

CROCE ROSSA ITALIANA



Linee Guida di accesso nei Campi Rom e Sinti

*Una raccolta di esperienze, temi di studio,
modelli di progetto e proposte di lavoro
offerte dai partecipanti alle operazioni
di sostegno ai Nomadi*

Sommario

Prefazione	8
1 Introduzione	10
1.1 Contenuti	11
1.2 Ringraziamenti	16
2 Il popolo Rom nella Storia	18
2.1 Sulle orme dei Rom.....	20
2.2 Ai margini delle città.....	26
2.3 Un sovrano illuminato li accolse in Ungheria	27
2.4 Leggi razziali in Svizzera, pulizia etnica a Milano	27
2.5 Perché i gitani non parlano in Romani?	28
2.6 Sara la Nera	30
2.7 Nomadi per forza attraverso l'Europa	32
2.8 La schiavitù nei Principati Romeni	35
2.9 Samudaripen, l'Olocausto Rom	36
2.10 Nell'orbita dell'Urss.....	38
2.11 Una nazione senza territorio.....	40
2.12 Il Kris Romani.....	41
2.13 Intoccabili.....	41
3 Aspettative e regole dei Rom	43
3.1 Premessa.....	43
3.2 Il primo contatto tra semplici cittadini, operatori socio sanitari e/o dell'ordine pubblico e la comunità Rom.....	44
3.3 I Campi – “Villaggi”	45
3.4 Principali gruppi Rom	46
3.5 Le Principali Comunità Presenti A Roma.....	46
3.5.1 La Comunità Rom Montenegrina.....	46
3.5.2 La Comunità Rom Bosniaca	47
3.5.3 La Comunità Rom Serba	47
3.5.4 La Comunità Rom Kossovara	47
3.5.5 La Comunità Rom Macedone	48
3.5.6 La Comunità Rom Rumena.....	48
4 L'evoluzione e la storia dei rapporti tra CRI e Nomadi a Roma	49
5 La gestione degli aspetti istituzionali e amministrativi	71
5.1 La funzione politica del Presidente o Commissario della CRI (aspetti politici e gestionali)	71
5.2 La parte amministrativa: i protocolli di intesa e le convenzioni con il Commissario, il Prefetto e le Istituzioni	72

5.3	Progetto per l'inserimento sociale di Nuclei familiari Rom per la Prefettura di Roma – Casilino 900, La Martora, Tor dè Cenci	73
6	La metodologia di intervento sociale rivolta alla comunità Rom	77
6.1	Introduzione alle comunità <i>nomadi e viaggianti</i>	77
6.2	La mappatura sugli interventi di strada	79
6.3	Il profilo topografico	79
6.4	L'osservazione e la ricognizione sul campo	80
6.5	La mappatura cognitiva	81
6.6	Il profilo relazionale	82
6.7	Applicazione	83
7	Le varie fasi per prendere contatto con un campo Nomadi: modi e tempi per accedere, acquisire e mantenere la Loro fiducia	85
7.1	Preparazione	85
7.2	Indagini sul territorio	88
8	Il ruolo della CRI verso i Nomadi e la gestione degli interventi secondo progetti ...	94
8.1	L'approvvigionamento dei beni sussidiari di prima necessità loro distribuzione	95
8.2	La Progettualità	96
8.3	Aiutare ad interagire con le Istituzioni (ASL, Ospedali, Consultori, Sala Operativa Sociale ecc) anche per la gestione di persone con problematiche	97
9	Indicazioni operative per la gestione di un'area sanitaria materno infantile all'interno dei campi Rom	99
9.1	Premessa	99
9.2	Scopi della realizzazione di un area materno infantile all'interno di un campo Rom.	100
9.3	Gli ambulatori medici di prevenzione materno infantili	101
9.4	Accoglienza	102
9.5	Modalità di esecuzione delle visite	102
9.6	Unità mobili materno infantili	103
9.7	Ambulatorio infermieristico materno infantile	104
9.8	Comportamento	104
9.9	Valutazione del Progetto all'interno del campo Rom	104
10	Le vulnerabilità Rom – Interventi della Croce Rossa Italiana	106
10.1	Il campo	106
10.2	Interventi della Croce Rossa Italiana	107
10.3	Il futuro	108
10.4	Raccomandazioni	108
11	Il Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni	111
11.1	Premessa	111
11.2	Storia e contesto socio-demografico	111
11.3	Obiettivi e Metodo di lavoro	112

11.4	Convenzioni e collaborazioni.....	113
11.5	Risultati dei primi 4 anni di attività.....	113
11.6	Attività di educazione sanitaria e prevenzione primaria	116
11.7	Descrizione dell'intervento nel campo nomadi Casilino 900.....	117
11.8	Formazione.....	119
12	Una esperienza in “movimento”: promuovere la salute tra i Rom.....	120
12.1	Premessa: chi siamo	120
12.2	I primi interventi	121
12.3	Salute senza esclusione: <i>il lavoro di rete</i>	122
12.3.1	La Campagna vaccinale 2002.....	122
12.3.2	La campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari 2006	123
12.4	Sperimentazione di modelli di intervento: <i>i punti fermi</i>	124
13	Malattie infettive: vaccinazioni, “core vaccination” ed educazione alla salute	130
13.1	Salute e migrazione, il caso dei Rom	130
13.2	Malattie infettive con maggiore impatto nella popolazione Rom rispetto ad altre popolazioni europee 134	
13.2.1	Malattie non prevenibili con la vaccinazione	134
13.2.2	Malattie prevenibili con la vaccinazione	136
13.3	Il caso della tubercolosi.....	137
13.4	Un “minimum standard” nei calendari vaccinali europei.....	138
13.5	Conclusioni	141
14	Missione Gipsy: Il popolo Rom e la gestione delle Tossicodipendenze	144
14.1	Premessa.....	144
14.2	Partner - La Fondazione Villa Maraini.....	144
14.3	Il Servizio di “Unità di strada”	146
14.4	Destinatari diretti e indiretti	146
14.5	Obiettivi principali e secondari	146
14.6	Azioni.....	147
14.7	Metodologia	148
14.8	Organizzazione del servizio: Unità Itinerante	149
14.9	Personale e costi.....	149
15	Corsi di formazione per i volontari: ipotesi di un percorso minimo formativo per accedere nei campi Rom da parte dei Volontari.....	150
16	Diritto Internazionale ed il popolo dei Migranti	152
16.1	Focus sulle esigenze e le vulnerabilità dei migranti.	154
16.2	Includere i migranti in programmi umanitari.	154
16.3	Sostegno delle aspirazioni dei migranti.....	154
16.4	Riconoscere i diritti dei migranti.....	154
16.5	Assistenza, protezione umanitaria ed advocacy per i migranti.....	155

17	Attività di educazione sanitaria presso le comunità Rom	156
17.1	Premessa.....	156
17.2	Le condizioni socio-sanitarie della popolazione Rom.....	156
17.3	Gli obiettivi	159
17.4	I contenuti	159
17.5	L'approccio del Monitore alla popolazione Rom	160
17.6	Il materiale divulgativo	161
17.7	Allegato.....	163
18	La gestione della parte informatica	173
18.1	Le informazioni di interesse.....	173
18.1.1	Informazioni sugli insediamenti	173
18.1.2	Informazioni sui nuclei familiari	174
18.1.3	Informazioni anagrafiche personali	175
18.2	La raccolta delle informazioni.....	176
18.3	Strumenti cartacei e informatici	176
18.4	Riservatezza dei dati	179
19	La mediazione linguistica.....	181
20	Esperienza di una Sorella in un Campo Rom.....	183
21	Figli di uno stesso Padre.....	187
21.1	Lettera ad <i>Avvenire</i>	187
21.2	Il cielo è livido	189
21.3	2 Aprile 2009 Casilino 900: una rilettura dell'Esodo.....	191
21.4	Il muro nel cuore	192
22	Programma a favore di nuclei familiari e minori - ospiti dei campi nomadi di Roma gestiti dalla CRI - in situazione di difficoltà e che necessitano di interventi nel paese di origine 196	
22.1	Contesto di riferimento e definizione del problema	196
22.2	Progetto di intervento.....	198
22.2.1	Obiettivi che si intendono perseguire	198
22.2.2	Interventi ed attività che si intendono realizzare	198
22.2.3	Modalità operative.....	199
22.2.4	Destinatari degli interventi	200
22.2.5	Risorse e personale.....	200
22.2.6	Costi	200
23	Bibliografia.....	202
24	Appendice A	211
25	Appendice B	229
26	Appendice C	230

26.1	“La Ruota Rossa”: Storia, arte e cultura del Popolo Rom nell'Unione europea	230
26.2	Galleria fotografica	239

Linee Guida di accesso nei Campi Rom e Sinti della Croce Rossa Italiana

“Ogni venerdì arrivavano gli zingari... e la casa veniva ripulita da cima a fondo e tutti si davano un gran da fare e nessuno aveva tempo per me. Vivevo nel terrore e nel panico degli zingari perché pensavo rubassero i bambini ed ero convinto che avessero messo gli occhi su di me. Ma nonostante questa tremenda paura mai mi sarei lasciato sfuggire lo spettacolo della loro visita che era davvero splendido. Il cancello veniva spalancato perché loro avevano bisogno di spazio. Arrivavano come una vera tribù nel mezzo a testa alta, il patriarca cieco, il bisnonno mi fu detto, un bellissimo vecchio dai capelli candidi, che camminava molto lentamente sostenuto a destra ed a sinistra da due nipoti adulte, vestite di molti colori. Intorno a lui zingari di ogni età, pochissimi uomini, quasi tutte donne e bambini... Non appena arrivavano davanti alla cucina il vecchio si metteva a sedere e gli altri si raggruppavano intorno a lui e venivano aperti dei sacchi e le donne prendevano i doni. Ricevevano cibo vario ed abbondante. Avevano la loro parte di tutto quello che si stava preparando in cucina non venivano certo nutriti con gli avanzi. Io provavo un gran sollievo quando vedevo che nei sacchi non avevano bambini e sotto la protezione della mamma, passavo in mezzo a loro. Me li guardavo ben bene stando attento però a non avvicinarmi troppo alle donne che mi volevano accarezzare. Ero stupito di quanto fossero affettuosi con i loro bambini e non avevano per nulla l'aria di rapitori di bambini...”

Da “La Lingua Salvata, storia di una giovinezza” di Elias Canetti
(1905 Rustschuk in Bulgaria – 1994 Zurigo. Nel 1981 Premio Nobel per la letteratura).

Prefazione

La Croce Rossa Italiana è da 150 anni impegnata a mettere in opera programmi e attività a favore delle persone più vulnerabili: minori non accompagnati, persone anziane, malati, senza dimora, migranti, diversamente abili, tossicodipendenti, vittime di violenza o di guerra, ricevono un aiuto diretto, personale, disinteressato e gratuito, in strutture e servizi sociali o nel loro domicilio, in tempo di pace o di conflitto, da parte degli oltre 145.000 soci attivi e dei 4.250 dipendenti, ai quali si aggiunge l'indispensabile sostegno degli oltre 30.000 soci ordinari. Negli ultimi anni, ad opera di alcuni Comitati locali C.R.I. si sta sviluppando una sensibilità per l'assistenza a favore della popolazione Rom e Sinti, che nella storia è sempre stata caratterizzata dal dato costante della persecuzione subita.

A Roma la presenza delle popolazioni nomadi è stimata in circa 7.000 unità, che vivono o in campi autorizzati o in campi cosiddetti "tollerati" o – situazione molto grave – in insediamenti abusivi. Si tratta per lo più di cittadini Bosniaci, Serbi, Macedoni o Rumeni, che vivono in condizioni minime di sicurezza e di messa a norma degli impianti elettrici ed idraulici, nonché degli impianti fognari.

A fianco delle attività messe in campo dell'Amministrazione capitolina, impegnata nel mettere almeno "a norma" i cosiddetti "Villaggi Autorizzati", i volontari del Comitato Provinciale CRI di Roma, hanno avviato un'intensa attività di assistenza diretta alla popolazione sia di tipo sanitario, sia di tipo sociale e più in generale di mediazione con le Istituzioni competenti.

Ribadire l'importanza di questi interventi è del tutto superfluo. Così come lo è il ribadire le difficoltà di promuovere strumenti e metodologie di intervento sociale per favorire l'accoglienza e l'inserimento dei Rom e Sinti. L'una come l'altra affermazione risultano essere retoriche e fuorvianti se non si identificano elementi forti di cambiamento e di innovazione che abbiano una credibilità e che colleghino a realtà concrete.

È proprio in questo ambito, cioè nell'ambito dell'innovazione degli interventi di welfare con attenzione soprattutto ai bisogni locali, che il gruppo dei volontari di Roma si è impegnato negli ultimi anni attraverso sia il lavoro di intervento diretto, sia il lavoro di promozione della cultura dell'accoglienza e dell'integrazione.

