimologia si può far risalire quasi certamente alla presenza di Zingari. Uno di questi esempi - citato da Giorgio Viaggio nella sua opera "Storia degli Zingari in Italia" - è quello della cittadina molisana di Jelsi, anticamente conosciuta come "Giptocasta" o "Castrum Giptie" (castra era il termine usato dagli antichi romani per indicare fortificazioni militari ed accampamenti).

Giunti in Italia quasi contemporaneamente ma per strade diverse questi gruppi costituiscono il substrato storico più antico. In linea di massima i Sinti conducono una vita seminomade mentre i Rom sono prevalentemente sedentari.

Dai primi gruppi storicamente attestati discendono le popolazioni zingare ormai sedentarizzate nelle diverse regio-

ni italiane (Rom abruzzesi e molisani, napoletani, campani, cilentani, lucani, calabresi, pugliesi e i Camminanti siciliani), che assommano a oltre 40.000 unità; e i circensi (Sinti dell'Italia centro-settentrionale), anch'essi intorno alle 40.000 presenze.

Dopo la prima guerra mondiale sono arrivati in Italia, provenienti dall'Europa orientale, i Rom Harvati, Kalderasha, istriani e sloveni, riconosciuti anch'essi come cittadini italiani e stimati intorno a 8.000 presenze.

Un terzo gruppo è arrivato in Italia negli anni '60 e '70, in seguito a una grossa emigrazione dall'Est europeo verso i Paesi più industrializzati: Rom Khorakhanè, musulmani provenienti dalla ex-Iugoslavia meridionale (Cergarija, Crna gora, Shiftarija, Kaloperija), Rom Dasikhanè, cristiano-ortodossi di origine serba (Rudari, Kanjiaria, Mrznarija, Busniarija, Bulgarija) e Rom rumeni; in tutto circa 30.000 unità.

Un ultimo importante esodo è in corso dal 1989, in seguito al crollo dei regimi comunisti nei Paesi dell'Europa dell'Est e alla guerra nella ex-Iugoslavia. Dal 1992 al 2000 in Italia si stima siano arrivati circa 16.000 Rom, che si sono sparsi su tutto il territorio nazionale.

Dalla metà del XVI secolo sino al XVIII una grande quantità di bandi furono emessi contro di loro.

Non esistono studi storici sugli Zingari nel 1800, ma sicuramente furono numerosi i Sinti nomadi che usavano, e usano tuttora, svernare nelle città per riprendere con la bella stagione la loro attività nello spettacolo viaggiante. Sempre più numerosi anche i Rom, fra i quali i Rom abruzzesi, che da una consuetudine di vita seminomade passavano ad una residenza più o meno stabile.

Dopo l'abolizione della schiavitù degli Zingari in Romania avvenuta intorno metà del secolo scorso una nuova ondata migratoria attraversa l'Europa e, naturalmente, investe l'Italia in modo

significativo con il progressivo arrivo di Rom Kalderasha e Lovara. Questi Zingari che, in base ad una classificazione usata per studi di natura linguistica, sono definiti "danubiani" giungono in Italia solo all'inizio del secolo, dopo aver soggiornato anche in altri paesi est europei come l'Ungheria e la Serbia. Da allora essi vi dimorano in modo stabile essendo divenuta la loro nuova "patria" ed avendone acquisito la cittadinanza. I Rom "danubiani" sono quelli che ancor oggi osservano più di altri antiche tradizioni; il contatto con la società gagè ha intaccato il loro modello sociale in misura assai minore di quanto è avvenuto per altri gruppi e questo è dovuto soprattutto all'abitudine di non soggiornare troppo a lungo in uno stesso luogo.

Tale stile di vita sembra però attraversare molto rapidamente una fase di cambiamento con la ricerca di una maggiore stanzialità. Non di rado la mobilità dei Rom "danubiani" oltrepassa i confini nazionali e si esplica attraverso un pendolarismo motivato da ragioni economiche e familiari tra l'Italia ed altre Nazioni o Continenti. Intere comunità, ancora nel recente passato, dopo aver soggiornato in Italia alcuni anni, hanno scelto di stabilire la propria residenza in altri paesi.

Dalle prime migrazioni, che si collocano tra il XIII ed il XV secolo, discendono le popolazioni zingare che ancora oggi abitano molte delle regioni italiane. Si tratta dei Rom, che vivono prevalentemente nelle regioni del sud e del centro Italia e dei Sinti, tradizionalmente presenti nel nord Italia. La loro consolidata presenza sul territorio ha dato origine alla classificazione di tipo toponimico a cui essi stessi fanno riferimento per designare il gruppo di appartenenza: Sinti Piemontesi, Lombardi, Veneti, Marchigiani, ecc. e Rom Abruzzesi, Calabresi, ecc.

Già negli anni '60 era cominciata l'immigrazione dei Rom dall'Est, soprattutto dalla Iugoslavia, fattasi nei decenni successivi sempre più massiccia, e con essi da una parte l'aggravarsi

di fenomeni di esclusione e di rigetto, dall'altra l'avviarsi in Italia del dibattito sulla questione della sosta degli zingari.

A parziale soluzione dei problemi prodotti dalla presenza di questa minoranza alcune Regioni italiane si sono dotate nel corso degli anni di una legislazione a tutela dei Rom e dei Sinti. Tra le altre la Regione Lazio che nel 1985 emanò la Legge Regionale n. 82 "Norme in favore dei Rom"; anche se si è dovuto aspettare dieci anni per vedere realizzati i primi insediamenti attrezzati.

Sul numero di insediamenti e di presenze effettive i dati ufficiali non sono mai stati certi; gli uffici dei comuni non inviano i dati in loro possesso ad alcun ente di raccordo.

Bisogna, inoltre, considerare quegli zingari, quasi esclusivamente Lovara e Rom abruzzesi, che vivono in appartamenti e i Sinti che in genere vengono censiti solo parzialmente in quanto la maggior parte si sottrae al rilevamento, ritenendolo una misura discriminatoria perché sono tutti cittadini italiani.

In base alla nostra esperienza, come sempre succede quando si cerca di "contare" gli zingari, i dati che ne emergono sono puramente indicativi e questo sia per quanto riguarda il numero di insediamenti totali, sia la precisione dei censimenti campo per campo.

Nell'ordinamento italiano il concetto di minoranza è legato a quello della peculiarità linguistica e trova il suo fondamento nell'articolo 6 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela con apposite norme le minoranze linguistiche". Alle minoranze linguistiche presenti nel nostro Paese non è, peraltro, riservata alcuna protezione specifica e viene lasciata all'iniziativa delle singole Regioni la possibilità di realizzare programmi di intervento nel settore della promozione culturale.

Da sempre, in Italia, il rapporto tra i nomadi e la volontà legiferante è segnato da un'ambiguità insanabile: se la popolazione zingara sia da considerare minoranza etnica stanziale o se, invece, non la si debba assimilare alla categoria confusa ed eterogenea degli stranieri extracomunitari presenti sul territorio dello Stato.

Tutela della salute per Rom e Sinti e normativa: l'esempio della Regione Lazio

In ambito sanitario, la regolamentazione dell'accesso all'assistenza medica da parte dei Rom e Sinti (nomadi) è stata in questi anni vaga e disarticolata; e, soprattutto, è mancata una chiara politica sanitaria che mirasse a garantire alla popolazione zingara il diritto alla tutela della salute, diritto peraltro riconosciuto dalla Costituzione italiana (art. 32) a tutti gli individui, senza distinzione di razza, religione e cittadinanza. In mancanza di un quadro legislativo nazionale che regoli in modo specifico il diritto alla salute per Rom e Sinti, qualora non fossero cittadini italiani, si fa riferimento alla normativa sull'immigrazione, includendo gli zingari nella categoria più generale degli stranieri. La legge quadro sull'immigrazione n. 40/1998, confluita con DL.vo n. 286/1998 nel Testo Unico (TU), ha reso possibile l'accesso ai servizi sanitari a tutti gli stranieri extracomunitari, ma possibilità d'accesso non significa automaticamente fruizione delle prestazioni. Una legge può garantire un diritto a livello legale, ma perché questo diventi reale è necessaria un'adeguata politica sanitaria. E dal momento che l'efficacia di una politica sanitaria è strettamente legata alla capacità di rilevare i bisogni sanitari della popolazione di riferimento, è indispensabile una corretta e costante rilevazione del bisogno sanitario degli immigrati e nello specifico degli zingari. Ma, la scarsa considerazione delle necessità specifiche di questi particolari utenti rende spesso difficile, per loro, l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari.

La mancanza di dati omogenei di livello nazionale ed il ruolo centrale svolto dalle Regioni in termini di politica sanitaria ci spinge a prendere a titolo esemplificativo, per necessità di trattazione, una specifica regione, la Regione Lazio.

Quanto di seguito descritto è applicabile alla maggioranza delle Regioni italiane, fatta eccezione per alcune esperienze innovative quale quelle della Regione Toscana e del Programma "Città sottili" a cui sarà dedicato una particolare sessione del presente lavoro nel capitolo delle buone pratiche..

Come già detto, considereremo, di seguito, le iniziative legislative prese dalla amministrazione della Regione Lazio in materia di assistenza sanitaria alla popolazione nomade presente.

La legislazione regionale del Lazio a tutela del popolo zingaro risale al 1985 con la Legge Regionale 24 maggio 1985 n. 82, nata dal lavoro di un gruppo di operatori/esperti sul tema sia del settore pubblico che del privato sociale, e, dalla documentazione a noi pervenuta, non siamo in grado di osservare una particolare attenzione al tema della salute che, in genere, è completamente delegato alla sensibilità e alla disponibilità delle Aziende sanitarie locali (solo in un recente passato il Comune di Roma si è attivato con dei progetti di tutela sanitaria in alcune aree particolarmente degradate e ha supportato economicamente interventi sanitari delle Aziende sanitarie interessate).

La Legge Regionale 82/1985 "Norme a favore dei Rom" così recita nell'articolo 1 relativo agli interventi:

La Regione detta norme per la salvaguardia del patrimonio culturale e l'identità dei Rom e per evitare impedimenti al diritto al nomadismo ed alla sosta all'interno del territorio regionale nonché alla fruizione delle strutture per la protezione della salute e del benessere sociale.

E sul ruolo delle aziende e tutela della salute, nell'articolo 4 stabilisce le competenze della ASL:

L'Unità Sanitaria Locale competente per territorio garantisce al campo di sosta la vigilanza igienica e l'assistenza sanitaria.

Non possiamo fare a meno di notare come sia previsto solamente l'articolo sulla vigilanza igienico-sanitaria dei campi sosta; per quanto riguarda l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche vigono in genere le stesse disposizioni applicate alla popolazione immigrata presente sul territorio regionale. Lo stesso termine vigilanza porta a riflettere e a domandarsi se più che tutelare la salute degli zingari non si miri esclusivamente ad una mera azione di controllo.

Ben più ampio dovrebbe essere l'articolo della legge riguardante la salute e al suo interno si dovrebbero evidenziare interventi specifici per questa popolazione.

La collaborazione con referenti regionali ci ha permesso di analizzare una proposta di legge del marzo 1997 dal titolo "Norme a tutela del popolo zingaro" – in sostituzione della Legge Regionale 82/1985 – che ad oggi, non è approdata alla valutazione del Consiglio regionale e oggi considerata solo alla stregua delle memorie di un lavoro fatto.

È comunque interessante notare l'attenzione agli interventi di natura sanitaria:

Art. 7 "Interventi Sanitari": "Agli Zingari sono assicurate nei presidi pubblici ed accreditate nel territorio in cui hanno abituale dimora le prestazioni sanitarie preventive, curative e riabilitative in rapporto a quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale sul cittadino italiano o sullo straniero".

Le Aziende USL competenti per territorio sono responsabili della sorveglianza igienico-sanitaria di tutti i tipi di insediamenti zingari presenti o co-

munque realizzati ed attivano tutte le procedure necessarie perché l'accesso e la fruizione dei servizi e delle strutture sanitarie sia realmente garantita.

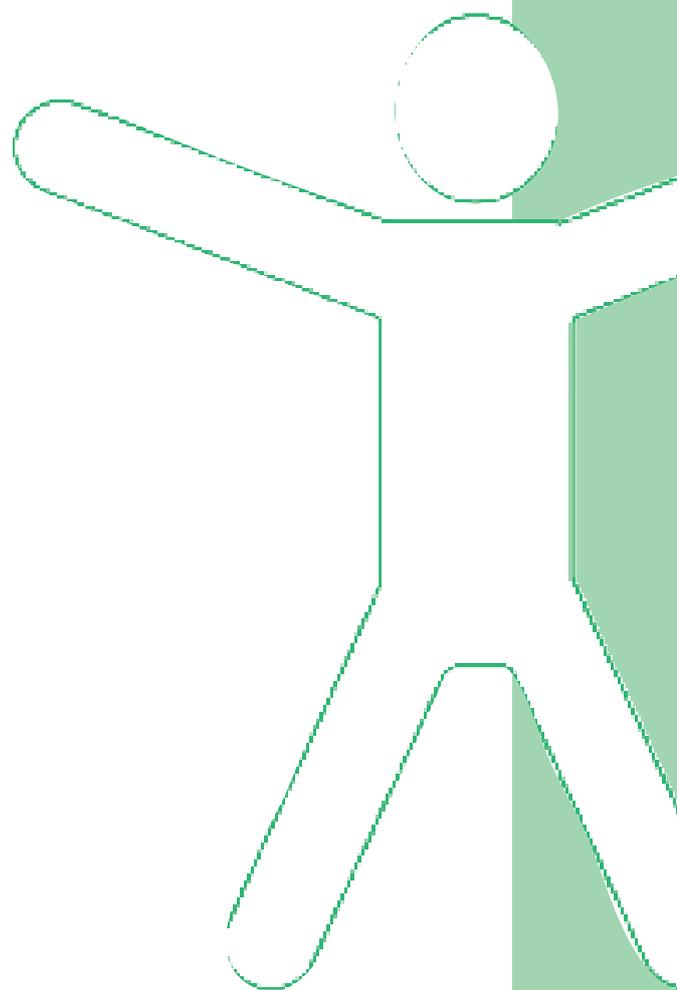
Programmi specifici di promozione della salute, con particolare riferimento alla salute dell'età riproduttiva, della prima infanzia, all'area delle malattie croniche e di quelle infettive, previo il coinvolgimento e la partecipazione delle popolazioni interessate, possono essere attivamente proposte alla Regione dalle Aziende USL, da altre strutture accreditate, da organismi di volontariato. In ogni caso l'Azienda USL territorialmente competente sarà coinvolta nella valutazione dei programmi, nel loro coordinamento e nella verifica degli stessi.

La Regione sulla base di uno studio circa la situazione socio-sanitaria del Popolo Zingaro presente sul proprio territorio, aggiornato annualmente tenendo in considerazione le situazioni ed i problemi segnalati degli organismi che operano con continuità negli insediamenti zingari, periodicamente potrà emanare un bando pubblico per la collaborazione degli organismi di volontariato e del privato sociale con le Aziende USL dove verranno elencate le priorità progettuali di volta in volta individuate.

Da quanto su scritto si deduce una maggiore attenzione e conformità a quanto viene disposto a livello nazionale, e questo, alla luce della normativa attuale, si traduce in benefici legislativi più ampi che non quelli disposti dalla normativa regionale vigente. Inoltre appare del tutto innovativa, rispetto alla legge vigente, la modalità di coinvolgimento delle strutture pubbliche e del volontariato in progetti e programmi specifici di promozione della salute in collaborazione con le strutture sanitarie competenti per territorio.



Rom, salute e servizi. Alcuni spunti per una riflessione



Premessa

Il “Commento” di Patrick Williams e gli zingari “veri”

A nostro avviso, è fondamentale quando si parla di “zingari” partire dalle due grandi indicazioni che Patrick Williams pone alla fine del suo testo *Noi, non ne parliamo. I vivi e morti tra i mânuđ*, scritto nel 1993 e tradotto in Italia quattro anni dopo. Ancora di più se parliamo di zingari e salute, proprio per il fatto che se andiamo a vedere gli errati presupposti da cui partono molti studi a questo tema rivolti (soprattutto di genetica ed epidemiologici)¹ troviamo che essi sono estremamente connessi con tali indicazioni, proprio per il fatto di non prenderle in considerazione.

L'autore scrive come sia ormai inaccettabile la continuazione di due tipi di discorsi sugli zingari. Il primo è quello che fa del zingari una entità esogena; considerandoli come una “minoranza” più o meno esotica, più o meno “denominata”, oppure designandoli come un gruppo sospinto verso i margini delle nostre società, definendolo in termini di “devianza”, di “handicap sociale” ecc.

Il secondo, invece, è legato alle modalità dell'affermazione: poiché non dicono niente, è perché non hanno niente da dire; poiché non sembra essersi niente, è perché non c'è niente.

Una delle osservazioni mosse al tempo all'autore si concentravano sul fatto che egli non avrebbe che descritto le macerie della società e della cultura *mănuș*, che invece il contatto con la nostra non smetterebbe di erodere. Una tale concezione, da una parte,

non prende in considerazione la facoltà creatrice degli zingari, dall'altra invece supporrebbe una sorta di autenticità dell'identità di questo gruppo posta fuori – nel tempo e nello spazio – dalle società in cui gli incontriamo. Al contrario: essi appaiono in seno alle società occidentali, è in esse che si costituiscono.

La questione dei “veri” zingari ci collega immediatamente a quella dell'origine indiana dei Roma, che spesso è foriera di interpretazioni sbagliate e tautologie: “solo la messa in secondo piano dell'origine indiana – scrive Trevisan (2005) – permette di comprendere la resistenza e la persistenza di tutte quelle comunità che, al di là dei diversi etnonimi [autodenominazioni delle differenti comunità], hanno sviluppato una propria visione del mondo, basata soprattutto su una conti-

1 Feder (1993) evidenzia come su *Medline* sotto la voce *Gypsies* un terzo degli articoli (dal 1979 al 1992) sulla “salute” degli zingari siano di genetica. Il peso eccessivo dato a queste indagini porta assai spesso al misconoscimento di altri fattori di rischio come le precarie condizioni abitative, il difficile accesso alle strutture sanitarie e i rischi ambientali di vario tipo. Inoltre la Gropper (1981) fornisce una lettura critica sulle ricerche genetiche riguardanti gli Zingari. Infatti, dopo aver analizzato il modello matematico su cui si basano gli studi di genetica, evidenzia le difficoltà di una sua applicazione ai diversi gruppi Zingari, per i molti problemi legati ad un accettabile criterio di campionamento delle popolazioni in questione. L'autrice ha anche sottolineato l'incapacità dei ricercatori di trovare soluzioni soddisfacenti a questo problema. Per un commento più ampio si veda P. Trevisan, 2005.

nua distinzione e ridefinizione di sé rispetto al gagio².

