



***TESI DI LAUREA DI
CASTAGNACCI LORENZA***

***“QUALE SALUTE E QUALI
RISPOSTE PER ROM, SINTI
E CAMINANTI?”***

*Questa tesi è disponibile sul sito
www.assistentisociali.org*



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Quale salute e quali risposte per Rom, Sinti e Caminanti?

Interfacoltà di Medicina e Psicologia

Corso di laurea in Servizio Sociale

Materia Sanità pubblica

Candidato

Lorenza Castagnacci

matricola 1249637

Relatore

Maurizio Marceca

Correlatore

Daniela Lorenzetti

AA 2011/2012

A Caterina e a Valeria

Perché ci siete state,

ci siete

e ci sarete sempre ...

INTRODUZIONE.....	6
1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	8
1.1 Il popolo Romani e le sue origini.....	8
1.2 Le caratteristiche Socio-Demografiche del popolo Romani.	13
1.3 La presenza dei Rom in Europa, in Italia e a Roma.....	15
1.4 Qualità di vita, salute, bisogni assistenziali.....	20
1.5 Le politiche e le normative di riferimento.	24
2. FILOSOFIA E CARATTERISTICHE DEGLI INTERVENTI SUI ROM.....	28
2.1 Le risposte a livello europeo e nazionale.	28
2.2 Settimo Torinese (TO) – Il progetto del Dado: l’auto-costruzione e l’auto-recupero per favorire l’inclusione sociale.....	38
2.3 Noto (SR). L’inclusione scolastica dei Camminanti siciliani.....	40
2.4 Navarra (Spagna). Programma de Vivienda de Integración Social (VIS).....	41
2.5 Panciu (Romania)- Intervento di sviluppo socio educativo Progetto Panciu.....	42
2.6 Riflessioni sui progetti presi in esame.....	44
3. IL PROGETTO DELLA CARITAS DIOCESANA DI ROMA “COSTRUIRE NELL’EMERGENZA: PERCORSI DI ORIENTAMENTO SANITARIO “CON” E “PER” I ROM.....	47
3.1 La Caritas italiana.....	47
3.1.1 L’Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma; il lavoro con i Rom.....	49
3.2 Il progetto: “Costruire nell’emergenza: percorsi di orientamento sanitario “con” e “per” i Rom”: introduzione e contesto.....	54
3.2.2 Descrizione del progetto: obiettivi e metodologia.....	58
3.2.3 Le strategie di implementazione del progetto.....	62
CONCLUSIONI.....	66
ALLEGATI.....	73
RIFERIMENTI GIURIDICI.....	80
BIBLIOGRAFIA.....	82
SITOGRAFIA.....	85
RINGRAZIAMENTI.....	86

*Mia madre amò tanto la Spagna
Come se fosse il suo paese
Amò i briganti di montagna
Sui monti dell' Andalusia
Sui monti dell' Andalusia
Io non ho più padre né madre
E' qui a Parigi il mio paese
Ma sopra un mare immaginario
Viaggio e me ne vado via
Sui monti dell' Andalusia*

Zingara, a nessuno io parlo di me

*Zingara, Quale vita è la vita mia
Zingara, Zingara, chi lo sa dove andrò e con chi
Zingara, Zingara, La mia mano sa tutto di me*

*Piedi nudi, lontana infanzia
Sopra i monti laggiù in Provenza
Per gli zingari il mondo è grande Il mondo è grande
E continuo ad andare avanti
Fino ai limiti più distanti
Con gli zingari in capo al mondo In capo al mondo
E c'è In Andalusia
Un fiume che mi tocca il cuore
E c'è In Andalusia Un cielo che È l'aria mia*

*Zingara Qui nessuno sa niente di me
Zingara E' la strada la madre mia
Zingara, Zingara Non si sa come amo né chi
Zingara, Zingara la mia mano sa tutto di me
La mia mano sa tutto di me*

(Notre Dame de Paris- Zingara)

INTRODUZIONE

Il lavoro presentato è frutto dello studio sulla popolazione Romani, e degli interventi che si sono attuati a favore di questo popolo.

La tesi nasce dalla voglia di conoscere il popolo Romani, così affascinante, ma oggetto di molti pregiudizi. Tante volte, infatti, si sente parlare dei rom e spesso il parlare si dirige verso gli aspetti negativi che li contraddistinguono.

Le motivazioni, sopradescritte, hanno portato chi scrive ad iniziare un percorso di conoscenza verso questo popolo, ma soprattutto ad entrare a far parte da maggio 2011 del progetto dell'Area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma: *"Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario "con" e "per" i Rom"* in qualità di volontaria; anche con la consapevolezza che chi intraprende un percorso di studi come quello dell'Assistente sociale, deve cercare di avere meno pregiudizi possibili, per poter lavorare nella massima obiettività ed oggettività.

Il lavoro è diviso in tre capitoli: il primo descrive la storia, le principali caratteristiche socio-demografiche ed i bisogni esistenziali del popolo Romani; il secondo capitolo è uno studio sugli interventi che sono stati fatti a loro favore a livello europeo e nazionale; il terzo invece è la descrizione del progetto dell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, progetto che lavora presso il Comune di Roma, negli insediamenti spontanei.

Nelle conclusioni viene infine messo in evidenza il ruolo dell'assistente sociale per la realizzazione di percorsi di aiuto all'interno di varie strutture. Si sottolinea l'importanza del rapporto di fiducia per la realizzazione di progetti di aiuto, anche in relazione all'esperienza del progetto *"Costruire nell'emergenza: percorsi sanitari "con" e "per" i Rom"* dell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma.

Partendo da una vera conoscenza di queste persone e da un rapporto di fiducia instaurato nel tempo, l'assistente sociale può divenire una figura ponte tra le istituzioni ed la popolazione autoctona e i cosiddetti 'Zingari', coinvolgendoli attivamente e rendendoli protagonisti di un qualsiasi intervento a loro favore. In campo sanitario l'assistente sociale può svolgere una funzione di orientamento e di accompagnamento, favorendo in tal modo la continuità degli interventi assistenziali e divenendo così un nodo importante di quel lavoro di rete necessario per agire sull'ampio raggio di determinanti sociali che influenzano la salute degli individui.

L'intervento sanitario, e la fruizione autonoma dei servizi sanitari possono essere considerati i punti di partenza per un vero processo di inclusione sociale, come descritto nel recente Piano Nazionale per l'inclusione dei Rom, Sinti e Caminanti, approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 febbraio 2012.

1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

*... Ora alzatevi spose bambine
che è venuto il tempo di andare
con le vene celesti dei polsi
anche oggi si va a caritare
e se questo vuol dire rubare
questo filo di pane tra miseria e sfortuna
allo specchio di questa kampina
ai miei occhi limpidi come un addio
lo può dire soltanto chi sa di raccogliere in bocca
il punto di vista di Dio ...*

Korakanè (a forza di essere vento), F. De Andrè



Parigi, Laura Russo, per gentile concessione

1.1 Il popolo Romanì e le sue origini

Le origini del popolo Rom e Sinto sono antichissime. La loro cultura è prevalentemente orale, motivo per cui è difficile ricostruire con esattezza la loro storia. Quello che si sa su loro e sui rispettivi spostamenti lo dobbiamo agli

studi linguistici e filologici, nonché alle testimonianze che troviamo nelle storiografie, nelle leggende e nei racconti dei paesi interessati al loro passaggio (Narciso, 1990).

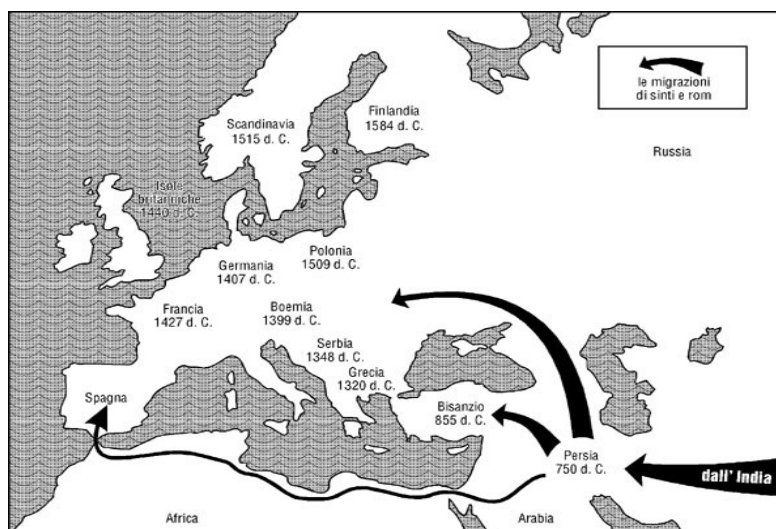


Figura 1 illustrazione dei movimenti migratori del popolo Romanì (Ricordy 2011)

Alla fine del 1700

studi di linguistica comparata avanzano l'ipotesi che la lingua *Romanès* derivi da parlate popolari vicine al sanscrito e che sia quindi originaria dell'India del nord ovest. A tale proposito François de Vaux de Foletier afferma: "La maggior parte degli indianisti fissano la patria dei Rom-Sinti nel Nord-Ovest dell'India e, insieme, li collegano alla casta dei paria. Questo in parte a causa del loro aspetto miserabile [...]; in parte a causa dei mestieri subalterni e spesso disprezzati, esercitati nell'India contemporanea da Indiani che sembrano essere loro strettamente parenti" (De Foletier 2010).

Sulla base dei mutamenti linguistici si ricostruisce il percorso migratorio dei rom sviluppatosi per ondate successive a partire dall'VIII-IX sec d.C. Le cause di queste ondate migratorie sono sconosciute; probabilmente guerre e motivi economici costrinsero questi popoli a spostarsi.

Causa del primo spostamento fu l'invasione dell'India avvenuta tra il 1001-1027 da parte dell'imperatore Mahmud Ghazni (da cui Gaggè)¹. Nel 1056 in Grecia venne annotato da un monaco del monastero Iviron, sul monte Athos, il passaggio di "nomadi, maghi, indovini e incantatori di serpenti", denominati Atsingano, che erano soliti insediarsi tra le rovine di castelli abbandonati, oppure in capanne, creando piccole comunità chiamate Gyphtokastra (Narciso, 1990).

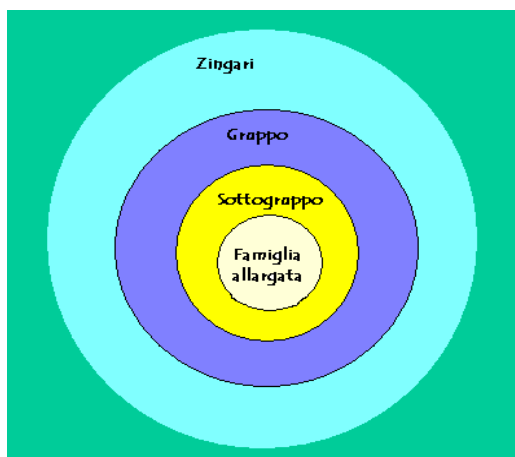
¹ Nella lingua *romanes* o *romanì* il termine *gagè* sta ad indicare i non Rom.

Nella seconda metà del XIV secolo con l'espansione dei Turchi ottomani, Rom e Sinti si allontanarono dalla Grecia, dove vissero per circa tre secoli, e si dispersero nei Balcani.

Si ipotizza che questo popolo sia arrivato in Europa passando per l'Armenia e l'Impero Bizantino, per l'Anatolia e i Balcani. In Spagna arrivarono passando per l'Egitto (da cui Gypsy) e per i paesi dell'Africa del Nord; con le deportazioni e la diaspora dei sec. XVII-XVIII-XIX raggiunsero le Americhe e l'Australia, disperdendosi in tutti i continenti; ogni migrazione, infatti, prevedeva che una parte del gruppo si stabilizzasse.

Ad oggi la stima del Popolo Rom e Sinto è di circa 12.000.000 presenti nel mondo, in Europa tra i 8.000.000 e i 10.000.000, in Italia tra i 120.000 e 170.000, di cui 70.000 sono cittadini italiani (Ricordy, 2011).

Gli zingari, apparentemente immuni al progresso, vivono in un eterno Adesso, in un perpetuo ed eroico presente, come se avessero scelto di vivere al margine della storia (Yoorks, 2008).



Il popolo Zingaro, meglio definito c**Figura 2 rappresentazione grafica della società Romani (Ricordy 2011)**
una nazione transnazionale, senza territoric
e sottogruppi differenti uniti da un'origine comune:

- Geografica: tutte le popolazioni romanì discendono da un'unica etnia proveniente dall'India del Nord.
- Linguistica: tutti parlano la lingua *romanès*, derivata dal sanscrito e mantenuta gelosamente segreta, che nei secoli ha dato origine a numerosi dialetti.
- Culturale: condivisione di alcuni aspetti culturali quali la struttura sociale, la dimensione simbolica, lo spirito nomade.

L'organizzazione sociale dei Rom è estremamente fluida e possiede una grande vitalità interna. La coesione e la solidarietà interna della comunità

zingara si basano sulla famiglia, nucleo fondamentale della società. La famiglia è l'insieme solidale e indivisibile, l'individuo è visto solo come parte di essa. I ruoli all'interno di questa sono ben definiti: la donna ha un ruolo economico, un ruolo educativo ed un ruolo di collegamento con la tradizione; i bambini sono quelli che fondano la famiglia, (che è realmente tale solo nel momento in cui nascono i figli); l'uomo è il capo famiglia, colui che gestisce le relazioni sociali, il tutore del prestigio della famiglia stessa. L'organizzazione sociale del popolo Romani si articola in più livelli identitari definiti dalle relazioni tra i gruppi come matrimoni, alleanze, conflitti. Questo insieme dà origine alla trama dell'identità Romani. La ridefinizione continua dei confini relazionali e degli equilibri attraverso accordi e matrimoni, fa sì che ci sia una costruzione di reti di solidarietà, definita nella loro lingua viene *kumpania*. Un'identità estremamente mobile che si aggrega e disperde a seconda dell'annodarsi e dello scioglimento delle alleanze e del mutare dei rapporti di interesse, mantenuti in collegamento tra loro attraverso una rete di contratti segreti. Il mosaico della società diventa così un caleidoscopio poiché le trame segnate dalle relazioni si ricombinano ogni volta in diverse configurazioni. L'organizzazione sociale diventa organizzazione politica. La popolazione zingara ha difeso la propria identità culturale costruendo un elaborato sistema di schemi protettivi che spesso li fanno apparire il contrario di ciò che sono (Yoorks, 2008).

L'accattonaggio, praticato dalla maggior parte dei bambini e da tutte le donne, è una delle maggiori fonti economiche. Il lavoro non è visto come una necessità, ma come uno scopo che deve lasciare l'uomo libero di poter gestire il suo tempo. La famiglia è vista come un'unità economica e per questo tutti partecipano all'accrescimento della "ricchezza". In linea generale considerano il mondo dei Gagè (la parola con cui i rom indicano tutti quelli che non sono zingari), nel suo complesso, come un patrimonio pubblico.

Negli ultimi decenni i rom tendono sempre più alla sedentarizzazione; il nomadismo come stile di vita è adottato o abbandonato a seconda delle opportunità offerte dal contesto autoctono. Il nomadismo come **stato mentale** implica un pensiero e una cognizione di spazio e tempo particolari, infatti ai

giorni d'oggi i rom si spostano per problemi economici, sociali o istituzionali (sgomberi degli ultimi anni).

La sopravvivenza del popolo e della cultura rom esiste grazie alla continua ridefinizione dei confini simbolici tra mondo Rom e mondo non rom. A partire da questa “opposizione **flessibile**” nasce e si sviluppa l'identità culturale romanì che rielabora elementi esterni e influenze della società ospitante, riconducendoli sempre a un ordine socio culturale coerente e dotato di senso.

D'altra parte la possibilità di emancipazione economica è scarsa e il sistema tende a penalizzare le categorie più svantaggiate che vengono facilmente assorbite nei circuiti criminali. Oggi comunque cominciano a vedersi i primi segni del processo adattivo: la scuola, l'età dei matrimoni più elevata, l'incremento di nuove attività lavorative (riciclo di metalli, vendita dell'usato, svuotamento di cantine e manutenzione del verde) consentono un loro maggiore inserimento nella società.

1.2 Le caratteristiche Socio-Demografiche del popolo Romani.

Si è ripetutamente affermato che il popolo Romani ha una comune estrazione culturale e linguistica, ma nonostante questo non possono essere considerati una popolazione omogenea, a causa delle diverse condizioni in cui si trovano le varie comunità, in termini di integrazione sociale, disponibilità economica, stato di salute e rapporto con i servizi socio-sanitari (Caritas 2009).

In generale si può dire che la struttura demografica è quella di una popolazione molto giovane, composta per il 70% circa da persone al di sotto dei 21 anni e da pochissimi anziani (Geraci, 1998).

All'interno della società Romani sono anticipate tutte le fasi della vita sociale. L'età media nella quale questo popolo si unisce in matrimonio è tra i 17/20 anni, la prima gravidanza si ha subito dopo le nozze, le successive sono molto ravvicinate, i fratelli tra loro hanno pochissimi anni di differenza e il numero dei figli è in media di 5/6 per famiglia.

Una persona raggiunge la piena autonomia decisionale verso i 30 anni e non è poco comune che a 50 anni si è già bisnonni; generalmente verso i 70 anni non si ricopre più un ruolo economico attivo. A questa età ci si dedica a rinsaldare i legami tra i diversi rami della famiglia, che spesso è dispersa in varie parti del Paese, se non addirittura all'Estero.

Quando si presenta l'esigenza di offrire dei dati demografici sui Rom ci si confronta con l'assenza di dati specifici che siano affidabili e disponibili al pubblico; questa situazione è comune a tutti i paesi europei. Nonostante L'Unione Europea abbia affermato che "le leggi di protezione sui dati sensibili si applicano ai dati personali e non a quelli d'insieme, riferibili a dei gruppi, anche identificati in base all'appartenenza etnica, esiste un equivoco per il quale la raccolta di dati sui Rom ed altre minoranze etniche violerebbe tali regole legali". (Baglio, 2008)

L'acquisizione di dati da fonti ufficiali (anagrafi dei comuni, polizia municipale, servizi sociali) ha evidenziato che spesso gli uffici sopra indicati non sono in grado di fornire una risposta certa, c'è una scarsa segnalazione di presenze stagionali e itineranti; infine risulta difficile procedere ad un'identificazione fondata sul gruppo etnico di appartenenza.