Il volume che si presenta qui è uno dei prodotti di questo filone di azioni. L'interesse del testo è strettamente legato all'approccio utilizzato che affronta insieme alla tematica dell'accoglienza dei Rom e Sinti anche quella della gestione dei Campi: due ambiti dell'azione e dell'intervento sociale strettamente correlati che queste linee guida mettono in chiara evidenza. Si tratta di due forme di intervento tanto importanti quanto gravidi di rischi di scivolamento nella retorica e nell'astrattezza. Sono poi due realtà di assistenza definite diversamente e in generale caricate di funzione sociale differente. Per dirla in termini pratici e concreti: l'accoglienza dei Rom e Sinti riguarda attività di promozione della salute, vaccinazioni, inserimento scolastico, assistenza sociale in genere e sviluppo di iniziative economico-produttive, mentre la gestione dei Campi ha a che fare con la garanzia della sicurezza, lo sviluppo del territorio, l'igiene, l'inserimento sociale, il monitoraggio degli ingressi, le condizioni di soggiorno. E d'altronde una corretta gestione dei Campi può intervenire ed integrare il percorso di accoglienza, o favorire alcuni aspetti della stessa, ma non può essere considerata la modalità di azione unica e generale per le difficoltà attuali dell'inserimento dei Rom e Sinti nel nostro Paese.

In conclusione vale solo la pena di sottolineare il fruttuoso confronto che ha portato alla redazione di queste Linee guida, ma che al contempo – come scrive nell'introduzione Marco Squicciarini – non è possibile senza la «valorizzazione della cultura, della storia, della memoria, degli usi e dei costumi di chi viene da lontano».

Interventi sociali promossi in ottica integrata e con azioni sussidiarie all'intervento dello Stato, possono aiutare i processi di riforma del nostro sistema di Welfare. Se questa pubblicazione contribuirà a mostrare la forza di tanti volontari animati, in tutti questi anni, dalla stessa vocazione e dalla stessa generosità, avremo dato voce alla missione della Croce Rossa Italiana al servizio di tutti i più deboli.



Croce Rossa Italiana

***Il Commissario Straordinario
Avv. Francesco Rocca***

1 Introduzione

Fin dalla prima volta che sono entrato in un campo Rom per portare aiuti umanitari (il mio primo campo anni or sono è stato il Casilino 900) mi sono affiancato ai Volontari più anziani e li ho seguiti passo passo, osservando il loro modo di muoversi, di parlare, di interfacciarsi con tutte le popolazioni del campo. A seconda dell'etnia c'erano delle accortezze, delle esigenze, dei modi di fare e lavorare... diversi. Mi sono subito reso conto di due cose: la Croce Rossa stava facendo un ottimo lavoro di assistenza nel pieno rispetto delle LORO esigenze, ma che tutto era assolutamente legato alla esperienza del singolo maturata nel tempo. A questo punto mi è venuto in mente quell'antico adagio che recita: "Se un determinato modo di agire porta a dei risultati certi, non resta che classificarli". Infatti non era "logico" il fatto che tutti quei comportamenti e quelle metodiche di approccio e gestione fossero solamente proprietà di pochi. Percepì quindi l'esigenza di scrivere delle linee guida che permettessero a noi – e non solo – di sapere come fare anche in assenza di Volontari con grande esperienza per aiutare queste persone e i loro bambini. Da allora non ho mai smesso di pensare di protocollare e diffondere il materiale che andava trascritto per permettere a tanti Volontari sparsi in tante regioni d'Italia, di poter avere un riferimento certo per operare in tutta sicurezza ma soprattutto evitare errori dettati dalla NON CONOSCENZA di un popolo che ha cultura millenaria alle spalle. Continuo a credere che un bimbo di 5 anni che oggi ha una casa con la luce, il riscaldamento e l'acqua, che si vaccina e va a scuola può decidere tra 15 anni di vivere una vita diversa, di inserirsi nel mondo del lavoro, di avere una famiglia e una vita dignitosa e regolare avendo quindi raggiunto un obiettivo importante: l'integrazione sociale. Questa parola contiene in sé tutto il significato più profondo non solo dell'amore verso il prossimo (chiunque esso sia) ma anche e soprattutto della valorizzazione della cultura, della storia, della memoria, degli usi e dei costumi di chi viene da lontano. Ringrazio di cuore tutti i Volontari che hanno permesso di portare a termine in questi anni il duro lavoro di assistenza nei campi con ogni tempo e tra mille difficoltà e che hanno permesso la redazione di questo prezioso documento. Non c'è bisogno che li elenchi qui di seguito perché sono gli stessi che hanno scritto e firmato i capitoli che potrete leggere di seguito a questa introduzione. A tutti loro il mio ringraziamento non solo per l'opera svolta, ma anche e soprattutto perché con la redazione di questo documento tanti altri Volontari avranno una guida certa per effettuare con professionalità ed efficacia l'importantissima azione sociale di assistenza alle popolazioni Rom presenti in ogni dove.

1.1 Contenuti

La stesura di questo documento ci ha portato a seguire principalmente due direzioni.

Una di queste è la ricerca di informazioni condivise nell'ambiente degli *addetti ai lavori*: conoscenze pertinenti al quadro storico, alle statistiche, ai protocolli di intervento, alle metodologie programmatiche e operative.

L'altra direzione è costituita dalla raccolta di testimonianze dirette, legate ai progetti e alle attività esistenti, sia all'interno che all'esterno della Croce Rossa Italiana.

Il viaggio lungo questi cammini si è rivelato foriero di una quantità di informazioni ed esperienze, certamente superiore alle più rosee aspettative.

Il risultato che oggi presentiamo risulta corposo, in quanto ci siamo resi conto che escludere tanti e tali contributi avrebbe costituito una perdita inaccettabile. La pluralità di fonti, di aspetti trattati, di punti di vista costituisce a nostro parere la principale ricchezza del progetto.

L'ampiezza di questo patrimonio rispecchia, di certo nemmeno totalmente, la complessità della storia, delle peculiarità, dei fenomeni e delle problematiche legate al popolo Rom.

La presenza di contributori esterni alla Croce Rossa Italiana suggerisce l'importanza di un approccio eclettico, di una disposizione a imparare dalle esperienze esistenti, e della ricerca di collaborazioni in ogni direzione, al fine di ottenere una sinergia tra le tante e differenti risorse in campo.

La nostra speranza è che, seguendoci attraverso tutto il percorso, qui sotto brevemente riassunto, il lettore condivida le nostre sensazioni e possa trarre dai capitoli di suo interesse gli spunti utili per dare vita a nuovi progetti e nuove esperienze.

Il capitolo 2, *Il popolo Rom nella Storia*, costituisce un prezioso e interessante ritratto del cammino storico del popolo Rom. La conoscenza del passato può aiutare a comprendere il presente. Roberto Malini è scrittore, storico, sceneggiatore e autore di documentari, curatore di un'importante collezione di storia, cultura e arte del popolo Rom in Europa, co-presidente del Gruppo EveryOne, organizzazione internazionale per i Diritti Umani.

Il capitolo 3, *Aspettative e regole dei Rom*, è stato scritto da Najo Adzoviç, portavoce del campo nomadi Casilino 900 in Roma. Il nostro servizio a favore delle comunità nasce innanzitutto dall'ascolto, e si basa soprattutto sul dialogo.

Il capitolo 4, *L'evoluzione e la storia dei rapporti tra CRI e Nomadi a Roma*, descrive l'evoluzione dei progetti condotti dalla CRI di Roma, avvenuta in modo simultaneo e parallelo sia nella direzione delle singole persone senza fissa dimora che in quella delle comunità nomadi. La nostra esperienza dimostra che le problematiche in gioco sono fortemente correlate, e non si può scindere una categoria Rom da una non-Rom nel progettare e attuare gli interventi. Anna Maria Pulzetti, volontaria della Sezione Femminile della CRI di Roma, dedica il proprio impegno a favore dei servizi in questo ambito ed è co-delegata all'Assistenza delle Popolazioni Nomadi e Senza Fissa Dimora e alla Promozione di progetti per il miglioramento delle relazioni e integrazioni delle Popolazioni Nomadi e Senza Fissa Dimora, per il Comitato Provinciale di Roma, ed è Delegata Provinciale all'Assistenza Materno/Infantile per un protocollo d'intesa con l'associazione Diritti Civili nel 2000 – Salvamamme/Salvabebè.

Il capitolo 5, *La gestione degli aspetti istituzionali e amministrativi*, fornisce le indicazioni su come un Comitato CRI deve muoversi nella cura degli aspetti amministrativi e delle relazioni istituzionali. Marco Squicciarini è Commissario Provinciale CRI di Roma e Responsabile Nazionale per le Attività Accoglienza e Assistenza Umanitaria alle Popolazioni Rom ed ai Soggetti Senza Fissa Dimora.

Il capitolo 6, *La metodologia di intervento sociale rivolta alla comunità Rom*, descrive le metodologie attuate nell'ambito dei progetti in esame, descrivendo l'approccio teorico e la sua applicazione, elaborati e adattati da istituzioni che operano nel campo dei servizi *di strada*. Stefano Spanu è un Volontario del Soccorso del Gruppo di Roma Nord.

Il capitolo 7, *Le varie fasi per prendere contatto con un campo Nomadi: modi e tempi per accedere, acquisire e mantenere la Loro fiducia*, costituisce il nucleo delle linee guida adottate dalla CRI nell'approccio alla realtà dei campi Nomadi. La metodologia descritta nasce dalle esperienze condotte nel corso degli anni sul territorio di Roma e si presenta come un vademecum destinato a volontari e operatori coinvolti in progetti relativi a questo contesto.

Il capitolo 8, *Il ruolo della CRI verso i Nomadi e la gestione degli interventi secondo progetti*, definisce le linee guida adottate dalla CRI nella progettualità delle attività in favore

delle popolazioni Rom e Sinti. Se il precedente capitolo è rivolto a tutti coloro i quali partecipano alle attività in oggetto, questo interessa soprattutto chi è destinato a programmare le attività e a gestire le risorse, in relazione a tali progetti.

Il capitolo 9, *Indicazioni operative per la gestione di un'area sanitaria materno infantile all'interno dei campi Rom*, espone le linee guida da adottare nella cura dell'aspetto sanitario, per i progetti mirati a donne e bambini che vivono nei campi Rom. Jacopo Pagani è medico pediatra, Volontario del Soccorso del Gruppo di Roma Nord e Delegato Provinciale per la Task Force Pediatrica.

Il capitolo 10, *Le vulnerabilità Rom – Interventi della Croce Rossa Italiana*, riporta la relazione stilata da Christopher Lamb, *Federation Special Adviser for International Relations* della International Federation of Red Cross, in seguito alla sua visita del campo Casilino 900 tenutasi in dicembre 2009. Oltre a fornire una preziosa testimonianza, questa voce autorevole fornisce indicazioni e suggerimenti sulle strategie che la Croce Rossa Italiana dovrebbe perseguire, attraverso la progettualità e i rapporti con le istituzioni, nel rispetto del proprio ruolo di organismo ausiliario della pubblica autorità nel campo umanitario. Il campo Casilino 900 è stato recentemente chiuso, ma l'esperienza compiuta si dimostra valida con gli altri campi presenti sul territorio nazionale.

Il capitolo 11, *Il Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni*, descrive un importante progetto di assistenza sanitaria, nato dalla collaborazione di istituzioni civili e religiose, insieme ad associazioni di volontariato, operante in prossimità di una delle aree più disagiate del comune di Roma, e rivolto a tutte le fasce più deboli del tessuto sociale, includendo pertanto le popolazioni Rom. la Dott.ssa Lucia Ercoli è Responsabile Sanitario del Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni del Policlinico Tor Vergata.

Il capitolo 12, *Una esperienza in "movimento": promuovere la salute tra i Rom*, descrive un ulteriore progetto, sempre nato dalla collaborazione tra enti e associazioni di volontariato, finalizzato non solo all'assistenza ma anche alla educazione sanitaria, rivolto in particolare alle comunità Rom e Sinti; il progetto è curato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

Il capitolo 13, *Malattie infettive: vaccinazioni, “core vaccination” ed educazione alla salute* sintetizza i risultati di numerose ricerche e relazioni, in ambito europeo, sulle condizioni di salute della popolazione Rom, con particolare attenzione all’incidenza di malattie infettive e quindi alla promozione di campagne di vaccinazione. La Dott.ssa Laura Pacifici è volontaria del Comitato Femminile e Direttore Sanitario del Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo di Castelnuovo di Porto. La Dott.ssa Flavia Riccardo è Volontaria del Comitato Femminile ed epidemiologa.