Il campo. Spazio sociale d'imposizione

Il contesto dove vivono le persone di nostro riferimento deve essere preso in grande considerazione sia nel soppesare cause ed effetti di situazioni di "malattia" sia nella relazione "operatore-utente". La quasi totalità dei Rom presi in carico nei servizi toscani (ma la cosa si può abbastanza generalizzare per tutta l'Italia) non sono individui che vivono in luoghi "naturali", ma in luoghi imposti, artefatti, situati in zone altamente periferiche e/o interstizi urbani, con poca possibilità di gestione dello spazio: i cosiddetti "campi nomadi"

Come scrive Saletti Salza (2003): "Da un punto di vista emico [quello interno alle persone/gruppo/comunità], lo spazio fisico del "campo nomadi" definisce ed è definito da identità famigliari. [...]. Da un punto di vista

2 Tra i molti esempi che Trevisan riporta, vi è lo studio di P.S. Harper, E.M. Williams e E. Sunderland (1977). Il tentativo degli autori di individuare un campione di "veri" Zingari si scontra continuamente con i risultati ottenuti dagli stessi nella ricostruzione degli alberi genealogici dei soggetti esaminati. Comparando tutti i marcatori genetici analizzati nelle ricerche, si afferma che nessuno può indicare con sicurezza l'origine degli Zingari. Gli autori lo spiegano sostenendo che le diverse comunità presenti in Europa sono ormai eterogenee dal punto di vista genetico, sebbene in molti casi vi siano marcate differenze rispetto alla popolazione locale (non però analizzato, degli Zingari del Galles). Due le ipotesi prese in considerazione per spiegare i dati raccolti. Gli Zingari potrebbero discendere da gruppi ancestrali fra loro diversi, non tutti partiti dall'India, ma questa ipotesi contraddirebbe l'evidenza linguistica e per questo viene scartata dagli Autori. Oppure gli Zingari sono tutti di origine indiana ma qualche comunità ha finito per mischiarsi con le popolazioni locali più di altre provocando una forte divergenza rispetto al patrimonio genetico degli antenati indiani. Il fattore tempo diventa quindi il discriminante per una maggior o minor divergenza fra le varie comunità zingare e per una conseguente maggior omogeneizzazione rispetto alle popolazioni locali fra cui vivono. Il lavoro sui Welsh Gypsies evidenzia un modo scorretto di portare avanti una dimostrazione scientifica poiché, davanti ad un dato in parte discordante dall'ipotesi di partenza (ovvero che gli Zingari vengano dall'India), si trasforma tale ipotesi in dato di fatto non falsificabile, arrivando così ad una dimostrazione tautologica.

istituzionale, invece, il "campo nomadi" definisce un luogo che descrive un'identità non etnica, né culturale ma politica: il "nomade", il "non cittadino" e, certamente, lo zingaro."

Perciò il campo nomadi "diventa un apparato di identità polisemico: nell'accezione familiare cui ci si riferisce utilizzando il termine "campo" si indicano gli individui che si sono trovati a vivere in un certo numero di metri quadrati in modo non del tutto fortuito e accidentale e che si chiamano tra loro e vengano chiamati in modi del tutto diversi" (ibidem).

Lo spazio dell'insediamento rom evidenzia con chiarezza un atteggiamento diffuso: gli zingari sono un popolo da allontanare e da cui allontanarsi. A cui imporre la distanza, anche in termini brutali, e da cui sgomberare strade, incroci ai semafori, città e periferie.

Non c'è in tal senso una strategia precisa ma un insieme di comportamenti e spesso provvedimenti ed ordinanze con cui variamente si opera in maniera appena mitigata dalla presenza di Leggi Regionali di tutela dell'etnia Rom o dall'azione di associazioni di difesa.

Se si riflette sulle localizzazioni assegnate ai campi nomadi, se fosse possibile averle presenti come una sequenza di istantanee o rilievi cartografici, si potrebbero desumere con facilità i parametri adottati; così comuni ovunque da sembrare norme di un'urbanistica all'incontrario, quella che è stata a ragione definita l'urbanistica "del disprezzo".

Le localizzazioni riguardano spesso spazi aggregati a grandi infrastrutture viarie, incerti spazi di conurbazione, confini tra campagna e periferia, salti nel paesaggio, in cui appare difficile anche solo pensare l'inserimento o un processo di formazione dell'insediamento.

L'ubicazione contribuisce nel determinare il fatto che i campi siano i luoghi in cui più forte diviene l'umiliazione

dell'identità del gruppo, più potente il processo disgregativo (Fondazione Michelucci, 1999)³.

La sinonimia zingaro-nomade, diffusa nei discorsi di senso comune, ha contribuito ad edificare nei confronti dei gruppi rom un trattamento differenziale, il cui esito sul piano insediativo ha determinato l'adozione di criteri dettati dal considerare il nomadismo un tratto identitario. Si comprende, quindi, la centralità che la teoria dei nomadi ha avuto in molte leggi regionali proiettate nella creazione di 'aree attrezzate di sosta e di transito', avvalorando la tendenza delle politiche istituzionali a ritenere i gruppi rom e sinti dei soggetti senza fissa dimora o senza patria, verso i quali bisognava intervenire in termini di contenimento.

La stessa dizione 'campi nomadi', ancora oggi impropria e riscontrata all'ingresso di alcuni insediamenti, ignora che l'80% dei rom d'Europa sono sedentari (Piasere 2004: 14).

Stanzialità e mobilità non rappresentano per le comunità zingare due poli contrapposti ma elementi di un continuum, correlati spesso a strategie di sussistenza che mettono in atto una disposizione all'itineranza, scaturita da contingenze storico-sociali o da motivazioni di carattere economico, e non - come si crede - da un nomadismo consustanziale alla loro identità di Rom.

Ed è proprio il "nomadismo", spesso, ad essere individuato come causa di una serie di comportamenti definiti "scorretti" da un punto di vista sanitario, anche laddove le famiglie di riferimento sono sedentarie da molti anni. E' il caso, ad esempio, di molte indagini sulle difficoltà nel fare eseguire le vaccinazioni ai Roma, che arrivano a

tale conclusione pur avendo a che fare con bambini che vivono da sempre in case e frequentano con una certa regolarità la scuola.

Percezione della "salute"⁴

La salute e la malattia come parte del sistema di rappresentazione del mondo

Utilizzare - come qui si andrà proponendo - la prospettiva della ricerca etnografica e dell'approccio antropologico trova pienamente il suo senso se non ci fermiamo solo all'aspetto "estetico" della ricerca, all'aspetto dunque che vede nell'altro qualcosa da conoscere⁵, ma abbracciamo anche la questione "pratica". Una concezione come questa, mira al fruttuoso incontro fra il conoscere e il fare, e pensa al "lavoro antropologico come incontro fra pratiche culturali e la nostra pratica come assunzione di responsabilità all'interno di quella nozione di cultura come *humanitas* di cui parla Gadamer" (Sobrero 1999: 18). Non si allude qui a nessuna "militanza" politica, ma alla valenza che determinati risultati di una ricerca possono avere una volta applicati al reale.

Raymond Masse' (1992) ha messo in evidenza come l'antropologia medica e l'epidemiologia, pur utilizzando metodologie quasi opposte, abbiano cominciato a collaborare proficuamente (in Canada) al fine di elaborare programmi di prevenzione e promozione della salute. Ciò è stato possibile rielaborando criticamente alcune assunzioni di fondo che non permettevano un approccio anche di tipo interpretativo nel determinare le variabili considerate fondamentali per la ricerca epidemiologica. E' necessario infatti tenere conto del ruolo centrale giocato dalle determinanti socio-culturali nella configurazione dei modelli eziologici riguardanti i problemi di salute, o ancora ridefinire l'opposizione salute/

3 A tale proposito è importante purtroppo ricordare come siano proprie anche degli zingari di molta parte dell'Europa quelle che variamente sono state definite "sociopatie da ghetto", tipiche di situazioni di accorpamento sociale coatto (si tratta di alcoolismo, astenia, obesità diffusa e purtroppo in maniera crescente, di tossicodipendenza).

4 Nel trattare di questo tema faremo ampiamente riferimento ai testi di Paola Trevisan del 1995, 1996 e 2005. Cogliamo anche l'occasione per ringraziare la bellissima disponibilità dell'autrice.

5 Si veda A. Sobrero (1999), da cui questa espressione è ripresa (p. 18).

malattia secondo un approccio emico che parta da concetti, conoscenze e rappresentazioni elaborati dal gruppo in questione.

Proviamo, dunque, a dare alcuni spunti di riflessione.

Rom, malattia e gage

La strategia di sopravvivenza implicita nel modo in cui i Rom si autorappresentano in maniera positiva rispetto ai Gage e il modo in cui e' vissuto l'evento malattia sembrano essere strettamente correlati.

Conferma di ciò e possibile averla considerando il fatto che il gruppo minoritario e' in grado di formulare criteri ben precisi per l'auto-attribuzione di identità nel costante tentativo di rimarcare i confini etnici rispetto alla società dominante. Scrive a tale proposito la Okely (1983) sui Travellers:

"...gli Zingari mantengono precisi confini etnici. [...] La loro identità etnica e le loro credenze non sono né passive né costruite casualmente, ma danno luogo ad un sistema coerente che, affermano come pratica quotidiana, rinforza e riflette i confini tra Zingari e Gage".

Bisogna infatti tener conto che gli Zingari devono costantemente entrare in contatto con i Gage per la propria sussistenza, i Gage da parte loro hanno un atteggiamento verso di essi che va dalla stereotipizzazione discriminatoria ai tentativi di assimilazione, programmata senza tener conto delle persone a cui dovrebbe venir rivolta.

Secondo la Okely (1983) il problema del rimarcare la differenza dando all'appartenenza al proprio gruppo una valenza positiva viene affrontato quotidianamente seguendo un complesso sistema di regole di "evitazione" che permettano di rimanere Zingari in un mondo di Gage. I Gage e i luoghi da essi frequentati sono considerati impuri e quindi contaminanti per il Rom, ma, vista la inevitabile stretta convivenza, e' particolarmente importante mantenere incontaminato almeno

l'interno del proprio corpo che corrisponde simbolicamente alla più intima identità Rom.

Non tener conto delle regole che permettono di ribadire l'opposizione interno/esterno rispetto al corpo e quella parallela fra Zingari e Gage significherebbe, per il gruppo minoritario, non essere più in grado di asserire la propria identità.

Tanto l'esterno del corpo può presentarsi "sporco" quanto e' necessario che tutto quanto vada all'interno sia ritualmente "pulito".

I Gage, d'altro canto, sono considerati ritualmente impuri per definizione in quanto non-Zingari e vengono accusati di non fare alcuna differenza tra esterno ed interno del corpo mancando quindi a quelle che secondo i Rom sono le basilari regole di pulizia.

D'altra parte, vi e' spesso la preoccupazione delle istituzioni addette alla tutela della salute e al controllo del territorio che continuano a rilevare lo stato di disagio di questa popolazione presentando dati allarmanti che sottolineano i fattori di rischio a cui e' costantemente sottoposta. Lo stretto legame che, secondo i Gage, unisce gli Zingari, sporcizia e malattie e' stato evidenziato da Piasere (1991).

E' proprio su quest'immagine della salute o, per meglio dire della mancanza di salute degli Zingari che è opportuno riflettere: nessun Rom riconosce il proprio gruppo come particolarmente soggetto a malattie o disturbi rispetto ai Gage ed ogni accenno alla vita media molto bassa suscita reazioni di aperta ostilità. Dire davanti ad un Rom che il suo gruppo e' soggetto ad un certo tipo di malattia e fare esplicito riferimento all'età presunta in cui si può morire e' considerata una grave offesa, quasi un voler rendere reali tali disgrazie con il solo nominarle esplicitamente.

Ma attenzione, quello della bassa aspettativa di vita riguardo gli zingari è un dato assai controverso, seppure

comunemente accettato. Ancora Trevisan (2005) ci fa notare come sia lo studio di J.D. Thomas (1988) alla base di questa assunzione, sebbene l'autore non abbia mai fatto una stima sulla vita media dei soggetti del suo studio (ma abbia dato solo dei riferimenti circostanziati riguardo all'invecchiamento) e che proprio quest'ultimo sia partito dalla presa in carico dei membri malati di un'unica famiglia allargata di Kaldereraša di Boston (elemento che è stato del tutto dimenticato). In realtà studi attendibili sulla mortalità di questa popolazione non sono mai stati fatti, nonostante i dati allarmistici che vengono sempre ricordati: la maggior parte delle volte ci si limita ad osservare quanti pochi ultrasessantacinquenni sono presenti tra gli zingari, colpiti al contempo dall'alta natalità (una piramide demografica certo ormai insolita per l'Occidente).

Di pari passo con la negazione di essere un gruppo a rischio i Rom possono pensare che sia la salute dei Gage ad essere in pericolo soprattutto a causa della frequentazione eccessiva con i medici e del ricorso continuo ad esami ed accertamenti vari. D'altra parte il comportamento sessuale dei Gage, estremamente disinibito fin dall'adolescenza, è giudicato pericoloso perché possibile causa di malattie, come l'AIDS, che fra i Rom, viene sottolineato continuamente, e' del tutto assente. Poi, a dispetto di un comportamento sessuale ritenuto osceno, i Gage sono deficitari per quanto riguarda le capacità riproduttive, ridotte al minimo; tutto l'opposto quindi di ciò che accade tra i Rom dove la salute (e la fortuna) sono strettamente correlate al numero di figli.

Questa auto-referenzialità del concetto di rischio richiede una comprensione della rete di significati che sottende l'opposizione salute/ malattia e nello stesso tempo una focalizzazione del rapporto Zingaro-Gago a cui sembra strettamente interrelata.

Molti lavori antropologici hanno evidenziano la centralità, per la soprav-

vivenza stessa degli Zingari, della riaffermazione di quei confini simbolici che dividono il proprio mondo da quello dei Gage.

Ce ne dà ampia testimonianza la Sutherland nel corso delle sue ricerche sui Kalderasa e Macwaja della California *In The body as a social symbol among the Rom* (1977) l'antropologa analizza le teorie sul corpo e il concetto di 'impurità' nelle comunità rom, connettendolo alla creazione di un simbolismo fondato sull'opposizione somatica tra parti pure e impure, che regola i rapporti con il mondo dei gage e sostanzializza un'identità di gruppo. Il testo *Gypsies: the hidden Americans* (1975) offre un'articolata spiegazione delle modalità attraverso cui i Rom utilizzano il concetto di 'impurità' per costruire il proprio ordine sociale e morale, contrapponendolo a quello dei gage. Sono riportate numerose testimonianze sulla pericolosità di alcuni spazi pubblici ritenuti impuri; l'ospedale è uno dei luoghi considerato maggiormente a rischio, in quanto associato ad una percezione della malattia quale massimo grado di 'impurità'.

Lo stato di salute/malattia è strettamente dipendente dalla concezione del corpo che, nella visione dei rom, si compone di una parte pura - dalla vita in su - e di una parte impura - dalla vita in giù - ritenuta responsabile della comparsa di molte malattie, soprattutto contagiose. Inoltre, molte patologie sono attribuite non soltanto a questa incapacità di mantenere separate parte alta e parte bassa del corpo ma anche ad una sorta di opposizione fortuna/sfortuna, ritenendo che un comportamento sociale non consono alle regole del gruppo possa scatenare nell'individuo responsabile di aver infranto tali norme, un generale stato di sfortuna, manifestato dalla comparsa di una malattia. In *Gypsies and health care* (1992) l'autrice evidenzia come il concetto di malattia presso i rom scaturisca da una rappresentazione della vita e della morte, dalle relazioni che essi instaurano con

i gage e da tutti quegli aspetti della quotidianità, quali la pulizia, il cibo, la maniera di vestirsi, compresi all'interno di questa cosmovisione. Secondo l'autrice, le malattie possono raggrupparsi in due categorie: quelle che provengono dal mondo dei gage e quelle interne al gruppo, considerate risolvibili attraverso il solo intervento delle romni più anziane. Talvolta, tuttavia, questa distinzione non sussiste e si ricorre ad ogni possibile rimedio per superare lo stato di malattia.

Anche Dick Zatta (1988) riprende il problema della riproduzione culturale del gruppo e dei confini simbolici fra Zingari e Gage. Tra gli Slovensko Rom, è la parola gadno, (osceno, disgustoso, ripugnante), che ci serve come traccia per capire come vengano tenuti distinti i due mondi; con questo termine i Rom sottolineano una contrapposizione non solo fra ciò che è ritenuto commestibile ma anche nei comportamenti sessuali e nella condotta verso i propri morti sempre rispetto ai Gage.

Dunque, Il concetto di contaminazione risulta essenziale per comprendere come i Rom preservino la loro identità immersi come sono in una natura che risulta essere l'altra parte dell'umanità rispetto a sé.

Ospedali, farmaci, medici e santi

Molti autori (Okely, Piasere, Zatta) sono concordi nell'evidenziare come per gli Zingari sia particolarmente pericolosa la frequentazione di luoghi dove non è possibile attuare un controllo effettivo su tutto ciò con cui si viene in contatto poiché non si può stabilire se i Gage li abbiano contaminati con comportamenti ritenuti sconvenienti (tali sono ad esempio ristoranti, gabinetti pubblici, etc.).

Fra questi vi è sicuramente l'ospedale nel quale, per giunta, le persone muoiono e le donne vanno a partorire, due momenti critici ed altamente contaminanti.

L'ospedalizzazione infatti implica una perdita di controllo sul proprio corpo, sulla propria vita e soprattutto sulla propria identità risultando quindi, per gli Zingari, un momento particolarmente drammatico.

I Rom riconoscono l'efficacia potenziale dei farmaci, però il loro utilizzo è sempre considerato pericoloso in quanto completamente sotto il controllo dei Gage ed in particolare dei medici, considerati figure estremamente ambigue.

I Rom si lamentano spesso che le medicine loro prescritte "non funzionano" (ovvero non ottengono l'effetto desiderato) perché i medici non sono in grado di capire cosa sia adatto al loro corpo, dimostrando così di non essere sufficientemente bravi nel proprio lavoro.

L'ingestione di sostanze interamente manipolate dai Gage è sempre potenzialmente un rischio; nulla per esempio viene controllato più accuratamente della data di scadenza delle medicine, anche dai Rom analfabeti. Perfino quando conoscono personalmente il medico che somministra loro i farmaci non accettano volentieri confezioni già aperte, anche se gratuite, sia perché temono possibili manipolazioni, sia per la paura che persone malate ne abbiano già fatto uso.

Sembra – come afferma Paola Travisan – che queste paure espresse quotidianamente dai Rom diano voce al timore di essere annullati culturalmente, ancor prima che fisicamente, dai Gage.

I Rom sembrano in qualche modo voler controllare l'assunzione di farmaci, sia direttamente cercando di gestire in prima persona la quantità di medicine da prendere, anche contro il parere del medico, sia in modo indiretto continuando ad utilizzare una medicina che ha funzionato, senza accettare alcun cambiamento che riguardi la forma o il colore della scatola, così come la quantità complessiva o la casa far-

maceutica nonostante l'identica composizione chimica del farmaco.