Nelle indagini fatte *ad hoc* per determinare il numero di rom presenti e le problematiche sociali o sanitarie che li riguardano, ci si scontra con vari problemi: il principale è quello di chi debba essere incluso nella ricerca stessa. L'etnicità Rom non ha dei confini ben stabili e nel disegno dell'indagine bisogna definire chi includere e chi no, se l'inclusione debba essere stabilita sulla auto-identificazione come Rom o se si debbano applicare criteri come l'identità culturale, protocolli comportamentali, tradizioni e lingua. Se si decide di prendere in considerazione il primo aspetto si rischia di avere una sottostima, per il desiderio dei rom di incorrere nello "stigma del ghetto" se si ricorre a criteri linguistici si rischia di incorrere in una sovrastima in quanto entra in gioco la percezione dell'intervistatore, influenzata da altri fattori come la povertà o il fatto di vivere in un accampamento rom, e questo porta i ricercatori ad attribuire l'etnia rom ad un numero più elevato di persone (Caritas 2009).

1.3 La presenza dei Rom in Europa, in Italia e a Roma.

In mancanza di dati disponibili, le stime generalmente accettate indicano che fuori dal Subcontinente indiano ci siano 12 milioni di Rom e Sinti: 1.500.000 in America del Nord, altrettanti nell'America del Sud, 500.000 in Asia, 200.000 in Africa, 40.000 in Oceania.

L'Unione Europea ha diffuso nel 2008 la stima di 8 e 10 milioni di Rom e Sinti che vivono nel territorio europeo, di cui 7-9 milioni nell'U.E. Sono del 2006 le ultime stime disponibili

delle etnie dei gruppi Rom e Sinti sulla popolazione dei diversi Paesi dell'Unione Europea: l'ingresso della Romania nel 2007 nell'Unione Europea, la conseguente libertà di movimento delle persone, hanno determinato la migrazione di

centinaia di migliaia di Rom, migrazione caratterizzata da elevata mobilità sul territorio e scarsa o nulla integrazione, e perciò difficilmente controllabile e quantificabile.

Stima approssimata della presenza Romani in alcuni stati dell'Europa e la percentuale sulla popolazione totale:

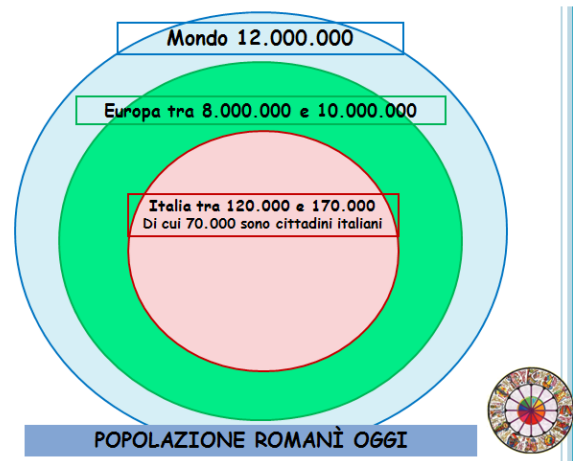


Figura 3 La popolazione Romani oggi (Ricordy 2011)

Paese	Stima Popolazione	Percentuale
ROMANIA	2.000.000	9%
BULGARIA	750.000	9,3%
SPAGNA	700.000	1,7%
UNGHERIA	600.000	6%
SLOVACCHIA	500.000	9,2%
RUSSIA	450.000	0,4%
SERBIA-MONTENEGRO	400.000	3,8%
ITALIA	140.000	1,2%
FRANCIA	350.000	0,5%
REPUBBLICA CECA	250.000	2,6%
MACEDONIA	230.000	11,5%
GRECIA	190.000	1,8%

Tabella 1 stima della presenza Romani in Europa dell'anno 2011. (Roms en Europe, Ed. Conseeil De l'Europe 2011)

I gruppi maggiormente presenti in **Europa** sono i **Rom**, insediati per lo più nell'Europa centro-orientale, i **Sinti** presenti in Francia (*Manouches*), Germania, Spagna, Nord Italia, poi ci sono i **Kalè** nella penisola iberica ed infine i **Romanichals** in Gran Bretagna.

In Italia i primi zingari fecero la loro comparsa nel 1422, come pellegrini diretti a Roma per chiedere perdono al Papa per aver rinnegato la fede cristiana; già in quel periodo vivevano di elemosina (Narciso, 1990).

In Italia i gruppi Romani maggiormente presenti sono quelli dei Rom, Sinti e Camminanti cittadini italiani, comparsi dal XV sec, a fine '800, dopo la prima guerra mondiale. Questo gruppo di camminanti nello specifico sono : Sinti Piemontesi, Marchigiani, Lombardi e Veneti; i Rom Abbruzzesi, Molisani,

Napoletani, Ciletani, Pugliesi e Calabresi; Camminanti Siciliani; Rom Vlax (Kalderasa, Lovara, Curara) ed infine Harvati, Istriani, Sloveni. Negli anni '60-'70 venne in Italia una consistente rappresentazione di Rom Slavi. Dal 1989 in poi Rom serbi, bosniaci, macedoni, montenegrini, kisivari (Xoraxanè e Daxikanè). Infine dall'inizio degli anni '90 l'arrivo, tuttora in corso, dei Rom Rumeni che hanno assunto in breve tempo una grande rilevanza. Dopo i primi immigrati provenienti da Craiowa e Timisoara, si è registrato un esodo continuo e di vaste proporzioni dalla Romania verso l'Italia.

Nel complesso i Rom e i Sinti che vivono nel nostro Paese, secondo il censimento svolto dall'Opera Nomadi, sono fra i 150.000 e 200.000, di cui 70.000 con cittadinanza Italiana da diverse generazioni e 80.000 provenienti dai Balcani (Caritas 2006).

Le più grandi comunità sono stanziare a Roma, Milano, Napoli, Bologna, Bari e Genova, ma ormai la loro presenza si registra in tutta Italia. Quella Rom Rumena è una popolazione in stato di estrema povertà, con stanzialità precaria e caratterizzata da una forte mobilità sul territorio; proprio per queste caratteristiche si rendono quasi sempre "invisibili" e non sono captati dai servizi socio- sanitario o dagli interventi del privato sociale.

Il 22 ottobre 2008 i prefetti di Roma, Milano e Napoli, incaricati di gestire la cosiddetta "Emergenza Rom" dopo un censimento effettuato nelle tre città, hanno consegnato al Ministero dell'Interno un rapporto nel quale si sottolinea l'esistenza di 167 accampamenti, di cui 124 abusivi e 43 autorizzati, e la presenza di 12.346 persone, tra le quali 5.436 minori, calcolando in altrettanti 12.000 coloro che si erano allontanati dai campi dall'inizio di Giugno. La percentuale sulla popolazione italiana si colloca tra 0.20 e 0.25%.

Secondo alcuni studi, **Roma** risulta essere la città in cui vive il più alto numero di Rom e Sinti, molti dei quali sono cittadini italiani. La loro presenza è diffusa in quasi tutti i Municipi, con una grande varietà di gruppi etnico-

linguistici che si differenziano ulteriormente in base al tempo di permanenza in Italia e a Roma (Caritas 2007).

Il Comune di Roma, tramite l'Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute, Ufficio Speciale Immigrazione (USI), monitora il fenomeno e mette in atto interventi di controllo sugli insediamenti e politiche di integrazione. Il primo censimento delle popolazioni Rom e Sinti, residenti in modo stabili a Roma, risale al 1993: la presenza stimata fu di 6.000 persone. Nel 1995 fu svolto il primo censimento generale e furono rilevati 5.467 presenze, in 51 campi nomadi spontanei. Successivamente furono censiti 4.801 Rom e Sinti nel 1997 e 4.535 nel 2000 (Caritas, 2006).

Nella Capitale per lo più sono presenti Rom Slavi e Rumeni più una piccola presenza di altre comunità di Rom abruzzesi, Sinti e Bulgari. La maggior parte dei Rom Slavi vive nei campi autorizzati e tollerati, dotati di servizi e con interventi strutturati, mentre una buona percentuale di Rom rumeni vive in campi abusivi.

Tra il 17 luglio e il 7 ottobre 2008 la Croce Rossa Italiana (sotto la gestione del prefetto Carlo Mosca) ha effettuato un censimento su base volontaria. I dati emersi, anche se parziali, sono molto interessanti: su 3.904 tessere Croce Rossa Italiana (C.R.I.) distribuite, 1.952 relative ai minori, 655 facevano riferimento a persone prive di documenti d'identità (1 persona su 6 circa). Si deve considerare che sono stati censiti anche i rom rumeni dei campi "irregolari". Il censimento ha dimostrato che i numeri dei campi sono limitati. Al censimento della Croce Rossa sono susseguiti quelli dei mass media. In realtà si è trattato di controlli fatti dalle forze dell'ordine, cosa che ha costituito un limite. La Polizia e i Carabinieri non sono operatori sociali e dinanzi a persone senza documenti di identità o titoli di soggiorno, non possono far altro che condurli in questura. La voce di questo tipo di censimento ha provocato l'allontanamento momentaneo di una parte degli abitanti dei campi. Questo ha generato un equivoco e quindi una sottostima dei reali numeri relativi alle presenze nei campi autorizzati e tollerati.

Tabella 2 COMUNE DI ROMA campi attrezzati :numero di presenze nell'anno 2010/2011 Elaborazione Caritas (Caritas 2011)

Campo	Presenze comune	secondo il privato sociale
Salone	800	1.076
Gordiani	220	250
Camping River	450	530
Candoni	690	1.000
Castel Romano	700	1200

1.4 Qualità di vita, salute, bisogni assistenziali.

Parlando di salute della popolazione Rom è necessario innanzitutto fare riferimento alla cornice concettuale di riferimento riguardante i determinanti sociali di salute. Questi sono l'insieme di tutti quei fattori sociali, economici, politici e culturali che influenzano la salute di ogni persona come fattori genetici e costituzionali, i comportamenti personali e stili di vita, i fattori sociali, le condizioni di vita e di lavoro, l'accesso ai servizi sanitari nazionali, le condizioni socio economiche, culturali e ambientali generali (CSDH,2008).

La salute delle persone e quindi anche dalle comunità Rom e Sinte è influenzata da diversi fattori, che necessariamente devono essere presi in considerazione.

Le lacune informative e dei dati statistici sull'appartenenza etnica fanno sì che i decisori politici siano privi di importanti informazioni per delineare delle politiche chiare e adatte alla popolazione presa in considerazione; questo fa sì che si abbia l'idea che la condizione di vita di questa minoranza etnica non sia un fatto che influenza la vita pubblica. Com'è stato affermato dalla Commission Européenne nel 2004: *"Senza dati esiste poca informazione concreta che possa motivare il cambio di assicurare una politica efficace che garantisca l'uguaglianza razziale"* (Commission Européenne, 2004)².

Per quanto riguarda la salute dei rom e dei sinti gli studi scientifici che la descrivono, sono scarsi e di bassa qualità e con la tendenza a generalizzare conclusioni tratte dall'osservazione di piccole realtà. Si può notare che qualunque sia la dimensione dello studio o la posizione geografica dove è stato fatto, i risultati evidenziano che gli indicatori dello stato di salute dei rom è di gran lunga inferiore a quelli della società maggioritaria europea

² Commission Européenne 2004, in Baglio G, Cacciani L, Ciuta T S, D'Ascanio, Geraci S, M Grandolfo, G Guasticci, GrIS Lazio, (A Cura del). *Salute senza esclusione, campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinta a Roma*, Roma, 2008

Un'altra lacuna è data dalla mancanza di una politica globale per combattere la discriminazione nei confronti dei Rom e dei Sinti e questo aspetto è stato la prima osservazione che la Commissione Europea contro il Razzismo e l'Intolleranza (ECRI) ha rivolto all'Italia.

Nel terzo Rapporto sull'Italia del 16 dicembre 2005, vengono sottolineati i problemi che devono affrontare i Rom e i Sinti in Italia. All'incirca un terzo della popolazione Romanì vive in accampamenti, autorizzanti o no, ai margini della società. L'errore delle autorità italiane è quello di considerare stranieri anche i Rom e i Sinti con la cittadinanza italiana, e la credenza che questo popolo voglia abitare in accampamenti, percezione questa, avvalorata dal fatto che le questioni relative ai Rom e ai Sinti siano di competenza di uffici per "nomadi", oppure per "nomadi e stranieri". Come viene descritto nella pubblicazione dell'area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma del 2009 *"Salute senza esclusione"*, *"le condizioni di vita degli accampamenti delle famiglie rom e sinte sono estremamente disagiate, a causa di assenza di infrastrutture e di impianti di base, in particolar modo l'energia elettrica, il riscaldamento e l'illuminazione, la rete fognaria, nonché di attrezzature per lavare e lavarsi e per lo smaltimento di rifiuti, il drenaggio dei siti e i servizi di urgenza. Benché si debba rilevare che la situazione è particolarmente preoccupante negli accampamenti non autorizzati, le condizioni di vita in molti accampamenti autorizzati non sono sensibilmente migliori"* (Geraci, 2009).

L'esclusione delle comunità Rom e Sinte dalla vita sociale e politica italiana si riflette in quasi tutti i settori ed in particolare **l'istruzione, la sanità e l'occupazione**.

L'assenza di istruzione e di formazione incide negativamente sulle possibilità occupazionali di Rom e Sinti; le possibilità di lavoro diminuiscono per la presenza di pregiudizi della nostra società verso il loro popolo e per il fatto che spesso i Rom vivono in accampamenti.

La pubblicazione *"Salute senza esclusione"* descrive che : *" la situazione sanitaria dei membri della comunità rom e sinte è ugualmente una dimostrazione delle loro condizioni svantaggiate, tale svantaggio è dovuto da parecchi fattori, tra cui*

povertà e le condizioni di vita insalubri, ma rispecchia ugualmente l'incapacità del sistema sanitario di soddisfare le necessità specifiche di tali comunità ed, in alcuni casi, i pregiudizi degli operatori incaricati di fornire tali servizi. Il tasso di morbosità e mortalità infantile è notevolmente elevato, come pure quello di certe patologie negli adulti." (Baglio, 2008).

In sintesi la situazione sanitaria dei Rom presenta le seguenti caratteristiche (Affronti, 2011):

- Una bassa aspettativa di vita alla nascita per la popolazione rom in Europa;
- Un tasso di morbidità molto alto, con un incidenza di malattie legate all'ambiente;
- Una mancanza di accesso ai servizi sanitari;
- Una vulnerabilità al consumo di droga e alle dipendenza da alcol, la mancanza di educazione sessuale, porta una maggiore presenza di HIV/AIDS, tutto questo può essere definito come conseguenza di un contesto di isolamento, emarginazione e discriminazione sociale;
- Un Alta incidenza di problemi socio-economici e ambientali legati alle condizioni di vita.

Espressione del bisogno di salute

Atteggiamenti della cultura Rom	Gestione della malattia e atteggiamento verso le strutture sanitarie
Malattia = Sintomo Malattia = Morte	Cerca aiuto solo quando sta male Bassa compliance
Malattia = stato impuro	Nasconde i sintomi o li sopporta per vergogna
Vive il presente, non concepisce un progetto che darà benefici futuri	Non accetta lunghi iter diagnostici - Uso privilegiato PS Difficoltà capire e usare misure preventive (vaccinazioni, stile di vita),
Nomadismo come fuga, evitare il problema	Di fronte malattia grave fugge, fa finta di niente Paura della diagnosi = "dare un nome a quello che si ha"
Centralità della famiglia	In caso di patologie gravi decide la famiglia (per tutti)
Il Rom si sente discriminato dalla società gagé	Comportamento aggressivo Non rispetta le regole Presenta i sintomi in modo plateale Importanza rapporto personale
Difficoltà capire le regole SSN	Difficilmente si muove nella burocrazia Non tollera le file, le attese Difficoltà capire concetto di diritto al servizio sanitario

Tabella 3 espressione dei bisogni di salute dei Rom (Caritas 2011)

L'uso scorretto dei servizi sanitari, a causa di abitudini culturali, (vedi tabella 3) la mancanza di comprensione della cultura rom, l'esistenza di comportamenti discriminatori da parte degli operatori sanitari, fa in modo che i Rom si avvicinano ai servizi sempre più raramente o in modo sbagliato. La mancanza di empowerment³ e di un corretto orientamento per leader della comunità, di mediatori sociali e di donne rom, nonché la mancanza di lavoro di prevenzione per sensibilizzare l'opinione collettiva sull'importanza della corretta educazione alla salute, mette ancora più a rischio la salute di quest'ultimi.

³ L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita

1.5 Le politiche e le normative di riferimento.

In Italia è stato costruito per l'assistenza sanitaria agli stranieri un corpo giuridico coerente e moderno con una chiara volontà di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini e di intercettare il bisogno e la domanda di salute anche dei soggetti ai margini del sistema. **L' art. 32 della nostra Costituzione** ci dice che :

- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
- Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.
- La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Riguardo la salute le normative che in Italia viene regolato questo aspetto nei confronti degli stranieri sono:

- **Legge 6 marzo 1998, n. 40** (Legge "Turco-Napolitano) Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. **Articoli sanitari: 32, 33 e 34**
- **D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 Testo Unico** delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. **Articoli sanitari: 34, 35 e 36**
- **D.P.R. 31 agosto 1999 Regolamento** recante le norme d'attuazione del Testo Unico. **Articoli sanitari: 42, 43 e 44**
- **Circolare Ministero Sanità n°5 del 24 marzo 2000 Indicazioni applicative** del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286

Le principali indicazioni sono:

- **Inclusione nel "sistema salute" dei cittadini stranieri regolarmente soggiornanti**, Estensione obbligatorietà di iscrizione al S.S.N. e

previsione di copertura sanitaria per tutti gli stranieri presenti sul territorio

- **Superamento temporaneità iscrizione al S.S.N., Validità dell'iscrizione anche in corso di rinnovo permesso di soggiorno**
- **Eliminazione requisito della residenza per l'iscrivibilità al S.S.N.**
- **Parità di diritti e doveri.**
- **Tutela della salute anche per i cittadini stranieri non regolarmente soggiornanti.**

Per quanto riguarda le politiche adottate, L'ECRI ha dichiarato di essere molto preoccupata per il comportamento delle forze dell'ordine nei confronti di questa comunità. Sono stati riferiti, infatti molti episodi di espulsione di famiglie da accampamenti non autorizzati, nei confronti delle quali le forze dell'ordine si sono comportati in modo violento e abusivo; inoltre è stato segnalato che i Sinti sono sottoposti a controlli frequentissimi, per non parlare dei numerosi episodi di discriminazione, di veri e propri attacchi razzisti.