Il capitolo 14, *Missione Gipsy: Il popolo Rom e la gestione delle Tossicodipendenze*, descrive l’attività della Fondazione Villa Maraini nel campo delle tossicodipendenze, evidenziando questa problematica, e i progetti ad essa collegati, nell’ambito delle popolazioni Rom. Il Dott. Vincenzo Palmieri è Coordinatore Progetti, Responsabile del Progetto Terapeutico Comunità Semi-Residenziale e Responsabile del Programma Ambulatoriale *Telefono in Aiuto*. Il Dott. Ettore Rossi è Direttore della Fondazione e Direttore Sanitario di Villa Maraini.

Il capitolo 15, *Corsi di formazione per i volontari: ipotesi di un percorso minimo formativo per accedere nei campi Rom da parte dei Volontari*, suggerisce le linee guida da seguire nell’istituzione di percorsi formativi mirati ai volontari di Croce Rossa coinvolti nelle attività nell’ambito dei campi nomadi. Maria Teresa Condello, Volontaria del Soccorso del Gruppo di Roma Est, è Capo Monitore e Delegata per la Formazione di Base del Comitato Provinciale di Roma.

Il capitolo 16, *Diritto Internazionale ed il popolo dei Migranti*, descrive come il Diritto Internazionale Umanitario trova applicazione nel caso dei Migranti, e quindi delle popolazioni nomadi e Rom, ad opera della Croce Rossa. Sorella Anastasia Siena è Delegata Nazionale IIVV per il DIU e Supporto DIU per linee guida.

Il capitolo 17, *Attività di educazione sanitaria presso le comunità Rom*, fornisce le linee guida da seguire nel progettare attività di educazione sanitaria presso le popolazioni Rom, applicando i programmi adottati dalla Croce Rossa Italiana a questo specifico contesto. Sorella Alessandra Grisanti è Referente Nazionale IIVV per l'Educazione Sanitaria.

Il capitolo 18, *La gestione della parte informatica*, suggerisce indicazioni sulla possibile adozione di un sistema informatico per la raccolta dei dati relativi ad attività socio-sanitarie rivolte alle popolazioni nei campi Nomadi, specificando le misure minime necessarie a garantire la protezione dei dati personali. Pawel Skalka e Laura Aquiletti sono Volontari del Soccorso del Gruppo di Roma Centro.

Il capitolo 19, *La mediazione linguistica*, focalizza l'attenzione sulle figure destinate a fare da interprete nel contesto di attività con persone senza fissa dimora e Rom. Rodica Streja, Volontaria del Soccorso del Gruppo di Roma Nord, è Responsabile Nazionale per il Coordinamento delle Attività di Cooperazione con la Croce Rossa Rumena nel settore dell'Assistenza alle Popolazioni Rom.

Il capitolo 20, *Esperienza di una Sorella in un Campo Rom*, descrive l'esperienza delle Infermiere Volontarie della CRI, nella gestione di un ambulatorio in un campo Rom, e delle attività progettuali ad esso connesse. Sorella Dionilla Feroci è Referente per l'Ispettorato Provinciale IIVV di Roma per i Campi Nomadi.

Il capitolo 21, *Figli di uno stesso Padre*, racconta alcune testimonianze raccolte da Don Paolo Lojudice, Direttore Spirituale del Seminario Romano Maggiore, da tempo in prima linea, in difesa dei diritti dei Rom e allo scopo di promuovere la loro integrazione nel tessuto sociale di Roma.

Il capitolo 22, *Programma a favore di nuclei familiari e minori - ospiti dei campi nomadi di Roma gestiti dalla CRI - in situazione di difficoltà e che necessitano di interventi nel paese di origine*, descrive la collaborazione tra Croce Rossa Italiana e Servizio Sociale Internazionale, finalizzata a promuovere l'inserimento sociale delle popolazioni Rom, oltre che nel tessuto italiano, anche attraverso progetti nel paese di origine. Anna Libri è tra l'altro autrice delle *Guidelines for the alternative care of children*, opuscolo distribuito sotto il patrocinio dell'UNCRC.

In appendice A riportiamo atti e delibere relative alla convenzione stipulata tra il Commissario Delegato dal Presidente del Consiglio dei Ministri per l'emergenza Nomadi nella Regione Lazio e il Comitato Regionale Lazio della Croce Rossa Italiana.

In appendice B riportiamo una brochure informativa in lingua Romani sull'influenza H1N1, ideata e distribuita dal Comitato Provinciale CRI di Roma.

In appendice C riportiamo una raccolta di immagini appartenenti alla Collezione "La Ruota Rossa". Si ringrazia il Gruppo EveryOne per la gentile concessione.

1.2 Ringraziamenti

In Africa si tramanda un detto che sembra avere più di qualche secolo, che recita: *"Una casa non si costruisce da soli"*, ed è nella sua semplicità chiarissimo il messaggio che ci arriva. Da soli non possiamo fare nulla di grandioso, solo con un sano lavoro di squadra si arriva ad obiettivi importanti, e questo è ciò che abbiamo portato a termine con tanti Volontari di ogni componente a Roma nell'ambito del Progetto Rom.

Voglio ringraziare tutti, senza scordare nessuno.

Ringrazio il nostro Commissario Straordinario di Governo, Avv. Francesco Rocca, che ci ha sempre spronato e supportato, dandoci la giusta carica e le motivazioni per avviare un lavoro unico e straordinario insieme.

Ringrazio il Prefetto Giuseppe Pecoraro, nella veste di Commissario alla Emergenza Rom per la Regione Lazio perché, con la sua squadra (Prefetto A.Scolamiero, Dott.ssa A.Nigro e Dott. A. De Notaristefani) ha condiviso con la Croce Rossa ogni obiettivo ed ha sempre ascoltato la voce dei più deboli che per nostro tramite arrivava a lui.

Ringrazio il Sindaco del Comune di Roma Gianni Alemanno e l'Assessore alle Politiche Sociali, Sveva Belviso, che con la sua squadra (Dott. Angelo Scozzafava, Dott. Cesare Guaglianone) ha sempre collaborato in maniera fattiva.

Ma sento di dover ringraziare in maniera particolare la persona che mi ha aperto gli occhi sul mondo dei Rom, sulle loro tradizioni, sulle loro problematiche complesse, che con la sua memoria storica ha permesso e continua a permettere il nostro prezioso lavoro senza sosta in più di 53 campi presenti in Roma e provincia: Annamaria Pulzetti, volontaria del Comitato Femminile. È stato proprio con lei che ho imparato a conoscere e a muovermi con tranquillità nei campi Rom, ed è stato con lei che è partito il primo censimento del 2008.

Proprio pensando alla sua esperienza, e al fatto che sarebbe stato un peccato perdere certe informazioni preziose, ho deciso di realizzare queste linee guida per aiutare i Volontari di ogni regione all'approccio con il popolo Rom.

L'insieme di progetti che sono stati condotti, e quelli che si prospettano per il futuro, esiste

grazie all'insostituibile contributo di tantissime persone, appartenenti e non alla Croce Rossa. Questo libro è solo uno dei frutti di un grande albero.

Desidero esprimere il mio ringraziamento a tutti coloro che dedicano il proprio tempo, le proprie energie e le proprie professionalità all'esistenza e allo sviluppo di questi progetti.

Preferisco non produrre una ulteriore lista di nomi, che apparrebbe comunque incompleta e riduttiva; questa non esprimerebbe il dinamismo e la corrente vitalità delle attività condotte giorno dopo giorno sul campo, da tanti volontari e volontarie di tutte le componenti della Croce Rossa Italiana.

Tra questi, coloro i quali hanno direttamente contribuito alla stesura di questo testo avranno la soddisfazione di trovare il proprio nome tra gli autori.

A tutti gli altri, e sono veramente tanti, che con il loro lavoro ed entusiasmo contribuiscono quotidianamente ai progetti, senza i quali questo trattato non avrebbe ragione di esistere, possiamo solamente esprimere un sincero ringraziamento, stima e profondo rispetto. Sappiamo che la soddisfazione maggiore non deriva dal vedere il proprio nome citato in un elenco, ma dalla ricchezza delle esperienze umane vissute grazie al volontariato, nella consapevolezza di aver superato un confine, e di essersi avvicinati ai bisogni ma anche alle ricchezze di un popolo speciale, il popolo Rom.



Croce Rossa Italiana

Dott. Marco Squicciarini

Responsabile Nazionale

***per le attività accoglienza, assistenza ed organizzazione
umanitaria alle popolazioni Rom
ed ai soggetti senza fissa dimora***

2 Il popolo Rom nella Storia

(Roberto Malini)

Vengono dall'India, hanno subito secoli di schiavitù e persecuzione, eppure offrono da più di mille anni un contributo fondamentale alla cultura e alla civiltà del nostro mondo.

Chi sono i Rom? Nonostante vivano nel nostro continente da più di otto secoli, è una domanda che i cittadini europei si pongono ancora, come se si trattasse di un enigma inesplicabile. Quando nel loro peregrinare – spesso fuggendo proprio dall'ostilità di chi, non conoscendoli, li teme e non vuole averli come «vicini di casa» – i Rom¹ raggiungono una città e si fermano in un quartiere, ecco che inevitabilmente cadono su di loro gli sguardi dei cittadini, taglienti come lame. E in quegli occhi pieni di diffidenza e timore, balena sempre la stessa domanda: chi siete? Ne ho conosciuti tanti, di Rom. I Rom italiani: abruzzesi e molisani, partenopei e cilentani, pugliesi, lucani e calabresi. I Rom provenienti dai paesi balcanici, suddivisi in due grandi gruppi religiosi: i Korakanè, islamici, e i Dasikanè, cristiani ortodossi. Ho conosciuto i Rom delle più antiche e orgogliose tribù: gli stoici Vatrashi e Kherutno, gli instancabili Kaldarari, gli orgogliosi Zlatara e Kolari, i tradizionali Gabori e Kazandzhi, gli indomiti Pletoshi e Korbeni, i Modorani, i Tismanari, i Lautari, gli Ursari, gli Spoitori. Chi siete? «Siamo un popolo», ha risposto qualche tempo fa la giovanissima artista Rom Rebecca Covaciu a una giornalista che la intervistava. «Siamo l'ultima ruota del carro», ha risposto alla stessa domanda Goffredo Bezzecchi, sopravvissuto al *Samudaripen*, l'Olocausto dei Rom. Ho saputo poi che questo modo di dire, che definisce gli ultimi nella considerazione umana, ha origini Rom. Carri e ruote, del resto, hanno accompagnato i «figli del vento» fin dall'antichità quasi leggendaria in cui si perde la loro origine. Secondo il vecchio e saggio Mihai, scomparso recentemente, vittima della precarietà e dell'intolleranza a Pesaro, i Rom sono semplicemente «la gente che cammina». «Siamo come i neri d'America», mi disse un giorno Nico Grancea, attivista e interprete di un genere di musica popolare Romena che si chiama *Manele*. «Siamo stati schiavi per tanto tempo e quando ci hanno liberati, hanno continuato a trattarci come esseri inferiori». Tutte queste definizioni, con l'orgoglio di un popolo fiero e l'amarezza di lunghe epoche di persecuzione, sono racchiuse nel canto *Gelem gelem*, l'inno del popolo Rom, che viene eseguito su una melodia tradizionale. Il poeta Jarko Jovanović ne scrisse il testo a Londra nel 1971, durante il

¹ Includiamo in questa definizione sia i Rom cosiddetti «orientali» che i Sinti, i KalO (o gitani), i Romanichal (o *gypsy*) e i gruppi minori.

primo Congresso internazionale di Union Romani. Ecco la mia versione in italiano dell'Inno, che Santino Spinelli – uno dei più grandi musicisti e interpreti Rom – ha inciso recentemente, con mio grande orgoglio:

*Ho camminato su strade infinite
dove ho incontrato Rom sempre felici.
Uomini Rom, da dove mai venite,
portando tende, su strade felici?*

*Uomini Rom!
Giovani Rom!*

*A Romale!
A Chavale!*

*Una famiglia ce l'avevo anch'io,
ma il Nero Esercito la portò via.
Andiamo insieme Rom, ancora uniti,
dove le strade si aprono alla vita.*

*Uomini Rom!
Giovani Rom!*

*A Romale
A Chavale*

*Voglio tornare su strade infinite
dove incontrare Rom sempre felici.
Ma è giunta l'ora che ci alziamo, amici,
ma è giunta l'ora dell'azione, amici.*

*Uomini Rom!
Giovani Rom!*

*A Romale
A Chavale*

L'inno definisce i Rom come un popolo «sempre felice» e pare un'incongruenza, se si

considerano gli innumerevoli episodi di persecuzione, la schiavitù, i genocidi e la segregazione che patiscono da secoli, fino al grande sterminio voluto dagli aguzzini di Hitler – definiti nel canto come il «Nero Esercito» – che assassinarono oltre mezzo milione di Rom e Sinti. Eppure i Rom, che conservano memoria imperitura dei loro morti, sono sempre alla ricerca della gioia, che nella loro antica cultura è lo spirito stesso del vivere. Non a caso Rom e Sinti hanno sempre allietato l'umanità con i loro musicisti e attori, cantanti e danzatori, artisti, giostrai e circensi. Vivere in pace, con creatività, è il loro sogno, un sogno a splendidi colori, come i vestiti delle *Romni* e i loro carri, che hanno percorso tutte le strade d'Europa.