I Rom che riconoscono la cronicità delle proprie patologie tendono periodicamente a diminuire la quantità di farmaci che dovrebbero giornalmente utilizzare perché, anche nel caso li si riconosca come indispensabili, la loro assunzione illimitata nel tempo è segno di una situazione di sfortuna senza rimedio. Tali persone sono però molto attente alla sequenza in cui devono venir prese le medicine, avvertendo come pericolosa ogni inversione nell'ordine dell'assunzione (anche nel caso il medico non ritenga questo particolarmente importante).

È proprio la figura del medico a essere sentita come profondamente ambigua, poiché se da una parte può somministrare le medicine giuste, dall'altra è quotidianamente in contatto con le malattie e la morte.

Molta paura suscitano gli interventi chirurgici, che vengono affrontati solo quando il malato e la sua famiglia si convincono della gravità della situazione ossia del pericolo di morte. Ciò che spaventa in questi casi è il controllo completo esercitato dai medici sul corpo del paziente Zingaro senza che vi sia possibilità di mediazione: un corpo che viene aperto ed esposto così al mondo dei Gage.

Se i medici sono ritenuti troppo vicini alle malattie e alla morte per potersi contrapporre efficacemente da soli, non per questo si evita indiscriminatamente di farvi ricorso. Quando si ritiene che la situazione sia grave si cerca di verificare diagnosi e terapie portando il malato da più servizi, sottoponendolo a svariate visite in modo tale da mettere alla prova i medici.

Nella lotta contro la malattia e la morte i medici, e più in generale le istituzioni preposte alla tutela della salute, occupano quindi uno spazio delimitato, mentre ad altre figure, sempre Gage, ci si rivolge con atteggiamenti ed aspettative completamente diverse.

Sono infatti i guaritori Gage o, come vengono chiamati dai Rom, i devlora o "santi", ad essere interpellati con atteggiamento di completa fiducia per questioni di fondamentale importanza fra cui la malattia.

Possiamo dire infatti che la malattia, per i Rom, rientra in una categoria di eventi più ampia, la sfortuna, che può coinvolgere molti aspetti della vita di una persona e della sua famiglia.

Ciò che accomuna malattia e sventura è il fatto di rispondere ad una serie di interpretazioni simili; infatti entrambe indicano una rottura nell'ordine consueto degli eventi: "Si sa che dopo la vita, c'è la morte, ma il passaggio dall'una all'altra è sempre visto come una cosa inattesa, improvvisa. La morte è la più grande sventura (nesrca) che possa sopraggiungere e, come le altre sventure, può essere avvertita tramite delle premonizioni. Alcune di esse sono riconosciute da tutti i Rom, altre lo sono in una cerchia più ristretta; alcune si riferiscono in particolare alla morte, altre alla nesrca in generale, che può provocare malattie, discordie e la morte stessa" Piasere (1985).

Molti sono i santi (sia uomini che donne) a cui si rivolgono i Rom; essi agiscono tramite il dono ricevuto da Devel (Dio). Grazie a tale dono essi non solo hanno il potere di sconfiggere le malattie ma sono in grado di prevedere come si risolverà una condizione di sventura; non si tratta semplicemente di prevedere nel senso di leggere gli avvenimenti futuri, quanto piuttosto di utilizzare il proprio "dono" e quindi la propria forza affinché la situazione possa evolvere in senso positivo.

Ai santi i Rom si rivolgono per "chiedere un miracolo", ossia la rapida soluzione di una situazione sentita come molto negativa.

Più in generale, possiamo dire che i santi agiscono al fine di ristabilire il benessere della persona non solo rispetto all'evento malattia, ma anche esercitando una funzione protettiva contro possibili disgrazie.

Le parole del santo sono infatti considerate "vere" in quanto frutto della sua capacità di porsi in contatto con il soprannaturale e quindi non necessitano di altre conferme.

Ma quale relazione esiste tra la richiesta di aiuto che viene fatta al medico, e più in generale al S.S.N., e quella che viene fatta al santo?

In molte situazioni si è fatto ricorso ai santi in relazione ad una diagnosi o ad una proposta di intervento sentite come particolarmente minacciose.

Paola Trevisan (1996) riporta un esempio molto significativo⁶: Così Jagoda si è rivolta ad un santo per via del marito che doveva sottoporsi ad una delicata operazione al cuore con l'inserimento di alcuni by-pass. Avendolo convinto a sottoporsi all'operazione, ha finito per caricarsi della responsabilità per quanto sarebbe accaduto; ci racconta di aver sopportato questo pesante ruolo grazie all'aiuto del santo che spesso la rassicurava sulla buona riuscita dell'operazione.

Per quanto riguarda le situazioni di crisi e di angoscia collegate a malattie di particolare gravità i Rom non scelgono tra l'intervento del guaritore e le risorse messe a disposizione dalla biomedicina ma piuttosto chiedono al primo conferma della giustezza ed appropriatezza delle seconde.

Ci troviamo, dunque, di fronte a quello che l'antropologia medica definisce "doppio binario", il ricorso cioè ad entrambi i metodi di cura (uno biomedico e l'altro cosiddetto tradizionale) visti non come due diversi segmenti che si sovrappongono in maniera casuale ma come due modi complementari per affrontare la sofferenza.

I due metodi non hanno in effetti lo stesso campo d'azione, la biomedicina può agire solo sulla parte del corpo ritenuta malata ("disease"), mentre il santo (come le risorse interne al grup-

po dei Rom) agisce ad un altro livello, quello della persona nei suoi molteplici aspetti contestuali.

Sebbene sia difficile trarre delle conclusioni rispetto ad un argomento così complesso, nella maggioranza dei casi analizzati dalla Trevisan (1996), ad esempio, il santo ha avallato l'intervento o l'esame proposto dai medici facendo uscire il malato e la sua famiglia da un'impasse molto dolorosa, dovuta all'incapacità di decidere sul da farsi.

La relazione "utente"-operatore: l'approccio con cui si "incontra"

Il lavoro di Van Cleemput (2000), che parte da un'analisi dei dati disponibili sulla salute dei Travellers in Gran Bretagna, è importantissimo per capire le difficoltà che le persone di questa popolazione devono affrontare per entrare in contatto con i servizi per la salute. Tra i più importanti elementi che l'autore mette in evidenza (ed estendibili a noi): 1. La maggior parte delle aree sosta attrezzate sono poste in luoghi malsani e pericolosi; 2. Gli atteggiamenti di rifiuto sperimentati quotidianamente dalla comunità zingare anche in relazione alla discriminazione da parte degli operatori dei servizi socio sanitari e ospedalieri; 3. Il fatto che essi hanno una diversa concezione della malattia e della sua pericolosità.

Da parte sua, Cemlyn (1995) solleva una questione davvero interessante, ovvero l'incapacità della società maggioritaria (e degli operatori sociosanitari in particolare) di riconoscere nelle politiche sociali adottate dallo Stato, una delle cause che concorrono a quella mancanza di salute o addirittura a quelle situazioni di negligenza e di abbandono dei propri bambini, di cui spesso vengono accusati i genitori zingari.

Il Rom Rights dedica il numero 3-4 del 2004 all' Health care sottolineando in più contributi le situazioni di discriminazione e pregiudizio a cui i Rom sono

6 La stessa situazione è stata riscontrata anche da altri autori, come da Dick Zatta tra gli Slovensko Rom.

sottoposti e le "barriere" nell'accesso ai servizi.

Questi accenni ci sono utili per inquadrare la complessa cornice all'interno della quale si ritaglia, poi, la relazione "utente-operatore". Incontrare una persona nei suoi luoghi "naturali" di vita, in una struttura pubblica (un servizio, un dormitorio ecc.) o in un ufficio, non è la stessa cosa. Il contesto contribuisce enormemente a strutturare la relazione ponendo già alcuni limiti, e alcuni ostacoli non solo da oltrepassare, ma ancor prima da saper individuare e capire. Questo elemento, a volte, sfugge e si tende a inquadrare la persona, a valutarne le azioni e a "giudicarla" entro quelle cornici che il contesto aveva imposto, dando delle coordinate abbastanza precise alla relazione stessa.

Ancor più difficile la posizione dell'assistente sociale, vista attraverso questo filtro del "contesto". Qui siamo completamente fuori dalla quotidianità, con due persone di cui una (l'assistente sociale) che spesso non ha alcuna esperienza concreta della realtà, della vita quotidiana che le persone vivono. È un incontro fra due "mondi", dove però è assai raro che si riconosca a quello dei Rom d'esser portatore di senso al pari del nostro. Il punto cruciale è qui.

Quando parlando del lavoro dell'operatore sociale si fa riferimento anche a categorie come quelle del "coinvolgimento" e del "mettersi dal punto di vista dell'altro"⁷, il rischio è che ciò rimanga solo un intento, notevole, ma che non trova poi un effettivo riscontro col reale. Questo perché "mettersi dal punto di vista dell'altro" non solo è un'operazione difficilissima, ma soprattutto perché ne presuppone delle altre, assai poco prese in considerazione:

1. tentare di conoscere il suo (quello dell'altro) mondo quotidiano (cercare di comprenderlo o, almeno, rispettarlo), non solo la sua biogra-

fia così come può essere raccontata davanti a un tavolino;

2. partire dal riconoscimento che è un punto di vista dotato di "senso"; cioè, capire/comprendere e accettare possibilità collettive di altre "logiche" di senso con cui interpretare e affrontare i fatti della vita.

Le risposte che una persona facente parte di una collettività ha maturato possono essere anche molto diverse da quelle in qualche maniera "previste", ma non debbono per questo essere ritenute insignificanti o non prese in considerazione perché non riusciamo a dai loro senso. Anzi, il "trucco" – mi si passi la terminologia – sta proprio in questo: cercare di capirle queste risposte, cercare di comprenderle per poi lavorare insieme proprio attraverso di esse.

Spesso quando in ambito di Servizio Sociale a livello teorico si parla dell'incontro con l'Altro, lo si fa intendendo quest'ultimo come categoria filosofica/psicologica, ma mai in senso culturale così come proprio dell'antropologia.

La persona che si ha di fronte – o meglio, per riprendere certi approcci, accanto ha elaborato – collettivamente e soggettivamente –, a partire da esperienze di vita e pratiche, una "visione del mondo", letture della realtà, tipologie di "relazioni" col mondo circostante; ha costruito – sempre all'interno del gioco collettivo – luoghi simbolici che poggiano su significati culturalmente condivisi da questa collettività.

Se l'operatore socio-sanitario considerasse in primis tutto questo e cercasse di avvicinarvisi, probabilmente i rapporti con gli "utenti" Rom "salterebbero" un po' meno e il senso di disagio dell'operatore stesso diverrebbe affrontabile.

L'operare dentro la relazione, dunque, deve essere continuamente sollecitato da uno spostamento continuo del punto di vista, per sostanzarsi in un dialogo fra due orizzonti.

⁷ C. Landuzzi, G. Pieretti (2003: 24).

Riprendendo quanto detto fin ad ora nello scritto, concludiamo con altri brevi esempi di "significazione" diversa⁸:

Fra i Rom le donne parlano del loro malessere o in termini di "ansia" o in termini di "nervoso e arrabbiatura". Quando le romnja parlano di "nervoso", parlano di uno stato di tensione interiore dovuto ad un'arrabbiatura o alle preoccupazioni familiari, visto le molte responsabilità che gravano sulle donne. Tutto ciò finisce con lo "stancare il corpo" esponendolo a molte malattie.

L' "ansia" e' la conseguenza diretta di uno "spavento", un episodio forte, visto o vissuto, capace di scuotere una persona fino a farla ammalare. I sintomi più frequenti sono palpitazioni, dolore alla testa, tremori e svenimenti, ma alcune volte tale stato emotivo rende la persona particolarmente nervosa e quindi soggetta a qualsiasi tipo di disturbo (dal mal di denti all'ulcera, all'inappetenza).

Lo spavento può anche essere conseguenza di un incubo che per i Rom corrisponde totalmente alla realtà.

Si ritiene che lo spavento possa essere superato un po' alla volta, dipendendo molto dalla forza di volontà della

8 E' opportuno qui ricordare come negli studi che si occupano di antropologia medica venga utilizzata la triade "illness", "disease" e "sickness", con la quale si e' ottenuta una maggiore sistematicità nell'affrontare temi riguardanti la malattia e la salute, con l'attenzione rivolta anche alle dimensioni emozionali della persona sofferente.

Con "illness"[malessere] si intende lo stato di malessere vissuto dal malato, la sofferenza più o meno accentuata a cui non sempre si riesce a dare un nome; con "disease" [malattia o infermità] si riconosce un'alterazione fisiologica secondo i parametri della biomedicina; con "sickness"[stato di malattia] si intende la malattia come realtà socio-culturale accettata da tutto il gruppo di appartenenza del malato.

persona e dall'aiuto che può ricevere dalla propria famiglia; si deve cercare infatti di distrarre la persona sofferente affinché non pensi continuamente all'episodio in questione.

Nonostante sia più facile per le donne e per i bambini subire spaventi, tale evenienza non si può escludere per quanto riguarda gli uomini.

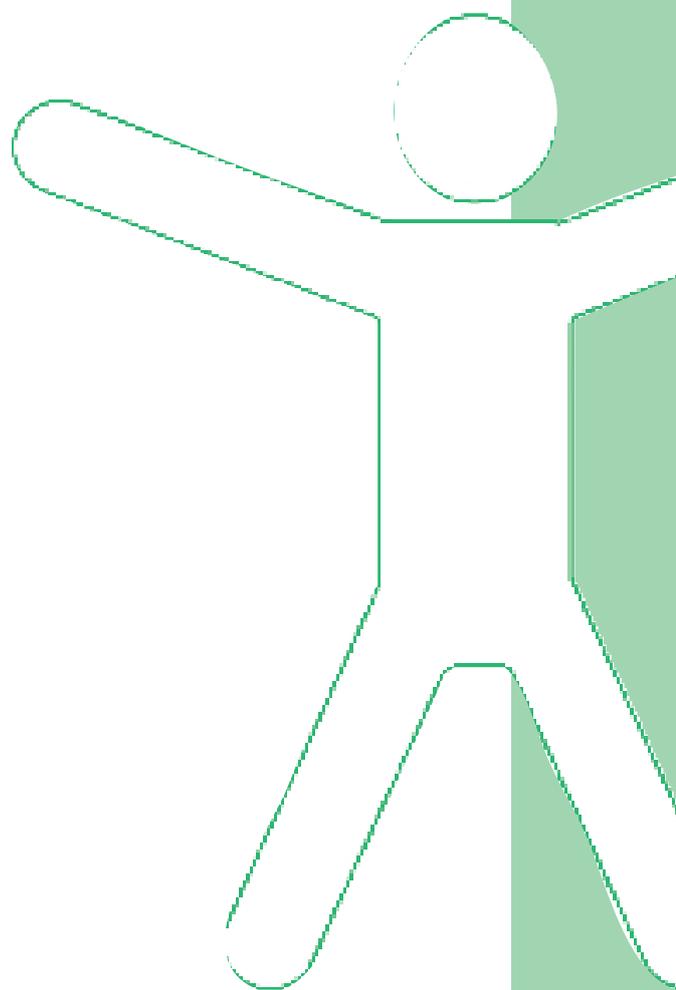
Sia lo "spavento" che fa "ammalare di ansia" quanto il "nervoso" causato dalle preoccupazioni, dalle troppe responsabilità e dalle arrabbiature vengono quotidianamente ridefinite e rielaborate dalle donne diventando così una modalità riconosciuta per dare senso ad eventi dolorosi della propria vita⁹.

Altro esempio particolarmente significativo è il concetto di "prevenzione sanitaria". Spesso viene affermato che i Rom non conoscono la nozione di prevenzione. Se però non ci limitiamo ad includere nell'idea di "prevenzione" soltanto le pratiche ritenute di effettiva rilevanza ai fini strettamente medici, ma invece vi facciamo rientrare ogni atto che per gli zingari riveste valore di scongiuro verso le malattie, allora dobbiamo necessariamente ammettere l'esistenza di una nozione e di pratiche "preventive" (Costarelli 1994). E queste devono essere il punto di partenza, l'elemento su cui fondare un lavoro comune, realmente condiviso.

9 Alcune donne prendono ansiolitici per attenuare i sintomi legati a questi disturbi, pur ritenendo che solo un miglioramento globale della situazione concernente la propria famiglia possa eliminare la causa di questi malesseri (e molto spesso per un cambiamento della propria situazione ci si rivolge ai santi).



Accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione rom



Breve introduzione

Nel momento in cui si affronta il discorso Rom e salute non possiamo non evidenziare il fatto che la maggior parte della popolazione Rom presente in Italia non è cittadina italiana e che quindi a loro si applica la normativa generale per i cittadini stranieri presenti sul suolo nazionale e di conseguenza anche tutte le norme relative all'accesso ai servizi sanitari.

Per lungo tempo in Italia il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stato regolato da un numero altissimo di norme aventi diverso peso specifico: con l'emanazione della L 40/98 (poi T.U. 286/98 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" si è voluto ordinare e dare un'impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro paese.

In seguito altre norme hanno chiarito e precisato questo diritto.

L'impostazione politico-normativa è in generale quella di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema dei diritti e dei doveri per quel che attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni e di pari opportunità con il cittadino italiano.

Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre le cure urgenti anche quelle essenziali continuative ed i programmi di medicina preventiva.

Le principali norme di riferimento

Le principali normative di riferimento in materia socio-sanitaria sono:

- Art 34 T.U. 286/98: assistenza agli stranieri iscritti al SSN.
- Art 35 T.U. 286/98: assistenza agli stranieri non iscritti al SSN.
- Art 42 Regolamento attuativo 394/99: assistenza agli stranieri iscritti al SSN.
- Art 43 Regolamento attuativo 394/99: assistenza agli stranieri non iscritti al SSN.

Come accedere alle prestazioni

Per accedere alle prestazioni gli stranieri devono avere specifici titoli di soggiorno: il permesso di soggiorno (e cedola di rinnovo dello stesso) o la carta di soggiorno. In tale caso gli stranieri hanno esattamente gli stessi diritti di un cittadino italiano;

I permessi di soggiorno hanno indicato anche **il motivo** per cui sono stati rilasciati e non tutti i motivi danno titolo all'iscrizione obbligatoria e gratuita al SSN: i motivi per cui si accede sono: lavoro, attesa occupazione, motivi di famiglia, ricongiungimento familiare, asilo politico, rifugio e richiesta asilo,

motivi umanitari, protezione umanitaria, attesa adozione.

L'iscrizione è volontaria e soggetta ad una tassa nel caso di permesso di soggiorno per motivi di studio.

L'iscrizione porta al rilascio di una **Tessera sanitaria** che contiene i dati della persona iscritta e del medico di medicina generale scelto o del pediatra di libera scelta (per i minori 0-12 anni).

Tale tessera va presentata al momento della prestazione.