Negli ultimi tempi sono stati frequentissimi i casi di affido di bambini Rom e Sinti all'assistenza pubblica, ciò che meravaglia è la maggiore rapidità con cui viene adottato questo provvedimento nei confronti di bambini Rom e Sinti, rispetto agli altri bambini.

L'Alto Commissario per i Diritti Umani del Consiglio d'Europa, Thomas Hammerberg, dopo la visita in Italia nel gennaio 2009, ha trovato inaccettabile le condizioni di vita dei Rom e condanna l'assenza di politiche di inclusioni efficaci da parte del governo, che ignora gli esempi positivi che esistono.

L'ECRI inoltre sta sollecitando l'Italia ad estendere ai Rom e ai Sinti il riconoscimento della minoranza linguistica e a risolvere il problema dell'assenza di documenti, per questa popolazione, come il passaporto italiano e i permessi di residenza.

In Europa gli stati membri non riconoscono a Rom, Sinti e Caminanti gli stessi diritti riconosciuti alle altre minoranze, come prevedono dichiarazioni e convenzioni internazionali. Questa sembra una meta ancora lontana. Nell'ordinamento giuridico italiano il concetto di minoranza è legato a quello della peculiarità linguistica e trova il suo fondamento nell'art. 6 della Costituzione: "La Repubblica tutela con apposite norme le minoranze linguistiche". La legge 15 dicembre 1999, n. 482 "Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche" riconosce e tutela dodici minoranze etnico-linguistiche storiche (albanese, catalana, germaniche, greca, slovena, croata, francese, franco-provenzale, friulana, ladina, occitana e sarda), tenendo conto dei criteri etnico, linguistico e storico, nonché della localizzazione in un territorio definito. Non tenendo presente la specificità della lingua romanes, nell'interpretazione dell'art. 6 ha dunque prevalso un principio "territorialista" che esclude la minoranza zingara, in quanto "minoranza diffusa", dispersa e transnazionale priva di una concentrazione territoriale riconoscibile. Un tentativo di modifica si è avuto con la proposta di legge n. 2858, presentata alla Camera dei Deputati nel luglio del 2007. La proposta, (decaduta per la fine anticipata della Legislatura) proponeva l'estensione delle disposizioni di tutela delle minoranze linguistiche storiche previste dalla legge 482/99 alle minoranze dei Rom e dei Sinti recependo i principi della "Carta europea delle lingue regionali o minoritarie", che riconosce le "lingue non territoriali" come lo yiddish e il romanes. A tutt'oggi, non esiste nel nostro ordinamento alcuna norma che preveda e disciplini "l'inclusione" e il "riconoscimento" delle popolazioni Rom nel concetto di "minoranza etnico-linguistica"; le comunità "sprovviste di territorio", residenti in Italia, sono prive di norme per la salvaguardia della loro cultura e lingua. I Rom, i Sinti e i Camminanti acquisiscono diritti *de jure*⁴ esclusivamente come individui, quando sono riconosciuti cittadini dello Stato; non hanno invece diritti in quanto

⁴ *Di diritto*. - Locuzione per lo più contrapposta a *de facto* ("di fatto"), per indicare conformità all'ordinamento giuridico. Nel diritto internazionale, è usata per indicare il riconoscimento di un nuovo stato o di un nuovo governo in modo pieno e definitivo, che implica la volontà di stabilire normali rapporti diplomatici.

“minoranza”, perché non sono riconducibili ad un’appartenenza territoriale (IREF, maggio 2010).

2. FILOSOFIA E CARATTERISTICHE DEGLI INTERVENTI SUI ROM.

"Ogni volta che l'avete fatto al più piccolo

dei miei fratelli, lo avete fatto a me".

(Matteo 25,40)

Roma, Jessica Gratissi, per gentile concessione



2.1 Le risposte a livello europeo e nazionale.

A livello istituzionale sono molte le carenze in merito alle politiche e normative riguardanti il popolo Romani così problematico.

Nella programmazione comunitaria 2007-2013 [QSN 2007: 34-35; 161-163], la promozione delle pari opportunità e della non discriminazione è un principio trasversale a tutti i livelli di intervento ed azione (Serini, maggio 2010).

Nello studio dell'Iref (Istituto di Ricerche Educative e Formative)⁵ si afferma che, affinché non ci sia discriminazione verso questa popolazione è necessario promuovere pratiche di governo che siano fondate sulla solidarietà e la sostenibilità sociale, in merito a questo vari studi hanno evidenziato come gli squilibri regionali, oltre a produrre ritardi nell'allineamento di alcuni territori agli standard comunitari, producono vere e proprie forme di disuguaglianza a livello inter-regionale. È dunque a livello locale che è necessario mettere in moto quei processi di cambiamento sociale necessari a garantire uguali opportunità indipendentemente dal sesso, dall'appartenenza etnico - religiosa, dall'età e dall'orientamento sessuale.

Negli ultimi anni si è diffusa sempre di più una cultura che assimila i rom ad una minaccia sociale. La Commissione Europea riferisce che sono le amministrazioni locali ad essere in particolar modo chiamate ad una difficile sfida: creare degli schemi di azione pubblica efficaci e rispettosi delle popolazioni rom con il consenso e il sostegno dei cittadini non rom. (Vitale, 2009)⁶

Dal punto di vista del *policy making* locale, nell'intervento a sostegno dei rom si impone una inversione di tendenza, per cui si dovrebbero privilegiare azioni di medio/lungo raggio che siano in grado di incidere in modo duraturo sui meccanismi discriminatori. Le soluzioni di riparazione, lanciate sull'onda dell'emergenza, hanno dimostrato la loro inefficacia (dimostrazione sono gli sgomberi dei campi nomadi).

Come affermato da Marco Livia⁷ nella presentazione del lavoro "*Rom, sinti, camminanti e comunità locali. Studio sulle condizioni di vita e sull'inserimento*

⁵ L'IREF, Istituto di Ricerche Educative e Formative, è stato fondato nel 1968 dalle Acli con l'obiettivo di progettare ed eseguire attività di ricerca in campo sociale.

⁶ Vitale T. *Comuni (in)differenti: i «nomadi» come «problema pubblico» nelle città italiane*, in Cherchi R., Loy G. (a cura di), *Rom e Sinti in Italia. Tra stereotipi e diritti negati*, Ediesse, Roma, 2009

⁷ Direttore dell'IREF dal 2000 con responsabilità commerciali, progettuali, gestionali e organizzative.

nella rete del mezzogiorno": "E' necessario indurre ad un cambiamento organizzativo delle Pubbliche Amministrazioni in funzione di un rafforzamento delle politiche di pari opportunità nei confronti di rom e sinti; ciò chiaramente non può che avvenire a seguito di un adeguamento delle competenze tecniche a disposizione delle stesse Pubbliche Amministrazioni." (Serini, 2010).

L'efficienza degli interventi dipende dalla capacità di lettura del contesto d'azione: i bisogni e le aspettative delle comunità direttamente interessate dalle misure di sostegno sono un punto di partenza indispensabile per sviluppare nuove forme di azione pubblica.

Nella seconda metà degli anni Ottanta si è registrato un attivismo da parte di alcune regioni, che a partire dal Veneto nel 1984, hanno legiferato per tutelare il "diritto al nomadismo" e alla sosta nel territorio regionale, regolando le modalità di allestimento di aree attrezzate, i cosiddetti "campi" (Vitale, 2009).

Attualmente, la metà delle regioni (Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria e Veneto) e la provincia autonoma di Trento possiedono leggi specifiche per la "protezione di nomadi/zingari/Rom/Sinti e della loro cultura", incluso il "diritto allo stile di vita nomade" (IREF, maggio 2010).

Alcuni studi hanno portato in luce il fatto che nella legge regionale si tende ad incorporare la credenza che queste popolazioni possiedano un'identità nomade che preferisce vivere in campi isolati. La concezione degli zingari come "nomadi" caratterizza molte politiche pubbliche italiane, in particolar modo quelle abitative. Nel linguaggio *politically correct*, il termine "nomadi" definisce le popolazioni rom e sinti. Il termine indica le popolazioni che vivono itinerando di luogo in luogo, senza una base o una forma di stanzialità. In tal senso, si può affermare che questo termine non descrive più la realtà dei rom e sinti presenti in Italia attualmente (Caritas, febbraio 2010).

Paolo Marozzo⁸ ha affermato: *“La parola nomade contiene una rassicurante promessa di temporaneità e dunque estraneità alle comunità residenti: ciò che consente più facilmente di escluderli dal cerchio della cittadinanza civica e della scolarizzazione. Di più, l’etichetta di nomadi permette alle autorità locali di costringerli a restare tali, cacciandoli senza doversi preoccupare di dove potranno andare, oppure distruggendone le pur arrangiate abitazioni per fornirli, quando va bene, di campi sosta malsani ed insicuri, fatti per scoraggiare il vivere stabilmente. Nell’Italia degli abusi edilizi condonati, non c’è posto per case zingare”* (Caritas, dicembre 2010).

Il processo di “regionalizzazione” della tutela delle minoranze “senza territorio” ha un limite, poiché, in assenza di forme di coordinamento orizzontale fra gli enti e di forme di *governance* multilivello fra istituzioni ordinate verticalmente, i comuni, responsabili della costruzione e gestione dei campi sosta, raramente rispettano le disposizioni regionali; questo porta all’aumento degli insediamenti spontanei. Poiché non esiste un intervento normativo statale, non ci sono opportunità di affermazione dei diritti e questo fa sì che sia più difficile promuovere i diritti dei soggetti coinvolti (Sigona 2005).

Quando si parla di campi si apre una vera e propria questione. Da sempre, infatti, sono visti come punto di segregazione tra i rom e i gagè ed anche come un qualcosa che esige un vero e proprio controllo.

La nascita dei “campi nomadi” risale alla fine degli anni Ottanta, quando, sotto la spinta dell’emergenza causata dai flussi migratori provenienti dall’ex Jugoslavia, le regioni decisero di realizzare programmi di intervento nel settore della tutela e della promozione dei Rom, regolando le modalità di allestimento di “aree attrezzate” di sosta all’interno del territorio. Le leggi regionali riguardano soprattutto la localizzazione dei campi, i servizi di base che devono essere forniti, le condizioni di ingresso e di permanenza. Inoltre, le leggi prescrivono come gli insediamenti devono essere dislocati in aree

⁸ Esponente della comunità di Sant’Egidio. La **Comunità di Sant’Egidio** nasce a Roma nel 1968, all’indomani del Concilio Vaticano II. Oggi è un movimento di laici a cui aderiscono più di 60.000 persone, impegnato nella comunicazione del Vangelo e nella carità a Roma, in Italia e in 73 paesi dei diversi continenti. E' "Associazione pubblica di laici della Chiesa".

metropolitane non degradate dotate di infrastrutture, elettricità, servizi igienici, acqua potabile, fognature e raccolta dei rifiuti, con facile accesso ai servizi socio-sanitari e alle scuole.

La soluzione dei “campi sosta”⁹, ha causato la costruzione di veri e propri ghetti in cui i Rom e i Sinti vivono in modo sedentario e in condizioni igienico-sanitarie precarie, all’interno di case fatiscenti o baracche fabbricate con materiali di recupero. Nelle grandi città, i “campi sosta” sono stati realizzati lungo ferrovie, tangenziali, discariche, in terreni il cui valore fondiario è minimo, completamente privi di infrastrutture e servizi minimi (Sigona 2005)

Ai campi “autorizzati”¹⁰ vanno poi aggiunti gli insediamenti abusivi¹¹, impossibili da calcolare con esattezza per i continui sgomberi operati dalle forze dell’ordine, i quali versano in condizioni ancora peggiori. Il campo diventa un luogo di segregazione che permette la permanenza di persone espulse dalla città; questa realtà passa come normalità e non come una situazione percepita come straordinaria ed eccezionale; ed inoltre rafforza l’identità culturale di chi vi abita, così da identificare l’essere Rom con il vivere nel campo. L’obiettivo principale delle politiche è quello del **controllo**.

La costruzione dei campi, è stata spesso realizzata senza il consenso e il coinvolgimento dei destinatari, ammassando provenienze e culture diverse, anche incompatibili. Alcuni tentativi di superamento di questa logica sono in corso in varie parti d’Italia (la costruzione di micro-aree, l’assegnazione di alloggi popolari, l’equa-distribuzione, l’accesso ad alloggi privati con strumenti

⁹ I campi sosta, sono delle aree in cui i rom sono autorizzati a sostare.

¹⁰ Per campi autorizzati si intendono tutti quelli che sono dotati di servizi igienici e con interventi strutturati; i campi tollerati sono invece quelli, inizialmente nati in modo spontaneo e dove con il passare del tempo stati attivati degli interventi.

¹¹ I campi abusivi sono una realtà nuova, poco studiata e documentata. La popolazione che vi abita è di diverse nazionalità e di ogni età, senza un progetto migratorio. Questi gruppi umani, che negli ultimi anni si sono polverizzati in vari territori urbani, trovando rifugio negli insediamenti abusivi lungo gli argini dei fiumi, vicino alle piste ciclabili isolate, nei camminamenti sotto i ponti, presentando condizioni di estrema precarietà e fragilità sociale, che li rende di fatto esclusi da ogni servizio, anche di tipo sanitario.

di sostegno, *l'upgrading* delle baracche, ecc.). La politica italiana dei “campi Rom” è oggetto di grande attenzione da parte di vari organismi internazionali di tutela dei diritti umani e della stessa Unione Europea, che condannano non solo l’inadeguatezza dei “campi autorizzati”, ma anche il fatto che la segregazione sia il riflesso di un approccio generale da parte delle autorità, che continuano a considerare Rom e Sinti “*nomadi che vogliono vivere nei campi*”. Molte critiche sono state mosse alle varie pratiche delle demolizioni dei campi e degli sgomberi forzati, senza dare una sistemazione alternativa. Questa pratica non fa altro che trasferire in un altro luogo l’insediamento, senza farlo sparire dalla città, e alimentare, così nei Rom sfiducia e diffidenza verso le istituzioni italiane.

Nonostante le popolazioni zingare rappresentino la più grande minoranza presente in Europa, l’Unione Europea non ha mai messo in atto una politica di contrasto delle discriminazioni. A partire dalla Raccomandazione del Consiglio d’Europa n. 563 del 1969, nella quale l’Assemblea consultiva si dichiarava “*profondamente allarmata*” dalle politiche a sostegno delle comunità Rom e dalle “*frequenti frizioni fra le famiglie nomadi e la popolazione sedentaria*”, sono state formulate nel corso degli anni diverse risoluzioni e raccomandazioni di carattere antidiscriminatorio declinate in base alle condizioni soggettive delle persone e alla loro appartenenza a gruppi specifici (Serini, maggio 2010). L’Unione Europea ha affiancato alla produzione normativa strumenti di politica “*alternative*”, progetti finanziati e modalità negoziali per combattere le discriminazioni, favorire l’inclusione sociale e migliorare le condizioni di vita dei Rom. Tra i provvedimenti normativi più importanti:

- la Risoluzione 13 del Comitato dei Ministri d’Europa del 22 maggio 1975 che affermava la salvaguardia del “patrimonio linguistico e dell’identità dei nomadi”;
- la Risoluzione 125 del 1981, con la quale si invitavano gli Stati membri del Consiglio d’Europa a “riconoscere come minoranza etnica gli zingari

e altri gruppi nomadi quali i Sami¹² e, quindi, ad accordare loro il medesimo statuto e i medesimi vantaggi delle altre minoranze, soprattutto per ciò che concerne il rispetto e la tutela della loro cultura e della loro lingua”;

- la Raccomandazione n. 83 “Sui nomadi apolidi o di cittadinanza indeterminata”, adottata dal Comitato dei Ministri il 22.2.1983;
- la Risoluzione 153 del 22 maggio 1989, con la quale il Comitato dei Ministri dell’Educazione dell’Unione Europea sosteneva che per una corretta scolarizzazione dei bambini zingari si dovesse tenere conto del fatto che “la loro cultura e la loro lingua fanno parte da più di mezzo millennio del patrimonio culturale e linguistico europeo”;
- la Raccomandazione n. 1203, “Gli zingari in Europa”, adottata dall’Assemblea parlamentare il 2.2.1993.
- Il Rapporto OSCE sui problemi dei Rom e dei Sinti (06/09/1999)
- La Risoluzione sulla situazione degli zingari nella Comunità del 1994 (A3- 0124/94), che riconosce “che il popolo Rom è una delle minoranze più importanti dell’Unione Europea”, per cui vanno tutelate “la lingua e gli altri aspetti della cultura zingara come parte integrante del patrimonio culturale europeo”;
- La Risoluzione del Parlamento Europeo del 28.4.2005 che riconosce che i Rom sono la più numerosa minoranza etnica d’Europa e che “la comunità Rom continua a non essere considerata una minoranza etnica o nazionale in tutti gli Stati membri e paesi candidati e che essa pertanto non gode in tutti i paesi dei diritti connessi a tale status”, invitando “il Consiglio, la Commissione, gli Stati membri e i paesi candidati ad esaminare il riconoscimento dei Rom come minoranza europea”.

¹² I **Sami** o **lapponi** sono una popolazione indigena di circa 75.000 persone stanziata nella parte settentrionale della [Fennoscandia](#). I Sami hanno la loro storia, lingua, cultura, attività professionali, modo di vivere e identità.

Negli ultimi anni si è arrivati a condanne nei confronti degli Stati che non hanno rispettato le norme sopra descritte. Tra gli stati condannati troviamo anche l'Italia.

Nell'ordinamento giuridico italiano non sono presenti norme specifiche di tutela dei Rom, ispirate ai principi contenuti negli articoli 2 e 3 della Costituzione che affermano rispettivamente: *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”* e *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”*. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitano la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, e impediscono il pieno sviluppo della persona umana e la partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

La questione dei Rom, è stata affrontata principalmente in termini di *“problema di ordine pubblico”*, con l'eccezione di una circolare del 1985 (Circolare Ministero degli Interni 85 n. 4 del 5.7.1985 su *“Problema dei nomadi”*), la quale sottolinea l'esigenza di garantire *“una reale uguaglianza degli appartenenti ai gruppi Rom e Sinti (tra l'altro in grande maggioranza di cittadinanza italiana) e gli altri cittadini”* e di fornire *“un'adeguata risposta ai bisogni primari delle popolazioni nomadi e che nello stesso tempo sia rispettosa della cultura e delle tradizioni di vita, estremamente diversificate tra l'altro, delle varie etnie che rientrano nel nomadismo”* (Vitale T. 2009)

Negli ultimi anni si è arrivati ad una forte intolleranza nei confronti delle comunità zingare, anche dovuta ai gravi fatti di cronaca che hanno aumentato gli episodi di intolleranza e xenofobia, e come afferma Lory le risposte governative messe in atto sono state di stampo repressivo (Lory G, 2009).