2.1 Sulle orme dei Rom

Il popolo Rom è stato definito con diversi nomi, nel corso dei secoli. Al loro arrivo in Europa i cronisti dei paesi occidentali ipotizzarono che avessero origini tatariche, mentre nelle nazioni orientali si pensò che venissero dall'Egitto, in considerazione del colore scuro della loro pelle e dei loro abiti sgargianti. Vennero identificati con la setta eretica degli Atsiganoi e chiamati «zingari» in Italia, *tsigani*, *cigani*, *zigeuner*, nelle varie lingue europee: dal greco bizantino *Atsinganoi*, che significa «Intoccabili». Pochi li chiamarono «Rom», all'inizio. Fra questi, lo scrittore bizantino Mazarir, il quale scriveva nel 1416 che la penisola greca era abitata da un mosaico di popoli, fra cui si distinguevano sette razze: lacedemoni, italiani, peloponnesiaci, illiri, Rom ed ebrei². La loro supposta origine egiziana è all'origine degli etonimi gitani e *gypsy* con cui vennero definiti nella penisola iberica e nel mondo anglosassone. Questi nomi, tuttavia, hanno assunto nel corso del tempo un carattere dispregiativo, spesso sinonimo di ladri, bugiardi, parassiti, asociali, persone laide.

Storici e linguisti sono attualmente d'accordo sull'origine indiana del popolo Rom. La lingua *Romani* (o *Romanes*) è una lingua neo-ariana imparentata con l'antico sanscrito e si parla, in una pletora di diversi dialetti, in molti paesi europei e asiatici. Negli anni 1920 il dottor John Sampson, ricostruì, analizzando l'idioma dei Rom del Galles, il cammino seguito da quel popolo, partito dall'India per diffondersi fino all'estremo occidente europeo. Secondo Sampson, i Rom indiani raggiunsero l'Iran, quindi percorsero due strade distinte. Una parte si diresse verso Bisanzio, passando dall'Armenia; l'altra si recò nel nord Africa, passando dalla Siria, dove ancora oggi risiedono comunità di antica origine³. L'origine Indiana della

² Mazaris' *Journey to Hades: or, Interviews with dead men about certain officials of the imperial court*. Greek text with translation, notes, introduction and index. (Seminar Classics 609). Buffalo NY: Dept. of Classics, State University of New York at Buffalo, 1975.

³ John Sampson, *The Dialect of the Gypsies of Wales*, 1926.

lingua dei Rom fu ipotizzata nel XVIII secolo da due tedeschi: Grellman e Rüdiger⁴. Identica teoria espressero i britannici Willian Marsden e Jacob Bryant⁵, teoria che fu dimostrata nel 1844 dal linguista August Friedrich Pott⁶.

Secondo Donald Kendrick, uno dei più importanti storici del popolo Rom, gli Zott del Punjab, gli Iuri o Nuri di Alor, i Multani di Mutan – tutte genti indiane – si stabilirono in Persia, dove formarono un'etnia denominata Dom o, in alcune fonti, Rom. Il testo più antico in cui appaiono, sempre secondo Kendrick, è quello di Hanza Ispahan, scritto nel 950, una storia dei re di Persia dove si fa riferimento agli Zott o Sott⁷.

Secondo Sampson, in Persia si formarono comunità Rom, i Bhen o Ben, che si recarono a est e sudest, in Siria ed Egitto (Dom), a Bagdad (Duman), in Palestina (Nawar o Zott), in Libia (Helebi). Esiste però una parola araba che li distingue tutti: Ghorbati che significa stranieri⁸.

Compiendo ulteriori passi indietro nella storia, incontriamo diverse teorie sulla provenienza dei Dom, che si perde in un'antichità mitica⁹. I loro antenati abitarono l'India prima dell'invasione degli Ariani, che avvenne nel 1500 A.C. Forse erano gli arcaici abitanti del Deccan, uomini di bassa statura, scuri di pelle, divisi in piccole tribù che parlavano le lingue munda, esperti nel lavorare i metallici, amici delle arti e in stretto contatto con la primitiva Caldea. Sappiamo con certezza che prima del 400 D.C. alcune tribù di nomadi indiani divennero artigiani, musicisti, danzatori e gente di spettacolo. Alcuni popoli arabi chiamano ancora oggi i Rom «Zott» e i documenti storici riferiscono che un popolo chiamato Zott si stabilì sulle sponde del fiume Tigri fra l'820 e l'834, mentre il cronista persiano Tabari

⁴ Heinrich M. G. Grellman, *Dissertation on the Gipsies, heingan historical enquiry conceming the manner of life, economy, customs and condition of this people in Europe, and their origin*, Londra, P. Elmsley, 1787; J.C. Rudiger, *Ch. Neuster Zuwachs der teutschen, frenden und allegemeinen Sprachkunde*, Leipzig und Halle, 1782-1793.

⁵ William Marsden, *Observations on the language of the people commonly called Gypsies*, *Archaeologia*, 7:382-386, 1785; Jacob Bryant, *Collections on the Zingara or Gypsy language*. *Archaeologia*, 7:387-394, 1785.

⁶ August Friedrich Pott, *Etymologische Forschungen auf dem Gebiete der indo-germanischen Sprachen, mit besonderem Bezug auf die Lautumwandlung im Sanskrit, Griechischen, Lateinischen, Litauischen und Gotischen*, 1833.

⁷ Donald Kenrick, *Romany Origins and Migration Patterns*, *International Journal of Frontie*, MxsRom, Vol. 17:3, GЯz 2000.

⁸ John Sampson, *On the origin and early migration of the Gypsies*, *Journal of the Gypsy Lore Society*, Series, vol. 2, 1923

⁹ Per le fonti antiche, si rimanda alle bibliografie in inglese e italiano.

riferisce che intorno all'855 numerosi Zott furono presi prigionieri quando i bizantini attaccarono la Siria.

Nei primi secoli dell'era volgare esistevano piccoli regni Dom, che furono distrutti dai re della dinastia Gupta, fra il quinto e il settimo secolo. Alcuni mantra del *Sádhanamálá*¹⁰ fanno riferimento ai Dom. I Dom erano artigiani, cantori, danzatori e artisti. L'arte dei Dom era quella del nord dell'India, della regione del Madhya Pradesh: forme divine sinuose e aeree come nubi, fiori sacri da cui scaturiscono colori vividi come i miracoli della creazione e danze, danze di stelle e fiamme, cicli cosmici di distruzione e rinascita, sempre in movimento come il *chakra* della vita, la stessa ruota rossa che diventerà il simbolo del popolo Rom. È sorprendente come segni e colori tipici dell'arte dell'India antica si ritrovino nelle opere di artisti moderni di etnia Rom, come Rebecca Covaciu, Katarzyna Pollok o Danciu Caldarar. Dopo che i loro regni furono annientati, i Dom divennero una casta inferiore, poiché persero il loro status etnico e le loro ricchezze.

L'antica India ricorda anche il popolo nomade non ariano e senza casta dei Vratya, provenienti dalla valle del Gange, che vivevano all'interno di carri, parlavano un dialetto indigeno difficile da comprendere ed erano considerati impuri e «intoccabili». Molti Vratya erano mendicanti, ma anche musicisti e danzatori, addestratori di animali, indovini. Le stesse attività praticate dai Rom che raggiunsero l'Europa nel Medioevo.

Tutto accadde intorno a una data fatidica: quell'anno 1000 temuto dalle popolazioni europee come possibile fine del mondo, secondo la profezia dell'Apocalisse e le parole attribuite a Gesù: «Mille e non più mille». Intorno all'anno 1000 il popolo che oggi chiamiamo Rom emigrò dalla media valle del Gange e raggiunse la Persia, l'Armenia e l'Anatolia dei turchi selgiuchidi. Le fonti che ci narrano alcuni momenti del loro esodo sono antichissime; in particolar modo, per datare il loro arrivo in Anatolia si citano gli scritti di Theodore Balsamon, canonista della Chiesa Greco-Ortodossa del XII secolo. I musicisti nomadi della tribù dei Luri sono citati nello *Shah-nameh*, il Libro dei Re, epopea persiana composta da Firdusi nel 1010-11 per il sovrano turco Mahmud di Ghazni, il conquistatore islamico del Sindh e del Punjab. 2.000 cantori vennero mandati dal sovrano indiano Shangul allo scià sassanide Bahram Gur V, affinché intrattenessero la corte con musiche e danze. Trascorso un anno lo scià fece dono ai Luri di armenti e grano, auspicando che i nomadi si accasassero, dedicandosi all'allevamento e all'agricoltura. Essi però macellarono i bovini e utilizzarono il grano per preparare il pane, dopodiché si apprestarono a riprendere la vita vagabonda di

¹⁰ Testo del buddismo tantrico risalente all'VIII secolo.

prima. Il sovrano allora li condannò a condurre un'esistenza raminga, suonando, danzando e chiedendo l'elemosina per sopravvivere. In Iran e in Pakistan i Rom sono chiamati Luri ancora ai nostri tempi. Tornando al 1000, fu l'anno in cui il sultano Mahmud di Ghazni, il cui regno si estendeva dalla Persia centrale all'Indo, mosse guerra all'India, una guerra devastante che durò 25 anni e si svolse attraverso 17 campagne militari. Nel corso di ogni campagna, avvenivano imponenti deportazioni di prigionieri destinati alla schiavitù. Durante tali movimenti forzati di popoli, gli antenati degli attuali Rom furono trasferiti nelle terre di Mahmud. Alcuni storici parlano di almeno 500.000 individui. Nell' XI secolo gli antichi Rom si spostarono nell'alta valle dell'Indo, per trasferirsi successivamente nel nordest della Cina, da dove, seguendo le vie mercantili, raggiunsero la Persia, la Georgia, l'Armenia e quindi l'impero bizantino. A Istanbul, nel quartiere di Sulukule, esiste ancora oggi il più antico insediamento Rom del mondo, con tracce di edifici del XV secolo, ma una storia lunga quasi mille anni. Nonostante l'intervento dell'Unesco e una campagna per la salvezza del sito, in cui il Gruppo EveryOne ha avuto e ha un ruolo di primo piano, il quartiere è a rischio di scomparsa, perché l'amministrazione cittadina pianifica da anni di abbatterlo per modernizzare l'area, trasferendo la comunità Rom in un'altra zona.

Un manoscritto agiografico risalente al 1068, redatto da un Monaco georgiano del monastero di Iviron, sul Monte Athos, in Grecia, riferisce che nel 1054 un gran numero di nomadi *Athinganoi* – «Intoccabili» – provenienti dall'Asia Minore raggiunse Costantinopoli. Facevano parte di una setta eretica ed erano famosi maghi, indovini e incantatori di animali, tanto che l'imperatore Costantino IX Monomaco chiese loro di aiutarlo a sbarazzarsi degli animali selvaggi che infestavano le sue terre e sbranavano tutti gli altri animali. Intorno al 1200 i Rom si diffusero nei Balcani, quindi nei Carpazi e successivamente negli altri stati europei, fino a raggiungere i paesi scandinavi, la Russia e tutte le nazioni dell'Europa occidentale: Germania, Spagna e Portogallo, Francia, Italia, Regno Unito.

Nel 1290 alcuni calzolai Rom svolsero la loro attività in Grecia, sul Monte Athos. Ritroviamo un gruppo consistente di calzolai, stavolta sedentari, sempre in Grecia, a Modon, all'inizio del XV secolo. La presenza di calzolai Rom fu rilevata anche a Prizren, in Serbia, nel 1348. Vi è un arcano rapporto fra l'arte del calzolaio e le discipline mistiche derivanti dall'esperienza athonita ed è probabile che i «calzolai» Rom abbiano contribuito alla creazione della sapienza mistica dei monaci cristiani ortodossi, sapienza che spesso – come per i mistici dell'India – scaturiva dall'osservazione della natura e dei fenomeni quotidiani. Il teologo e mistico cristiano tedesco Jacob Bohme (1575-1624) era di origine Rom e in gioventù era stato calzolaio a Gorlitz, nella Germania orientale. Fu proprio in quel periodo

che ebbe le intuizioni spirituali che avrebbero illuminato la sua vita, inducendolo al misticismo, osservando il baluginare del sole riflesso in un piatto di peltro: «In un quarto d'ora mi fece vedere e sapere più cose di quante ne avrei imparate in molti anni di università»¹¹. Ancora oggi, in Romania, la calzoleria è un'attività artigiana tradizionale dei Rom. Lo stesso dittatore Ceausescu, all'età di 11 anni, fu apprendista presso la bottega di un maestro calzolaio Rom, a Bucarest.