Gli stranieri temporaneamente presenti

Gli stranieri che non hanno nessun titolo di soggiorno ma che necessitano di cure mediche possono chiedere il rilascio del tesserino STP (straniero temporaneamente presente).

Le procedure del rilascio del tesserino STP sono di competenza delle Regioni attraverso le Aziende Sanitarie Locali.

La logica che sottende al rilascio del tesserino fa riferimento sia al diritto alla salute di ciascun soggetto comunque presente su un dato territorio sia alla salute della collettività ed all'igiene pubblica.

In ogni caso hanno diritto alle prestazioni sanitarie le donne in stato di gravidanza, le puerpere, i minori; la prestazione è sempre garantita in caso di urgenza.

Se è vero che l'impostazione generale delle norme vale comunque a delineare la volontà di impostare politiche di integrazione volte a garantire pari opportunità di accesso ai servizi sanitari è, soprattutto vero che il possedere il titolo di soggiorno non garantisce, sempre, l'effettiva fruibilità del servizio necessario.

Le ragioni possono essere diverse ed in seguito proveremo a dare loro uno sguardo d'insieme.

Il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e l'utilizzo dei servizi da parte della comunità Rom

Appare opportuno dare un'idea di quella che può essere l'offerta per la salute dei servizi del SSN in Italia.

Per quanto qui di interesse giova ricordare che ..."alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità Sanitarie Locali. Attraverso il complesso sistema dei presidi, degli uffici e dei servizi de comuni singoli od associati, i quali in un ambito territorialmente determinato assolvono ai compiti del SSN" Art 10 L 833/1978.

La struttura delle A.USL è pensata al fine di garantire il più possibile l'integrazione territorio – servizio – individuo ed avere un equilibrio tra la dimensione sanitaria e quella sociale.

L'offerta di salute viene erogata attraverso:

- I Distretti sanitari di base.
- Presidi ospedalieri.
- I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

Punti di riferimento importanti delle Aziende USL per i cittadini stranieri ed anche per la popolazione Rom sono:

- I SERT (Servizi territoriali per la Tossicodipendenza).
- I Centri di Salute mentale

A questo aggiungiamo anche i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende

USL che hanno rilevanza per il tema qui trattato.

La popolazione Rom si rivolge a tutti i servizi in modi diversi e per motivi diversi.

Qui di seguito una breve descrizione dei principali servizi socio-sanitari nel nostro Paese.

I distretti sanitari di base costituiscono il primo sistema di risposta ai bisogni sanitari della popolazione e forniscono:

- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- Attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- Attività e servizi rivolti a disabili ed ad anziani;
- Attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- Attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

A volte, spesso nelle grandi città, nei presidi è presente un mediatore culturale (raramente Rom).

Accesso	
Chi	Generalmente donne e bambini
Come	Se la persona non conosce il servizio preferisce essere accompagnata per un primo periodo; gradualmente, attraverso il lavoro di accompagnamento, mediazione, invio, l'accesso diventa autonomo.
Perché	Controlli/esami durante la gravidanza; infezione ricorrenti; contraccezione; interruzione volontaria della gravidanza.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Scarsa conoscenza della lingua italiana parlata e/o scritta	La figura del mediatore linguistico-culturale potrebbe facilitare notevolmente le persone che non conoscono bene la lingua italiana.	Generalmente l'utente Rom arriva al servizio nel momento di urgenza e di crisi/dolore acuto; i suoi tempi quindi sono stretti e necessita di una prima e urgente risposta. La dimensione temporale del servizio è invece molto diversa e più diluita. Anche rispetto alle terapie farmacologiche generalmente la persona Roma fa fatica a continuarla se i sintomi non sono più presenti.
Scarsa comprensione e/o rispetto delle procedure e delle regole di accesso al servizio (es: orari di apertura, appuntamenti)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Offrire maggior spazio all'attività di accoglienza e orientamento. 2 Utilizzare dispositivi di comunicazione semplici e chiari. 	In questo senso sono auspicabili azioni di sensibilizzazione e di informazione sul concetto di prevenzione e di cura, così come azioni di educazione all'utilizzo dei farmaci.

Sembra opportuno dettagliare con due schede a parte l'accesso ai distretti nel caso dell'ambulatorio ostetrico ginecologico e dell'ambulatorio pediatrico.

Distretto Sanitario/Ambulatorio ostetrico/ginecologico

Accesso	
Chi	Donne
Come	Se la persona non conosce il servizio preferisce essere accompagnata per un primo periodo; gradualmente, attraverso il lavoro di accompagnamento, mediazione, invio, l'accesso diventa autonomo.
Perché	Controlli/esami durante la gravidanza; infezione ricorrenti; contraccezione; interruzione volontaria della gravidanza.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Scarsa comprensione della lingua scritta e/o orale	La figura del mediatore linguistico-culturale potrebbe facilitare notevolmente le persone che non conoscono bene la lingua italiana.	<p>Il libretto della gravidanza merita un approfondimento: spesso le donne Rom accedono al servizio richiedendo il rilascio di questo libretto in cui si trovano i certificati e le prescrizioni per tutti gli esami da fare durante la gravidanza.</p> <p>Questa richiesta risulta spesso incomprensibili agli operatori sanitari, dato che in genere le donne non rispettano quasi mai l'iter previsto dal libretto. In effetti questo documento ha per la donna Rom, due principali funzioni: una è relativa all'ottenimento di un permesso di soggiorno per maternità; l'altra è che il libretto ormai è diventato un simbolo di riconoscimento di uno status</p>

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Difficoltà a seguire e rispettare la serie di esami e controlli previsti durante la gravidanza;	La gravidanza è vissuta dalle donne Rom come un evento totalmente naturale e fisiologico; da qui nasce la principale difficoltà a sottoporsi a tutta la serie di esami che prevede il nostro servizio sanitario. E' altresì vero che alcuni esami sono fondamentali, soprattutto quando si presentano gravidanze a rischio, evento purtroppo frequente tra le donne Rom, date le difficili condizioni di vita. In questi casi risulta indispensabile la capacità di decentrarsi nella relazione con l'utente, cercando di concordare e negoziare un percorso condiviso dalla donna. (Ad esempio stabilire insieme di sottoporsi solo ad alcuni esami)	La contraccezione e l'ivg sono gli argomenti più spesso fanno nascere conflitti e incomprensioni tra l'utente Rom e l'operatore. In generale si nota una maggior diffidenza da parte delle donne meno giovani verso i metodi contraccettivi, preferendo non utilizzarli e ricorrendo spesso all'ivg. Le più giovani iniziano a sperimentare i diversi metodi e a pianificare di più le gravidanze. La fertilità e la maternità rappresentano i cardini attorno a cui ruota l'identità e il ruolo della donna nella società Rom; è necessario quindi avvicinarsi a questi temi con gradualità e rispetto delle diversità culturali, sospendendo ogni forma di giudizio. Anche per questi temi sarebbero auspicabili attività di sensibilizzazione e metodologie comunicative più flessibili e creative
Difficoltà a seguire nel tempo una terapia farmacologica	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento monitoraggio	
Difficoltà a comprendere e ad adeguarsi ai tempi ed alle procedure burocratiche del servizio: ad esempio le liste di attesa, i ticket, gli orari e gli appuntamenti diluiti nel tempo		

Distretto Sanitario Ambulatorio pediatrico

Accesso	
Chi	Donne e bambini
Come	Se la persona non conosce il servizio preferisce essere accompagnata per un primo periodo; gradualmente, attraverso il lavoro di accompagnamento, mediazione, invio, l'accesso diventa autonomo.
Perché	Vaccinazioni; malattie dell'infanzia; patologie respiratorie.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Difficoltà linguistiche (scritte e orali)	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio.	Rispetto alle difficoltà linguistiche c'è da dire che la maggior parte delle persone Rom parla un italiano tutto sommato abbastanza fluido, per cui in generale nella vita quotidiana non trovano grosse difficoltà. In effetti gli ostacoli maggiori si riscontrano quando il Rom si rapporta con i servizi e le istituzioni in generale, dato che generalmente gli operatori dei servizi utilizzano un linguaggio molto tecnico ed implicito. In più la modalità principale di comunicazione e informazione avviene attraverso documentazione scritta, che risulta quasi sempre di difficile comprensione per i Rom.
In generale difficoltà nella gestione della documentazione scritta: ad esempio le vaccinazioni pregresse		
Difficoltà a seguire nel tempo una terapia farmacologica, così come a rispettare i tempi relativi alle vaccinazioni pediatriche (richiami)	Le diverse dimensioni temporali (della persona Rom e del servizio) probabilmente rispecchiano le differenti dimensioni culturali relative al concetto di salute/malattia e di conseguenza all'utilizzo del servizio. La persona Rom utilizza il servizio prevalentemente su urgenza. Rispetto al tema della vaccinazioni, lentamente le mamme iniziano a comprenderne l'importanza. E' comunque importante promuovere attività di sensibilizzazione, spazi di confronto con le mamme sul tema vaccinazioni e profilassi.	
Difficoltà a comprendere e ad adeguarsi ai tempi e alle procedure burocratiche del servizio: ad esempio le liste di attesa, i ticket, gli orari e gli appuntamenti diluiti nel tempo		

La popolazione Rom utilizza l'offerta di assistenza sanitario degli **ospedali** soprattutto facendo ricorso al Pronto Soccorso ed alcuni reparti.

Servizio de Pronto Soccorso

Accesso	
Chi	Uomini Donne Bambini
Come	accesso autonomo
Perché	<p>Insorgenza di sintomatologia, aggravamento di sintomi, ricerca di farmaci.</p> <p>Il PS viene però spesso usato in modo improprio per una serie di motivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scarsa conoscenza delle modalità alternative e delle regole cui sottostanno gli accessi ai reparti ospedalieri specialistici causata prevalentemente da difficoltà linguistiche. - Difficoltà a concepire un sistema di cura basato sulla prevenzione e sulla costanza delle terapie con il conseguente crearsi di uno stato di necessità "impellente". - Accesso immediato al farmaco - Il non avere o non utilizzare il medico di base con la sua funzione di diagnosi, terapia e eventuale invio ai centri specialistici. - Chi non è regolarizzato vede il PS come unico sistema di accesso alla cura

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Lingua	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio	Diversi aspetti rendono problematico il rapporto con i sanitari tra questi c'è l'importante ruolo della famiglia nella cura: l'accesso alla cura è spesso seguito da tutto il nucleo familiare allargato, sia come supporto che come organo decisore sulla cura. Questa presenza è motivo di disturbo per il personale sanitario ma il conseguente allontanamento della famiglia crea disorientamento e ansia nel paziente e aggressività, con conseguente conflitto, nei componenti del nucleo familiare.
Differenze culturali sul concetto di salute e cura		
Percezione del pregiudizio e di scarso accoglimento con conseguente insorgenza del conflitto		Le cure prestate al pronto soccorso sono obbligatoriamente occasionali e, anche se necessario, non si ha quasi mai un opportuno proseguimento dei trattamenti. Ogni volta si hanno cure e invii diversi, seguiti a volte solo in parte, a volte per niente, per poi recarsi di nuovo al PS alla ricomparsa dei sintomi. Il personale sanitario tollera mal volentieri quest'uso del PS.

Reparti Ospedalieri

Accesso	
Chi	Uomini e donne
Come	<p>Invio dal Pronto Soccorso</p> <p>Autonomamente per chi già conosce il reparto, passando dal pronto soccorso o presentandosi direttamente da medici conosciuti anche senza appuntamento e fuori dagli orari di ambulatorio.</p> <p>Accompagnati dagli operatori, previo appuntamento, in seguito ad invio da parte dei medici dei distretti o per accoglimento di una esigenza del paziente dopo aver preso accordi con i medici di reparto.</p>
Perché: Medicina Generale	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento di patologie metaboliche (per la maggior parte diabete) con complicanze. - Patologie gastroenteriche acute o con complicanze. - Patologie cardiache.
Perché: Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> - Affezioni delle vie respiratorie - Malattie infettive con complicanze - Cura degli incidenti domestici - Cure neonatali (frequenti nascite premature o con peso non idoneo) - Malattie congenite (spesso non gravi ma che comunque vengono rilevate, alla nascita o entro i primi anni di vita, e che necessitano di indagini particolari)
Perché: ginecologia	<ul style="list-style-type: none"> - Parto - Indagini diagnostiche in gravidanza - IVG
Perché: Psichiatria	<ul style="list-style-type: none"> - Patologie psichiatriche già diagnosticate e in trattamento o alla prima manifestazione (prevalentemente donne con stati depressivi e ansia ma anche uomini con sindromi psichiatriche) - TSO per abuso di alcol o ricoveri per sindromi psichiatriche correlate all'alcolismo

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Lingua		Si tratta principalmente di una difficoltà a capire come funziona il SSN con tutta la sua burocrazia ma anche di accettare le regole di accesso come ad esempio ricordare gli appuntamenti, tollerare le file e le attese.
Difficoltà a capire le modalità di accesso ad un reparto specialistico	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio	
Non consapevolezza del diritto all'accesso		
Differenze culturali sul concetto di salute e cura		Diversi aspetti rendono problematico il rapporto con i sanitari tra questi c'è l'importante ruolo della famiglia nella cura: l'accesso alla cura è spesso seguito da tutto il nucleo familiare allargato, sia come supporto che come organo decisore sulla cura. Questa presenza è motivo di disturbo per il personale sanitario ma il conseguente allontanamento della famiglia crea disorientamento e ansia nel paziente e aggressività, con conseguente conflitto, nei componenti del nucleo familiare.
Difficoltà a capire il concetto di prevenzione e di cronicità della malattia		

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera Scelta

In convenzione con l'Azienda USL vi sono poi gli studi dei medici di famiglia e dei pediatri diffusi sul territorio che svolgono attività ambulatoriale e di visita a domicilio.

Accesso	
Chi: Medico di base	Uomini e donne
Chi: Pediatra	Autonomamente Accompagnati dagli operatori del privato sociale
Come: Medico di base	Autonomamente Accompagnati dagli operatori del privato sociale
Come: Pediatra	Accompagnati dai genitori Accompagnati da genitori ed operatori del privato sociale
Perché	Chi si reca autonomamente del medico di base sente il desiderio di "normalità" ed integrazione allontanandosi dalla logica degli ambulatori "dedicati" agli extracomunitari. Chi viene accompagnato dagli operatori ricerca principalmente una facilitazione di accesso alla cura ed ai farmaci.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Lingua	avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio	
Scarsa consapevolezza del diritto all'accesso a questo tipo di servizio	Occorre capire il ruolo del medico di base all'interno del SSN.	Spesso l'iscrizione al SSN e la scelta del medico di base è sollecitata dagli operatori.

I SERT (Servizi territoriali per la Tossicodipendenza)

I SerT, si occupano di prevenzione, diagnosi e trattamento delle dipendenze attraverso piani terapeutici individualizzati. Il servizio è in genere frequentato dai componenti delle comunità Rom per la dipendenza da alcool e, negli ultimi anni sono sempre di più i giovani Rom che si avvicinano all'uso dell'eroina e della cocaina.

Accesso	
Chi	Uomini
Come	Generalmente il primo accesso al servizio avviene attraverso l'invio da parte di altri servizi; in seguito le persone accedono autonomamente anche se in modo discontinuo.
Perché	Problematiche relative a tossicodipendenza, alcolismo, gioco d'azzardo; spesso la persona è obbligata a frequentare il Ser.T in seguito a problemi con giustizia.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Difficoltà linguistiche (scritte e orali)	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio	Rispetto alle dipendenze il tema motivazione è centrale per il successo di un progetto terapeutico. Nel caso delle persone Rom spesso è proprio questa a mancare sia perché la persona si sente "costretta" a frequentare il Ser.T per motivi legati alla giustizia, sia perché vi è una diversa concezione rispetto all'uso e all'abuso di sostanza, soprattutto per quanto riguarda l'alcol. L'abuso di alcol infatti è molto frequente e diffuso e sono le persone meno giovani che generalmente presentano i problemi più gravi; queste persone sono anche le più difficili da "agganciare". L'abuso di sostanze psicotrope è invece più frequente tra i giovani e sta creando/ha creato anche "danni" maggiori.
Scarsa conoscenza del servizio		
Difficoltà ad instaurare relazioni di fiducia		
Scarsa motivazione o difficoltà a mantenere nel tempo la motivazione a frequentare il servizio		
Difficoltà a seguire le terapie con continuità e regolarità		

Centre di Salute Mentale

I Centri di Salute Mentale offrono attraverso attività ambulatoriali e territoriali pluriprofessionale, interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per la tutela della salute mentale.

Svolgono funzioni di accoglienza, informazione, ascolto ed indirizzo agli utenti ed ai familiari

Accesso	
Chi	Prevalentemente donne.
Come	Se la persona non conosce il servizio preferisce essere accompagnata per un primo periodo; gradualmente, attraverso il lavoro di accompagnamento, mediazione, invio, l'accesso diventa autonomo.
Perché	Patologie legate ad ansia, depressione, disturbi da attacchi di panico.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Difficoltà linguistiche	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio	Generalmente sono le donne Rom che accedono al CSM per sintomi legati a forti stati d'ansia, attacchi di panico o stati depressivi. Per quanto riguarda gli uomini l'accesso al servizio è decisamente minore e legato a patologie molto gravi e conclamate (psicosi, stati confusionali, disturbi bipolari).

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Difficoltà a riconoscere la sintomatologia psicopatologica		Rispetto agli psicofarmaci (ed ai farmaci in generale) esiste un forte passaparola tra le persone Rom; si riscontra infatti un uso spesso improprio dei farmaci più diversi.
Difficoltà di ordine culturale (es: sentimento di vergogna rispetto al manifestare disagi psicologici di fronte alla comunità di appartenenza; paura dell'eticchettamento, soprattutto se riguarda un uomo)		
Difficoltà nella gestione delle terapie farmacologiche, in special modo per terapie a lungo termine		

I Dipartimenti di prevenzione

I Dipartimenti di prevenzione hanno una funzione fondamentale che è quella garantire la tutela della salute collettiva. Tra le molteplici funzioni che assolvono a noi interessa considerare:

- Profilassi delle malattie infettive e parassitarie (per quanto riguarda le vaccinazioni dei bambini Rom).
- La tutela della collettività da rischi sanitari negli ambienti di vita (per quanto riguarda le condizioni igienico-sanitarie dei campi sosta che molto spesso-quasi sempre- sono disastrose).
- Tutela della collettività e dei singoli da rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro (per quanto riguarda la mancanza di sicurezza sul lavoro per i lavoratori stranieri che spesso sono privi di titolo di soggiorno e quindi a rischio "lavoro nero").

Accesso	
Chi	Uomini, donne, bambini
Come	L'accesso è discontinuo e avviene esclusivamente attraverso un accompagnamento della persona
Perché	Profilassi malattie infettive, vaccinazioni.