Per affrontare il *“problema Rom”* è stato promulgato il decreto legge 249 del 29 dicembre 2007, con il quale si facilita l'espulsione di cittadini

extracomunitari e comunitari per motivi di sicurezza. Successivamente il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 maggio 2008 (attuato dalle tre ordinanze del 30 maggio 2008 n. 3676, 3677 e 3678) dichiarava lo *“stato di emergenza in relazione agli insediamenti delle comunità nomadi in Campania, Lombardia e Lazio”* fino al 31 maggio 2009 e conferiva a funzionari dello Stato e degli organi locali poteri straordinari, concepibili solo in caso di gravi calamità naturali.

Nel documento dell'Iref sono stati individuati 16 “buone pratiche”, ovvero i progetti a favore dei Rom dei Sinti e dei Camminanti; selezionati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- cambiamento positivo nelle condizioni di vita dei destinatari;
- orientamento metodologico volto all'acquisizione da parte di Rom Sinti Camminanti degli strumenti necessari per l'autonomia e la partecipazione;
- coinvolgimento dei destinatari, sin dalla fase progettuale dell'intervento;
- sistematicità nella strutturazione del progetto e nella sua esecuzione;
- raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- attenzione alle competenze relazionali e alla formazione degli operatori coinvolti;
- monitoraggio in itinere dell'andamento dell'intervento, al fine di adeguare costantemente le attività e le strategie all'evoluzione del bisogno;
- condizioni per garantire la continuità nel tempo dell'intervento ed evitare la dispersione dei risultati;
- grado di coinvolgimento degli enti pubblici il cui ruolo sia stato attivo e concreto;
- trasferibilità dell'esperienza in altri contesti.

Delle 16 Buone pratiche, sono state prese sotto esame alcune che verranno descritte di seguito.

I progetti, presi in esame dallo studio dell'Iref, sono tipi di interventi molto eterogenei, ma con dei tratti comuni. Quest'ultimi sono molto importanti, perché rinviano alla possibilità che si possa ipotizzare un modello di intervento che abbia dei requisiti di generalizzabilità, anche nella diversità dei contesti. Tra gli interventi definiti come "buone pratiche" viene studiato dall'Iref anche il progetto dell'Area Sanitaria della Caritas, che verrà descritto nel prossimo capitolo del lavoro.

2.2 Settimo Torinese (TO) – Il progetto del Dado: l'auto-costruzione e l'auto-recupero per favorire l'inclusione sociale.

Luogo	Settimo Torinese (TO)
Anno di riferimento	2008
Durata	In corso
Ente gestore ed eventuali partner	Associazione Terra del Fuoco, Compagnia di San Paolo, Provincia di Torino, Comune di Settimo Torinese, con la collaborazione di Gruppo Abele, Arcidiocesi di Torino, Croce Rossa, Cooperativa sociale "Architettura delle Convivenze"
Ambito (<i>scuola, casa, sanità, ecc</i>)	Socio-abitativo
Obiettivo generale	Avviare un percorso di inclusione sociale delle comunità rom presenti sul territorio di Torino attraverso l'autorecupero

Tabella 4. Il progetto Dado: l'auto-costruzione e l'auto-recupero per favorire l'inclusione sociale (Serini, maggio 2010).

A Torino sono presenti quattro grandi campi autorizzati che ospitano per lo più Rom di origine slava e sinti. Queste quattro aree sono strutture artificiali realizzate secondo un piano regolatore del comune che ne stabilisce la locazione, l'ampiezza e la disposizione spaziale.

Dopo l'arrivo di molti Rom della Romania nel 2003 sono aumentati i campi spontanei. Il progetto torinese è un'iniziativa di grande innovazione sociale di autorealizzazione della propria casa da parte dei cittadini Rom Rumeni provenienti dai campi abusivi. L'idea di fondo è che con l'auto-recupero la "questione Rom" possa essere affrontata in un'ottica diversa, di un nuovo welfare, dove la promozione sociale di diversi soggetti svantaggiati si integra con le istanze di sicurezza e integrazione della comunità locale (Serini, maggio 2010).

L'obiettivo principale del progetto consiste nell'avviare un percorso di integrazione ed inclusione sociale della comunità Rom presente sul territorio torinese. L'integrazione avviene sia attraverso l'accesso alla casa, sia con la formazione professionale che con l'inserimento scolastico dei minori e l'orientamento a problemi sanitari e legali.

Il progetto si adopera per favorire l'inclusione sociale di:

- Minori (scuola ed attività extrascolastiche);
- Inserimento lavorativo degli adulti;
- Formazione per gli adulti;
- Attività di microeconomia;
- Monitoraggio sanitario;
- Rapporto con il territorio.

A buon fine sono andati sia l'inserimento scolastico che la partecipazione dei bambini alle attività culturali e sportive, questo per favorire l'istaurarsi di relazioni tra i minori e il territorio; grazie all'inserimento lavorativo tutti gli ospiti della casa hanno un'occupazione. Un altro obiettivo è la formazione permanente degli adulti che per tutta la durata dell'anno scolastico 2009/2010 hanno frequentato un corso di italiano, ed una consistente parte degli adulti è stata iscritta anche ai corsi Enaip.

Relativamente al monitoraggio sanitario le famiglie che hanno la residenza sono state iscritte presso l'ASL di Settimo e usufruiscono regolarmente del servizio del medico di base, mentre i non residenti posseggono la tessera ISI, che consente loro di avere assistenza medica recandosi nei centri predisposti di Torino. Tutte le famiglie sono segnalate al CISSP¹³; inoltre alcune assistenti sociali seguono le due famiglie con maggiore necessità di sostegno.

¹³ Consorzio Intercomunale Servizi Sociali alla persona dei comuni di Leini, San Benigno Canavese, Settimo Torinese e Volpiano

2.3 Noto (SR). L'inclusione scolastica dei Camminanti siciliani

Nome del progetto	Progetto IaD (Istruzione a Distanza)
Luogo	Noto (SR)
Anno di inizio del progetto	1995
Finanziamento	Ministero della Pubblica Istruzione (Direzione Generale scambi culturali), FSE
Ente promotore	Comune, Istituto comprensorio "Maiore"
Partner del progetto	Opera Nomadi, partenariato con Irlanda e Spagna (durante i primi anni)
Ambito	Scolastico
Obiettivo generale	Scolarizzazione (elementari e medie) dei bambini Caminanti, alfabetizzazione degli adulti, sensibilizzazione e socializzazione alla scuola di tutta la comunità caminante.

Tabella 5. L'inclusione scolastica dei Camminanti siciliani (Serini , 2010)

Il progetto di integrazione scolastica dei Caminanti di Noto inizia nel 1995 da un'iniziativa di Opera Nomadi, insieme al Ministero della Pubblica Istruzione (Direzione Generale Scambi Culturali) ed in partenariato con Irlanda e Spagna.

Il progetto inizialmente prevedeva soltanto un'educazione a distanza: l'idea era di dare un rimedio alla lunga assenza da Noto dei Camminanti ed in particolare dei bambini in età scolare. Il numero di Camminanti che si sono avvicinati all'istituzione scolastica di Noto è aumentato sempre di più e oggi la percentuale di bambini e ragazzini camminanti iscritti all'istituto comprensivo "Maiore" è pari a circa il 30% del totale. Il progetto offre un'alternativa e una possibilità di conciliazione tra il sistema scolastico italiano (disegnato per un *certo tipo* di struttura sociale) e le diverse esigenze e abitudini di una comunità nomade o semi nomade come quella dei Rom o dei Camminanti.

Il progressivo inserimento delle famiglie camminanti nel tessuto urbano di Noto ha determinato l'acquisizione di regole sociali mutuate dai "paesani": la cura dell'igiene e la cura sanitaria sono tra queste.

L' integrazione della popolazione camminante di Noto si sta realizzando attraverso una serie di passaggi come l'assunzione della cittadinanza, l'acquisto di una casa, la scolarizzazione dei figli, il mantenimento di un lavoro.

2.4 Navarra (Spagna). Programma de Vivienda de Integraciòn Social (VIS)

Luogo	Navarra (Spagna)
Anno di riferimento	Attivo dal 1998 all'interno del Plan de Lucha contra la Exclusiòn Social
Finanziamento	
Ente gestore ed eventuali partner	Comunidad Foral de Navarra; diverse ONG
Enti finanziatori	Gobierno de Navarra, attraverso il Departamento de Vivienda y Ordenaciòn del Territorio e la Direcciòn General de Asuntos Sociales
Ambito	Abitativo
Obiettivo generale	Combattere l'esclusione sociale della popolazione di Navarra che vive in abitazioni degradate e nelle baraccopoli, favorendo l'acquisto e la ristrutturazione di una nuova abitazione e la fruizione dei servizi di base

Tabella 6. Programa de Vivienda de Integraciòn Social (VIS) (Serini, 2010).

Dai dati della *Fundaciòn Secretariado Gitan*¹⁴ si può affermare che in Navarra sono presenti circa 6.500 zingari (1% di tutta la popolazione). La maggior parte della comunità gitana vive in condizioni di precarietà ed esclusione sociale.

Il progetto nasce con l'obiettivo di combattere l'esclusione sociale della popolazione della regione spagnola della Navarra che vive in abitazioni fatiscenti e nelle baraccopoli, favorendo l'acquisto e la ristrutturazione di una nuova abitazione. Attraverso questa misura il progetto vuole migliorare le condizioni di vita della popolazione gitana, facilitando, così, il loro insediamento del nuovo quartiere e lo sviluppo di buoni rapporti sociali con gli abitanti, promuovere l'accesso ai servizi presenti, stimolare il loro coinvolgimento nella cura e manutenzione dell'alloggio.

Il progetto si interessa anche della tutela della salute di tutti i membri del nucleo familiare, dell'iscrizione dei minori a scuola e della riqualificazione professionale. Gli operatori si impegnano per il sostegno dei beneficiari nella ricerca di un lavoro, favorendo la conoscenza reciproca tra popolazione autoctona e gitani, stimolando la partecipazione dei rom alla vita comunitaria. L'obiettivo finale del progetto non è la casa, ma la "normalizzazione" della situazione familiare, attraverso l'accesso ai servizi di base. Un'altra caratteristica di "successo" del programma attiene strettamente la qualità delle relazioni sviluppate tra attori pubblici e privati coinvolti. Il lavoro di rete tra il pubblico e

¹⁴ Associazione senza fini di lucro che si occupa dello sviluppo delle comunità gitane

il privato sociale ha creato una prassi d'intervento molto efficace; l'increscere della crisi economica richiederebbe uno sforzo di adattamento delle strategie complessive attraverso l'adozione di metodologie e politiche più flessibili.

2.5 Panciu (Romania)- Intervento di sviluppo socio educativo Progetto Panciu

Luogo	Panciu - Romania
Anno di riferimento	2007
Durata	In corso
Ente gestore ed eventuali partner	Associazione Rom pentru Rom, Ibo Italia, le Acli Provinciali Lodigiane
Ambito	Socio-educativo/Sensibilizzazione del territorio
Obiettivo generale	Creazione di un luogo che ospiti attività ludiche e formative favorire la crescita, l'integrazione e lo scambio interculturale tra i minori e i giovani dell'area di Panciu. A tale scopo nel 2007 è stato inaugurato il Centro Diurno di aggregazione giovanile "Pinochio"

Tabella 7. Intervento di sviluppo socio educativo Progetto Panciu (Serini, maggio 2010).

La comunità rom nella cittadina di Panciu è in percentuale di circa 8% sull'intera popolazione. I Rom svolgono principalmente lavori giornalieri o stagionali; il tasso di alcolismo è molto alto, la quasi totalità degli adulti è analfabeta; tra i minori c'è un abbandono scolastico molto elevato. I minori crescono senza prospettive e speranze di avvenire, condizionati anche dal luogo geografico dove si trovano. Nella comunità di Panciu manca un'info point centralizzato per l'ottenimento di informazioni sui diritti civili, facilitazioni sociali e documenti per pratiche di emigrazione.

La cittadina è sprovvista di luoghi di aggregazione per giovani e bambini, mancano stimoli e figure di riferimento in grado di trasmettere valori, con un conseguente appiattimento intellettuale e la creazione, quindi, situazioni fertili per lo sviluppo di dinamiche devianti. La maggior parte dei bambini passa il proprio tempo libero in strada.

Il progetto si colloca all'interno di un contesto socio-economico molto povero e carente di stimoli che permettano un processo di sviluppo, soprattutto delle fasce già povere o svantaggiate (rom, anziani, analfabeti)

Il progetto si pone l'obiettivo di sostenere la promozione e lo sviluppo della comunità Rom di Panciu favorendone l'inclusione sociale; vuole permettere l'integrazione dei giovani provenienti da diverse realtà sociali sia attraverso un sostegno allo studio, ma anche attraverso lo sport e le attività creative. Tutti gli obiettivi vogliono essere raggiunti anche grazie alla collaborazione e al coinvolgimento della comunità autoctona attraverso la creazione di un luogo che ospiti attività ludico-formative e di educazione non formale, per favorire la crescita, l'integrazione e lo scambio interculturale tra i minori e i giovani di Panciu. (Serini, maggio 2010)

L'intervento vuole favorire la crescita di una realtà sociale per portarla verso una autonomia organizzativa, economica e funzionale. Questo potrà avvenire solo attraverso un consolidamento delle capacità organizzative, una formazione continua del proprio personale interno e un graduale riconoscimento della valenza sociale del proprio operato da parte delle istituzioni locali. Il traguardo della sostenibilità sarà il risultato da conseguire al termine del contributo di supporto offerto dai partner italiani al termine dei due anni di progettualità.

Il progetto ha creato uno sportello info point che punta a facilitare l'offerta informativa, relativa a diritti civili e tutele sociali, rivolta alle categorie più svantaggiate della comunità locale di Panciu (anziani, emigranti, disabili e rom). L'info Point viene gestito direttamente da membri Rom.

Grazie al progetto vengono realizzati percorsi di alfabetizzazione, sostegno scolastico e monitoraggio del livello di apprendimento, per combattere il tasso di assenteismo scolastico.

In una realtà come quella di Panciu è difficile pensare ad interventi che mirino solo all'inserimento scolastico, tralasciando di migliorare le condizioni abitative, l'accesso alle risorse e di sostenere una vita autonoma e dignitosa che l'abitare in una baraccopoli certamente non garantisce. Il progetto rappresenta un'alternativa positiva, uno strumento in grado di migliorare le traiettorie di vita di questi ragazzi .

2.6 Riflessioni sui progetti presi in esame

Dall'analisi dei progetti esaminati nei paragrafi precedenti si possono trarre alcune considerazioni generali:

- in ogni intervento si è dimostrato necessario inserire obiettivi di tipo socio-sanitario;
- affinché un progetto abbia un esito positivo deve prevedere un partecipazione attiva dei beneficiari;
- un progetto per essere replicabile deve vedere il coinvolgimento dell'interlocutore politico e del volontariato assistenziale; è necessario superare l'approccio emergenziale di natura sanitaria e usare un approccio sistemico di intervento su tutti i fronti (Serini, 2010);

Bisogna affermare che attualmente non è facile costruire un rapporto di fiducia con il popolo Romani e a causa delle politiche messe in atto si può spesso verificare che la relazione costruita nel tempo si perda. Come afferma Alessandro Serini¹⁵, *“Gli interventi vanno probabilmente ripensati attraverso una politica di prima accoglienza più complessa, che non si limiti a garantire una ospitalità emergenziale e che miri a costruire un rapporto di reciproca assunzione di diritti e di doveri. La presa in carico del territorio e dell'ente pubblico avviene in tal modo in un contesto di assunzione di responsabilità da parte dei Rom.”*

L'assistenza sanitaria è il primo contatto che i Rom intraprendono con gli enti del territorio e, come affermato da molti operatori sanitari, la presa in carico sanitaria ed anche l'educazione sanitaria sono facilmente replicabili anche in altri contesti, perché sono necessari e hanno protocolli di interventi collaudati e ben sviluppati.

In tutte le esperienze descritte nel paragrafo precedente emerge che l'elemento della **fiducia** è fondamentale per la costruzione di un rapporto benefattore-cliente e per la riuscita dell'intervento (Pitaluga, 2007).

¹⁵ Ricercatore dell'Iref dal 1998. Ha svolto studi sulla responsabilità sociale d'impresa e sui cambiamenti in atto nel mondo del lavoro, con particolare riferimento ai disagi legati al mobbing e alla disoccupazione over40.

In campo sanitario, grazie al lavoro costante di medici e infermieri, che si sono instaurati rapporti personalizzati che hanno permesso e di superare le diffidenze e i pregiudizi reciproci e di dare l'avvio all'erogazione di prestazioni sanitarie, alle informazioni igienico sanitarie, ad orientare e avviare verso un percorso assistenziale finalizzato alla fruizione autonoma dei servizi e delle strutture sanitarie pubbliche. Il fatto che alcune famiglie rom vadano dal medico rappresenta un successo per quanto riguarda l'accesso ai servizi socio-sanitari.

L'obiettivo di un intervento sanitario, deve essere, oltre allo screening sanitario, anche la promozione del diritto alla salute, l'utilizzo di servizi sanitari di zona e la diffusione di norme di educazione sanitaria per la tutela della salute. Ciò avviene quando sono presenti vari elementi come la continuità di rapporto, un'informazione personalizzata e attenta alle esigenze specifiche ed infine un senso di responsabilità da parte delle famiglie rom.

Per quanto riguarda la comunicazione, sembra che l'utilizzo degli opuscoli sia molto efficace, anche perché la lingua italiana sembra essere ancora un ostacolo (Caritas, 2009). L'uso di tali mezzi facilita l'abbattimento di eventuali barriere all'accesso nella fruizione dei servizi disponibili, compresi quelli sanitari. Inoltre la figura del mediatore culturale è importante, per la lingua e per il rapporto di fiducia che è in grado di instaurare con i gruppi rom.

Spesso i fattori culturali portano ad effettuare campagne di informazioni attraverso rete amicali e strumenti di carattere relazionale, si è spesso verificato come un consiglio proveniente da un parente o da un amico sia più efficace di quello fornito che non quello dato da un'assistente sociale o da un operatore sanitario.