Con il termine *Aresajipe* si definisce convenzionalmente l'arrivo del popolo Rom in Europa, intorno al 1300. Le cronache del XIV secolo registrano la presenza di comunità Rom anche a Creta, in Croazia e Bulgaria, mentre nel 1385 un gruppo di schiavi Rom fu acquistato da un signore feudale nella Valacchia; in un documento risalente al 1387 e firmato da Mircea il Grande, che regnò in Valacchia per 32 anni, è scritto che i Rom vivevano nel Principato da oltre 100 anni. Intorno al 1400 si registra la presenza di insediamenti Rom in Bulgaria e lungo le coste albanesi. Documenti ufficiali li nominano come *cingani*, *cingeni*, *cigani* e *kibti*. All'inizio del XV secolo documenti e cronache rilevano la presenza di comunità Rom anche in Germania, Francia, Belgio, Olanda e Spagna. Nel 1416 i Rom vengono espulsi dalla regione tedesca di Meissen. Il 1422 è la data più antica in cui è riferita la presenza di Rom in Italia¹², nelle città di Roma e Bologna. Riguardo al capoluogo felsineo, il *Corpus Chronicorum Bononiensum*, di un anonimo cronista di Bologna, descrive così l'arrivo in città di una comunità Rom: «Anno Christi MCCCC22. Adì 18 de luglio venne in Bologna uno ducha d'Ezitto, lo quale havea el nome el ducha Andrea, et venne cum donne, putti et homini de suo paese; et si possevano essere ben da 100 persone». Il cronista non mostra meraviglia, nel descrivere la colonia entrata nel capoluogo felsineo. Piuttosto, lo sorprende il numero dei viaggiatori. Segno che probabilmente non era la prima comunità Rom che si presentasse davanti ai suoi occhi. Lo storico Giovanni Battista Adriani (1511-1579) paragona agli «zingari» – usando il termine in senso dispregiativo – alcuni giullari che si esibivano in Italia già nel XIV secolo, precisando però che ai suoi tempi era opinione comune che i Rom fossero «usciti dai loro nascondigli» dopo la conquista delle Indie da parte del sultano Tamerlano, alla fine del 1300¹³.

Nel 1340 una comunità Rom sbarcò a Corfù, che era controllata da Venezia, mentre alcuni gruppi di etnia Rom si stabilirono nella città lagunare; fra di loro vi era probabilmente un

¹¹ Paul Deussen, *Introduction, in Boehme, Jacob: Concerning the three principles of the divine essence*. London: John M. Watkins, 1910.

¹² Lodovico Antonio Muratori, *Rerum italicarum scriptores*, 288–290, 1751.

¹³ Giovanni Battista Adriani, *Istoria de' suoi tempi*, Edizione per i Fratelli Giachetti, Prato 1822.

antenato del pittore Antonio Solaro detto «lo Zingaro», che in un quadro aggiunse alla firma l'aggettivo «Veneto». Nel XV secolo i Rom si diffonderanno in tutto il territorio italiano.

Le vicissitudini delle comunità Rom attraverso i paesi europei furono innumerevoli e anche solo a citare quelle registrate nelle cronache antiche vi sarebbero centinaia di pagine da riempire. È preferibile, dato lo spazio limitato a disposizione, rimandare alla bibliografia e alla cronologia, indispensabili per seguire la tappe storiche riguardanti il popolo Rom. Mi limiterò a ricordare alcuni casi esemplari, eventi spesso drammatici causati dallo stupore e dal timore che si impadronivano delle genti europee, quando arrivavano nelle loro città le comunità Rom, spesso a bordo di carri decorati con immagini esotiche e misteriosi simboli, esibendo animali ammaestrati, suonando, cantando, danzando, eseguendo giocolerie e trucchi magici. Il popolo Rom ha offerto, attraverso i secoli, un contributo fondamentale all'evoluzione della civiltà, della cultura e delle arti in Europa, nonostante la condizione di emarginazione e schiavitù, le persecuzioni e i genocidi che l'hanno colpito ripetutamente nel corso della storia. Un contributo prezioso e spesso sottovalutato o non riconosciuto, che non si riferisce solo al Medioevo e al Rinascimento, ma continua senza interruzione fino ai nostri giorni. Pochi sanno, per esempio, che musicisti eminenti come Mozart, Haydn, Beethoven, Hummel, Weber, Liszt, Brahms e Ravel attinsero a piene mani al patrimonio musicale tradizionale del popolo Rom. Non tutti conoscono i maestri della pittura Rom: dal già menzionato Antonio Solario (1465-1530) fino a Otto Muller e Serge Poliakoff. Senza tener conto delle origini gitane di Pablo Picasso. E quanti, fra coloro che amano le esecuzioni storiche dei pianisti celebri, sanno che il più grande virtuoso alla tastiera è stato un Rom ungherese, Gyorgy Cziffra? E fra gli amanti del jazz, chi non si è mai emozionato ascoltando la chitarra del Rom belga Django Reinhardt, che imparò a suonare in un accampamento Rom vicino a Parigi?

E innegabile che i Rom siano oggetto da secoli di pregiudizi e calunnie, fonte di atteggiamenti discriminatori e violente persecuzioni nei loro confronti. Da quando giunsero in Europa, furono subito circondati dal sospetto e da un timore irrazionale. I costumi e le caratteristiche della civiltà dei Rom diedero origine ad accuse infamanti. I tedeschi notarono con preoccupazione che i Rom «parlano molte lingue, ma fra di loro comunicano attraverso un linguaggio a noi incomprensibile, il *Rottwelsch*¹⁴. Osservando la loro vita nomade, le loro tradizioni etniche e le loro usanze religiose, conclusero che fossero un popolo senza leggi né

¹⁴ Martin Lutero et al., *Liber Vagatorum*, pubblicato da John Camden Hotten nel 1859 con il titolo *The Book of Vagabonds and Beggars*.

un codice morale. Giunsero presto alla conclusione che adorassero divinità pagane e si dedicassero alla divinazione e alla stregoneria. Le loro tribù, sempre in viaggio, erano ben strane ai loro occhi: un popolo di gente vestita di stracci, ma guidata da uomini agghindati con abiti in tessuti preziosi e colorati, che i sudditi chiamavano «principi», «duchi», «conti», «cavalieri», «comandanti» o «voivoda». Viaggiavano su carri ben costruiti, vivevano di elemosina e furto oppure con attività circensi e spettacoli da strada. Portavano chiome nere lunghe e incolte, barbe e baffi. Le loro donne avevano le teste velate e indossavano vistosi orecchini. I bambini non differivano dalle bambine, perché i loro capelli erano lunghi e spesso si adornavano con orecchini. A chi chiedeva loro chi fossero, rispondevano: «Siamo Rom». Una parola che vuol dire uomini. E a chi, superando la diffidenza iniziale, proseguiva la conversazione chiedendo da dove venissero, i Rom rispondevano che la loro terra natale era il Piccolo Egitto e per questo erano chiamati anche gitani, termine che deriva, appunto, da «Egiziani». Si diceva che se gli ebrei erano responsabili della morte del Cristo, gli «zingari», straordinari fabbri, avessero forgiato i chiodi con cui fu crocefisso e che per questo fossero stati maledetti e costretti ad errare per sempre, senza una loro terra. Si riteneva anche che fossero l'oscura discendenza di Caino, rappresentanti di Satana e delle sue malvagie trame. La Santa Inquisizione, dopo aver ipotizzato l'esistenza di una congiura ordita da ebrei e Rom, per distruggere tutti i cristiani, ne condannò e mise al rogo molte migliaia. Alcuni ritenevano che si dedicassero al rapimento di bambini e che in alcune cerimonie se ne cibassero. A loro erano attribuite spesso le scomparse di bimbi. Indesiderati, posti nelle più dure condizioni di vita dalle popolazioni di stanza nei diversi paesi, additati come criminali e nemici della gente cosiddetta «civile», i Rom riuscirono tuttavia a sopravvivere in un mondo a loro ostile.

2.2 Ai margini delle città

Nel 1490 il pellegrino francese Jean de Cucharmoy, descrisse così gli insediamenti Rom lungo i confini della sua città: «I dintorni di questa città sono popolati da nomadi che vanno in giro per il mondo e appartengono a un piccolo popolo chiamato Gipte e perciò sono chiamati Giziani e non Egiziani»¹⁵. Il viaggiatore tedesco Arnold von Harff annotò considerazioni simili: «Questo popolo, che abita a ridosso delle mura della città, viene da un paese chiamato Gipte, che si trova a 40 miglia circa dalla città di Mondon»¹⁶. Miti, leggende,

¹⁵ Jehan de Cucharmoy, *Le Saint voyage de Hierusalem*, Lyon, 1530.

¹⁶ R. Elsie, *The Albanian lexicon of Arnold von Harff*, 1497. in: *Zeitschrift für Vergleichende Sprachforschung*, Göttingen, 1984.

dicerie, ma soprattutto emarginazione. Nulla che ci sorprenda, visto che anche ai nostri giorni, più di 500 anni dopo, le comunità Rom più povere si stabiliscono in luoghi appartati, nascosti alla vista dei cittadini e al riparo, almeno provvisoriamente, dalle ispezioni delle forze dell'ordine, che da tempo immemorabile intimano ai Rom di andarsene da un'altra parte, lontano dalla loro città.

2.3 Un sovrano illuminato li accolse in Ungheria

Dal 1417 al 1423 Re Sigismondo di Ungheria, futuro imperatore del sacro Romano Impero, concesse ai Rom un salvacondotto nel castello e nel borgo di Spies (nell'attuale Slovacchia). La nobiltà locale concesse inoltre ai Rom di stabilirsi nelle terre circostanti il castello, per svolgere mansioni di artigiani, fabbri, boscaioli, *behari* (battitori per la caccia dei nobili), musicisti, danzatori e giullari di corte. È la classica rondine che non fa primavera, perché è assai raro, scorrendo le cronache antiche, trovare episodi di accoglienza e integrazione come questo, non a caso avvenuto in Ungheria, dove vivono oggi circa 600.000 Rom, bene integrati nel tessuto sociale. Non si può ignorare la presenza di movimenti razzisti e di pregiudizi radicati contro i Rom anche presso i magiari, come dimostrano alcuni episodi di violenza razziale, fra i quali il barbaro omicidio, avvenuto nel febbraio 2009, di un bambino Rom di cinque anni e di suo padre nel villaggio di Tatárszentgyörgy, 40 km a sud di Budapest. Va rilevato tuttavia che a Budapest o Debrecen è raro vedere un Rom chiedere l'elemosina. Molti Rom, al contrario, sono insegnanti, artisti, uomini di cultura e anche politici.

2.4 Leggi razziali in Svizzera, pulizia etnica a Milano

Nel 1449 la Svizzera emanò le prime leggi antizigane. La Dieta si riunì a Lucerna e approvò un atto che proibiva agli *Zeginer* di permanere nel territorio elvetico, pena l'impiccagione. Nei decenni successivi leggi repressive e ordinanze di espulsione vennero emanate da Germania, Francia, Paesi Bassi, Inghilterra, Boemia, Italia e altre nazioni europee.

Il 1492 segnò due eventi importanti per la civiltà: la scoperta dell'America da parte di Cristoforo Colombo e la morte di Lorenzo il Magnifico. Per le popolazioni indigene del Nuovo Mondo iniziava una tragedia che le porterà all'annientamento, mentre la scomparsa del grande moderatore fiorentino segnava la fine di un periodo di armonia e pace fra i diversi stati italiani. Davanti al cammino dei Rom, si ammassavano nubi nere. Il 13 aprile 1493 il Ducato di Milano – prima città in Italia – emanò un'ordinanza di espulsione nei confronti dei Rom. Nella «grida» era specificato che «Si fa pubblica crida et comandamento che tutti li

zigani quale se ne trovano de presente in questa parte debiano subito partirse et per lo advenire non ardischano più ritornare tra Po et Adda sotto pena de la forca»¹⁷. Le autorità del capoluogo lombardo avevano nomi diversi dagli attuali sindaco e vicesindaco, ma erano già possedute da un identico spirito di ostilità, che diede luogo a una sequenza impressionante di azioni persecutorie, anche nei secoli successivi. Il 6 agosto 1567 fu emanato un decreto di espulsione che prevedeva la condanna alla fustigazione o all'impiccagione per i Rom che non vi si attennero: «Nel termine di giorni otto prossimi da venire, dopo la pubblicazione della presente, si partino dalle città, terre, ville et luoghi del Stato predetto, altrimenti passato detto termine trovandosi essi cingari in esso Dominio nel loro habitato, gli uomini saranno mandati alla galera per cinque anni, et trovandosi stravestiti, saranno impiccati per la gola et le donne in loro habito fustigate pubblicamente et le stravestite incorreranno la pena della perdita della vita»¹⁸. Il 25 febbraio 1713 il Ducato di Milano emise un'ordinanza ancora più feroce, invitando i cittadini milanesi, «spirato detto termine di quattro giorni, di potersi unire et perseguire anche con campana a martello li detti Cingari, ancorché fossero di viaggio sopra le pubbliche strade, e quando non li possano prendere per consignarli prigionieri, l'ammazzarli e levar loro ogni sorta di robbe, bestiami e danari che li troveranno»¹⁹. A Milano non tirò aria buona per il popolo Rom neanche nei decenni successivi e l'atteggiamento della «gran Milan» non cambiò neppure negli anni delle leggi razziali, quando alcune centinaia di Rom furono costretti ad abbandonare la città o furono deportati nei campi di sterminio. Negli anni dal 1960 al 1980 l'intolleranza unita alla discriminazione etnica attuata da autorità e servizi sociali causarono una vera e propria moria all'interno della comunità Rom, la cui speranza di vita media si abbassò al di sotto dei 30 anni. Le cose non andarono meglio negli anni successivi, mentre fra il 2006 e il 2009 almeno 20.000 Rom sono stati sgomberati con metodi brutali dagli insediamenti milanesi o allontanati dalla città. In seguito a tali operazioni poliziesche non diverse dai pogrom e a una serie di aggressioni da parte di razzisti, la comunità Rom è stata colpita da una vera e propria tragedia umanitaria. Oggi a Milano restano poco più di 1.500 Rom.