Per l'utente		
Situazione	Raccomandazione	Note
Difficoltà linguistiche (scritte e orali)		Il dipartimento di prevenzione è un servizio al quale la persona Rom si rivolge saltuariamente; generalmente sotto sollecitazione di operatori sociali o sanitari, in seguito all'organizzazione di campagne vaccinali per malattie infettive (epatite, tbc)
Scarsa conoscenza del servizio	Avvalersi della collaborazione di un mediatore o di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento e monitoraggio.	
Difficoltà a portare a termine e a gestire l'iter delle vaccinazioni		

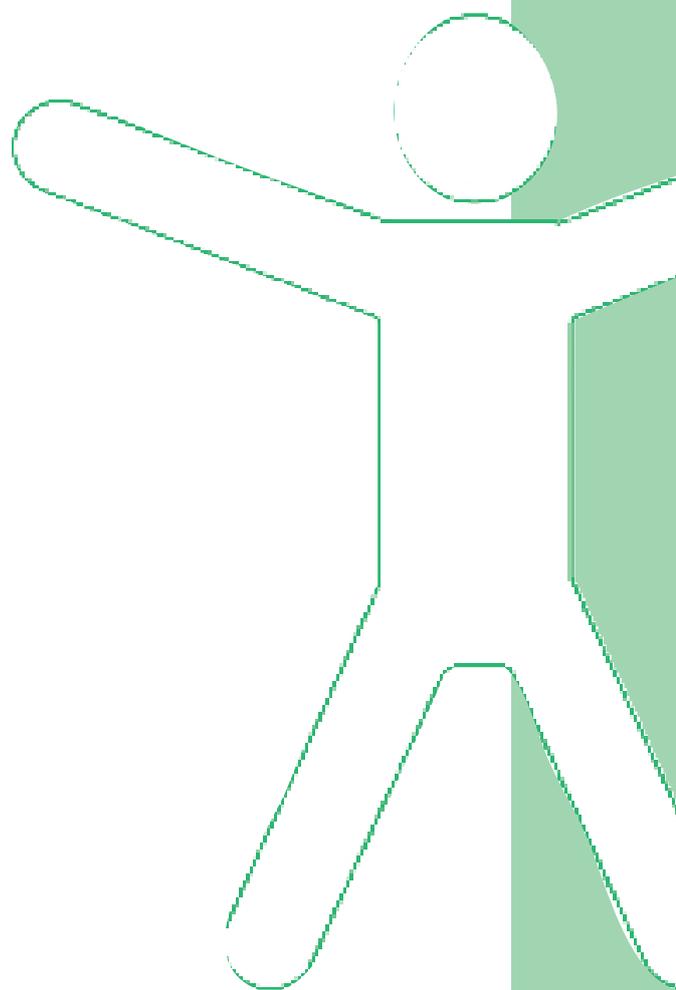
Sembra opportuno, a questo punto, inserire anche una scheda unica anche per l'operatore del servizio sanitario.

Per l'operatore del servizio		
Situazione	Raccomandazione	Note
Scarza conoscenza della cultura Rom e mancanza di conoscenza delle differenze culturali sul concetto di salute	<ol style="list-style-type: none"> 1 Prevedere la figura del mediatore 2 Utilizzare un linguaggio semplice chiarendo sempre il significato dei termini più tecnici. 3 Semplificare il linguaggio della documentazione scritta, integrandola con materiale visivo, figure, disegni. 	Le differenze culturali sul concetto di salute porta soprattutto a diverse consapevolezza e percezione nonché a una diversa manifestazione del sintomo, se non si tiene conto di questo si può avere un'alterata lettura del sintomo ed una conseguente inefficacia della cura
Difficoltà linguistiche che ostacolano il momento dell'anamnesi e le fasi diagnostiche	<ol style="list-style-type: none"> 4 Disponibilità ad ammettere un modo diverso di intendere la salute migliora anche l'efficacia della cura. 5 Accesso flessibile: orari mirati, front-office plurilingue... 	
Difficoltà ad instaurare una relazione significativa per poter sostenere le persone nell'individuare e seguire un iter diagnostico terapeutico efficace	<ol style="list-style-type: none"> 1 Prevedere corsi di aggiornamento e formazione per il personale sanitario 2 Avvalersi della collaborazione di operatori sociali attivi all'interno delle comunità Rom con funzione di accompagnamento, mediazione e monitoraggio. 3 Promuovere attività di sensibilizzazione e di informazione sui temi salute mentale, educazione all'uso di farmaci e psicofarmaci 	La mediazione da parti degli operatori ha incrementato l'accesso ai servizi ed ha permesso un graduale apprendimento delle regole per una corretta fruizione del servizio (prendere appuntamenti e ricordarli, gestione delle prescrizioni mediche, conoscenza delle varie branche specialistiche, etc...)
Difficoltà ad attivare progetti di sostegno personalizzato tarato sui reali bisogni dell'utente anche con l'intervento del privato sociale in convenzione	<ol style="list-style-type: none"> 4 Valorizzare i metodi di cura tradizionali 5 Promuovere attività di sensibilizzazione e di informazione, anche prevedendo incontri per piccoli gruppi, su vari temi (profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni, IVG...) stimolando la partecipazione attiva delle comunità Rom. 	Molti operatori dei servizi sanitari hanno difficoltà a prendere in carico pazienti Rom per la fatica a confrontarsi con loro e per la non condivisione di alcuni aspetti del loro essere.

Per l'operatore del servizio		
Situazione	Raccomandazione	Note
<p>Difficoltà ad entrare in relazione con la donna Rom spesso a causa di atteggiamenti di tipo giudicante e di etichettamento rispetto a diverse tematiche (es: gravidanza, la contraccezione e il controllo delle nascite, l'Ivg...)</p>		<p>Multidisciplinarietà: affrontare lo sviluppo del lavoro trasversalmente considerando l'approccio multidisciplinare e stimolando l'integrazione socio-sanitaria.</p>



Conclusioni



Le aree critiche

Da quanto fin qui esposto e nel tentativo di raggiungere alcune conclusioni possiamo dire che due sono gli aspetti particolari da prendere in considerazione nella previsione di un'assistenza sanitaria efficace. Da un lato la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione ad altri della propria malattia e dall'altro la condizione di illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare il diritto fondamentale alla salute.

Su tutto campeggia però la riflessione legata alle situazioni di forte precariato sociale e di estrema povertà in cui la popolazione Rom generalmente vive; questo non fa che accentuare la disparità culturale e l'impermeabilità del ed al sistema sanitario; evidenze si individuano nell'area materno-infantile, nell'infortunistica sul lavoro, in ambiti sociali particolarmente degradati (detenzione, dipendenze); tutto ciò determina situazioni di gravi disuguaglianze sullo stato di salute e sull'accesso ai servizi.

Le aree critiche individuate si possono così enucleare:

- **Condizioni patologiche**
 - Malattie infettive
 - Traumi ed infortuni
 - Disagio/ malattie psichiatriche
- **Condizioni fisiologiche**
 - Maternità
 - Infanzia
 - Adolescenza
 - Vecchiaia
- **Condizioni sociali**
 - Uso/abuso di sostanze
 - Detenzione
- **Aggravanti**
 - Disagio sociale
 - Irregolarità giuridica
 - Mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie

I “nodi” per l’utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale

Ancora possiamo dire che l’accesso ai servizi sanitari per il popolo Rom deve superare, parlando in modo figurato, tre scalini.

Innanzitutto, come abbiamo visto, l’accesso è condizionato **dall’effettiva sussistenza del diritto**, dipende cioè dal possesso o meno del titolo di soggiorno.

A ciò si deve spesso aggiungere la **manca di consapevolezza** del diritto; non sempre infatti le donne e gli uomini Rom sono correttamente informati della possibilità di accedere ai servizi.

Infine, l’ultimo scalino da superare è la possibilità dell’**effettivo esercizio** del diritto. Come abbiamo visto dalle schede, infatti, spesso l’utente Rom nutre sospetti e si sente a disagio nel frequentare il servizio pubblico, non ne riconosce l’utilità se non in casi che ormai sono di emergenza. Di contro, spesso il servizio pubblico non è assolutamente pronto e preparato e pone all’utenza ulteriori barriere come le barriere economiche, le barriere burocratiche-amministrative, le barriere organizzative.

Tutto questo viene poi aggravato da quelle che sono le **barriere relazionali** e che dipendono sicuramente dalla lingua, dalla comunicazione e dall’interpretazione di segnali comunicativi diversi.

Nell’ottica di un miglioramento sarebbe necessario provvedere ad un riorientamento generale dei servizi.

Gli interventi dovrebbero essere mirati sia verso l’interno ripensando all’organizzazione interna sia verso l’esterno ipotizzando nuovi modi di incontrare l’utenza Rom.

L’**organizzazione interna** dovrebbe essere rivista immaginando un “luogo di accoglienza ed ascolto” particolare, predisposto per un’utenza così complicata e diversificata come emergeva dalla scheda predisposta per l’operatore del servizio.

Questo, se ben attuato potrebbe portare alla creazione di ambienti accoglienti che l’utente Rom, possa riconoscere come “propri”, sentirsi meno a disagio e, quindi, iniziare un percorso continuato di utilizzo del servizio.

L’ipotesi di un’effettiva apertura verso l’**esterno dei servizi** in raccordo con altre strutture sia del terzo settore che pubbliche potrebbe anche intendersi oltre che in un ripensamento dei servizi come un’uscita fisica dai luoghi canonici del servizio per arrivare ad un contatto diretto dell’utenza nei “loro luoghi”, es campi di sosta.

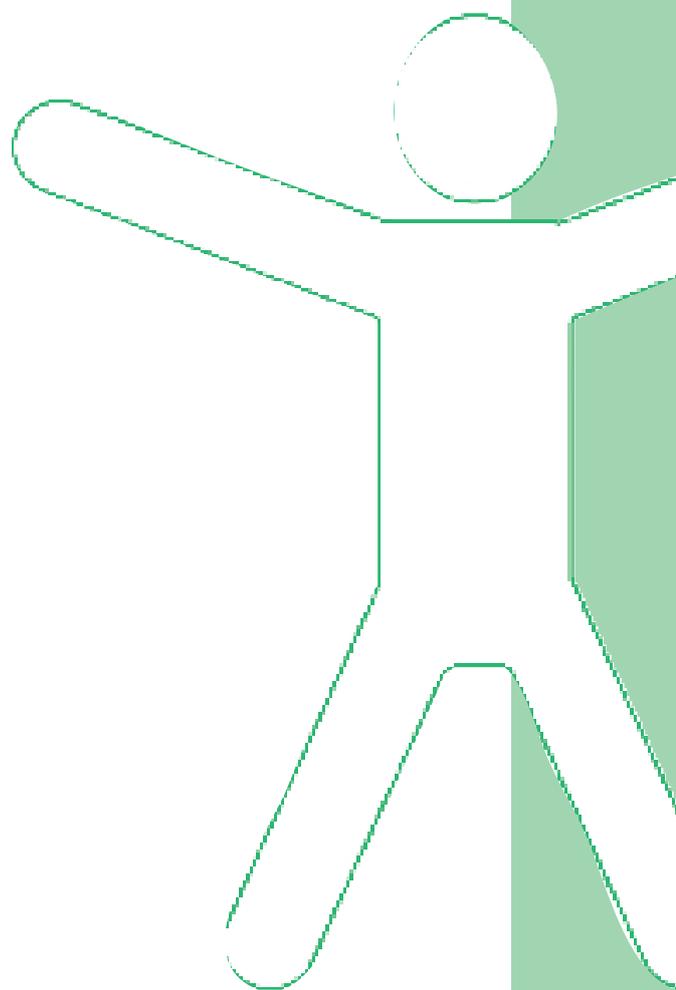
Questa ipotesi porta con sé, però il problema della reiterazione della visione dell’utente Rom come diverso, il rischio è quello di codificare ancora una volta il popolo Rom come adatto solo a vivere nel “ghetto” del campo.

Le posizioni politiche e dottrinali sul tema sono diversificate.

La strada migliore potrebbe essere quella di attivarsi per la costruzione sul territorio di un sistema di risposte diversificate avviando piccoli osservatori sul tema, sviluppo di progetti di studio etc....soprattutto in alcuni ambiti (dipartimenti materno-infantile, prevenzione, qualità aziendale, pronto soccorso, ostetricia e ginecologia, pediatria, malattie infettive)



Raccomandazioni per l'azione



Raccomandazioni per l'azione

Per provare a perseguire obiettivi di salute di sistema si deve intervenire sulle seguenti aree considerate strategiche.

La formazione del personale

Importante sarebbe organizzare corsi di aggiornamento informativi sulle presenze, sulla normativa, sulle principali evidenze dello stato di salute, e corsi di formazione alla relazione interculturale per l'eliminazione di luoghi comuni e l'elaborazione di strategie comunicative per avere strumenti operativi per gestire relazioni stressanti ed all'apparenza inefficaci.

La lettura della domanda e dei bisogni

In linea generale non si dispone in Italia di dati oggettivi che possano quantificare esattamente la domanda, presupposto per una corretta programmazione. In sostanza rimane difficile avere un'aderenza tra la domanda di salute e l'offerta dei servizi deputati ad erogare le prestazioni. Chiaramente dietro la domanda si cela il bisogno (oggettivo e soggettivo) non percepito e/o non espresso; questo rende ancora più difficile rispondere adeguatamente e portare a conclusione felice il caso.

Il lavoro di rete

Ogni volta che ci si trova di fronte a difficoltà di interpretazione e si esce dai canoni stabiliti abituali si ha la necessità del confronto prima di procedere all'azione; innanzitutto in questo caso per prima cosa coinvolgere tutti gli operatori che possono essere interessati all'interno del servizio e dell'azienda. In ogni caso tutti gli attori pubblici e privati che possono avere interesse dovrebbero essere parte e formare una rete, se non formale, almeno informale, per comunicazioni e confronti sui casi. Non a caso il punto seguente parla dell'intervento del privato sociale.

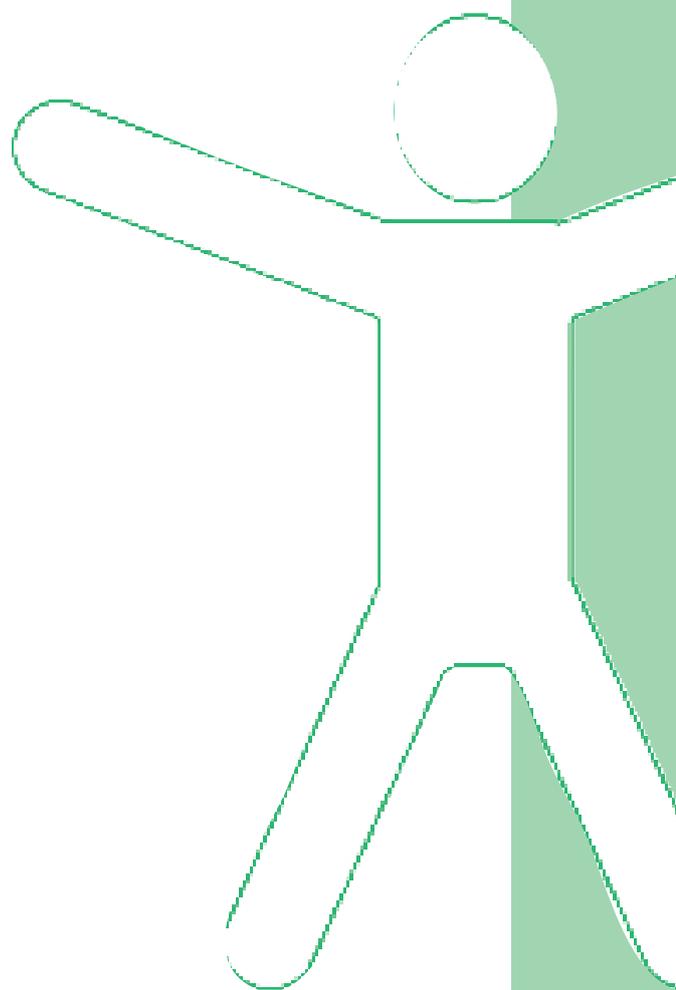
La cooperazione con il privato sociale (NGO)

Con la presenza sul territorio costante e l'osservazione da vicino il privato sociale ha non solo conquistato un ruolo di primo piano come soggetto portatore di conoscenze rilevanti e mancanti al pubblico, ma si pone, soprattutto, come elemento fondamentale per il lavoro diretto sul campo potendo essere l'importante e fondamentale *trade union* tra l'offerta di sanità del servizio pubblico e l'utente Rom, soprattutto con lo strumento dell'invio e/o dell'accompagnamento.

Su alcuni casi particolarmente complessi è possibile pensare anche a percorsi specifici e mirati per permettere un utilizzo del servizio in modo continuato e proficuo.



Compendio



Alcune Buone Pratiche in Italia

Il Programma “Le Città Sottili”

La situazione iniziale della Comunità Rom a Pisa

Il momento di avvio del Programma “Le Città Sottili” si identifica con un

intervento di censimento - mappatura della comunità Rom pisana che è stato svolto nei mesi di luglio e agosto 2002 ed ha dato il seguente quadro numerico:

Insedimento	Famiglie	Maggiorenni	Minorenni	Totale persone	Caratteristiche insediamento
Coltano	51	105	118	223	Casette, roulotte e baracche
Calambrone 1	20	39	40	79	Case occupate e baracche
Calambrone 2	5	10	7	17	Roulotte e baracche
Via Maggiore	23	51	46	97	Baracche
S.Biagio	9	19	21	40	Case occupate
Barbaricina	1	4	0	4	Baracche
In alloggio	2	4	6	10	
Totale	111	232	238	470	

A questi numeri vanno aggiunte circa 15 famiglie considerate extra-censimento per le quali non sono mai stati previsti interventi specifici.

E' inoltre importante considerare che solo 13 famiglie presenti nell'insediamento di Coltano avevano una regolare autorizzazione.

Per quanto riguarda la provenienza si segnalano:

- macedoni: 40%
- kossovani: 28%
- bosniaci: 21%
- montenegrini: 7%
- serbi: 3%
- italiani: 1%

La situazione attuale della Comunità Rom a Pisa

Grazie ad una serie di interventi prodotti nel corso degli anni la distribuzione delle famiglie è sensibilmente cambiata: in modo particolare sono da segnalare numerosi inserimenti abitativi. E' inoltre importante considerare che sono stati creati due nuovi insediamenti (Bigattiera e Tabaccaia) con moduli abitativi idonei e con autorizzazioni alla permanenza.

Attualmente la distribuzione delle famiglie inserite nel programma è quella indicata nella tabella che segue; da considerare che, ai nuclei censiti e presentati precedentemente, si sono aggiunte alcune famiglie di Rom rumeni che, seppure con caratteristiche peculiari, sono inserite nel programma “Le città sottili” e ricevono quindi una tipologia di interventi analoga alle famiglie “storiche”.