È fondamentale agire secondo una strategia di empowerment informando la popolazione Rom e Sinti sui propri diritti mettendola in grado di accedere ai servizi sanitari.

Altrettanto importante è formare gli operatori della salute sulle normative di riferimento nel campo dell'assistenza sanitaria a questa popolazione.

Il coinvolgimento delle associazioni, dei mediatori culturali, degli enti locali e degli enti sanitari, è fondamentale per la costruzione di un modello di intervento a rete, dove l'azione di indirizzo e di *governance* viene dettata dal governo locale, e dove gli altri attori lavorano ognuno per la propria parte in un ottica di cooperazione e di partnership.

3. IL PROGETTO DELLA CARITAS DIOCESANA DI ROMA “COSTRUIRE NELL’EMERGENZA: PERCORSI DI ORIENTAMENTO SANITARIO “CON” E “PER” I ROM.



Roma, Jessica Gratissi, per gentile concessione

*“Una città in cui un solo uomo soffre meno
è una città migliore”*

-Don Luigi di Liegro-

3.1 La Caritas italiana

La Caritas Italiana è l'organismo pastorale della Cei (Conferenza Episcopale Italiana) per la promozione della carità, questa ha lo scopo cioè di promuovere «*la testimonianza della carità nella comunità ecclesiale italiana, in forme consone ai tempi e ai bisogni, in vista dello sviluppo integrale dell'uomo, della giustizia sociale e della pace, con particolare attenzione agli ultimi e con prevalente funzione pedagogica*» (art.1 dello Statuto)(Sito Caritas italiana).

La Caritas è nata nel 1971, per volere di Paolo VI, nello spirito del rinnovamento avviato dal Concilio Vaticano II. Fondamentale è il collegamento e confronto con le 220 Caritas diocesane, impegnate sul territorio nell'animazione della comunità ecclesiale e civile, e nella promozione di strumenti pastorali e servizi: Centri di ascolto, Osservatori delle povertà e delle risorse, Caritas parrocchiali, Centri di accoglienza, ecc. Nel 35° Convegno nazionale della Caritas sul tema “ *La Chiesa che educa servendo carità << si mise ad insegnare loro molte cose>>(Mc 6,34)*” svolto a Fiuggi a novembre del 2011 il Vescovo di Lodi e presidente della Caritas italiana, Giuseppe Merisi, ricordando l’impegno della Caritas da 40 anni, ha affermato: “*Agire per esserci e per farci essere l’intera comunità; l’impegno della Caritas italiana è a favore per i diritti, la legalità, le politiche sociali, l’inclusione e il bene comune ha puntato a formare comunità capaci di vivere e di agire dentro la storia, nella quotidianità*”(Nozza 2011).

La Caritas ha come compiti fondamentali:

- Collaborare con i Vescovi nel promuovere nelle Chiese particolari l'animazione della carità e il dovere di tradurla in interventi concreti;
- curare il coordinamento delle iniziative e dei servizi di ispirazione cristiana;
- indire, organizzare e coordinare interventi di emergenza in Italia e all'estero;
- in collaborazione con altri organismi di ispirazione cristiana: realizzare studi e ricerche sui bisogni per aiutare a scoprirne le cause; promuovere il volontariato e favorire la formazione degli operatori pastorali della carità e del personale di ispirazione cristiana impegnato nei servizi sociali; contribuire allo sviluppo umano e sociale dei paesi del Sud del mondo anche attraverso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica (sito Caritas Italiana).

3.1.1 L'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma; il lavoro con i Rom.

L'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma nasce nel 1983 con l'idea che il diritto alla salute rappresenta uno dei diritti fondamentali dell'uomo. Seguendo questa idea si è cominciato organizzando un servizio di medicina di base per coloro che non avevano garantita l'assistenza sanitaria pubblica e gratuita, con l'obiettivo di assicurare un diritto a chi non lo aveva riconosciuto. Successivamente è nato anche un centro studi salute immigrati e rom, che permette la raccolta e sistemazione della documentazione riguardante il tema.

All'interno della cornice sopra descritta nasce l'interesse per la salute dei Rom, infatti da molti anni l'area sanitaria della Caritas diocesana di Roma si impegna per la promozione della salute fra le comunità rom presenti nella città di Roma.

L'attenzione dell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma relativa alla promozione della salute delle comunità rom e sinte nasce nel 1987 quando, un'équipe di medici e infermieri, accompagnata dagli operatori dell'Opera Nomadi, iniziò, utilizzando un camper sanitario, a recarsi periodicamente presso i numerosi insediamenti presenti a Roma, per svolgere attività di medicina di base, pediatria e ginecologia, educazione sanitaria, medicina preventiva, rilevazione epidemiologica, rilevazione igienico-ambientale, osservazione antropologico sanitaria.

Questo approccio iniziale, basato sull'offerta attiva e la presenza costante sul campo, si è rivelato non sufficiente per avviare percorsi di promozione della salute reale, a cominciare dalla fruibilità dei servizi sanitari pubblici. Fin da subito gli operatori si sono resi conto di avere a che fare con una popolazione che, oltre a possedere le caratteristiche di quei gruppi che vivono in situazioni di estrema povertà ed emarginazione sociale, era anche portatrice di un'identità culturale diversa, complessa.

A partire da settembre 1995 fino a tutto il 1998, è stato realizzato un progetto pilota che aveva per la prima volta la metodologia della ricerca-azione, iniziando così anche una raccolta di dati riguardanti la salute dei Rom.

Negli anni successivi la Caritas ha indetto un nuovo progetto chiamato, “SaluteZingara”, 1999-2007, la finalità di quest’ultimo era quella di fare una sperimentazione delle strategie d’integrazione e dell’organizzazione di rete degli interventi a favore della popolazione rom che vive in condizioni di forte emarginazione sociale e sanitaria. La metodologia d’intervento di questo progetto si può descrivere in (Geraci 1998):

- *un lavoro “da strada”* attraverso un intervento sanitario all’interno degli insediamenti;
- *la ricerca-azione*;
- *il lavoro di équipe* nella quali sono presenti diverse professionalità, esperienze, capacità.

La Caritas in quegli anni attraverso l’approfondimento di temi sull’immigrazione ha dedicato una sezione specifica del C.SeI (Centro Studi Salute Immigrazione e Zingari) alla tematica della salute dei rom, curando anche la formazione ed informazione del personale sanitario e degli operatori sociali impegnati a vario titolo con le comunità Rom, sia nelle strutture pubbliche che nel privato sociale. Ha cercato di intraprendere un collegamento, uno scambio e un coordinamento con istituzioni e associazioni, pubbliche e private, che lavorano con le popolazioni rom e sinte, soprattutto in salute. Infine ha creato nel 2001, all’interno del GrIS Lazio (Gruppo Immigrazione e Salute) un sottogruppo denominato GrIS - Area zingari, specificatamente destinato alla promozione e alla tutela della salute fra le comunità rom e sinte. Grazie al Gris Area Zingari¹⁶ è nato un lavoro di rete che mette in comunicazione il

¹⁶ Gris-Area Zingari, nasce nel 2011: è un luogo di collegamento, confronto e discussione fra le realtà che operano nell’ambito della promozione della salute. Il Gris Area Zingari nasce dall’esperienza del Gruppo Regionale Immigrazione e Salute, nato nel 1996, è un gruppo dove partecipano strutture di volontariato, del privato sociale, associazioni di immigrati e strutture politiche coinvolte nell’erogazione dei servizi sanitari.

privato sociale, quotidianamente presente nei campi, e gli operatori sanitari delle Asl di zona, con l'obiettivo di garantire accesso e accoglienza adeguati nelle relative strutture sanitarie. Questo lavoro ha fatto nascere successivamente un nuovo progetto denominato "*Salute senza esclusione*" volto per lo più alla promozione del diritto alla salute per tutti, attraverso l'adozione di strategie di sanità pubblica centrate sulla sinergia pubblico-privato sociale e sull'offerta attiva di prestazioni sanitarie.

Nel 2002 è stata promossa una *campagna vaccinale* (Baglio 2003), rivolta ai minori dei 32 campi sosta censiti dal privato sociale sul territorio della città di Roma. L'obiettivo era quello di adeguare la copertura vaccinale dei minori rom presenti negli insediamenti, ma anche di avvicinare gli operatori dei servizi sanitari alla popolazione rom. Fondamentale era non solo far uscire i Rom dal campo promuovendo l'utilizzo dei servizi, ma anche quello di portare gli stessi operatori sanitari negli insediamenti, oltrepassando il confine che separa la società "civile" dal mondo rom.

Nel 2006 è stata promossa una nuova campagna, coordinata dall'Agenzia di Sanità Pubblica (Laziosanità-ASP), l'obiettivo era quello di consolidare il rapporto tra comunità rom e servizi sanitari di zona e non solo quello di offrire un servizio in loco come era stato nella campagna vaccinale del 2002.

Gli obiettivi specifici della *campagna di accessibilità ed educazione sanitaria 2006* (Baglio, 2008) erano:

- Informazione sui servizi sanitari disponibili sul territorio, mediante apposite schede relative ai percorsi di accesso nelle strutture di zona competenti.
- Interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione di malattie diffuse, la tutela della salute del bambino, gli stili di vita idonei per la riduzione di malattie cardiovascolari, attraverso il supporto di opuscoli informativi illustrati.

- Offerta attiva del controllo della pressione arteriosa ai soggetti adulti, nonché controllo della copertura vaccinale dei minori.
- Orientamento attivo ai servizi competenti in relazione ai bisogni rilevati (vaccinazioni, gravidanze, malattie croniche, ecc)

La campagna del 2006 è stata una tappa importante nel percorso di ricerca-azione che ha caratterizzato il lavoro della Caritas, finora descritto, in quanto hanno sperimentato e messo a punto una strategia di intervento fondata sui seguenti principi metodologici (Geraci 2009):

- lavoro di rete;
- integrazione tra pubblico e privato;
- approccio multidisciplinare e coinvolgimento attivo della popolazione di riferimento (sia nella progettazione che nella fase operativa);
- presenza sul campo;
- offerta attiva di servizi;
- individuazione ed adozione di modelli flessibili ed attenti alle realtà specifiche.

Grazie alla Campagna vaccinale, è stato possibile riscontrare che l'accessibilità ai servizi può essere migliorata agendo su più versanti:

- sensibilizzando la popolazione mediante l'educazione sanitaria e la creazione di contatti personalizzati tra operatori e Rom, al fine di superare diffidenza e pregiudizi reciproci;
- implementando percorsi socio sanitari a bassa soglia d'accesso;
- proponendo iter formativi specifici per gli operatori sociosanitari.

Quest'esperienza ha fatto sì che il Ministero della salute del 2008 invitasse la Caritas romana ad applicare questa strategia a livello nazionale, al fine di elaborare raccomandazioni riproponibili su tutto il territorio. A tal proposito la Caritas ha coordinato il progetto *"Sperimentazione di interventi per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia"*, che ha interessato sei città (Messina, Palermo, Milano, Firenze, Roma, Trento).

L'esperienza sopradescritta ha portato alla stesura di *“Dieci punti fermi per favorire accessibilità ai servizi per la popolazione rom e sinta”* (Geraci 2009):

1. Agire sempre sulle due popolazioni di riferimento: rom/sinti e operatori sanitari.
2. Lavorare in rete tra istituzioni, all'interno delle istituzioni e, soprattutto, favorire un'integrazione tra settore pubblico e privato sociale/volontariato.
3. Progettare interventi ed azioni con un approccio multiprofessionale (medico, sociale, antropologico, psicologico) che comprenda anche una componente rom/sinta.
4. Realizzare percorsi di formazione per operatori sia con contenuti tecnico-operativi sia sul versante dei diritti, della relazione, della gestione del pregiudizio e della comunicazione interculturale.
5. Coinvolgere in forma attiva le comunità di riferimento (già in fase di progettazione e poi nelle fasi operative).
6. Favorire l'incontro diretto tra operatori e popolazione con una presenza sul campo per una reciproca conoscenza e creare contatti personalizzati tra operatori e rom e sinti.
7. Garantire, quando necessario, in una prima fase, l'offerta attiva di parte dei servizi negli insediamenti rom/sinti, non solo di prestazioni mediche, ma anche di orientamento specifico e di educazione sanitaria. Puntare sempre, tuttavia, nel medio periodo, ad una normalizzazione del rapporto tra servizi e comunità.
8. Rileggere le proprie strutture sanitarie, in un'ottica di accessibilità per le popolazioni più fragili, in modo da proporre servizi a bassa soglia di accesso e con una buona capacità relazionale.

9. Individuare modelli di intervento comunque flessibili ed attenti alle realtà specifiche.
10. Ragionare in un'ottica di "mediazione di sistema", cioè di processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite, sia attraverso eventuali figure professionali specifiche (mediatori, interpreti, facilitatori), sia tramite la continua acquisizione di competenze e un attento lavoro di rete.

3.2 Il progetto: "*Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario "con" e "per" i Rom*": introduzione e contesto.

Nel 2011 la Caritas, perseguendo l'impegno della prevenzione, dell'esclusione sociale e dei suoi effetti sulla salute, fa nascere il progetto "*Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario "con" e "per" i Rom*". , la Caritas con questo progetto si propone di affrontare l'emergenza dovuta all'afflusso di migliaia di rumeni che ha determinato una rottura degli equilibri all'interno dei campi Rom. L'esperienza maturata, i risultati ottenuti con gli interventi di tutela della salute basati sul coinvolgimento delle strutture pubbliche, il lavoro di rete, la sinergia fra pubblico e privato, e la formazione degli operatori, hanno indotto gli operatori della Caritas a sperimentare uno stile di intervento sull'emergenza che, uscendo dall'assistenzialismo, permetta di attivare le risorse della comunità civile ed ecclesiale (volontariato) e di coinvolgere la popolazione Rom non più solo come "assistiti" ma anche come "assistenti". Questo fa sì che si attivi una spirale positiva di conoscenza reciproca, empowerment della popolazione Rom e coinvolgimento delle strutture sanitarie, che permettano un superamento duraturo dell'emergenza sanitaria, ponendosi anche come segno di un possibile modello di convivenza. Il lavoro di rete con le strutture sanitarie competenti sul territorio interessato, l'intervento con il privato sociale, per facilitare l'ingresso dell'equipe negli

insediamenti e per l'individuazione delle donne mediatrici è risultato fondamentale.

Essendo il progetto attuato nella Capitale, si ritiene opportuno descrivere brevemente il Piano Nomadi messo in atto dal comune di Roma , per poter delineare il contesto nel quale il progetto lavora.

Con una conferenza stampa nel campo di Salone, il 3 agosto 2009 è stato presentato il *"Piano nomadi per la città di Roma"*; questa presentazione è stata seguita da 9 slides in power point: a questo documento non è mai seguita l'elaborazione di un vero e proprio piano operativo(Caritas, febbraio 2010).

Il piano nomadi consiste in sette punti:

1. *"dalla situazione attuale di 100 siti in totale(80 abusivi, 14 tollerati,7 autorizzati) si arriverà allo scenario di 13 villaggi in totale con 6.000 persone ospitate"* ad oggi si contano 7 campi autorizzati e 10 tollerati. Il comune dichiara un numero totale di "nomadi" pari a 7.500, mentre il privato sociale dichiara fino a 20.000
2. *"entro ottobre 2009 riduzione del 50% dei campi di Casilino 9020, la Martora e Tor de Cenci, con chiusura degli stessi nel 1° semestre del 2010"*
Casilino 900 è stato chiuso il 15 febbraio del 2010, la Martora è stato sgomberato in modo definitivo il 15 dicembre 2010(in questo caso il trasferimento è stato concordato con i residenti), Tor de Cenci non ha subito modifiche, se non l'allontanamento di alcune modifiche.
3. *"chiusura degli insediamenti abusivi"* ; da agosto a 2008 a giugno 2011 sono stati eseguiti 480 sgomberi, mentre le persone che vivono negli insediamenti spontanei non sono diminuiti.
4. *"Ultimazione dei lavori di ristrutturazione dei villaggi attrezzati entro autunno 2009"*
5. *"Ricollocazione degli aventi diritto nei villaggi ristrutturati"*
l'adeguamento non ha previsto un aumento della superficie totale

dei villaggi e l'istallazione delle nuove unità abitative è avvenuta a discapito delle aree comuni di socializzazione o di gioco per i bambini e degli spazi di separazione fra un modulo abitativo e un altro.

6. *"Completamento del censimento e consegna dei DAST(documento di autorizzazione allo stazionamento temporaneo"* nel dicembre 2010 sono state censite 2.100 persone nei campi di Salone, Gordiani, Tor De Cenci, La Martora e parte di Castel Romano, ed e sono stati rilasciati 1.200 DAST presso Salone e Gordiani. Da allora queste attività sembrano essere interrotte.
7. *"Realizzazione dei presidi di vigilanza e socializzazione"*. I presidi di vigilanza sono stati creati, anche prima della presentazione del piano nomadi, mentre per quanto riguarda i presidi di socializzazione, successivamente a quella data sono stati modificati in presidi socio-educativi, identificati come elemento di integrazione delle famiglie rom ospitate nei villaggi, ma ancora non sono stati attivati (Caritas, dicembre 2011).

Tabella 8 Campi attrezzati: data di consegna e numero presenze (2010/2011)(Caritas, dicembre 2010).

Campo	Data consegna ^a	Presenze secondo il comune di Roma ^a	Presenze secondo il privato sociale ^b
Salone	Gennaio 2010	800	1.076
Gordiani	Gennaio 2010	220	250
Camping River	Gennaio 2010	450	530
Candoni	Gennaio 2010	690	1.000
Castel Romano	Gennaio 2011	700	1200

Fonti: elaborazione Caritas Roma:

a Assessorato alle politiche sociali, documento di sintesi del processo di riorganizzazione dei campi nomadi del Comune di Roma, 03.11.2010;

b Fonti primarie: dati raccolti durante le visite ai campi del 2010

Con l'attuazione del Piano Nomadi ci sono stati numerosi sgomberi degli insediamenti spontanei, ma a questi ha fatto seguito la ricostruzione del "campo" da parte dei rom nella stessa area o in aree limitrofe. Le persone che vi abitano difficilmente lasciano in modo definitivo la città, tendono piuttosto a spostarsi entro i confini del territorio, dove hanno dei punti di riferimento essenziali per la sopravvivenza (fra queste le strutture sanitarie che garantiscono risposte ai bisogni sanitari e che costituiscono il punto di partenza per la relazione positiva con le istituzioni).