2.5 Perché i gitani non parlano in Romani?

Se l'Italia non è mai stata tollerante con i Rom, anche Spagna e Portogallo hanno impiegato secoli per comprendere l'importanza dell'accoglienza e dell'integrazione. Per uscire da

¹⁷ Archivio di Stato di Milano, registro n° 23, cit. in. Arlati, 1997 a, pag. 29.

¹⁸ Archivio di Stato di Milano, registro n° 19, cit. in. Arlati, 1997 a, pag. 29.

¹⁹ Archivio di Stato di Milano, fondo "Giustizia punitiva", cit. in. Arlati, 1997 a, pag. 29.

secoli di esclusione e vessazioni, però, i gitani hanno pagato un prezzo altissimo, essendo stati costretti a dimenticare la propria lingua madre e a coltivare in segreto le antiche tradizioni. Nei secoli XV e XVI il popolo Rom condivise con quello ebraico persecuzioni e violenze nelle nazioni europee. Dal 1478, quando fu istituita in Spagna, la Santa Inquisizione processò un gran numero di ebrei e «marrani», termine con cui erano designati gli ebrei convertiti al cristianesimo. Il 31 marzo del 1492, a Santa Fe, presso Granada, fu emanato *l'Editto di espulsione generale degli ebrei*, oltre 200.000 sefarditi cui vennero dati tre mesi per lasciare il paese. L'anno successivo la Sicilia, dominata dalla Spagna, espulse a propria volta circa 37.000 ebrei, seguita tre anni dopo dal Portogallo. Nel 1499 la Spagna emanò la prammatica detta di Medina del Campo, attraverso cui i re cattolici invitavano i gitani che vivevano nel regno a trovare un lavoro e un padrone, interrompendo i loro viaggi in colonie. Avevano 60 giorni di tempo per adeguarsi al provvedimento, pena ricevere 100 frustate ed essere banditi. Nel caso fossero stati sorpresi in difetto per la seconda volta, avrebbero subito l'amputazione di un orecchio e l'espulsione. La terza volta, sarebbero divenuti schiavi di chi li avesse colti in fallo. Numerosi gitani si stanziarono in Andalusia, dove esercitarono un'importante influenza sull'arte del Flamenco. Nel 1512 i Rom furono banditi dalla Catalogna, mentre nel 1526 il Portogallo adottò leggi contro i gitani, che a partire dal 1538 saranno inviati nelle sue colonie. Dal 1560 la Spagna rese ancora più limitative le disposizioni cui erano soggetti i gitani, cui venne proibito di viaggiare in gruppi superiori ai due individui e fu vietato l'uso dei loro abiti tradizionali. I trasgressori, se di età superiore ai 14 anni, venivano imbarcati per 18 anni nelle galere. Più tardi tuttavia la condanna alla galera fu riservata solo ai gitani stanziali, mentre i nomadi vennero puniti con la morte. Il divieto di indossare abiti tradizionali gitani venne applicato anche dal Portogallo, nel 1579. All'inizio del XVII secolo la Spagna proibì ai gitani di dedicarsi al commercio di cavalli, mentre fu consentita alle popolazioni locali l'istituzione di ronde armate con il compito di scovare e perseguire i gitani. Nel 1611 il legislatore spagnolo stabilì che ai gitani fosse consentito esclusivamente il lavoro della terra. Otto anni dopo Filippo III stabilì che i gitani fossero banditi dal regno di Spagna a meno che non vivessero in località con più di 1.000 abitanti. I nomi, l'abbigliamento, la lingua Romani vennero proibiti, pena la morte. Nel 1685 anche il Portogallo, che iniziò a deportare i Rom in Brasile, vietò la loro lingua. Nel 1717 41 località furono scelte in Spagna per accogliere i gitani. Nel 1726 fu loro interdetto il ricorso in appello nelle corti di giustizia. Nel 1745 fu imposto loro di stabilirsi nelle località designate entro due settimane, pena l'esecuzione; contemporaneamente venne legalizzata l'uccisione di gitani. La Chiesa si adeguò al clima di intolleranza e smise di concedere asilo

ai Rom, mentre il governo fece uso di truppe per dare la caccia ai gitani nelle campagne. Nel 1749 le autorità misero in atto la Grande Razzia. I gitani furono suddivisi in «buoni» e «cattivi» attraverso indagini e testimonianze. I «cattivi» venivano spediti ai lavori forzati e se fuggivano, erano condannati alla forca. Le giovani orfane venivano accolte nei brefotrofi o poste a servizio presso «famiglie oneste». Le figlie e le vedove di Rom condannati a morte venivano educate alla dottrina cristiana, quindi utilizzate per i lavori duri. Nel 1783 le restrizioni riguardanti i Rom vennero ribadite e rafforzate: gli abiti, lo stile di vita, la lingua dei Rom erano vietati in ogni forma, mentre l'etnonimo "gitano" doveva essere cancellato definitivamente dai documenti. Professioni e residenza erano sottoposte a severe limitazioni. La pena per i trasgressori era la marchiatura a fuoco, ma se infrangevano le norme una seconda volta o se qualcuno li sentiva ostinarsi a parlare nel loro idioma, era prevista per loro la pena di morte senza possibilità di appello. Ecco come i Rom di Spagna, conosciuti come Kalé o gitani furono costretti a dimenticare la lingua dei loro antenati. Oggi hanno ottenuto un grado soddisfacente di parità sociale, anche se non mancano episodi di discriminazione. «Noi gitani spagnoli, che senza dubbio siamo un collettivo privilegiato se paragonato ai nostri fratelli nel resto d'Europa,» ha scritto recentemente Juan de Dios Ramirez-Heredia, presidente di Unión Romani, «patiamo ancora un altissimo tasso di analfabetismo e le condizioni di vita di buona parte della nostra popolazione sono quelle proprie di coloro che formano i gruppi di esclusione e *lumen* sociale. Per questo acquistano maggior valore le parole del presidente "gitano" degli Stati Uniti che a due mesi dal giuramento sul suo mandato si dovette confrontare con un rapporto che sosteneva che gli afroamericani negli USA possiedono il doppio delle possibilità di restare disoccupati, il triplo delle possibilità di vivere in povertà e sei volte di più quella di andare in carcere rispetto ai bianchi»²⁰.

2.6 Sara la Nera

Il 22 agosto 1419 una colonia di *tsigani* provenienti dalla Svizzera raggiunse la città di Châtillon-les-Dombes, nell'est della Francia. L'1 ottobre la colonia si accampò alle porte di Sisteron, in Provenza, quindi viaggiò attraverso la regione. Nel mese di gennaio del 1420 alcune comunità Rom raggiunsero Bruxelles, quindi, in ottobre, le Fiandre e il nord della Francia. L'anno successivo gruppi di Rom entrarono a Bruges, la città più importante della regione fiamminga del Belgio. Erano attratti dal clima accogliente delle città, dove Filippo il Buono aveva trasferito la sua corte, favorendo l'arrivo di mercanti, artisti, intellettuali,

²⁰ Da un intervento di Juan de Dios Ramirez-Heredia, pubblicato il 28 luglio sul giornale spagnolo *El Mundo*

artigiani e banchieri.

Il 17 agosto 1427 centinaia di Rom raggiunsero le porte di Parigi; 120 di loro si accamparono a Saint Denis, ma l'8 settembre furono mandati a Pontoise, 28 chilometri a nordovest della capitale francese. Tre anni dopo comunità Rom furono rilevate in numerose città francesi: Arles, Brignoles, Metz, Troyes, Grenoble, Nevers, Romans, Colmar, Orleans, Le Luc. I gruppi di nomadi si spostavano da una città all'altra ed erano quasi sempre accolti con sospetto e ostilità. Fra il 1430 e il 1439 fece la sua apparizione in Svizzera il gruppo etnico europeo degli Yéniche, spesso confuso con il popolo Rom. Nel corso della storia si celebreranno numerosi matrimoni fra Manouche²¹ e Yéniche, che saranno accomunati anche dalla tragedia delle persecuzioni razziali. I Rom sono un popolo profondamente religioso, che nella storia ha sempre adottato la fede del popolo che li ospitava, pur mantenendo vive arcaiche tradizioni. Gli *Tsigani* di Francia dedicano un particolare venerazione a Santa Sara, conosciuta anche come Sara-la-Kali (Sara la Nera), presso la città di Saintes-Maries-de-la-Mer, in Camargue. Secondo una leggenda cristiana, Sara era la serva nera delle tre Marie che piangevano ai piedi della croce: Maria Maddalena, Maria Salomè, Maria Jacobé (sorella di Maria di Nazareth, madre di Gesù). Le tre sante e Sara, lasciata la Palestina a bordo di un'imbarcazione, andarono alla deriva, finché raggiunsero le coste della Francia, sbarcando nella località che oggi si chiama, appunto, Saintes-Maries-de-la-Mer (le Sante Marie del Mare). La festa di Santa Sara ricorre il 19 agosto, ma i Rom celebrano la loro devozione verso la sua immagine il 24 maggio, partecipando a un pellegrinaggio il cui rituale prevede il trasporto della statua raffigurante la santa dal mare fino alla chiesa delle tre Marie. Nel 1448 alcuni scheletri vennero trovati nella cripta delle tre Marie: un avvenimento che accrebbe enormemente la devozione per le vergini e la loro servitrice nera. La prima citazione storica di Sara la Nera risale al 1521²², mentre la sacra ricorrenza è documentata dal XIX secolo²³ ma è molto più antica. Sarah-la Kali discende probabilmente dalla divinità indiana Kali, di cui è un'ipotesi sincretistica e cristianizzata, ed è un'ulteriore conferma dell'origine indiana del popolo Rom. Nel XV secolo non era infrequente incontrare gruppi di fedeli Rom sulle strade dei pellegrinaggi. Nel 1435 alcuni *Tsigani* sono osservati sulla via di ritorno dal pellegrinaggio di San Giacomo di Compostela, uno dei tre pellegrinaggi più importanti, insieme a quelli di Roma e Gerusalemme. Nel 1448 i Rom già percorrevano tutto il territorio

²¹ Sinti francesi.

²² Vincent Philippon, *La Légende des Saintes-Maries*, 1521.

²³ Jarmila Balazova, *Religion among the Roma*, dalla rivista Kavarna, 26 febbraio 2000.

francese e vennero segnalati nei registri di diverse città, fra le quali Bayonne, Angers, Nizza e Lilla. Nel 1504 Luigi XII, il re democratico che i francesi chiamarono «Padre del popolo», proibì ai Rom di vivere nel territorio francese, pena l'espulsione. Si trattava di una decisione severa, ma almeno il sovrano non decretò per i trasgressori le pene disumane in vigore in altri paesi. Sei anni più tardi, tuttavia, il Gran Consiglio di Francia confermò la disposizione regale, prevedendo tuttavia l'impiccagione per coloro che l'avessero infranta per la seconda volta. Francesco I, il monarca che portò il regno di Francia a vette di eccellenza nella cultura e nelle arti, non fu diverso dai suoi predecessori riguardo alla questione di Rom e proibì loro di risiedere in Francia, pena l'allontanamento. Per i recidivi, tuttavia, non prevede più la morte, ma punizioni corporali.