Insediamiento	Famiglie	Maggiorenni	Minorenni	Totale persone	Caratteristiche insediamento
Coltano	22	43	54	97	Casette, roulotte e baracche
Calambrone 1	10	21	21	42	Case occupate e baracche
Calambrone 2					Roulotte e baracche
Via Maggiore	28	60	48	108	Baracche
S.Biagio					Case occupate
Barbaricina	1	3	3	6	Baracche
Tabaccaia	3	7	7	14	Casette, roulotte e baracche
Bigattiera	7	16	18	34	Case occupate e baracche
Alloggi privati	40	79	75	154	Pisa e altri 7 Comuni
Alloggi comunali	12	23	28	51	Comune di Pisa
Altri alloggi	4	8	11	17	Acquistato da famiglie
Totale	136	260	265	524	

L'aumento numerico dei nuclei familiari e delle persone è dovuto all'inserimento dei nuclei rumeni e a nascite e matrimoni che si sono verificati negli ultimi quattro anni.

Le prospettive future

Entro il mese di settembre 2006 dovrebbero essere completamente sistemate in alloggio in modo definitivo tutte le famiglie presenti nell'insediamento che abbiamo chiamato Calambrone 1.

Per quanto riguarda il campo di Coltano, il più importante in ordine di dimensioni e di problematicità, rimarranno nell'area soltanto 17 famiglie per le quali è prevista una sistemazione in villette che costituiranno un villaggio, la cui edificazione inizierà nell'autunno 2006, che sorgerà nella stessa area in cui era presente il campo.

Nel 2007 si dovrebbero iniziare gli interventi per la sistemazione in strutture abitative idonee ed in modo definitivo anche per le famiglie presenti presso gli insediamenti di Via Maggiore-

re e Barbaricina e quelle inserite nei moduli abitativi presso la Tabaccaia e Bigattiera.

In questo modo dovrebbe essere definitivamente superato il "campo sosta" o "campo nomadi" o "campo Rom" che dir si voglia come concetto urbanistico e soprattutto sociale: una risposta che non solo non ha dato ai cittadini Rom migliori condizioni di vita, ma che ha contribuito ad un processo di marginalizzazione sempre più esasperante. I campi, infatti, erano ormai divenuti dei veri e propri ghetti con condizioni igienico-sanitarie e sociali drammatiche; luoghi dove hanno prosperato dipendenze, malattie, illegalità e disperazione per non avere prospettive di inclusione e di miglioramento generale della vita.

La struttura del programma

La struttura gestionale

Il programma "Le Città Sottili" è promosso dalla Società della Salute di Pisa e dal Comune di Pisa e segue le indicazioni prodotte dalla Regione Toscana. La gestione del programma

è dell'Azienda USL 5 che ha attivato un'apposita Unità di Coordinamento che si occupa della parte amministrativa e operativa. L'Unità di Coordinamento è composta da una Responsabile dell'Ufficio, nonché Responsabile Amministrativa, da una Referente che si occupa di tutto ciò che concerne il reperimento e la conduzione degli alloggi e da un Coordinatore dei Progetti di accompagnamento. Ogni progetto ha inoltre un Coordinatore proprio espresso direttamente dalla organizzazione attuatrice.

Le organizzazioni del Terzo Settore (NGO)

Un aspetto importante è rappresentato dal coinvolgimento diretto di diverse organizzazioni del Terzo Settore, Cooperative Sociali e Associazioni, che si occupano della attuazione degli interventi previsti, ma anche della loro programmazione.

Le Organizzazioni del terzo Settore sviluppano i loro interventi attraverso una serie di progetti sia dedicati alla comunità Rom nel suo insieme che a singoli nuclei familiari. L'insieme dei progetti vede attivi sei ruoli di coordinamento e circa una ventina di operatori- educatori di cui tre Rom.

Il coinvolgimento della Comunità Rom

Fin dai primi passi del programma è stato fortemente voluto un confronto costante con la comunità Rom in modo da produrre prassi operative condivise e stimolare il protagonismo dei cittadini Rom. Questo confronto si è sviluppato fondamentalmente in quattro direzioni: con la comunità nel suo insieme attraverso assemblee e riunioni, con alcuni soggetti indicati dalla comunità stessa come rappresentanti che hanno lavorato a stretto contatto con gli operatori del settore pubblico e privato, con le famiglie nei casi di interventi diretti e, infine, attraverso l'utilizzo di operatori Rom in alcuni settori operativi. Questi vari livelli di collaborazione non sempre sono stati agevoli e produttivi, ma hanno tut-

tavia apportato elementi importanti e sono sempre serviti da stimolo per tutte le parti in causa.

I progetti e gli interventi principali

Innanzitutto è importante segnalare che tutti i progetti che costituiscono il programma "Le città sottili" svolgono le proprie attività in collaborazione e con un sistema di coordinamento che prevede costanti momenti di confronto tra le varie parti operative.

Il progetto "Anglunipé"

Il progetto, che si occupa principalmente di fornire ai cittadini Rom gli strumenti necessari per l'utilizzo dei vari servizi e quindi di favorire l'accesso ai diritti, è attuato dalla Cooperativa Sociale "Il Simbolo" e vede impiegati un coordinatore e cinque operatori di cui uno Rom con ruolo di consulente.

Gli operatori del progetto "Anglunipé" hanno realizzato il censimento-mappatura della comunità Rom nell'estate 2002. Attualmente gestiscono uno sportello di ascolto e una serie di interventi direttamente negli insediamenti ancora esistenti. Le attività prevalenti sono quelle di ascolto e *counselling* informale, informazione, invio e accompagnamento ai servizi, mediazione sociale e culturale e monitoraggio delle condizioni degli insediamenti e dello stato di salute degli abitanti. Gli ambiti di intervento sono relativi alle problematiche sanitarie, del lavoro, dell'abitazione, della legalità e della scuola.

Sono previsti progetti specifici dedicati alle situazioni particolarmente problematiche che richiedono quindi un'attenzione particolare. Gli operatori forniscono inoltre frequenti consulenze ad operatori di altri servizi che si trovano a confronto con utenza costituita anche da cittadini Rom.

Gli interventi attuati dal progetto "Anglunipé" nel 2005 sono stati rivolti ad una utenza composta da 109 nuclei familiari costituiti da un totale di 452 persone. Sono state fatte 129 attivi-

tà di ascolto, 129 di informazione, 26 di invio e 38 di accompagnamento ai servizi; 115 le agenzie contattate¹⁰

I principali obiettivi raggiunti dal progetto "Anglunipé" possono essere così riassunti: monitoraggio costante dei vari insediamenti e lettura dei bisogni espressi dalla comunità Rom e dai singoli componenti con conseguente instaurazione e mantenimento di un buon livello di relazione con praticamente tutti i cittadini Rom interessati dal programma; è inoltre evidente, e di grande importanza, l'implementazione del livello di conoscenza ed utilizzo corretto dei vari servizi da parte dell'utenza Rom, nonché la riduzione dell'impatto conflittuale con i servizi stessi.

Il progetto "Amen bask dza"

Il progetto, che si occupa principalmente di favorire processi positivi di scolarizzazione dei bambini Rom e di proporre attività ludico-educative, è attuato dalle Cooperative Sociali "Il Progetto" (capofila), "Il Simbolo" e dall'Associazione ACER costituita da cittadini Rom. "Amen bask dza" vede impiegati un coordinatore e sei operatori-educatori di cui due Rom.

Le attività principali sono costituite dal coordinamento delle iscrizioni alle scuole, in collaborazione con gli operatori degli altri progetti e con le famiglie Rom, e dalla strutturazione del piano di trasporto con gli scuolabus; dall'accompagnamento dei bambini sugli scuolabus, servizio attuato da operatori Rom che verificano la frequenza scolastica e mantengono un ponte tra operatori scolastici e famiglie Rom; da attività di supporto ai bambini particolarmente in difficoltà svolte internamente agli istituti scolastici e strutturate in interventi specifici in stretta collaborazione con il personale scolastico; attività di supporto allo studio e animazione svolte all'interno

degli insediamenti; attività, svolte da un operatore Rom, per il mantenimento degli aspetti valoriali della cultura Rom e della lingua romané; attività di monitoraggio della frequenza scolastica, dell'andamento, della dispersione e dell'abbandono scolastico, nonché attività di monitoraggio rispetto alle condizioni psico-fisiche dei bambini Rom.

Nell'anno scolastico 2005-2006 i bambini che hanno frequentato la scuola sono stati in totale 187, di cui 50 alla scuola materna, 87 alla scuola elementare, 45 alle scuole medie inferiori e 5 alle scuole medie superiori; 57 di questi bambini sono stati seguiti con progetti specifici all'interno delle scuole, 118 dalle attività di sostegno allo studio, 130 da quelle ludico-educative e 27 dal modulo sul mantenimento della lingua e della cultura.

Tutti i bambini hanno potuto usufruire del servizio di accompagnamento su scuolabus e sono stati coinvolti ben 10 Istituti Comprensivi per un totale di 35 diverse scuole.

I risultati più importanti del progetto "Amen bask dza" sono l'iscrizione della totalità dei bambini in obbligo scolastico e l'alto numero di bambini iscritti alla scuola materna; la distribuzione dei bambini Rom in numerose scuole che ha consentito di evitare forme di ghettizzazione; molto importante la crescita della percentuale di bambini che hanno frequentato in modo regolare e la presa in carico da parte dei progetti specifici di alcuni minori non in quanto bambini Rom, ma in quanto bambini in difficoltà. Questo è un aspetto molto importante in quanto precedentemente c'era l'abitudine di affidare agli operatori tutti i bimbi Rom che spesso lavoravano in modo indipendente fuori dal contesto classe: grazie al lavoro svolto dagli operatori questo fenomeno è stato praticamente eliminato a favore di una presa in carico non generalistica, ma dettata dalla reale necessità di una presa in carico mirata.

¹⁰ Servizi Scolastici, Servizi Sanitari, Servizi Sociali, altre Organizzazioni del Terzo settore, Forze dell'Ordine, Uffici del Ministero di Giustizia, ecc...

I progetti di inserimento abitativo

Il programma "Le Città Sottili – comunità Rom" opera nella logica dell'eliminazione del "campo Rom" come concetto urbanistico e sociale; per questo una delle attività principali è costituita dall'inserimento di famiglie Rom in alloggi reperiti dal programma stesso. L'inserimento abitativo prevede inoltre progetti specifici di accompagnamento tesi a sostenere le famiglie in un percorso reale di inclusione sociale ed autonomia.

I progetti di accompagnamento che vedono attivi quattro coordinatori e circa quindici operatori, sono attuati dalle Cooperative Sociali "Il Cerchio", "Il Progetto" e "Il Simbolo" e dalla Pubblica Assistenza Società Riunite di Pisa.

Al momento in cui una famiglia viene inserita in un alloggio reperito sul mercato privato, viene attivato un progetto specifico di accompagnamento che svolge attività di supporto e mediazione rispetto agli ambiti relativi alla casa, alla salute, al lavoro, alla legalità, alla scuola, ed alla gestione familiare. Tutti i progetti di accompagnamento sono tarati sulle caratteristiche del nucleo familiare seguito e prevedono una verifica costante che permette la rimodulazione degli interventi previsti.

I principali risultati ottenuti sono rappresentati dalla crescita del livello di vita delle famiglie inserite, dalla ridotto numero di casi in cui si sono verificati conflitti sociali e atti di discriminazione, dall'aumento della frequenza scolastica e dall'aumento dell'uso dei vari servizi offerti dal territorio.

La filosofia del programma

La scelta importante che sta alla base del programma "Le Città Sottili" è rappresentata dalla volontà di eliminare i campi sosta e di offrire alle famiglie Rom presenti sul territorio di Pisa una opportunità concreta per intraprendere un percorso di inclusione e di miglioramento dello standard generale di vita. La realtà dei campi era ormai ca-

ratterizzata da elementi estremamente negativi quali la marginalizzazione assoluta, la diffusione di malattie con una incidenza percentualmente superiore a quella verificata nella comunità non Rom, la diffusione di comportamenti a rischio legati all'uso di droghe, in modo particolare alcool, e al non corretto uso dei servizi sanitari, la diffusione dell'illegalità, la frequenza scolastica attestata a bassi livelli, la difficoltà nell'uso dei servizi in generale e la difficoltà nel rapporto con la cultura maggioritaria che spesso ha risposto alla presenza dei Rom con atti più o meno espliciti di discriminazione.

Altro aspetto importante che, fin dall'inizio, ha guidato la programmazione è stata la volontà di iniziare un percorso che portasse all'abbandono della logica assistenzialistica e degli interventi esclusivi per i cittadini Rom. Quello che pare opportuno è offrire la possibilità di essere protagonisti della propria vita, con il necessario supporto, ma nella logica di avviarsi verso uno stato di autonomia e indipendenza assumendosi quando necessario responsabilità e compiti precisi; l'assistenzialismo fine a se stesso non produce altro che una cronicizzazione dei bisogni e della dipendenza. Frequentemente si sono affrontate le problematiche espresse dalle comunità Rom con interventi esclusivi (ambulatori per Rom, presidi sanitari e sociali all'interno dei campi, campagne di vaccinazioni negli insediamenti, etc.); quello che cerca di fare "Le città sottili", che pure è un intervento dedicato esclusivamente alla comunità Rom, è rendere, attraverso la mediazione e l'accompagnamento, fruibili ai cittadini Rom i servizi offerti dal territorio e di conseguenza i diritti che sono validi per ogni persona indistintamente dalla appartenenza o meno ad una determinata comunità.

A conclusione di questo paragrafo, è doveroso segnalare che il programma "Le città sottili" ha sempre operato nel rispetto e nella considerazione degli aspetti valoriali espressi dalla cultura Rom, delle tradizioni e delle diversità

che non devono essere un limite, ma uno stimolo ed un arricchimento. In questo senso si è tenuto conto dell'importanza del confronto con la comunità Rom, della promozione della cultura Rom e della lingua romanè attraverso il sostegno all'organizzazione di eventi specifici, come la festa dell'8 aprile, e di altre iniziative, come la pubblicazione di un volume didattico sulla lingua e l'attivazione del modulo sulla cultura e la lingua inserito nel progetto "Amen bask dza".

Le buone prassi del programma

La condivisione programmatica

Come già detto in precedenza la programmazione, la valutazione e la rimodulazione degli interventi che costituiscono il programma "Le Città Sottili" vengono svolte in stretta collaborazione con i soggetti del terzo settore e con le altre agenzie interessate. Questo consente prima di tutto una lettura del fenomeno allargata a tutte le realtà attive che, ognuna con le proprie peculiarità, offrono elementi di fondamentale importanza. Inoltre la condivisione costante consente una maggior partecipazione ed un livello più alto di qualità operativa.

Il confronto con la comunità Rom

Seppur difficoltoso nella realizzazione, rappresenta un altro elemento caratterizzante il programma: rendere partecipe la comunità Rom delle scelte che la riguardano consente una maggiore aderenza degli interventi ai bisogni e una partecipazione attiva significativa delle persone cui gli interventi sono rivolti. In questo senso si scontano i lunghi periodi passati in cui sopra a tutto stava l'assistenzialismo e il non riconoscimento delle potenzialità di una comunità così particolare.

Gli interventi personalizzati

Un'altra caratteristica importante del programma è quella di aver puntato sull'importanza di produrre interventi che tenessero conto delle caratteristiche di ogni singolo o di ogni nucleo

familiare. I progetti specifici di accompagnamento per i nuclei inseriti in alloggio, i progetti specifici per le persone con problematiche gravi e i progetti individuali di sostegno scolastico sono le espressioni più significative di questa logica.

Gli inserimenti abitativi e i progetti di accompagnamento

Si è sempre ritenuto che il semplice inserimento abitativo non avrebbe minimamente risolto il problema dell'inclusione e del miglioramento delle condizioni di vita; per questo ogni famiglia inserita in una abitazione ha garantito un progetto specifico di accompagnamento e mediazione. Questi progetti iniziano con un impegno significativo che comporta quindi un investimento importante sia da un punto di vista economico che del personale; gradualmente e di pari passo alla maggior autonomia acquisita dalla famiglia, i progetti di accompagnamento riducono il loro impegno: si prevede che una famiglia con caratteristiche medie possa raggiungere l'autonomia nell'arco di quattro anni.

Le difficoltà del programma

I limiti culturali e politici

L'immaginario collettivo legato al popolo Rom è estremamente ricco di prefigurazioni e pregiudizi negativi anche nella realtà in cui opera il programma: i Rom sono nomadi e quindi le politiche per la casa sono inutili, non vogliono lavorare, sfruttano i bambini per fare l'elemosina, rubano, sono sporchi e maleducati e così via. E' quindi facile comprendere quanto sia stato difficile fare e sostenere scelte politiche così importanti come quelle che hanno trovato concretezza nel programma "Le Città Sottili".

Per contro l'abitudine alla vita nei campi, una strutturazione sociale particolare ed altri elementi che caratterizzano la comunità Rom certe volte si sono posti come un limite allo sviluppo delle politiche e quindi degli interventi.

I limiti di sistema

Il programma ha troppo spesso lavorato in condizioni di forte emergenza e quindi ha trascurato un lavoro importante che mirasse alla costruzione di un vero e proprio sistema di intervento; un sistema che con le proprie metodologie garantisse una presa in carico globale. Un esempio su tutti: i cittadini Rom hanno gravissime difficoltà nel reperimento del lavoro che invece rappresenta la chiave principale per l'autonomia e per una inclusione effettiva; le problematiche legate alla difficoltà del reperimento di un impiego, difficoltà che ovviamente non riguardano soltanto i cittadini Rom, sono intaccabili solo attraverso processi ampi che vanno oltre un programma operativo specifico.

Metodologie di Intervento sulla Tossicodipendenza nei Campi Zingari

Diverse ricerche condotte in Italia mostrano come la popolazione zingara sia da considerarsi svantaggiata nel campo della salute e che si possono individuare alcuni fattori principali di tale svantaggio:

- condizioni abitative altamente degradate;
- povertà;
- alimentazione scorretta;
- microcriminalità;
- abuso di fumo ed alcol;
- difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari.

L'uso di droghe tra gli zingari, che alcuni interventi sperimentali realizzati direttamente nei campi zingari hanno evidenziato nella sua consistenza, essendo in alcuni casi risultato trasversale ai sessi ed alle età, costituisce un ulteriore importante fattore di rischio che, su uno sfondo critico come quello presentato, rischia di condurre ad esiti devastanti.