L'attuazione del Piano Nomadi ha previsto per gli insediamenti spontanei solo sgomberi e questo ha influito molto sui rom che vi vivono, aumentando la loro precarietà e provocando molto sconcerto. La situazione dei rom, oltre ad essere lesiva per la dignità umana, aumenta la precarietà e l'emergenza in cui vivono; ma anche la stabilizzazione di campi con più di mille persone fuori dal raccordo anulare, aumenta la separazione tra la città e i campi.

I rom quindi si vedono sempre di più emarginati e sempre di più allontanati dalla città e dall'integrazione (Caritas 2010).

In una situazione di emergenza, come quella che si è venuto a delineare a Roma, in questo ultimo anno, la Caritas Diocesana di Roma ha deciso di intervenire su tre aspetti specifici:

1. I pregiudizi della società civile e spesso anche della comunità cristiana;
2. la disinformazione e le scarse competenze della popolazione Rom nell'utilizzo degli strumenti/servizi che la nostra società mette a loro disposizione;
3. l'incapacità delle istituzioni di prendersi carico delle persone emarginate che vivono in una situazione di precarietà, garantendo l'accoglienza e avviando percorsi assistenziali adeguati.

3.2.2 Descrizione del progetto: obiettivi e metodologia.

Il progetto *“Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento “con” e “per” i Rom”* lavora negli insediamenti spontanei dove le persone che vi abitano è costretta a limitare la sua progettualità alla sopravvivenza, spesso con un orizzonte temporale di pochi giorni. Per la maggior parte sono presenti famiglie Rom di nazionalità romena giunte in Italia da pochi anni, che arrivano in Italia per ragioni economiche. Quello dei Rom si può definire una doppia assenza, poiché la persona passa da un luogo in cui possedeva identità sociale, una storia, dei legami affettivi solidi, a un altro in cui svanisce totalmente, un luogo in cui diventa improvvisamente “nessuno”; il progetto migratorio ha delle implicazioni psicologiche che spesso comporta una crisi d'identità (Spinelli 2005). Questa vita, che possiamo definire, a metà tra due paesi, associata alla mobilità dei continui sgomberi, rende molto difficile l'integrazione, produce un processo di impoverimento, che li fa scivolare in una condizione di emarginazione molto grave.

Nel corso dell'anno del progetto l'Area Sanitaria si è potuto rendere conto della precarietà delle condizioni, delle persone che abitano nei campi. Le

condizioni di vita di queste persone vengono descritte come molto precarie, soprattutto negli ultimi mesi, a causa della recrudescenza degli sgomberi, che non si sono mai interrotti dall'inizio dell'estate; questo ha fatto sì che le persone, se prima cercavano di costruire una parvenza di casa, con un tappeto, un cuscino colorato, ad oggi non hanno più un luogo proprio, si appoggiano dove possono. Da quanto viene descritto dagli operatori, è molto significativa la scomparsa dei bambini nei campi abusivi, infatti riferiscono che: *"se prima c'era una baracca ad accoglierli e una minima stabilità, che permetteva di iscriverli a scuola, oggi vengono rimandati in Romania per preservarli da questa vita di stenti"* (Motta 2012).

L'obiettivo che la Caritas cerca di raggiungere con questo progetto è proprio quello di far emergere un bisogno di tutela e accoglienza dei gruppi Rom. Realizzare un servizio che abbia una differente gestione dell'emergenza che privilegi l'accoglienza, l'inserimento e l'empowerment delle popolazioni Rom, come alternativa alle politiche di esclusione e allontanamento. Nello specifico cerca di:

1. Animare e coinvolgere la comunità cristiana e civile, attraverso la formazione di volontari e la collaborazione con realtà parrocchiali già attive con i rom.
2. Sensibilizzare il personale che opera nelle strutture sanitarie territoriali al dialogo e all'accoglienza delle popolazioni rom.
3. Coinvolgere nel lavoro di orientamento sanitario donne Rom, come mediatrici linguistico-culturali, favorendone l'emancipazione socio-economica.
4. Orientare i gruppi rom al corretto uso delle strutture sanitarie territoriali e monitorare i percorsi assistenziali avviati.

La strategia di intervento utilizzata per questo progetto è quella fondata sulla sensibilizzazione e sulla formazione degli operatori socio-sanitari, su l'adozione di modelli flessibili e attenti alle realtà specifiche attraverso il coinvolgimento dei destinatari rom, sulla presenza sul campo e sulla creazione di contatti personalizzati tra operatori sanitari e rom, al fine di

superare la diffidenza e i pregiudizi reciproci, il rilevamento dei bisogni di salute, l'offerta attiva, l'orientamento ai servizi ed infine il lavoro di rete.

In un primo momento l'area sanitaria ha provveduto alla mappatura e alla conoscenza delle strutture sanitarie e dei servizi territoriali, al fine di :

- agire sulle strutture sanitarie del territorio, parlando direttamente con i medici e verificando il grado di difficoltà nell'accesso ai servizi, in modo da coinvolgere i medici della Asl nelle visite sul campo;
- conoscere gli interventi sanitari già attivi sul territorio, per evitare sovrapposizioni e stabilire collaborazioni.
- Conoscere e attivare la rete dei servizi territoriali, per avere una risposta ai bisogni non sanitari e un orientamento alle strutture competenti.

L'obiettivo specifico del lavoro sul campo, è quello di favorire l'autonomia dei rom nell'utilizzo delle strutture sanitarie del servizio pubblico. Questo obiettivo viene visto anche come primo passo verso un percorso di inclusione globale, anche attraverso un avviamento di percorsi assistenziali e monitoraggio attraverso il lavoro di rete. Il lavoro sul campo viene svolto da un'equipe, opportunamente formata composta da:

- una mediatrice Rom che rassicura i rom, opera una mediazione linguistica e ha gli strumenti culturali di interpretazione;
- operatore sanitario (medico o un infermiere), che fa una diagnosi, orienta ai servizi, nel caso in cui è un medico della Asl rappresenta un offerta attiva.
- operatore non medico, che orienta e frena l'interventismo del medico, spingendo verso l'autodeterminazione, e osserva per poi fare la raccolta dei dati qualitativi e quantitativi attraverso la compilazione di una scheda prestampata.

Per vincere la diffidenza e facilitare l'approccio l'equipe operativa non supera le 4-5 persone; soprattutto nel caso di insediamenti di piccole dimensioni, si è preferito una macchina senza marchi o loghi al camper sanitario. L'equipe però indossa dei cartellini di riconoscimento.

Per stabilire una relazione, l'area sanitaria, ha ritenuto importante definire i propri ruoli e le rispettive competenze già dal primo contatto, per far emergere i bisogni reali e offrire un servizio mirato e pertinente. È fondamentale limitare la distribuzione di medicinali e prima di farlo si esegue sempre una visita medica o un colloquio, possibilmente presso l'abitazione del paziente, poiché è un contesto che favorisce una relazione positiva e non richiama la curiosità di tutta la comunità. Si cerca di garantire la continuità della presenza sul campo e la ricerca di una relazione positiva con le persone e le rispettive famiglie, attraverso l'ascolto ed l'empatia. Per l'orientamento l'equipe utilizza degli **strumenti informatici di orientamento sanitario chiari ed espliciti**, (vedi allegato) con immagini e scritti in più versioni linguistiche. Prima dell'orientamento dell'utente l'equipe si accerta sempre della posizione giuridica. A seconda dello status esistono diverse procedure per il corretto utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale. Nei casi più difficoltosi si ricorre ad un "primo Accompagno" per permettere ai rom di conoscere il percorso urbano e di familiarizzare con le strutture territoriali e con il personale medico, garantendo una prima esperienza positiva. Una volta che la visita di primo livello è stata eseguita, l'equipe cerca di guidare il paziente nei passaggi successivi, come visite specialistiche o analisi cliniche, per evitare che, dovendosi rivolgere a strutture diverse o a distanza di tempo, si "disorienti", interrompendo così il percorso appena avviato. Il progetto cerca di favorire il passaggio di informazioni tra appartenenti alla stessa comunità e sollecitare la rete di solidarietà interna, si tenta di approfittare delle consulenze mediche per inviare messaggi di educazione sanitaria (prevenzione, cura dell'igiene personale, corretta alimentazione, conservazione di documenti sanitari e incartamenti) tenendo conto delle reali possibilità delle persone, dovute alle condizioni di vita e alle loro priorità, data la situazione economica e sociale.

3.2.3 Le strategie di implementazione del progetto.

L'area sanitaria della Caritas già nel 1995 si poneva l'obiettivo di creare un rapporto continuo e di fiducia fra i nomadi e gli operatori Caritas come condizione necessaria per il proseguo del lavoro, in *"Salute Zingara"* del 1998 descrivendo l'esperienza gli operatori affermavano: *"la frequentazione di un popolo in cammino ci ha insegnato ad essere un'èquipe in cammino, a non fermarci alle prime decisioni che sembravano giuste, a metterci sempre in discussione per entrare in dialogo con una cultura così misteriosa e così forte. Il nostro atteggiamento ed anche il nostro ruolo ha dovuto essere rivisto alla luce dell'incontro con persone che mettono al primo posto la relazione con gli altri, dove autorità non esiste, ma l'autorevolezza si che si conquista giorno per giorno con un atteggiamento responsabile e con il rispetto per l'altro. Abbiamo dovuto abbattere i nostri schemi e le nostre sicurezze: non basta accogliere noi loro, quasi che fossimo in una posizione di superiorità, ma dobbiamo imparare a farci accogliere da loro, che restano i veri protagonisti della loro vita e della loro storia"* (Geraci 1998).

Questo atteggiamento caratterizza ancora il lavoro della Caritas per costruire una relazione di dialogo e fiducia con i rom che incontra. Gli operatori oggi dichiarano: *"Abbiamo combattuto la differenza reciproca offrendo prossimità, fedeltà ai impegni presi e alla presenza, costanza nel tempo e rispetto"* (Motta 2012).

Negli ultimi anni l'area sanitaria della Caritas, grazie anche a questo progetto, sta sperimentando un lavoro con gruppi di Rom sono persone fragili e ferite, al gradino più basso della povertà, impegnate nella lotta per la sopravvivenza. Questo grado di estrema povertà fa sì che il percorso per l'instaurazione della fiducia diventa sempre più lento, più mediato dai bisogni urgenti. La diffidenza dei Rom è dovuta anche al fatto che negli insediamenti spontanei, non vi entra nessuno, a parte le forze dell'ordine che controllano e sgomberano. Quindi nessuno, o quasi, identifica i volontari come coloro che tornano a visitarli con costanza e fedeltà. Gli operatori della Caritas hanno il compito di offrire un servizio, ma anche attenzione e ascolto, con lo scopo di

diventare un punto di riferimento a cui tutti i beneficiari del progetto possono ricorrere, senza avere paura di essere segnalati alla polizia.

Un'ultima osservazione verso il rapporto di fiducia che si instaura con gli abitanti degli insediamenti spontanei, porta ad affermare che la condizione di fragilità di quest'ultimi, li rende poco recettivi a proposte di "autonomia" e che hanno bisogno di sentirsi protetti ed aiutati.

Le figure delle mediatrici sono fondamentali per la realizzazione del rapporto di fiducia e quindi anche del progetto stesso. Le mediatrici sono donne selezionate perché affidabili e corrette, che accompagnano i volontari nelle uscite. Le mediatrici hanno il compito di favorire le relazioni e di cercare di mitigare la diffidenza dei beneficiari soprattutto nei primi incontri. Una delle responsabili del progetto afferma: "*le mediatrici sono visibilmente sensibili alla sofferenza e all'emarginazione, ma sono capaci di dimostrare una determinazione, una capacità di aiuto e di attenzione agli altri inaspettate. Sono facilmente entrate nella nostra filosofia di lavoro, non assistenziale, ma di orientamento verso l'autonomia, ed utilizzano tutte le loro capacità per rendere efficace tale metodologia, ad esempio attraverso gli accompagni presso le strutture sanitarie per facilitare l'accesso alle stesse[...] come spesso fanno notare i nostri volontari, la maggior parte del nostro intervento negli insediamenti spontanei sarebbe stato impossibile senza di loro.*" (Motta 2012)

Altro elemento cardine per la realizzazione del progetto sono i Volontari. I volontari attivi nel progetto negli insediamenti spontanei sono attualmente 11 ad altri 5 sono in formazione. Gli operatori della Caritas affermano che è un numero totale che non si era mai raggiunto in 20 anni di lavoro con i Rom; poiché è stato sempre difficile trovare persone disponibili a coinvolgersi con i rom, che suscitano diffidenza e rifiuto anche fra coloro che si rivolgono alla Caritas per un servizio di volontariato (Motta 2012).

Una delle responsabili del progetto la Dott.ssa Fulvia Motta afferma: "*Il gruppo dei volontari è estremamente vario per età, dagli 85 anni ai 22 anni, per professione, medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, antropologi, per esperienza con i rom,*

ma sono incredibilmente uniti da questa esperienza che tocca nel profondo, dimostrando una grande ricchezza di sensibilità e capacità. Stiamo chiedendo loro di andare nelle situazioni limite ad offrire un lavoro di alta professionalità, fatto di rispetto, ascolto, dialogo e solidarietà, a contatto con una sofferenza umana, psicologica e sociale difficilmente tollerabile.”(Motta 2012).

Il gruppo dei volontari si incontra ogni 15 giorni per dei momenti di riflessione comune sul lavoro, e di supervisione sulle ricadute personali che ciascuno di loro sta vivendo; la revisione e ripensamento delle attività che svolgono, questo fa sì che ogni volontario sia un soggetto attivo del progetto.

Un punto di forza del progetto è la collaborazione con tutte le realtà impegnate con i gruppi rom.

Il lavoro di rete, i cui nodi sono i diversi servizi (pubblici , privati, referenti istituzionali), permette di mettere in collegamento le risorse di ciascuno, di potenziarle e di integrarle con quelle degli altri attori attorno ad un problema sul quale si ha un’idea condivisa e un approccio globale. Il lavoro di rete è un processo che va costruito e perseguito con costanza, richiede impegno e risorse, ma offre delle possibilità di intervento sulla realtà individuata di grande ricchezza (Ranieri 2006).

La rete principale a cui si fa riferimento è quella del GrIS, promosso dalla stessa area Sanitaria della Caritas, che con la sua sezione tematica sui Rom e Sinti permette di essere in collegamento con quasi tutto ciò che si muove a Roma intorno alla realtà dei Rom.

A partire da questi contatti si sono create delle reti specifiche attive intorno al progetto:

- ASL RMD- UOS fasce sociali a Rischio,
- Associazione ArpJTetto,
- Il poliambulatorio di Via Marsala,
- L’ARCI Solidarietà Lazio,
- Gruppo Beato Zeffirino della parrocchia di San Bellarmino,

- Sportello lavoro e scuole d'italiano di via delle Zoccolette,
- Cooperativa Ermes.

L'esperienza di rete ha arricchito l'intervento del progetto. Il coinvolgimento delle parrocchie nel progetto è fondamentale per promuovere un'accoglienza nel territorio per i Rom che vi vivono, unica possibilità per una loro uscita dalle precarietà e miseria.

Il contatto con le parrocchie dei territori interessati è diretto: una volontaria, Assistente Sociale in pensione, si è presa l'impegno di iniziare il dialogo con tutte le parrocchie dell'area d'intervento, cercando di individuare i bisogni che queste esprimono rispetto al loro impegno con i rom.

CONCLUSIONI

Uno degli obiettivi che si intendeva raggiungere con questo lavoro, era quello di far luce su una situazione molto complessa, e poco conosciuta, di interesse marginale e controversa rispetto a temi più tradizionali di politica sociale e sanitaria. Ci si proponeva di approfondire la conoscenza del popolo Romani superando i comuni pregiudizi ed approfondendo le migliori strategie di intervento socio-sanitario nei suoi confronti.

L'atteggiamento di chi per professione è chiamato ad occuparsi dei rom dovrebbe andare al di là dell'istinto, poiché vede nel giudizio obiettivo e consapevole la base di partenza e non il punto di arrivo per la costruzione di un rapporto con l'altro. Una volta acquisita questa consapevolezza si potrà procedere alla conoscenza della cultura e dell'organizzazione sociale del popolo Romani, evitando di essere ingenui: deve essere fondamentale la contestualizzazione, senza incombere nella ricerca dell'uguaglianza a tutti i costi; bisogna essere capaci di confrontarsi anche con la diversità della loro cultura. Se si cerca un confronto forzato, si rischia di scivolare nel giudizio e condannare in maniera affrettata il Rom oppure di giustificarlo a tutti i costi, scambiando, così, la necessità dell'ascolto per obbligo di una comprensione paternalistica a priori. Questo atteggiamento non farebbe altro che rendere il rapporto servizi/Rom ancora più assistenzialista e convincerebbe i Rom che è assolutamente legittimo chiedere la risoluzione di qualsiasi problema, senza nessuna partecipazione attiva che lo renda protagonista delle scelte della sua vita.

L'obiettivo che si pongono tutti i progetti descritti nel capitolo 2 è quello di mettere i Rom in grado di accettare ed utilizzare autonomamente i servizi sociali o sanitari. La costruzione di una relazione di fiducia e la strategia dell'empowerment diventano fondamentali per raggiungere l'obiettivo dell'autonomia.

Molti tra gli interventi attuati nei confronti del popolo Romani mettono tra gli obiettivi proprio l'intervento sanitario, perché si ritiene che un buon intervento non possa prescindere dall'aspetto sanitario. Inoltre è fondamentale che il popolo beneficiario sia coinvolto in prima persona e si senta veramente parte del progetto stesso.

Le strategie messe in atto nel progetto dell'area sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, illustrato nel capitolo terzo, trovano il loro perno nel rapporto di fiducia che si viene ad instaurare tra gli operatori e la popolazione Rom. Questo permette di mettere in atto un orientamento sanitario che rende queste persone autonome nell'utilizzo dei servizi. L'esperienza nel progetto *"Costruire nell'emergenza: percorsi sanitari "con" e "per" i Rom"* permette alla scrivente di affermare quanto sia importante un intervento basato sull'empowerment per cercare di migliorare le condizioni di vita delle persone beneficiarie del progetto, senza alcun elemento di costrizione, ma tutto basato sulla volontà dell'utente. L'operatore non obbliga l'utente a usufruire dei servizi, bensì lo orienta gradualmente, cercando anche di capire le sue vere esigenze. In questo contesto il rapporto di fiducia, diventa fondamentale, poiché si entra direttamente nel loro contesto abitativo. Negli ultimi mesi instaurare un rapporto di fiducia è diventato sempre più difficile, a causa dei continui sgomberi; il grado di diffidenza nei confronti degli operatori è notevolmente aumentato, facendo sì che sia sempre più difficile la realizzazione del progetto. Assumono in questo contesto sempre maggiore importanza le figure delle mediatrici, anch'esse di origine Rom che aiutano sia l'operatore a contestualizzare i problemi esposti dall'utente, e sia quest'ultimo ad avere meno diffidenze nei confronti delle persone estranee che entrano nel campo. Determinante è anche il lavoro di rete, grazie al quale si riesce ad attivare un intervento globale, che vede coinvolte sia le strutture sanitarie pubbliche, che le associazioni, il privato sociale e il terzo settore che operano interventi a favore dei Rom, permettendo così un'azione a diversi livelli.