Il resto del XVI e l'intero XVII secolo non offriranno miglioramenti, riguardo alla condizione dei Rom in Francia. Enrico IV li perseguì come «vagabondi» e «malfattori», impedendo loro di peregrinare in gruppi superiori a quattro individui. Neanche la lungimiranza del Re Sole cambierà lo stato delle cose e nel 1666 i *bohémiens* saranno condannati, senza colpa, a imbarcarsi sulle galere, mentre le donne verranno private delle chiome, frustate, marchiate e bandite. Luigi XIV, riprendendo la materia 16 anni dopo, confermerà la stessa severità delle leggi contro i Rom. Negli ultimi anni dell'epoca del Re Sole e all'inizio del regno di Luigi XV, che salì al trono all'età di cinque anni, le stesse disposizioni repressive saranno applicate dalle autorità nei confronti degli *Tsigani* sorpresi a vagabondare o mendicare: espulsione da regno alla prima infrazione, marchiatura, applicazione di collari di ferro e ancora espulsione alla seconda. Dal 1719 la condanna alla galera sarà trasformata nella deportazione nelle colonie francesi. Nel 1723 in Lorena si incoraggiò la popolazione a formare ronde armate, autorizzate ad aprire il fuoco alla vista di *Tsigani*. Quando Luigi XV raggiunse l'adolescenza, seguì l'esempio di Enrico IV e impedì ai Rom di vagabondare o di riunirsi al chiuso in gruppi comprendenti più di quattro adulti. Gli uomini venivano imbarcati per cinque anni sulle galere, mentre le donne e i bambini erano puniti con la frusta e affidati agli ospizi dei poveri.

2.7 Nomadi per forza attraverso l'Europa

I Rom, secondo quanto riportano le antiche cronache, furono accolti dalle cittadinanze con un'iniziale diffidenza mista a curiosità, ma ben presto i loro aspetto, i loro abiti, la loro lingua misteriosa, le loro usanze suscitavano timori irrazionali, seguiti da intolleranza e rifiuto, come avviene ai nostri giorni. A volte, quando furono ricevuti da comunità scevre da pregiudizi, venne dato loro il benvenuto e in qualche caso le autorità locali si impegnarono

per favorirne l'inclusione. In genere, però, questo atteggiamento benevolo durava poco. Verso la fine del XV secolo alcune città tedesche, dopo aver accolto gruppi di Rom pellegrini, li dichiararono traditori delle nazioni cristiane, spie al soldo degli ottomani e untori. Nel 1500 il Parlamento di Asburgo, dietro richiesta di Massimiliano I, li accusò inoltre di stregoneria, rapimento di bambini e banditismo.

Il 29 settembre del 1512 una trentina di famiglie Rom, guidate dal sedicente Conte Anthonius, giunsero a Stoccolma, affermando di provenire dal «Piccolo Egitto». La cittadinanza offrì loro la possibilità di alloggiare decorosamente e un sussidio per provvedere, in attesa di diventare autonomi, alle loro necessità primarie. Pochi anni dopo, tuttavia, la corte di Re Gustavo Vasa iniziò a sospettare che quegli stranieri così diversi dai cittadini svedesi fossero spie di una nazione ostile e ordinò la loro espulsione.

La città di Praga, durante il regno di Luigi II d'Ungheria e Boemia, li accolse amichevolmente nel 1523, ma presto furono circondati da dicerie e sospetti: e se fossero spie dei turchi? Il panico che la minaccia ottomana induceva nelle popolazioni locali fece sì che il benvenuto iniziale si trasformasse in breve in un secco rifiuto. Nel 1525 l'Olanda ordinò l'allontanamento incondizionato delle comunità Rom e l'anno successivo, a causa del loro continuo viaggiare sul territorio del regno, furono emanate severe leggi antizigane. Niente di diverso in Inghilterra, dove vennero introdotte nel 1530 le prime leggi che prevedevano l'espulsione dei Rom motivata solo dalla loro razza. Re Enrico VIII non era certo di buon umore, quell'anno, quando il papa gli proibì di sposare Anna Bolena e chiese che fosse estromessa dalla corte. Era la classica goccia che fa traboccare il vaso: Enrico VIII si proclamò capo della Chiesa di Inghilterra e sposò Anna. Era un cambiamento di quelli che si possono definire «epocali», che dava il via alla riforma luterana. Lo stesso spirito innovativo però non illuminò il re quando affrontò la questione dei *gypsy*. Per risolvere quella che considerava un'emergenza alla fonte, proibì il trasporto dei Rom verso l'Inghilterra, comminando un'ammenda di 40 sterline per il comandante o il proprietario della nave che avesse trasgredito al decreto. La pena per l'immigrato di etnia Rom, invece, sarebbe stata l'impiccagione. Alcuni anni dopo, nel 1547, alla morte di Enrico VIII, suo figlio, il piccolo Edoardo VI d'Inghilterra, ascoltando i suoi consiglieri, modificò le leggi riguardanti i Rom. Le nuove norme furono tuttavia ugualmente spietate, non fosse che per la cancellazione della pena capitale: i *gypsy* dovevano essere arrestati e marchiati con una V sul petto, quindi resi schiavi per un periodo di due anni. Se avessero tentato la fuga e fossero stati catturati, sarebbero stati marchiati con una S e resi schiavi per tutta la vita. Dal 1530 si verificò una sequenza impressionante di eventi persecutori contro le comunità Rom nei paesi europei.

Severe leggi antizigane furono approvate in Danimarca, mentre iniziò la deportazione dei gitani nelle colonie portoghesi. La Scozia, che nel 1540 aveva consentito ai Rom di vivere all'interno del paese mantenendo le proprie usanze, ebbe un ripensamento subitaneo e l'anno successivo emanò leggi che combattevano i gypsy. Contemporaneamente a Praga i Rom furono incolpati di una serie di incendi. Da quelle accuse prese il via la propaganda razzista che nel 1549 condurrà all'approvazione di leggi discriminatorie. Nel 1542 il medico, viaggiatore, studioso e scrittore Andrew Boorde, nel suo *Primo libro di introduzione alla conoscenza*²⁴ dedicò un capitolo al popolo Rom, nel quale cercò, per primo, di analizzare la loro lingua, fornendo la traduzione in inglese di alcune parole e ipotizzando che si trattasse di un idioma di origine egiziana.

Il 25 luglio 1554, giorno del matrimonio fra Maria I Tudor e Filippo II di Spagna, il terrore dell'Inquisizione si materializzò, per i *gypsy* che vivevano in Inghilterra e Irlanda. L'impegno di Maria la Sanguinaria volto a restaurare il cattolicesimo prese di mira anche i Rom che vivevano sul territorio del regno. Fu emanato un atto che puniva con la pena capitale non solo i Rom, ma chiunque entrasse a far parte delle loro comunità. Otto anni più tardi, sotto il regno di Elisabetta I, venne emanata una nuova legge, secondo la quale i *gypsy* nati in Inghilterra e in Galles avrebbero dovuto lasciare il paese, a meno che non abbandonassero le loro tradizioni e sciogliessero le loro comunità. Tutti gli altri avrebbero subito la confisca di terre e beni e la condanna a morte. Nel 1573 ai *gypsy* rifugiatisi in Scozia venne ordinato di lasciare il paese se non fossero accasati e non svolgessero un'attività lavorativa stabile. A fine secolo le leggi antizigane in Inghilterra assunsero le caratteristiche di una persecuzione razziale. Nel 1596, durante il regno di Elisabetta I, la Regina Vergine, ben 106 *traveller* furono condannati a morte nella città di York, senza alcun capo d'accusa se non quello di appartenere a una razza invisa alle autorità e alla cittadinanza. Nove condanne furono eseguite, mentre gli altri riuscirono a provare di essere nati in Inghilterra. Le esecuzioni su base razziale proseguiranno fino al 1650, l'anno successivo all'esecuzione di Carlo I, quando iniziarono l'era di Oliver Cromwell e l'interregno inglese, prima con la repubblica definita Commonwealth d'Inghilterra, quindi con il Protettorato d'Inghilterra, Scozia e Irlanda. Nonostante l'atmosfera di cambiamento politico e sociale, quell'anno un detenuto Rom fu messo a morte nel Suffolk, mentre altri furono deportati in America.

²⁴ Andrew Boorde, *The Fyrst Boke of the Introduction of Knowledge*, 1942.

2.8 La schiavitù nei Principati Romeni

I Rom giunsero come uomini liberi nei Principati Romeni di Valacchia e Moldavia, nel XIV secolo. Erano rinomati artigiani – soprattutto nella lavorazione del ferro – e furono accolti con grande favore dai signori feudali, che necessitavano di manodopera qualificata. In breve, però, il popolo Rom fu ridotto in schiavitù dai proprietari terrieri e presso i monasteri, che attuarono misure sempre più rigide per garantirsi la presenza sul posto di quei formidabili artigiani. I primi documenti che attestano il loro stato di schiavi risalgono al regno di Rodolfo IV (1331-1355). Molti Rom tentarono di fuggire in Germania e in Polonia, ma erano quasi sempre riconosciuti – a causa del colore della pelle e dell’idioma in cui si esprimevano – e restituiti agli schiavisti. Nel XV secolo vi furono massicci trasferimenti di schiavi Rom nei Principati Romeni: nel 1445 il principe Vlad III di Valacchia importò 12.000 persone «simili a egiziani» dalla Bulgaria; nel 1471 un contingente di 17.000 Rom raggiunse la Moldavia per ordine di Stefano il Grande e fu adibito al lavoro coatto. A partire dal 1500, il termine *tsigano* equivaleva, nei Principati, a schiavo. Durante il governo di Basilio Lupis di Moldavia (1634-1654) fu promulgata una legge, articolata in 40 punti, che definiva i termini della loro schiavitù. Le norme relative alla schiavitù dei Rom in Moldavia e Valacchia furono integrate con articoli che istituivano limitazioni e obblighi sempre nuovi fino al 1833. Lo statista e storico Romeno del XIX secolo Mihail Kogalniceanu²⁵ descrisse i Rom nei Principati: «Quand’ero giovane, vedevo nelle strade di Iași esseri umani incatenati mani e piedi, alcuni dei quali avevano collari di ferro intorno alla gola e alla testa. Punizioni crudeli di fustigazione, privazione del cibo, soffocamento con il fumo, assideramento dei corpi nudi nella neve o nell’acqua gelata: questi erano i trattamenti riservati agli *tsigani*. La santità dei loro legami matrimoniali e familiari non era rispettata. Si sottraeva la moglie al marito, la figlia era separata con la forza dalla madre, si strappavano i bambini dalle braccia dei genitori. Li si separava e li si vendeva dappertutto, in Romania. Né la gente né le leggi avevano pietà di questi sfortunati esseri umani».

Dopo 500 anni senza libertà né diritti, nel 1837 si cominciò a parlare, in Romania, di emancipazione. Scrisse in quell’anno Kogalniceanu: «Gli europei organizzano società filantropiche per abolire la schiavitù in America, quando nel nostro continente 400 mila Tsigani sono tenuti in catene». Verso il 1840 alcuni proprietari terrieri e la Chiesa cominciarono ad affrancare i loro schiavi, optando per una forza lavoro stipendiata. Nel 1844 la Chiesa Moldava liberò tutti i suoi schiavi: la Chiesa di Valacchia fece lo stesso tre anni

²⁵ Mihail Kogalniceanu, *The ancient Moldavian chronicles*, 1845-1852.

dopo. Nel 1849 i leader della rivoluzione democratico-borghese proclamarono che «il popolo Romeno rigetta la pratica inumana e barbara del possesso di schiavi e annuncia la liberazione immediata di tutti gli tsigani appartenenti a proprietari privati». Nel 1849, tuttavia, i turchi a sud e i russi a nord rioccuparono i due Principati, reintroducendo la schiavitù. La lotta per i diritti del popolo *tsigano* proseguì, finché la schiavitù fu dichiarata illegale in Moldavia il 23 dicembre 1855 e in Valacchia l'8 febbraio 1856. Nello stesso anno, il trattato di Parigi riconobbe l'autonomia delle due provincie Romene nell'ambito dell'impero ottomano. Il nuovo reggente di Moldavia e Valacchia, il Principe Alexandru Couza, ristabilì però le antiche leggi che riconoscevano la schiavitù degli *tsigani*. Bisognerà attendere il 1864 e il colpo di stato condotto dal riformatore Mihai Kogalniceanu per vedere definitivamente abolita la schiavitù in Romania. Il progetto di assegnare terre agli schiavi liberati, tuttavia, non sarà mai accolto e i Rom si trovarono in una condizione di miseria spaventosa, circondati da ostilità e costretti a sopravvivere di elemosina. Ben presto la presenza dei Rom liberi nel territorio della Romania fu considerata una piaga e molti di loro, specialmente in età infantile, vennero sterminati dalle autorità e dalle cittadinanze. Due viaggiatori americani raccontarono, all'inizio del XX secolo, di come, di fronte al dono di un po' di cioccolato, due piccoli Rom iniziassero a gridare: «Moarte! Moarte!» (Morte! Morte!)²⁶. La ragione di quella reazione risiedeva nella pratica, non infrequente in Romania, di sbarazzarsi dei Rom offrendo loro cibo avvelenato. Ecco perché i bambini sospettavano sempre delle vivande che porgevano persone sconosciute.