L'obiettivo principale di un progetto di intervento sulla tossicodipendenza nei campi zingari è perciò quello di contattare il più ampio numero di persone coinvolte con l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcol e a rischio di tale coinvolgimento, al fine di attivare interventi personalizzati di accoglienza a bassa soglia e di riduzione dei rischi associati ai comportamenti tossicomani, nello specifico:

- ridurre il numero di persone che usano droghe per via endovenosa;
- ridurre i rischi di infezione di HIV e MST;
- ridurre il rischio di mortalità per overdose;
- aumentare il numero di tossicodipendenti in trattamento;
- accreditarsi nei campi nomadi e individuazione di zingari mediatori culturali. ;
- svolgere la funzione di segretariato sociale al fine di consentire l'individuazione dei referenti dei servizi sociali e sanitari con cui costruire una rete efficace e funzionale, che possano collaborare fattivamente con l'unità territoriale;
- facilitare l'accesso, funzionale e consapevole, ai servizi sociali e sanitari territoriali, sia pubblici che del privato sociale;
- far acquisire competenze sui servizi sociali e sanitari agli zingari. Tale acquisizione è finalizzata alla costruzione di relazioni con i servizi socio sanitari, che consente una maggiore integrazione tra i campi e le strutture sociali e sanitarie territoriali.

L'Unità di Strada è organizzata prevedendo una funzione di coordinamento operativo, una funzione di supervisione ed una funzione di contatto con la popolazione zingara.

Il **Coordinamento Operativo** deve essere realizzato su un livello direttamente legato al lavoro pratico, agli interventi sulle situazioni, realizzati in ogni area prevista dal progetto e sul

livello diretto all'insieme delle attività del progetto, agli aspetti relativi all'organizzazione degli interventi e delle singole équipes. Nello specifico il Coordinatore

organizza gli interventi previsti dal progetto;

programma gli interventi previsti dal progetto;

controlla che le azioni svolte siano aderenti agli intenti progettuali;

redige con la collaborazione degli operatori, la rendicontazione tecnica delle attività svolte.

Risulta utile l'allestimento di una **Segreteria** dotata di telefono, fax e computer che possa svolgere le attività di:

- segretariato, che consente di curare le azioni pratiche dell'organizzazione del progetto (inserimento dati, elaborazione materiale di documentazione, ecc.) e di garantire la possibilità di contatto fra gli operatori impegnati nei campi, i servizi e i vari livelli istituzionali (invio, comunicazioni, corrispondenza, ecc.);
- gestione amministrativa che cura la programmazione e il monitoraggio dei flussi di spesa.

Risultano idonei per la realizzazione di un progetto di intervento sulla tossicodipendenza nei campi zingari alcuni **strumenti** quali ad esempio:

- automezzo;
- telefono cellulare;
- linea telefonica fissa e fax;
- computer configurato in maniera completa;
- fotocopiatrice.

Sin dalla fase iniziale di costituzione dell'équipe di unità di strada, prima di effettuare i primi contatti nelle comunità zingare, è necessario allestire uno spazio di coordinamento operativo dove gli operatori ed il coordinatore possano affrontare tutti quegli aspetti

legati all'organizzazione pratica dell'intervento.

Risulta necessario che l'attività dell'unità territoriale sia accompagnata, sin dalle fasi iniziali, da una supervisione periodica sulle dinamiche del lavoro di gruppo e sulle specificità del lavoro, finalizzata alla cura del clima interno al gruppo ed a definire di volta in volta il peso della valenza motivazionale nell'efficacia dell'intervento, promuovendo una continua riflessione sugli indici di successo della operatività presso le comunità zingare.

Si ritiene imprescindibile la predisposizione di strumenti che possano essere utili per monitorare e quantificare la natura e la tipologia degli interventi svolti. I dati rilevati attraverso tale strumento devono consentire un **monitoraggio** verifica e una **valutazione in itinere** della quantità e della qualità delle azioni effettuate. Alcuni indicatori vengono di seguito descritti:

- numero delle uscite,
- numero dei contatti per uscita,
- numero dei contatti effettuati con TD,
- numero delle persone TD contattate,
- nazionalità delle persone contattate,
- cittadinanza delle persone contattate,
- sesso delle persone contattate,
- età delle persone contattate,
- stato di tossicodipendenza delle persone contattate,
- sostanze usate dalle persone TD contattate,
- modalità d'assunzione di sostanze nelle persone TD contattate,
- numero di informazioni fornite sul programma di intervento,
- numero di informazioni fornite su droghe ed alcol,

- numero di informazioni fornite su aspetti sanitari,
- numero di informazioni legali, numero di informazione sui servizi sociali,
- numero di counselling, numero di orientamento ai servizi sociosanitari territoriali,
- numero di invii ai servizi, numero di accompagni a servizi,
- numero di siringhe distribuite,
- numero di siringhe rese,
- numero di profilattici distribuiti.

Considerata la particolare difficoltà di contattare la popolazione bersaglio, aderendo ad un modello operativo sperimentato, si utilizzano le **metodologie di intervento della mediazione culturale, della ricerca attiva e del contatto diretto**. Queste devono essere applicate nelle comunità zingare del territorio di riferimento in cui è maggiormente diffuso l'uso di droghe.

L'attività di un progetto di intervento sulla tossicodipendenza nei campi zingari si ispira al principio della **ricerca attiva**, per cui operatori addestrati ed esperti nell'azione di approccio nei campi contattano le persone tossicodipendenti direttamente nelle comunità zingare, nei giorni e negli orari di maggiore affluenza, contrariamente alla logica dei servizi tradizionali che sono in posizione di attesa rispetto all'utenza.

L'équipe è formata da operatori che rivestono ruoli professionali diversi (psicologo, educatore, operatore sociale, operatore di unità di strada, mediatori interculturali, ecc.), in grado di garantire il necessario livello di multidisciplinarietà, fondamentale per il miglior svolgimento del servizio.

La **mediazione culturale** è garantita da mediatori zingari. Tale figura svolge la funzione di traduzione, facilitando la comunicazione tra équipe e la popolazione bersaglio, usando le sue competenze linguistiche e culturali, facendo una traduzione dei messaggi verbali

e dei costumi socioculturali propri di quella che è anche la sua cultura. Tale identità culturale consente all'équipe, di accedere a funzioni di ascolto, analisi della domanda, consulenza, orientamento ed invio a servizi.

Inizialmente l'intervento dell'équipe è mirato all'esplorazione del campo, della sua organizzazione, del suo "clima", ovvero alle possibilità e alle modalità di realizzazione del lavoro di strada.

Successivamente si individuano alcuni zingari appartenenti alla comunità che possano svolgere la funzione di mediazione, coinvolgendoli direttamente in incontri volti alla presentazione del progetto.

La fase successiva prevede il coinvolgimento di alcuni zingari nella équipe dell'unità di strada.

Dal punto di vista pratico l'intervento si svolge secondo la seguente modalità: gli operatori si sono incontrati nella sede prima di effettuare l'uscita ed insieme al Coordinatore concordano alcune strategie di lavoro prima di partire per il campo, laddove trovino l'accoglienza, ad un orario prestabilito, del mediatore zingaro.

Le prime uscite si dedicano prevalentemente alla conoscenza ed alla socializzazione tra operatori e mediatori ed alla discussione sulle modalità di coinvolgimento della popolazione target.

Contemporaneamente si effettuano i primi contatti con la popolazione, che mirano sostanzialmente alla presentazione del progetto e delle attività previste, richiedendo presumibilmente all'équipe un forte impegno nella continua definizione degli ambiti di intervento.

La mediazione appare da subito una funzione prioritaria dell'unità territoriale. L'azione dei mediatori, sebbene possa richiedere continui orientamenti verso l'organizzazione e gli obiettivi dell'attività, garantisce la scorta, la legittimazione e l'accreditamento degli operatori all'interno della comunità, consentendo all'équipe di avvicinare

gli zingari ed avviare una costruzione della relazione all'interno della quale è stato possibile fornire risposte dirette ed indirette di informazione su obiettivi e finalità del progetto:

- promozione della diffusione di informazioni e di conoscenze sulla prevenzione sanitaria e l'educazione alla salute;
- promozione della conoscenza dei servizi territoriali esistenti ;invio e accompagnamento ai servizi.

Metodologicamente l'invio può comportare l'azione di accompagnamento ai servizi: la stessa équipe che raccoglie una richiesta di aiuto e la valuta congrua rispetto agli obiettivi progettuali, alla disposizione motivazionale di chi la effettua e ad un'analisi delle risorse personali e dei servizi, organizza l'invio previo un appuntamento al campo e l'utilizzo di un mezzo di trasporto.

Ciò implica il ricorso ad una metodologia di intervento di rete che, a partire da una presentazione del progetto di intervento, arrivi a coinvolgere gli operatori dei servizi sociosanitari del territorio di riferimento negli obiettivi dell'intervento, favorendo un'accoglienza positiva degli utenti zingari.

Laboratorio di socializzazione e prima alfabetizzazione per donne Rom e Askalija residenti nel quartiere 4 di Firenze

Anamnesi

Il laboratorio di socializzazione e prima alfabetizzazione per donne Rom e Askalija (comunità zingara albanofona) nasce, in primo luogo, dalla richiesta di imparare a parlare meglio l'italiano da parte di alcune donne, dalla necessità, sostenuta dall'amministrazione locale, di creare dei percorsi femminili di autonomia, dalla richiesta di alcune volontarie, di essere impiegate, secondo loro specifiche, e considerevoli, competenze e conoscenze, in attività, anche di semplice confronto intercul-

turale, rivolte alla popolazione Rom o Askalija.

Gli educatori di strada che si occupano, in particolar modo, della facilitazione della scolarizzazione dei minori residenti negli insediamenti Rom e Askalija del quartiere 4 di Firenze, hanno ritenuto, come primi depositari delle richieste, di impostare, condividendo le passo passo, delle attività, che poi si sono tradotte nel suddetto laboratorio, su basi di *peer education*.

Risorse

- Competenze e conoscenze, anche progettuali e di rete, degli educatori di strada operanti negli insediamenti Rom e Askalija del Quartiere 4 di Firenze
- Possibilità di utilizzare una stanza di un centro sociale dello stesso quartiere
- Esplicitata necessità di alcune donne Rom e Askalija di imparare la lingua italiana, ma anche di fruire di uno spazio esterno rispetto al loro abitare
- Disponibilità didattiche e interrelazionali da parte di volontari con riconosciute competenze professionali

Obiettivi

- Miglioramento della conoscenza della lingua italiana
- Creazione di uno spazio interculturale e di mutuo aiuto
- Conseguimento di una maggiore autonomia

Azioni

- Lezioni "aperte", giocate sulla tecnica del role-play e volte al confronto e allo scambio interculturale
- Attività di ascolto e sostegno di gruppo in base a tematiche emerse e sviluppatasi nel corso degli incontri
- Tutoraggio, rispetto alla costruzione, allo sviluppo, al conseguimento

degli obiettivi preposti, e ai rapporti con l'Amministrazione, da parte degli educatori di strada

Tempi

Anno scolastico; 2 volte la settimana, in orario 13 - 15. - Ciò per dare possibilità alle donne di essere più libere dall'accudimento dei propri figli.

Caso Studio: Paura e panico: parole vuote, parole piene

La signora S.M. è una donna rom che vive in uno degli insediamenti di Pisa da diversi anni.

S. ha 28 anni, è sposata, ha due figli piccoli.

Il marito ha un lavoro stabile da diversi anni ed un regolare Permesso di Soggiorno; S. invece non lavora, fa la casalinga ed è priva di Permesso di Soggiorno da tempo. A Pisa vive anche la famiglia di origine di S., alcuni fratelli ed i genitori vivono nello stesso insediamento di S.

Da diversi mesi S. lamenta uno stato di malessere generale, diffuso, con dolori allo stomaco e mal di testa frequenti e con difficoltà a dormire. Noi operatori le suggeriamo di rivolgersi ad un ambulatorio per stranieri o di accedere direttamente al Pronto Soccorso dato che non avendo un permesso di Soggiorno, non può avere un medico di famiglia.

S. inizia così a fare una serie di esami e di accertamenti che però non portano a niente; secondo i medici S. è sana; lei continua comunque a manifestare lo stesso malessere e gli stessi disturbi.

Per gli operatori si va delineando, quindi, un disagio riconducibile probabilmente ad un malessere di tipo psicologico; tentiamo quindi di parlare con S. di questa ipotesi, la quale però, sembra riconoscere e comprendere solo in parte il significato di parole come ansia, disagio psicologico, psichiatra, salute mentale.

La sensazione è che questi termini, probabilmente compresi a livello cognitivo, rimanessero per S. concetti astratti, vuoti, non riconosciuti o ricondotti al suo malessere.

La situazione peggiora gradualmente: S. è visibilmente provata e conduce una vita sempre più ritirata; anche con noi operatori diviene più chiusa. S. comunica poco, non riuscendo probabilmente a trovare le parole con cui esprimere il suo disagio né a dare un nome al suo male.

Questa condizione si protrae per alcuni mesi, finché avviene un'improvvisa svolta nel momento in cui al "campo" muore un uomo per arresto cardiaco. Poche settimane dopo S. si rivolge a noi chiedendoci aiuto. S. ci racconta di aver iniziato a sognare quell'uomo tutte le notti, svegliandosi poi spaventata, per cui da svariati giorni non riesce più a dormire. S. dice di pensare continuamente al defunto, al giorno della sua morte, al dolore e alla paura provati collegando questi pensieri fissi al dolore al petto e allo stomaco; inoltre, con un certo timore, ci dice che da un po' di tempo durante il giorno, le capita improvvisamente di provare intensi e violenti "stati di paura" che la "paralizzano". Tutto ciò le impedisce ovviamente di far fronte a qualsiasi evento della vita quotidiana non sentendosi più in grado di badare ai figli, alla famiglia, alla casa.

A questo punto il disagio di S. sembra caratterizzarsi maggiormente; decidiamo quindi assieme a lei di accompagnarla presso la clinica psichiatrica dell'Ospedale Santa Chiara di Pisa. Come ipotizzato a S. viene diagnosticato un Disturbo di attacchi di Panico. Fissiamo con lo psichiatra una prima serie di colloqui ed S. inizia da subito a seguire una terapia psico-farmacologica. Dopo alcuni accompagnamenti al servizio S. prosegue autonomamente.

In tempi relativamente brevi S. migliora notevolmente, riprendendo gradualmente a vivere serenamente.

Attualmente S. sta proseguendo la terapia farmacologia e frequenta la Clinica Psichiatrica per colloqui di monitoraggio e verifica periodici.

Conclusioni/interpretazioni

Il sogno, la morte, il significato simbolico dei defunti: l'esperienza vissuta con la morte dell'uomo al campo ha, in qualche modo, offerto a S. una chiave di lettura, una cornice all'interno della quale collocare il suo malessere che fino a quel momento non trovava spiegazione né tanto meno un nome. Il disagio di S. era rimasto per lungo tempo non comprensibile per la signora che continuava a sottoporsi a esami, controlli, visite mediche senza riuscire a risolverlo. Adesso per S. tutto il quadro si dotava finalmente di senso, all'interno della propria dimensione simbolica e culturale.

Con il timore di non essere compresa S. ci ha narrato la "sua" malattia e noi operatori l'abbiamo accolta, ascoltata e rispettata. Questo ha permesso di creare uno spazio condiviso in cui è stato possibile intrecciare le diverse visioni della malattia e i rispettivi modelli di riferimento riempiendo di significato tutte quelle parole che prima rimanevano vuote; così S. ha potuto accettare il nostro aiuto, affidandosi a noi (operatori, medici, servizi) e ai nostri metodi di cura.

Caso Studio: lo spazio di socializzazione per donne Rom e Asklaljia

Luogo e data: spazio di socializzazione per donne Rom e Asklaljia (comunità zingara albanofona); Firenze, Aprile 2005

Attori coinvolti: 4 donne askaljia, una volontaria, una educatrice - tutor

Esposizione del bisogno 1: a lezione finita, dopo uno scambio di ricette servite, tra l'altro, come unità didattiche, Dila, 45 anni, spinta dalle sue

compagne, espone un suo problema: dolori addominali periodici; disturbi di ordine ginecologico; assenza di documenti.

Azioni: l'educatrice, in primis, accoglie la confidenza e con delicatezza la ripropone come argomento di conversazione. Susseguentemente fa presente a Dila l'esistenza quanto l'efficienza di un consultorio ginecologico territoriale, in cui opera tra l'altro una mediatrice culturale; inoltre la informa della possibilità, tramite STP (documento sanitario per stranieri temporaneamente presenti) di potere tranquillamente accedere a prestazioni sanitarie pubbliche. La stessa educatrice le fa poi presente come richiedere tale documento e una visita specialistica.

Esposizione del bisogno 2: attraverso l'esposizione di questo suo bisogno, Dila infine si apre ancora raccontando delle ingenti spese che deve sostenere la sua famiglia per farla seguire da un avvocato che si occupa della sua richiesta di "ricongiungimento familiare".

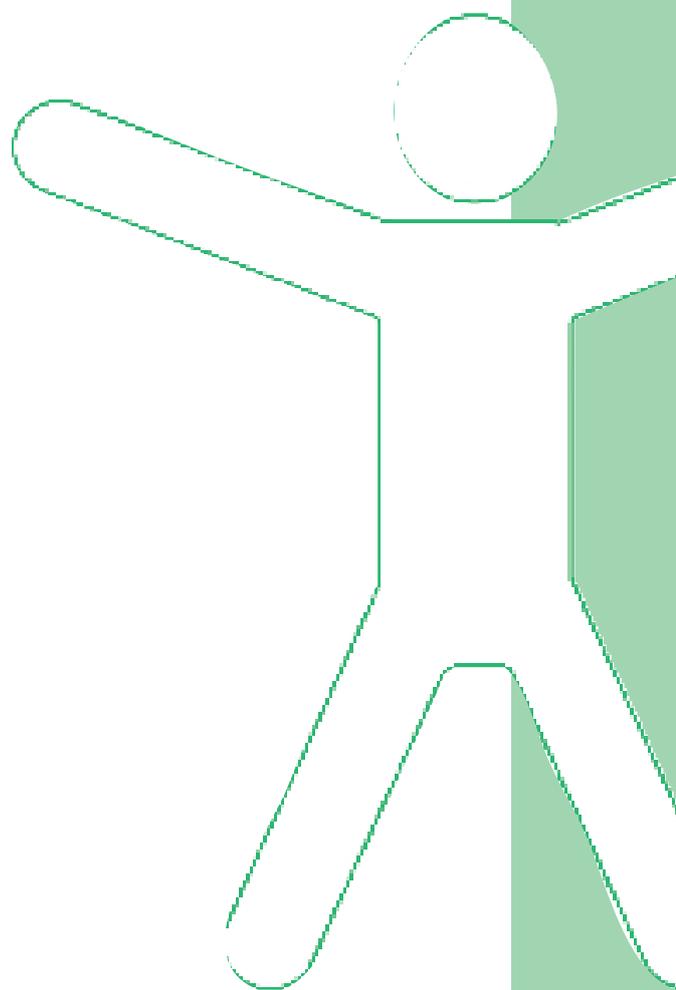
Azioni: l'educatrice-tutor segue il percorso precedente: ripropone la confidenza come argomento di discussione di gruppo, infine la informa dell'esistenza di una associazione dove alcuni avvocati prestano consulenze gratuite a cittadini immigrati.

Azioni trasversali: i bisogni esposti da Dila diventano argomenti periodici di discussione. L'intero gruppo arriva così a monitorare l'andamento dei suoi controlli medici, delle sue cure e delle sue visite presso il nuovo avvocato.