L'obiettivo finale del progetto è la possibilità che tutti gli Zingari siano iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e usufruiscano delle prestazioni dei presidi pubblici in maniera adeguata, senza più prendere il Pronto Soccorso come unico punto di riferimento, questo sarà visto come primo passo verso l'integrazione.

L'assistente sociale può divenire la figura ponte per il raggiungimento della piena inclusione sociale dei Rom grazie ad un'opera di mediazione tra cultura autoctona e il mondo Romani. In questo modo l'assistente sociale che conosce bene le problematiche e i limiti di questo popolo, potrebbe diventare una risorsa capace di rendere la relazione tra Rom e strutture pubbliche il meno possibile conflittuale.

Nello specifico l'assistente sociale nel servizio sanitario potrebbe coadiuvare il lavoro degli operatori sanitari nel lavoro di sensibilizzazione riguardo la loro salute, facendo un lavoro di prevenzione delle malattie dovute anche alle loro abitudini di vita. Come descritto nel primo capitolo sono molto vari i fattori che influenzano la salute, i cosiddetti determinanti; l'assistente sociale può agire secondo questo nuovo paradigma con il suo lavoro, la sua professionalità e i suoi strumenti diventando una figura chiave per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione Rom. Nei servizi sociali territoriali, la sua figura professionale potrebbe permettergli di operare un ruolo di coordinamento, soprattutto verso il lavoro di rete, che come visto all'interno della descrizione dei progetti, si è rivelato fondamentale per gli interventi da attuare a favore della popolazione Romani. L'assistente sociale deve aiutare la costruzione degli interventi per far sì che non abbiano più l'impronta assistenzialista, ma di autonomia, per quanto riguarda la fruizione dei servizi.

Tutti questi interventi dovrebbero mirare all'integrazione globale della comunità Rom, che spesso ha un atteggiamento di chiusura.

Per il raggiungimento della piena integrazione si ritiene importante che l'assistente sociale lavori sia sul caso specifico (casework) che su tutto il gruppo (groupwork).

L'integrazione globale del Rom dovrebbe essere lo scopo principale di ogni intervento, raggiunto attraverso un processo di adattamento attivo ed evolutivo, cercando di puntare anche ad un intervento attraverso dei gruppi di auto aiuto.

Grazie ad un lavoro di community work un assistente sociale che conosce bene la realtà zingara in un determinato posto geografico potrebbe, grazie all'aiuto delle associazioni presenti sul territorio, organizzare degli incontri con famiglie Rom e non Rom. Tutto questo permetterebbe di abbattere i muri della diffidenza e dei pregiudizi.

L'assistente sociale potrebbe lavorare anche per la formazione del personale al fine di promuovere un cambiamento di mentalità che fatica ancora ad inserirsi tra gli operatori dei servizi.

Nell'ottica dell'integrazione si pone anche il Piano Nazionale D'inclusione dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti approvato il 24 febbraio 2012 dal Consiglio dei Ministri.(Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2012)

Uno dei principali impegni assunti dal governo italiano per il biennio 2012-2013 è quello di riconoscere i Rom come "minoranza nazionale"; come già descritto nel primo capitolo, questo può rappresentare un grande traguardo per la piena integrazione di quest'ultimi. Il Piano nazionale italiano poggia su quattro assi principali: scuola, lavoro, casa e diritto alle cure. Proprio su questi si dovrebbe fondare nei prossimi anni l'attività di inclusione di Rom, Sinti e Caminanti, superando così la fase emergenziale che ha caratterizzato l'azione degli ultimi anni nelle grandi aree urbane. L'intento del Ministro per la Cooperazione e l'Integrazione dovrebbe essere quello di costruire, insieme ai ministri del Lavoro e delle Politiche Sociali, dell'Interno, della Salute, dell'Istruzione e della Giustizia, l'insieme delle politiche sociali dei prossimi anni, cercando di

coinvolgere anche le rappresentanze degli Enti regionali e locali, compresi sindaci e rappresentanze delle comunità Romani. Infatti un altro grande obiettivo che si cerca di raggiungere con questo Piano è la partecipazione delle comunità rom e sinte ai processi decisionali che li riguardano come i Piani locali per l'inclusione sociale delle comunità rom, che dovranno prevedere nuovi interventi di inclusione da programmare e realizzare in modo sperimentale.

Come descritto brevemente prima, nell'ambito della Strategia sono previsti quattro assi d'intervento, articolati poi in 12 obiettivi specifici.

Il primo asse è l'istruzione: il Piano vuole cercare di favorire processi di pre-scolarizzazione e di scolarizzazione dei bambini rom e sinti, promuovendo l'accesso (non solo le iscrizioni, ma anche la frequenza, ed i risultati) non discriminatorio alle scuole di ogni ordine e grado e cercare di contrastare l'abbandono scolastico dei minori Romani nelle scuole primarie e secondarie. Si vuole cercare di accrescere la partecipazione dei giovani Romani all'istruzione universitaria, ai percorsi di alta formazione e di formazione/lavoro, anche mediante borse di studio e di altre opportunità e agevolazioni previste dalla normativa vigente ed infine favorire il confronto e la cooperazione tra Istituzioni scolastiche, territorio extra-scolastico, famiglie e comunità Romani.

Il secondo asse è il lavoro: il Piano vorrebbe cercare di favorire la promozione della formazione e l'accesso non discriminatorio ai corsi di formazione finalizzati all'inserimento nel mercato del lavoro e alla creazione d'impresa; promuovere, strumenti, modalità e dispositivi per la regolarizzazione del lavoro irregolare o precario e lo sviluppo imprenditoriale e di lavoro autonomo, ed infine sviluppare percorsi di accompagnamento individualizzato al mercato del lavoro per le donne rom e sostenere l'accesso dei Rom al di sotto dei 35 anni, al sistema di opportunità e agevolazioni previste per l'imprenditoria giovanile e l'occupazione giovanile in genere".

Il terzo asse riguarda la Salute; si vorrebbe cercare di favorire l'analisi e le modalità di accesso ai servizi sociali di qualità per Rom Sinti e Caminanti, con particolare attenzione a donne, fanciulli, adolescenti, anziani e disabili; inoltre si cerca di favorire l'accesso a servizi sociali e di medicina preventiva, con particolare riferimento alla salute riproduttiva e materno-infantile; infine coinvolgere nei servizi sociali e nei programmi di cura, anche mediante l'inserimento di mediatori culturali.

Riguardo questo ambito si ritiene opportuno spendere qualche riga in più. Nel piano si legge che *“Una strategia nazionale di inclusione di Rom, Sinti e Caminanti non può essere efficace se non prende in considerazione tutti gli aspetti e le problematiche che incidono sfavorevolmente sull'accesso ai servizi socio-sanitari da parte di queste fasce di popolazione.”* Come affermato più volte durante il lavoro, l'accesso ai servizi socio-sanitari deve essere il punto di partenza per il percorso di inclusione sociale. Un'educazione all'utilizzo corretto dei servizi pubblici serve ad includere, ma anche a combattere la loro auto-esclusione. Nonostante un quadro normativo di tutele molto avanzato, le comunità Rom e Sinte continuano a riscontrare difficoltà o discriminazioni nella loro ricerca di salute, che le politiche pubbliche sanitarie, in cooperazione con le stesse comunità, possono rimuovere. Il Piano si pone come obiettivo quello di rimuovere i **pregiudizi, le errate convinzioni e barriere comunicative**, poiché queste aumentano la distanza tra i Romanì e i servizi. Gli operatori sanitari manifestano spesso difficoltà ad instaurare una relazione di fiducia con l'utenza Rom per la mancanza di conoscenza delle diverse interpretazioni culturali del concetto di salute, mancanza che rischia di generare un'alterata lettura del sintomo e una conseguente inefficacia della cura. Nel Piano viene affermato che è fondamentale non creare interventi di tipo assistenzialista, ma interventi che sviluppino l'autonomia dell'utente. Inoltre si sottolinea anche l'importanza delle figure dei mediatori che svolgono un lavoro di ponte tra servizi e utenti, si legge infatti: *“La presenza di tali figure professionali ha incrementato la consapevolezza dell'importanza della prevenzione riguardo ad alcune*

malattie infettive (in particolare HIV e HBV). I mediatori svolgono anche un importante ruolo nella riduzione delle barriere linguistiche e socio-culturali che ostacolano l'accesso di RSC ai programmi di prevenzione primaria e secondaria e permettere una rilevazione migliore dei bisogni di questa popolazione. Il loro apporto (specialmente se riconosciuti come figure leader all'interno della comunità) può giocare un ruolo determinante, in considerazione sia dei bassi livelli di scolarità e di istruzione, sia della difficoltà di queste popolazioni ad essere raggiunte dai comuni mezzi di comunicazione."

Il quarto Asse riguarda l'abitazione: tra gli obiettivi di questo asse si vede la nascita di politiche integrate di cooperazione inter-istituzionale per l'offerta abitativa rivolta al popolo Romani; si vorrebbe cercare di promuovere soluzioni abitative che rispondano alle esigenze e ai bisogni specifici di famiglie Rom; favorire l'informazione sulle risorse economiche e i dispositivi amministrativi a disposizione delle amministrazioni pubbliche per le politiche abitative, e sulle opportunità immobiliari per le famiglie in questione.

Questi obiettivi specifici, suddivisi per le aree di rispettiva competenza, saranno declinati nel periodo 2012-2020 secondo le strategie di intervento che prevedono un obiettivo intermedio di monitoraggio delle attività in una prima fase 2012/2013

Il Piano Nazionale sembra rappresentare un importante traguardo per quanto riguarda l'integrazione e l'inclusione del popolo Romani, andando a colmare quella carenza normativa che negli ultimi anni ha caratterizzato lo Stato italiano, e fornendo delle linee guida per lo svolgimento dei progetti a favore dei Roma, dei Sinti, e dei Caminanti. Il problema dei rom è molto complesso, sia per l'ostilità dell'opinione pubblica sia perché molto spesso il mondo Rom ha delle resistenze nei confronti del "mondo esterno". Resta saldo il concetto che ogni intervento attuato nei confronti dei Rom, avrà buoni risultati, se vede gli stessi protagonisti attivi nel progetto di aiuto; al contrario, un intervento di tipo assistenzialista, li porterà sempre di più ad un adagiamento nei confronti del loro stato di disagio.

ALLEGATI

Allegato 1: Dati relativi al lavoro con i Rom. Anno di riferimento 2010/2011

“Costruire nell'emergenza: percorsi di orientamento sanitario “con” e “per” i Rom - fase 2” - Progetto Nazionale Rom, Sinti e Camminanti.

Trimestre (febbraio - aprile 2011), fase di passaggio tra la prima annualità di progetto e la seconda.

Le attività sul campo hanno portato a contattare circa **400 persone**, di cui più del 90% rom rumeni e il restante rom bulgari o rom bosniaci, distribuite in **9 insediamenti**, così ripartiti secondo i Municipi:

Municipio XI:

- 1 insediamento di rom bulgari per un totale di 20 rom e 1 piccolo insediamento di rom rumeni, molto mobili sul territorio che dopo i primi sgomberi non sono stati mai più incontrati dall'equipe del progetto (l'insediamento continua a sembrare abitato ma le persone non sono mai presenti nell'orario delle attività del progetto)

Municipio XIII:

- insediamenti spontanei visitati (di cui uno, sotto il viadotto della Magliana continuamente sgomberato) per un totale di circa 100 rom.

Municipio XV:

- 4 insediamenti spontanei visitati, abitati da rom rumeni e bosniaci, per un totale di più di 300 rom (di cui circa la metà minori)

Le uscite realizzate sono state 11, da inizi di febbraio a fine aprile, per una media di 3-4 uscite al mese, su base settimanale. Ogni insediamento è stato visitato almeno una volta e quelli più grandi (Candoni, Teatro India) sono stati visitati 3-4 volte.

In questo arco di tempo sono stati **sgomberati 2 insediamenti** in cui l'equipe lavorava.

Primo semestre (maggio 2011- ottobre 2011)

Durante la seconda frase di progetto le attività sono state profondamente influenzate dai numerosissimi sgomberi che hanno interessato la città di Roma.

Le attività hanno interessato circa **200 Rom**, distribuiti in **9 gruppi** così ripartiti secondo i Municipi:

Municipio XII:

- 4 insediamenti spontanei di rom rumeni estremamente mobili, che viaggiavano tra l'Italia e la Romania. La loro presenza totale varia tra le 50 e le 150 unità. In questi giorni i minori sono praticamente assenti (sono stati contati un massimo di 5 bambini), poiché date le drammatiche condizioni abitative e i continuo sgomberi vengono affidati ai parenti che rimangono in Romania.
- 1 struttura ex pescheria occupata da circa 400 rom rumeni.
- 1 casa occupata da una famiglia allargata di rom rumeni per un totale di 16 persone, di cui 7 bambini.
- 1 famiglia di 5 rumeni adulti che vive per strada e dorme in un parcheggio all'interno dell'auto.

Municipio XV:

- 2 insediamenti spontanei, parzialmente sgomberati, di rom bosniaci per un totale di circa 100 persone

Le uscite realizzate sono state **26**, da maggio a ottobre, per una media di 5 uscite al mese, si base bisettimanale, ogni insediamento è stato visitato almeno 2 volte al mese.

In questo arco di tempo sono stati **sgomberati tutti e 9 i suddetti insediamenti** in cui l'equipe lavorava. Nei giorni successivi agli sgomberi le persone hanno continuato a muoversi sul territorio rioccupando le aree precedentemente abitate o creando nuovi insediamenti, ma per tutto il periodo in questione hanno continuato ad essere sgomberati quasi quotidianamente.

Secondo semestre (novembre 2011 - aprile 2012): periodo di rilevazione novembre e dicembre.

Durante la seconda fase di progetto le attività sono state profondamente influenzate dai numerosi sgomberi che hanno interessato la città di Roma.

Le attività hanno interessato circa **200 rom**, sempre ripartiti in **9 gruppi**, così ripartiti secondo i Municipi:

Municipio XII:

- 2 insediamenti spontanei di rom rumeni sotto il viadotto della Magliana. La loro presenza totale varia tra le 50 e le 150 unità. In questi gruppi i minori continuano ad essere praticamente assenti.

Municipio XV:

- 5 insediamenti spontanei, parzialmente sgomberati, di rom rumeni lungo la Magliana e nell'area dell'ex insediamento di Candoni abusivo per un totale di 30 persone.

Municipio XI:

- 2 insediamenti, uno di rom bulgari per un totale di 15 persone e 1 insediamento di rom rumeni, per un totale di 10 persone, entrambi molto mobili sul territorio perché sottoposti a diversi sgomberi.

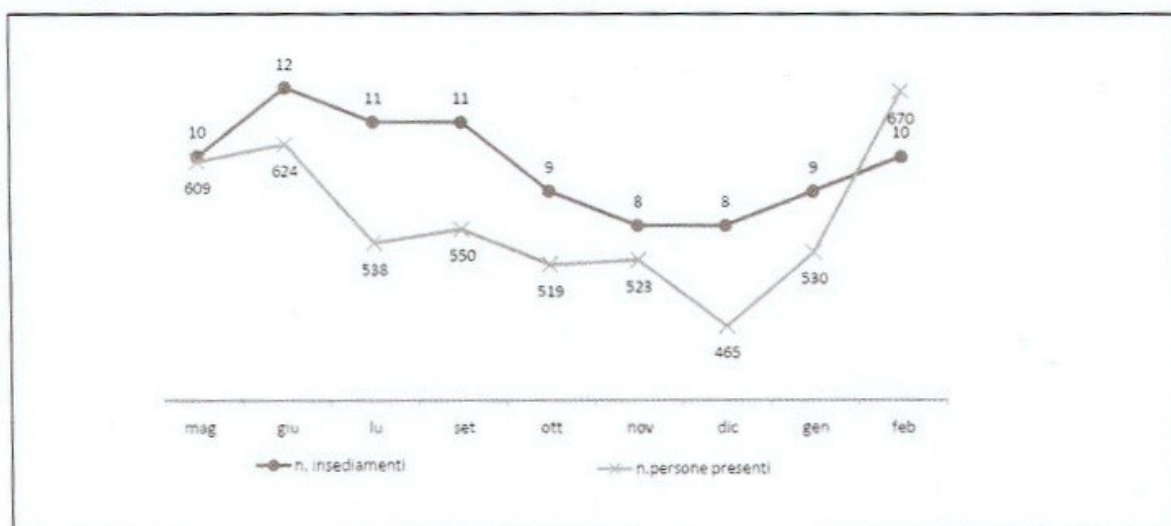
Le uscite realizzate sono state 13, da novembre a dicembre, per una media di 6 uscite al mese, su base bisettimanale, ogni insediamento è stato visitato almeno 2 volte al mese.

In questo arco di tempo sono stati **sgomberati 3 insediamenti** in cui l'equipe lavorava.