Follow up: a Dila fu diagnosticato un prolasso dell'utero e, tramite il consultorio presso il quale era stata inviata, ha subito un'operazione che ha avuto un felice esito per la sua salute e per il suo equilibrio psicofisico. Da un punto di vista amministrativo la sua situazione, ad oggi, Giugno 2006, è invece sempre la stessa.



Questionario di autovalutazione



Questionario di autovalutazione per individuare pregiudizi o stereotipi verso la popolazione Rom

Domande generale:

1. I suoi contatti con la popolazione Rom sono:

- Abituali e frequenti
- Sporadici
- Rari o inesistenti

2. Il motivo del contatto è:

- Di tipo familiare
- Professionale
- Amicizia

3. Gli stereotipi relativi ai Rom sono veri?

- Se la gente li vede così, ci deve essere una buona ragione
- Spesso contengono una verità
- No, generalmente sono basati sull'ignoranza

4. La Comunità Rom è:

- Diversa ed eterogenea; una vasta gamma di persone
- Emarginata
- Socialmente disadattata

5. La Comunità Rom proviene originariamente da:

- Europa
- Italia
- Albania

6. Le lamentele della popolazione Rom relativi al trattamento che essa riceve dalla società maggioritaria sono:

- Esagerati
- Logici e giustificati
- Una scusa

7. Pensa che la popolazione Rom faccia sforzi sufficienti per integrarsi e andare d'accordo con la società maggioritaria?

- Essi fanno tutto quello che possono ma devono sopportare una forte discriminazione
- Potrebbero fare di più
- Non vogliono integrarsi

8. Quale grado di responsabilità, rispetto alle situazioni di discriminazione, crede sia attribuibile alla popolazione Rom?

- Non hanno colpa
- A volte provocano queste situazioni
- Il loro atteggiamento è causa di razzismo

9. Pensa che l'immagine della popolazione Rom fornita dai mezzi di comunicazione sia esatta?

- Sempre
- Qualche volta
- Quasi mai

10. Qual è la sua definizione di razzismo?

- Reazione violenta contro persone di altra razza, cultura, religione, ideologia ecc.
- Rifiuto o emarginazione di persone di altra razza, cultura, religione, ideologia ecc.
- Giudizi positivi o negativi su altre persone basati sulla razza, cultura, religione, ideologia ecc

11. Pensa che la popolazione Rom sia vittima del razzismo o delle differenze di classe?

- Razzismo; essi sono rifiutati a causa del colore della loro pelle e perchè appartengono a una cultura diversa da quella dominante
- Differenza di classe; una persona Rom ricca e famosa è accettata
- Nessune delle due

12. Quale pensa sia la reale, implicita situazione della minoranza Rom relativamente al razzismo?

- E' un problema che è sempre esistito e non ha soluzione
- E' un problema che potrebbe essere risolto se tutti facessimo uno sforzo
- Non è un problema così serio come sembra

Domande relative al contatto professionale con la popolazione rom nell'ambito della sanità

13. Pensa che i conflitti con la popolazione Rom nei servizi sanitari sia un problema che:

- E' molto importante e sta peggiorando
- Avviene in situazioni particolari
- Non è un problema così serio come sembra

14. Quando, per lavoro, entra in contatto con la popolazione Rom:

- Sta bene attento perché è gente potenzialmente conflittuale
- Cerca di adattare il suo approccio tenendo presenti le differenze culturali
- Agisce esattamente nello stesso modo in cui agirebbe con qualsiasi altro paziente

15. Pensa che iniziative specifiche dovrebbero essere sperimentate per la popolazione Rom relativamente ai servizi sanitari?

- No, perché essi sono uguali agli altri Italiani e hanno gli stessi diritti
- Sì, devono essere aiutati per eliminare le disuguaglianze e dovrebbero essere sostenuti nel processo di integrazione
- Sì, servizi specifici dovrebbero essere attivati esclusivamente per la popolazione Rom

16. Sarebbe interessante, per la Sua professione, conoscere qualcosa della cultura Rom?

- Non penso che la cultura Rom sia molto diversa dalla nostra
- Sì, mi aiuterebbe a comprendere atteggiamenti e comportamenti della popolazione Rom
- Sì, e lo stesso andrebbe fatto per tutte le altre minoranze etniche e culturali che vivono in Italia

17. La formazione degli operatori dei servizi sanitari nella soluzione dei conflitti e nella prevenzione è:

- Molto importante nell'affrontare potenziali situazioni di conflitto
- Utile soltanto per la sicurezza personale
- Un peso aggiuntivo

18. Abilità comunicative:

- Non hanno niente a che fare con la relazione terapeuta/paziente sanitario
- Sono uno strumento utile nell'assistenza alla popolazione Rom
- Sono ugualmente importanti per la popolazione Rom e non

19. Rispetto agli operatori sanitari, le persone Rom:

- Pensano che sia nostro dovere fare qualsiasi cosa essi vogliono che facciamo
- Hanno aspettative irrealisticamente alte
- Non fanno mai quello che si dice loro, a meno che la situazione non sia estremamente urgente

20. La presenza di famiglie Rom estesa ai centri sanitari, specialmente gli ospedali:

- E' causa di molti problemi
- E' testimonianza di un importante valore culturale e devono essere trovati i modi per includere questo valore nel sistema organizzativo sanitario
- Non è necessaria e devono essere spiegate loro le regole

21. Occuparsi specificamente dei bisogni dei Rom:

- Implica che lo stesso deve essere fatto con altri gruppi minoritari e che l'attenzione alla diversità culturale dovrebbe essere una caratteristica trasversale nei servizi sanitari
- E' impossibile
- Non contribuirebbe a rendere le cose migliori

22. Quando le persone Rom arrivano al servizio sanitario per una cura, Lei pensa che:

- Abbiamo sfiducia nell'istituzione
- Abbiamo fiducia nell'efficacia del servizio
- Dipende dal caso specifico e dalle loro esperienze precedenti

23. L'inclusione di un piano sulla diversità culturale nel sistema sanitario:

- Non è di responsabilità del sistema sanitario
- Aiuterebbe a migliorare l'assistenza fornita a persone di altre culture
- Non cambierebbe niente

24. La mia esperienza professionale con i Rom è:

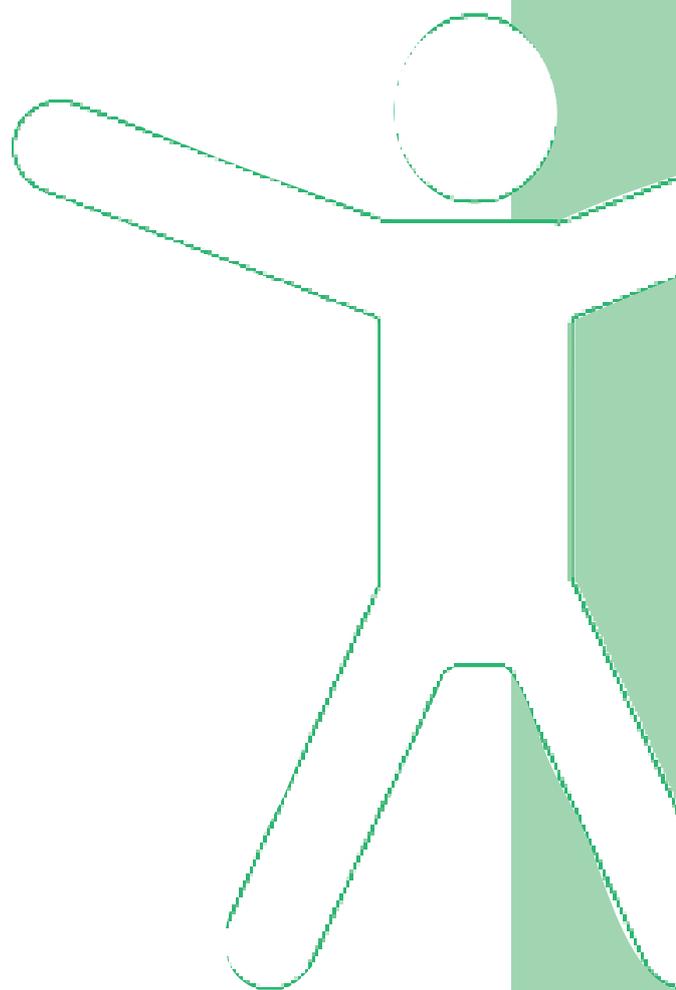
- Buona, normale
- Negativa in alcuni casi e normale in altri
- Causa di stress nel mio lavoro

25. Quale dei seguenti gruppi di popolazione presenta i maggiori problemi nella loro relazione con i servizi sanitari?

- Persone Rom
- Immigrati
 - Persone dell'America Latina
 - Persone dell'Europa dell'Est
 - Persone dall'Africa
 - Persone dall'Asia



Principali termini usati in ambito sanitario



Principali termini usati in ambito sanitario per aumentare la comprensione reciproca

Italiano	Kosovaro/unico	Macedone
IL CORPO UMANO		
corpo	trupí	télo
pelle	murčí	
sangue	rat	sangue
testa	šoró	testa
capelli	bal	bala
occhio	yak	
occhi	yaka	
naso	nak	
bocca	muj	
labbra	vuš	
dente	dand	
denti	danda	
collo	krló - kerlo	
gola	krló	
tonsille	kranicora	
orecchio	kan	
orecchie	kanà	
spalla	dumó	pikò
puntovita	dumò	
schiena	zéa	
braccio	và	vas
gomito	kui	
mano	palma	
dito	naj	
dita	naia (me naia = mie dita)	

Italiano	Kosovaro/unico	Macedone
cuore	iló	ði
seno	čučiá	čuči
polmone, fegato e rene	bukó	
stomaco	jeludaz	ði
pancia	poř	voghi
monte di Venere	minch	
fossapelvica	anicora	
coscia	ciank	čang
ginocchio	koch	
gamba	punglo	prnó
piede	peta	patem
sedere	bul	

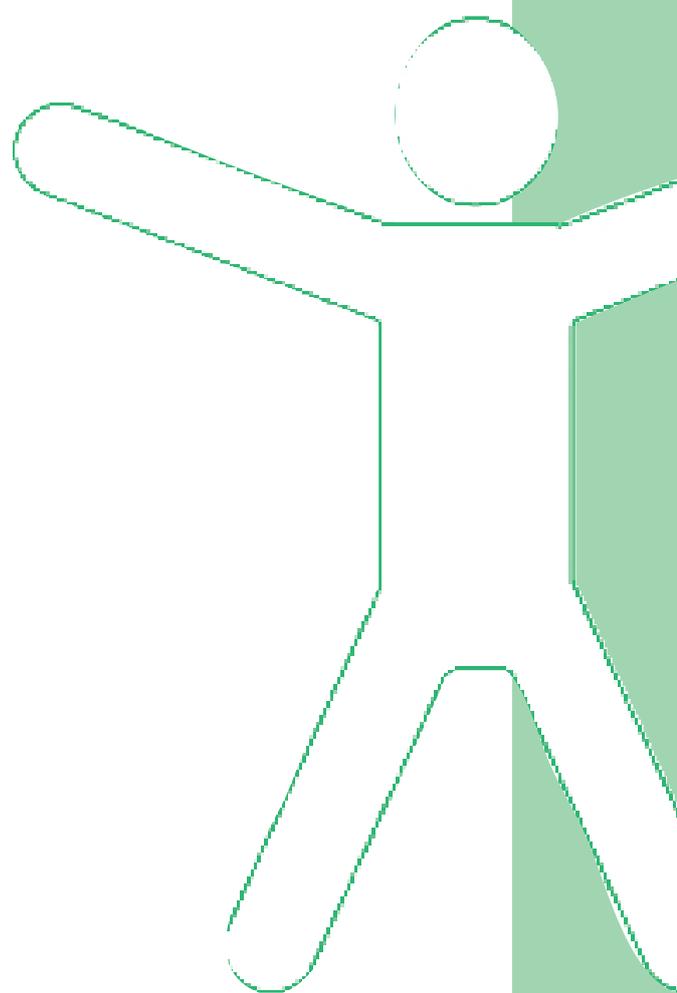
SEGNI, SINTOMI E BISOGNI		
dolore	dukh	
sentire dolore	dukalma	
febbre	iag	
sei a digiuno?	nikala kangi?	
non mangiare niente	maka kangi	
acqua	paj	
bere	piè	
dover urinare	lama un te ka mutrama	
mal di testa	dukalma mo šoró	
emicrania	dukalma mi gogi	
crampo	gherci	
pizzico	busavol	
prurito	halma	liangioma
dolore tagliente	cinolma	
mi stringe	cicidoma	
brucia	habarò - pabarò	

Italiano	Kosovaro/unico	Macedone
dare il sangue	davo rat	
fuoriuscita di sangue da una ferita	cinema rat	
fuoriuscita di sangue da una ferita	ikiol rat	
essere in gravidanza	khamnì	
vuoi partorire	mangè te bianè	
è andata a partorire	gilte bijanò	
allattare	dafciucì - deciucì	
mi gira la testa	votrope mi gogì	vortinoma mi godì
svenire	pelem nesfes	
mi fanno male le orecchie	dukalma me kanà	
gonfiato	scuvlilem	
rossore	lolilem	
bollicine	bubulize	
brufoli	puknà	
ematoma	zeleno - mo driza	
bernoccolo	gunka	
gonfiore da ascesso	scuvlilò	
fare aria	kaerdan	
singhiozzo	lemza - ghicka	
nervi	jipze	
nervosa	nasfalò darì	
ubriaco	mató	
storpio, zoppo	bangó	
dormire	sov	
non posso dormire	nasctì sovà	
urina	mutèr	
bruciore a urinare	pabaroma mutèr	

Italiano	Kosovaro/unico	Macedone
Documenti per accedere alle cure sanitarie & farmaci		
ricetta medica	rezépka	
libretto sanitario	klijiza	
referto medico	opùsnilìskt	
il foglio del dottore (prescrizione)	elilà kata o doktóri	
medicina	práško	



Riferimenti bibliografici



Riferimenti bibliografici

- AA.VV. Competenze e ruolo dello psicologo in ambito di riduzione del danno, Attualità in Psicologia, Edizioni Universitarie Romane n°4 anno XI ottobre, novembre, dicembre 1996.
- AA. VV. Cooperativa Magliana '80, Un percorso cittadino contro la tossicodipendenza; Coop. Magliana '80, 1995.
- AA. VV. O.E.R. Gruppo Romano della Riduzione del Danno, Harm Reduction in Rome; Int. J. Drug Policy, Vol. 7, n° 2, 1996.
- AA. VV., *Peer Education*, Comune di Firenze, Assessorato alle Politiche Sociali, EGA Editore, Torino, 2003
- Ardizzone M. Psicoterapia e trattamento breve nei Servizi di Salute Mentale. L'intervento focale di primo contatto; Riv. Psic. Clin., n° 1, 1989.
- Cancrini L., Psicopatologia delle tossicodipendenze: una revisione; Attualità in Psicologia, Vol. 8 n° 3, 1993.
- Cancrini L., *L'operatore di strada*; NIS, Roma, 1995
- Cemlyn S., "Traveller Children and the State: Welfare or Neglect?", in *Child Abuse Review*, vol. 4, 1995.
- Costarelli S., "Zingari e santità", in *Donne immigrate bisogni e servizi*, Atti del convegno, Firenze, 1994.
- Davoli M., Prevalenza dei tossicodipendenti e comportamenti a rischio; Atti della I Conferenza Nazionale sulla droga, Palermo, 1993.
- Dick Zatta J., "I Roma sloveni di Pieve di Sacco", in *Lacio Drom*, 1-2: 2-79, 1985.
- Id., *Gli Zingari, i Roma. Una cultura ai confini*, CIDI Triveneto, 1988.
- Feder, G, *Traveller Gypsies and primary health care in Est London*, (manuscript); Degree of MD, St. Bartholomew's Hospital Medical College, England, 1993.
- Kleinman A., *Patiens and Healers in the Context of the Culture*, Berkeley, University of California Press, 1980.
- Mucelli R. e D'Aguzzo M. a cura di, *Storie di strada*, Arion edizioni 2004.
- NAGA (Ass. per i diritti e l'assistenza socio-sanitaria a Stranieri e Nomadi), *I percorsi sanitari degli Zingari. Indagine conoscitiva nell'ambito milanese*, dattiloscritto, 1995.
- Okely J., *The Traveller-Gypsies*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
- Piasere L., *Mare Roma. Categories humaines et structure sociale. Une contribution à l'ethnologie tsigane*, , Études et documentes balkaniques et mediterraneens, Paris, 1985.
- Progetto Gipsy, Tossicodipendenza e zingari, A.C.T. Comune di Roma, 2004

- Saletti Salza C., *Bambini del campo nomadi*, CISU, Roma, 2003.
- "Roma Rights", numero monografico *Health Care*, n.3-4, 2004.
- Sutherland A., "Health and Illness among the Rom of California", in *Journal of the Gypsy Lore Society*, 2, 1: 19-59, 1992.
- Id., "The body as a social symbol among the Rom", in J. Blaching (ed.), *The Anthropology of the body*, Academy Press, London, 1977, pp. 375-390.
- Id., *Gypsies: the hidden Americans*, Tavistock, London, 1975.
- Trevisan P., "Fra medici e santi: itinerari terapeutici in una comunità di Roma croati", in L. Piasere (a cura di), *Italia Romani vol. 1*, CISU, Roma, 1996.
- Id., *La "salute" dei Rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari*, in "La ricerca folklorica" n. 50 "Antropologia della salute", 2005.
- Tosi Cambini S., *Gente di sentimento*, CISU, Roma, 2004.
- Van Cleemput P., "Health care needs of Travellers", in *Arch. Disabled Children*, 82, 2000.
- Williams P., *Noi non ne parliamo. I vivi e i morti fra i Manus*, CISU, Roma, 1997.
- Id., (a cura di), *Comunità girovaghe, comunità zingare*, Liguori, Napoli, 1995.
- Id., *I rom d'Europa. Una storia moderna*, Laterza, Bari, 2004.
- Immigrazione, Dossier Statistico 2005, Caritas/migrantes, 2005

“Questo documento è stato prodotto con il contributo finanziario della Comunità Europea (DG SANCO) nel quadro del Programma Salute Pubblica. Il punto di vista espresso nel manuale e nel progetto é quello del Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza e della Unità Sanitaria Locale 5 di Pisa e non riflette necessariamente la posizione ufficiale della Comunità Europea, che non ne è in alcun modo responsabile”

CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza
Via Giorgio Baglivi n° 8 - 00161 Roma
Tel. ++39/ 06/44230395 - 06/44230403 Fax: ++39/06/44117455
E-mail: segreteria.agenzianazionale@cnca.it
Web site: www.cnca.it

Azienda USL5
Via Saragat 24
56125 Pisa. Italy
Phone: +39 050 954 122
Fax: +39 050 954 199

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.