TOTALE	
Persone contattate	500 persone (50% rom rumeni, 40%rom bosnici, 5% rom bulgari, 5% altro)
Numero insediamenti visitati	17 insediamenti spontanei (tutti sgomberati almeno una volta)
Numero di interventi sul campo	50

Tabella 11 attività totale in un anno di progetto (Motta 2012)

AREA SUD DI ROMA. Insediamenti visitati dalla Caritas e persone presenti (maggio 2010/febbraio 2011)



FONTE: Elaborazioni Caritas Roma

Figura 4 insediamenti visitati e persone presenti (Caritas, dicembre 2011)

Allegato 2: SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI DATI, UTILIZZATA DAI
VOLONTARI DOPO LE USCITE

Area Sanitaria - Caritas Diocesana di Roma - Progetto Rom 8x1000



SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI

Campi Visitati 1) Vela del Mar 2) _____ 3) _____

Equipe Uscita Alice, Maria, Lorenza, Dorian, Laura

CAMPO 1			
Indirizzo: <u>via della Magliana</u>			
Tipologia:	Baracche ☐ Numero.....	Tende ☐ Numero.....	Altro ☒ Numero10 Box.
Stima popolazione:			
Totale 30..		Minori...10..	Donne...15. Uomini. 15...
Paese Origine:	Romania ☒	Bosnia ☐	Bulgaria ☐ Altro ☐
Aspetti sanitari:			
N° Persone orientate ...5/6	Opuscoli distribuiti : Si ☒ No ☐	Se si quanti?.....4.....	
N° Persone visitate	Farmaci distribuiti: Si ☒ Tachipirina No ☐		
Casi rilevanti:			
1) Ragazzo con ascesso dentario a sx.....			
Farmaci:no			
Orientato a: via Fermi			
Cose da fare: indirizzarlo per un Intervento			
2).....			
Farmaci:			
Orientato a:			
Cose da fare:.....			
Si ritiene necessario tornare tra...1 settimana (meglio dopo le 17).....			
NOTE			
A vela Mar sono presenti la famiglia di Liliana Tranca, Alcuni (pochi) di teatro India , Il figlio della cugina di Tamara (EX SPARTITRAFFICO), i genitori sono in Romania. Fuori dalla pescheria abbiamo incontrato di nuovo la famiglia con il furgone, già presenti presso il campo sgomberato Marchetti.			

COMPILATO DA Lorenza e Alice

Data 11/07/2011

Allegato 3: OPUSCOLO STRUMENTO PER L'ORIENTAMENTO AI SERVIZI
SANITARI UTILIZZATI DAI VOLONTARI DURANTE LE USCITE NEGLI
INSEDIAMENTI

Donne, uomini e bambini stranieri hanno diritto alle cure mediche. Se non puoi iscriverti al SSN, il primo passo è fare la tessera STP o ENI. Con la tessera STP o ENI puoi essere visitato dal dottore negli ambulatori per stranieri della ASLRMD		
	AMBULATORIO	AMBULATORIO
Area Sanitaria Caritas Roma 	Ambulatorio per stranieri via Fermi 161 (ZONA MARCONI)  BUS 170 TEL. 06-56485400	Ambulatorio per stranieri via Pascarella 7 (STAZIONE TRASTEVERE)  TRAM 8 TEL. 06-56486260
<i>Costruisci nell'emergenza:</i>  <i>percorsi di orientamento sanitario don e per i Rom</i>	 TESSERA STP - ENI VISITE MEDICHE Martedì - Venerdì dalle 11:00 alle 13:00	 TESSERA STP - ENI Mercoledì - Giovedì dalle 9:30 alle 12:00 VISITE MEDICHE Venerdì dalle 14:00 alle 18:00

CONSULTORI E CENTRI VACCINALI Con la tessera STP o ENI Donne e Bambini possono farsi visitare al Consultorio		
CONSULTORI	VACCINAZIONI	PEDIATRIA
Consultorio via Vaiano 53 (ZONA MAGLIANA) BUS 128  TEL. 06-56485510 	Centro Vaccinale Via Portuense 575 (ZONA PORTUENSE) SENZA APPUNTAMENTO SOLO MARTEDÌ DALLE 8:30 ALLE 11:30 BUS 719 o 786 	Pediatra Via A.Colautti 28/30 (ZONA MONTEVERDE) MARTEDÌ 09:00-12:00 BUS 75 o 44  TEL. 06-56486131 
Consultorio via Brugnato 2 (ZONA TRULLO) DAL LUN AL VEN 8:00-14:00 LUN E MERC 14:30-17:30 BUS 771  TEL. 06-56485673	 PER VACCINI IN ALTRE GIORNATE CHIAMARE TEL.06-56485103 DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE 12:00 ALLE 13:30	Pediatra Largo Quaroni 4 (ZONA COLLE MASSIMO) MERCOLEDÌ 11:30-16:00 BUS 088  TEL. 06-56486682

RIFERIMENTI GIURIDICI

Assemblea parlamentare, Raccomandazione n 1203 il 2.2.1993

Comitato dei Ministri, Raccomandazione n°83 del 22.2.1983 sui nomadi apolidi o di cittadinanza indeterminata

Comitato dei Ministri d'Europa, Risoluzione 13 del 22 maggio 1975 sulla salvaguardia del patrimonio linguistico e dell'identità dei nomadi.

Comitato dei Ministri dell'educazione dell'Unione Europea, Risoluzione 153 del 22 maggio 1989

Costituzione della Repubblica

Governo Italiano, Decreto Legislativo del 29.12.2007 *Misure urgenti in materia di espulsioni e di allontanamenti per terrorismo e per motivi imperativi di pubblica sicurezza*"

Governo Italiano, Decreto Legislativo del 25 luglio 1998, n. 286 *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*

Ministero degli interni, Risoluzione 125 del 1981 sul riconoscimento della minoranza etnica degli zingari e altri gruppi nomadi .

Ministero della Sanità, Circolare n°5 del 24 marzo 2000 *Indicazioni applicative del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286*

Parlamento Italiano, Legge 15 dicembre 1999, n. 482 *Norme in materia di tutela delle minoranze linguistiche storiche.*

Parlamento Italiano, Legge n°40 del 6 marzo 1998. *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. (legge Turco-Napolitano)*

Parlamento italiano, Proposta di legge n 2858 del 3 luglio 2007: *Modifiche alla legge 15 dicembre 1999, n. 482, per l'estensione delle disposizioni di tutela delle minoranze linguistiche storiche alle minoranze dei rom e dei sinti*"

Parlamento Europeo, Risoluzione del 28.4.2005 (reperibile in <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2005-0151&language=IT> consultato il 16/02/2012)

Presidente del Consiglio dei Ministri, Decreto del 21 maggio 2008 (attuato dalle 3 ordinanze del 30 maggio 2008 n 3676, 3677, 3678) *Dichiarazione dello stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia*

Presidente della Repubblica, Decreto del 31 agosto 1999 *Regolamento recante le norme d'attuazione del Testo Unico Articoli sanitari: 42, 43 e 44*

BIBLIOGRAFIA

Affronti M, Geraci S, Marceca M, Russo ML (a cura di). *Salute per tutti da immigrati a cittadini- Atti dell'XI Congresso nazionale SIMM – Palermo. 19-21 Maggio 2011*. Bologna, Lombar Key, 2011.

Baglio G, Cacciani , Stela Ciuta T (a cura di). *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per bambini Rom e Sinti a Roma*. Monografie dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma, 2003

Baglio G, Cacciani L, Ciuta T S, D'Ascanio, Geraci S, M Grandolfo,G Guasticci, GrIS Lazio, (A Cura del). *Salute senza esclusione, campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e Sinta a Roma,,Roma, 2008*

Caritas di Roma, Camera di Commercio di Roma e Provincia di Roma, *Osservatorio romano sulle migrazioni, III Rapporto*. Roma, Edizioni IDOS, Marzo 2006

Caritas di Roma, Camera di Commercio di Roma e Provincia di Roma, *Osservatorio romano sulle migrazioni, V rapporto*. Roma, Edizioni IDOS, 2009

Caritas di Roma, Camera di Commercio di Roma e Provincia di Roma, *Osservatorio romano sulle migrazioni , VI Rapporto*. Roma, Edizioni IDOS, Febbraio 2010

Caritas di Roma, Camera di Commercio di Roma e Provincia di Roma, *Osservatorio romano sulle migrazioni, VII rapporto*. Roma, Edizioni IDOS, dicembre 2010

Caritas di Roma, Camera di Commercio di Roma e Provincia di Roma, *Osservatorio romano sulle migrazioni, VIII Rapporto*. Roma, Edizioni IDOS, dicembre 2011

Cherchi R., Loy G. (a cura di), *Rom e Sinti in Italia.Tra stereotipi e diritti negati*, Ediesse, Roma, 2009

CSDH – Commission on social determinants of health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, consultato il 24 febbraio 2012

De Foletier De Vaux, *Mille anni di storia degli zingari*, Milano, Jaca Book, 1990, p. 38.

Geraci S, Motta F, Ricordy A. (A cura di). *Salute senza esclusione, sperimentazione di interventi per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinti in Italia*. Caritas Diocesana di Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma Dicembre 2009

Geraci S, Maisano B, Motta F, (a cura di). *Salute Zingara*, Roma Edizioni Anterem 1998

Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Caritas, Inprinting srl, aggiornamento luglio 2010, <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO ALLA SALUTE.pdf>, consultato il 14 ottobre 2011.

Yooks J. *Zingari, sulla strada con i rom lovara*, Roma, Editrice irradiationi, 2008.

Lory G. *Violino tzigano. La condizione dei rom in Italia tra stereotipi e diritti negati*. Ediesse, Roma 2009

Motta F. *Impegno della Caritas di Roma con i Rom, alcuni estratti dal rapporto annuale interno Caritas per una condivisione partecipata con i volontari impegnati nel lavoro su strada con i rom*. Roma febbraio 2012 (materiale non pubblicato)

Narcisio L. *La maschera e il pregiudizio*. Melusina Editrice, Roma 1990.

Nozza V. *40 anni di Caritas Italiana. Settimana, settimanale di attualità pastorale*, Bologna 4 dicembre 2011

Pittaluga M. *L'estraneo di fiducia, competenze e responsabilità dell'assistente sociale*. Roma, Carrocci Faber 2007

Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Strategia nazionale d'inclusione dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti attuazione comunicazione Commissione Europea n. 173/2011*, 24 febbraio 2012.

Ranieri ML. *Il metodo di rete in pratica, studi di caso nel servizio sociale*, Erickson, Gardolo, 2006

Ricordy, A. *Materiale per la formazione di nuovi volontari*, Roma 2011 (materiale non pubblicato)

Sigona N. *I confini del "problemi zingari". le politiche dei campi nomadi in Italia*. In C. A. Caponio T, *Migrazioni globali, integrazioni locali* (p. 267-293) Il mulino Bologna, 2005

Sigona N. *I confini del "problema zingari". Le politiche dei campi nomadi in Italia*, in J Yoors, *Zingari*, Editrice irradiationi, Roma 2008

Spinelli E. *Immigrazione e Servizio Sociale*. Carrocci editore. Roma 2005

Vitale T. *Comuni (in)differenti: i «nomadi» come «problema pubblico» nelle città italiane*, in Cherchi R., Loy G. (a cura di), *Rom e Sinti in Italia. Tra stereotipi e diritti negati*, Ediesse, Roma, 2009

Vitale T. *Politiche possibili, Abitare le città con i rom e i sinti*. Carrocci, Roma 2009.

SITOGRAFIA

Anonimo. *Miti, Ipotesi ed Evidenze Riguardanti l'Origine dei Popoli*,
<http://www.imninalu.net/Romsinti.htm> , consultato il 20 novembre 2011

Caritas Italiana. Chi siamo,
http://s2ew.caritasitaliana.it/pls/caritasitaliana/V3_S2EW_CONSULTAZIONE.mostra_pagina?id_pagina=38, consultato il 2 febbraio 2012

Caritas diocesana di Roma. Descrizione Area Sanitaria,
<http://www.caritasroma.it/attivita/nel-territorio/sanita/> consultato il 13.02.2012

Roms en Europe, Ed.Conseil De l'Europe 2011
http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/mgsrom_fr.asp consultato il 15 dicembre 2011

Serini A. *Rom, sinti, camminanti e comunità locali "Studio sulle condizioni di vita e sull'inserimento della rete del mezzogiorno"* In IREF Roma 2010, Sito dell'Istituto di ricerche educative e formative, <http://www.irefricerche.it> , consultato il 29 dicembre 2011.

RINGRAZIAMENTI

Alla fine di questo percorso mi sembra doveroso ringraziare tutte le persone che mi sono state vicine in questi anni.

Penso che sia fondamentale ringraziare il Prof. Maurizio Marceca per avermi dato la possibilità di lavorare con lui, su questo argomento che mi sta particolarmente a cuore; ringrazio di cuore anche la sua collaboratrice Giulia Civitelli per avermi supportato (e sopportato) durante la stesura della tesi, riconoscendo anche che la riuscita del lavoro è anche merito suo.

Ringrazio i miei genitori per avermi dato la possibilità di intraprendere questo percorso di studio e per avermi fatta così come sono; se tre anni fa ho deciso che da grande avrei voluto fare l'assistente sociale, è sicuramente merito loro, perché per loro l'aiuto verso l'altro è quasi una filosofia di vita. Il vostro sostegno e il vostro affetto mi danno la forza per andare avanti e per affrontare ogni giorno la vita.

Come non ringraziare le mie sorelle, Caterina (che ha fatto di tutto pur di laurearsi nel mio stesso mese) che mi sopporta e mi aiuta nelle difficoltà, che in questi anni non sono state poche; e Valeria, la mia piccola che con il suo sorriso e i suoi occhi grandi riesce sempre a farmi tornare il sorriso.

Un ringraziamento speciale va a te Luca, in questi tre anni hai saputo farmi crescere e mi hai fatto capire che il mondo visto con quattro occhi è molto più bello che visto con due, mi ha tenuto per mano e mi hai accompagnato in ogni istante senza mai mollare la presa, sai trovare sempre il modo giusto per farmi stare bene; con te la vita è molto più bella.

Come non posso rivolgere un'attenzione speciale alla mia schiera di nonni e bisnonni veri esempi da seguire; un pensiero speciale va a te Nonno Guido, te ne sei andato un po' troppo in fretta, ma nel mio cuore il posto più grande è dedicato a te; ammetto che mi manchi molto, ma per colmare questa mancanza

ripenso al tuo sorriso, alla tua calma, alla tua pazienza e mi ritorna il sorriso; prega per noi da lassù. Ringrazio anche tutti i miei cugini e zii, compresi quelli acquisiti.

Ringrazio i mie tanti amici sacerdoti, primo tra tutti Zio Antonio, Don Walter, Don Cristoforo e Don Luca, che oltre al sostegno morale in questi anni mi hanno dato un grande e fondamentale sostegno spirituale.

Vorrei ringraziare Massimo e Roberto (Don) che mi hanno aiutato in questi mesi e nonostante li abbia stressati con la mia tesi, mi sono stati sempre vicini.

Vorrei anche ringraziare Jessica Gratissi e Laura Russo per avermi permesso di mettere le loro bellissime foto nel mio lavoro.

Ringrazio di cuore Massimiliano Floridi e sua moglie Gesine che mi hanno dato la possibilità di partecipare al progetto “un ponte tra le generazioni” e iniziare così la mia avventura “Romana”, dandomi la possibilità di fare un’esperienza unica. Ringrazio tutti i nonni del “Santa Francesca Romana”.

Ringrazio tutte le persone dell’Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, in particolare Claudia, Alice e Fulvia che mi hanno ascoltato e aiutato; un pensiero va anche ai miei colleghi volontari, alle mediatrici e a tutti i rom che ho incontrato sulla mia strada in questo anno bellissimo di volontariato.

Come posso non ringraziare Roberta, il mio supervisore, che in questi due anni di tirocinio mi ha aperto gli occhi e mi ha fatto capire quanto sia bello essere Assistenti Sociali.

Ed infine ringrazio tutti i miei amici, nominarli uno ad uno sarebbe impossibile, ma sappiate che ognuno è nel mio cuore. Grazie agli amici di Pitocco, ma permettetemi di avere un occhio di riguardo per Giorgio, in fondo lui è il mio figliolo prediletto, che riesce a trovare sempre il modo per farmi stare bene, vederti sorridere è la cosa più bella che possa avere. Grazie agli amici dell’Azione Cattolica, grazie a Daniele e a Matteo perché “voi ci siete sempre stati” e spero che ci sarete ancora, per poter crescere insieme come facciamo da

un bel pò di tempo. Grazie a tutti i ragazzi che ho conosciuto durante i Campi, in particolare mando un bacio grande a Silvia, a Marta, a Ilaria, a Lele e a Betta. Grazie a Marcello, che sopporta in modo molto paziente mia sorella e di riflesso anche me (devo ammettere che la Croce che ti sei preso è molto grande!). Grazie alle mie coinquiline Katia e Valentina, la prima perché oltre ad essere una vera sorella mi ha dato anche la possibilità di provare una delle più belle emozioni della vita come quella di diventare zia, e la seconda perché le voglio un mondo di bene e durante tutto il periodo della stesura della tesi mi ha dato una forza incredibile, penso che senza il suo sostegno avrei perso molto spesso la speranza. Grazie agli amici di "Solidiamo" e della parrocchia. Grazie alla mia amica di sempre Francesca, ci vedremo anche poco, ma la sintonia che abbiamo rimarrà per sempre, speriamo che ci saranno più occasioni per stare insieme. E poi grazie alle mie amiche dell'università Martina, Martina e Fabiana, preparare gli esami con voi è stato bellissimo, mi avete aiutato a crescere, la vostra vicinanza, in momenti particolari della mia vita, è stata molto importante per me; concedetemi di spendere due parole per Martina, le nostre chiacchierate notturne rimarranno nella storia, ma soprattutto rimarranno nel mio cuore, i tuoi occhi e il tuo sorriso mi hanno accompagnato sempre e sai che io li preferisco pieni di gioia e spero di vederli sempre così, nel pieno della loro bellezza.

Ringrazio anche chi non ho nominato, perché ogni persona che è entrata nella mia vita nel bene o nel male mi ha fatto diventare quella che sono, sono cresciuta grazie alle cose belle, ma soprattutto grazie ai momenti difficili.

Ringrazio anche me stessa, perché *"la vita non è facile ci vuole sacrificio un giorno te ne accorgerai e mi dirai se ho ragione arriva il giorno in cui bisogna prendere una decisione"*, e nonostante tutti i sacrifici, ho deciso di andare avanti, i risultati agli occhi degli altri non saranno eccellenti, ma ai miei occhi il risultato è enorme; tanti sono stati i dubbi, tanti sono stati i problemi, ma alla fine eccomi qua, che dico che veramente ci vuole sacrificio, ma il giorno che ho deciso di andare avanti nonostante tutto, perché la mia vita aveva bisogno di un comandante.

Spero di riuscire ad essere una buona assistente sociale e di riuscire a fare del bene agli altri.

Ed infine ringrazio il Signore nostro Dio, che mi ha dato sempre la forza e la voglia di andare avanti, e sempre in lui *“porrò la mia fiducia”* .

Che cosa è l'uomo perché di lui ti ricordi, il figlio dell'uomo perché te ne curi? Eppure l'hai fatto poco meno degli angeli, di gloria e di onore lo hai coronato».

(Salmo 8)