Anche dopo essere stati affrancati, i Rom rimasero quindi un popolo discriminato e perseguitato, i cui diritti umani e civili non vennero riconosciuti né quando la l'indipendenza della Romania fu riconosciuta dal congresso di Berlino del 1878 né quando lo stato balcanico partecipò alla Prima guerra mondiale o annesse la Bucovina, la Transilvania e la Bessarabia. Negli anni 1920 nacque il partito della Guardia di Ferro, che si affermò in Romania grazie al consenso della borghesia, in seguito alla crisi internazionale del 1929 e agli scioperi della classe operaia. L'intolleranza crebbe progressivamente, generando odio razziale nei confronti di ebrei e Rom, che subirono numerosi pogRom cruenti, soprattutto in Moldavia e Bessarabia.

2.9 Samudaripen, l'Olocausto Rom

Il popolo Rom subì la prova più dura durante l'era nazista. In base alle teorie razziste che si

²⁶ Dick Durrancell, Christopher G. Knight, *Americans afoot in Rumania*, National Geographic, 135(6), pagg. 818-822, 1969

erano affermate tanto in Europa quanto in America, il neurologo tedesco Robert Richter – fondatore dell’Istituto di Igiene Razziale – e la sua assistente Eva Justin propugnarono la tesi che i Rom non fossero ariani, nonostante provenissero dall’India, ma un popolo ibrido e geneticamente inferiore, caratterizzato da un’aberrazione genetica che conduceva al nomadismo e a forme gravi di socio patologia. I Rom vennero deportati nei campi di morte, dove oltre mezzo milione di loro perse la vita. Secondo Ian Hancock, direttore del Programma di studi Rom presso l’Università del Texas ad Austin, le vittime superarono il milione. Nei lager i Rom subirono privazioni, umiliazioni e sevizie senza limiti. Ad Auschwitz il dottor Mengele effettuò sui loro bambini esperimenti da incubo. I Rom chiamano l’Olocausto che decimò il loro popolo *Samudaripen*, genocidio. Il governo tedesco ha riconosciuto i crimini nazisti contro i Rom solo nel 1980, ma non ha previsto per loro alcuna forma di indennizzo, se non pochi risarcimenti individuali di consistenza irrisoria. In Italia Rom e Sinti – per la maggior parte italiani, ma anche provenienti dalla Jugoslavia – vennero internati nei campi di concentramento di Agnone (nel convento di San Bernardino), Berra, Bojano (nei capannoni dismessi di una manifattura tabacchi), Bolzano, Ferramonti, Perdasdefogu, Tossicia, isole Tremiti, Vinchiaturu.

L’influenza del nazionalsocialismo si fece sentire anche in Romania, dove propagandisti come Ion Facaoaru teorizzarono il «pericolo *tsigano* di regresso genetico del popolo Romeno». Nel 1938, mentre le università si dedicavano a studi di eugenetica, fu creato un Commissariato generale per le minoranze, il cui obiettivo principale era la questione *tsigana*. Nel 1940 Re Carol II abdicò a favore del figlio Michele I, che chiamò al potere il fascista Ion Antonescu, appoggiato dalla Guardia di Ferro, il quale si autoproclamò Duce di Romania, mentre l’Unione sovietica, nell’ambito del patto con la Germania, occupò Bucovina e Bessarabia e l’Ungheria annesse il nord della Transilvania. Successivamente la Romania divenne uno stato Nazional-Legionario e si alleò con la Germania nazista. Sempre nel 1940, il ministero dell’Interno proibì alle comunità Rom di spostarsi attraverso il paese durante l’inverno. Nel 1941 la Germania consegnò alla Romania la Transnistria, a compensazione della perdita della Transilvania settentrionale. Lo stesso anno fu avviato il progetto di sterilizzazione delle donne di etnia Rom. Nel 1942 Antonescu dispose il censimento dei Rom nomadi e seminomadi. 208.700 individui vennero schedati all’interno del territorio Romeno. L’1 giugno iniziarono le operazioni di deportazione dei Rom nomadi e seminomadi in Transnistria. L’11 agosto tali operazioni avevano già riguardato l’84% di loro. Il 12 settembre 1942 cominciarono le deportazioni dei Rom sedentari, compresi i bambini non accompagnati. Ognuno di loro poteva portare con sé una valigia, mentre i loro beni mobili e

immobili venivano confiscati. Le autorità, temendo che il malcontento potesse serpeggiare fra le truppe, evitarono la deportazione alle famiglie dei soldati Rom. Nei luoghi di deportazione in Transnistria, i Rom vivevano in condizioni tragiche, malvestiti, al freddo, senza cibo, falcidiati dal tifo, oggetto di violenze. Fra il 1941 e il 1943 300.000 deportati ebrei raggiunsero i Rom in Transnistria. Le deportazioni si interruppero solo alla fine del 1943, quando Antonescu capì che la Germania avrebbe perso la guerra. Re Michele I, dopo aver sciolto il governo, dichiarò guerra alla Germania. Si stima che circa 40.000 Rom abbiano perso la vita in Transnistria.

Il 23 agosto 1944 Re Michele I si unì ai politici filo-alleati, fra cui vi erano i comunisti, con i quali attuò un colpo di stato contro Antonescu, che venne messo agli arresti. Due giorni dopo la Romania dichiarò guerra alla Germania e accettò l'armistizio offerto da Urss, Gran Bretagna e Usa, che fu firmato il 12 settembre. Il ministro degli Interni invitò i Rom a riprendere le loro attività tradizionali.

2.10 Nell'orbita dell'Urss

Nel 1947 la Romania entrò nell'orbita dell'Urss e un anno dopo si trasformò in una democrazia popolare. Il Partito dei Lavoratori prese il potere con la forza, combatté duramente gli oppositori, ma non riservò al popolo Rom un trattamento diverso rispetto agli altri cittadini. Nel 1965 Nicolae Ceausescu assunse la leadership del Partito dei Lavoratori, che ribattezzò Partito Comunista Romeno. La Romania diventò Repubblica Socialista, in cui il dittatore rivestiva la carica di Presidente del Consiglio di Stato. La Romania conobbe una crescita economica senza precedenti e si affrancò dall'Urss: decise di non partecipare più in modo attivo al Patto di Varsavia e, nel 1968, non prese parte all'invasione della Cecoslovacchia. Ceausescu, che nel 1974 era diventato Presidente della Repubblica Socialista, promuoveva un'ideologia ultra-nazionalista, proclamando la superiorità razziale dei Daci. Nel 1977 avviò una campagna nazionale attraverso cui l'oro e i gioielli appartenenti ai Rom furono confiscati. La situazione dei Rom durante il regime di Ceausescu fu solo in apparenza migliore rispetto alle epoche precedenti. Dopo che il dittatore fu deposto e giustiziato, infatti, ben 65.000 bambini Rom furono trovati negli orfanotrofi, su un totale di 80.000. È un numero altissimo, se si considera che i Rom rappresentavano il 10% della popolazione Romana. Negli orfanotrofi il tasso di mortalità annua dei piccoli ospiti raggiungeva il 50%, a causa della malnutrizione, dell'igiene inesistente, delle epidemie di Aids, epatite e colera. Grazie al ritrovamento di diari e lettere scritti dal dittatore, oggi sappiamo che Ceausescu, dietro un paravento di politiche improntate all'uguaglianza sociale,

era un fervente ammiratore delle politiche razziali nazionalsocialiste e progettava di affermare in Romania la superiorità dei Daci. Nei suoi piani, il popolo Rom doveva essere ridotto in schiavitù, mentre la manodopera Rom in esubero sarebbe stata sterminata. Dopo la caduta di Ceausescu, nel 1989, si diffusero nuovi pregiudizi contro i Rom. Voci senza controllo affermavano che il dittatore fosse un Rom e che gli *tsigani* di Romania avessero avuto il ruolo di agenti di sicurezza, nel suo regime. La stampa iniziò a pubblicare articoli di propaganda razzista, mettendo in allarme la popolazione. Ogni giorno i quotidiani riferivano notizie di bande di Rom armati di coltelli che spargevano il terrore sui treni, soprattutto l'Orient Express e la linea Sofia-Bucarest. L'odio razziale si diffuse a macchia d'olio, generando reazioni scomposte da parte della cittadinanza, che attuò un gran numero di pogrom in tutta la Romania. Il 24 dicembre 1989 nel villaggio di Virghie alcuni cittadini locali uccisero due Rom e diedero alle fiamme le loro abitazioni. L'11 gennaio 1990 36 abitazioni in cui vivevano famiglie Rom furono bruciate nel villaggio di Turulung; il 29 gennaio cinque case furono incendiate a Reghin; il 5 febbraio sei case furono distrutte a Lunga e quattro Rom assassinati. Dal 13 al 15 giugno bande di giovani razzisti distrussero alcuni campi Rom nei dintorni di Bucarest, picchiando a sangue gli uomini e violentando alcune giovani donne. Tutto sotto gli occhi delle autorità di forza pubblica, che arrestarono numerosi Rom, senza che avessero commesso alcun reato. Il 12 agosto 34 case di proprietà di Rom furono bruciate a Cuza Voda, 29 a Catinul Nou. Linciaggi, violenze e intimidazioni colpirono ripetutamente i Rom in tutto il paese. La stampa minimizzava l'ondata persecutoria, attribuendo i fatti a dissapori fra Rom e *gage*²⁷, ma ascrivendo la causa degli episodi violenti all'aggressività dei Rom ed escludendo a priori motivazioni razziali o etniche. Dopo un pogrom avvenuto nella notte fra il 12 e il 13 ottobre 1993, una commissione di governo pubblicò un rapporto in cui veniva specificato che «gli eventi non hanno motivazioni etniche» e precisato come la comunità Rom avesse diverse colpe o responsabilità:

- costituire un pericolo per la stabilità etnica del villaggio, contando in ogni famiglia da cinque a dieci bambini;
- non essere nati nel villaggio, ma essersivi rifugiati nel 1977;
- non possedere terre e dunque vivere senza alcun dubbio di furto;
- essere analfabeti o comunque mostrare un livello culturale molto basso;

²⁷ *Gage* è il plurale di *gagio/gagi*⁴, parola che in *linga romani* definisce chi non appartiene al popolo Rom.

- appartenere alla religione ortodossa, ma non osservare riti e cerimonie tradizionali di quella fede;
- non aver formato, a differenza dei Romeni e degli ungheresi, forme di società agraria;
- turbare l'ordine pubblico con intemperanze verbali, discussioni volgari, furti e violenze.

Il rapporto conteneva tutti i pregiudizi che hanno colpito i Rom attraverso i secoli ed esprimeva l'atteggiamento delle Istituzioni nei loro confronti. Negli anni 1990 la discriminazione contro i Rom proseguì, con un gran numero di episodi di violenza poliziesca, politiche locali finalizzate a cacciare i Rom dai comuni in cui vivevano o si rifugiavano, segregazione scolastica, discriminazione nel mondo del lavoro, negazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria, propaganda politica e mediatica mirata a presentare i Rom all'opinione pubblica come criminali, asociali e parassiti. Contemporaneamente, l'estrema destra, rappresentata dal Partito della Grande Romania, si affermava in misura crescente accentuando la campagna razzista incentrata sulla «questione *tsigana*». Negli anni successivi, il razzismo ha continuato a perseguire i Rom in Romania. Ricordiamo gli episodi del 13 marzo 2000, quando una banda formata da 15 uomini armati di mazze da baseball attaccò un quartiere Rom nel villaggio di Sabolciu e quello dell'8 maggio, quando 200 tifosi della squadra di calcio dello Steaua di Bucarest attaccarono un quartiere Rom della capitale, entrando nelle case, dopo aver sfondato le porte, per distruggere i beni e picchiare indistintamente uomini, donne e bambini.

2.11 Una nazione senza territorio

Attualmente vivono in Europa da nove a dodici milioni di Rom. In Romania si stima una popolazione da un milione e mezzo a due milioni e mezzo di Rom; in Bulgaria da 700.000 a 800.000; in Spagna – dove si chiamano Kalé o gitani – di circa 600.000; in Francia di mezzo milione. Nel 2006 vivevano in Italia circa 160.000 Rom, che si sono ridotti a meno della metà in seguito agli sgomberi indiscriminati e alla persecuzione istituzionale, che li ha costretti a rifugiarsi in altri paesi, causando contemporaneamente un altissimo grado di mortalità negli insediamenti. I Rom provenienti dall'Europa dell'est costituiscono circa l'85% del totale, i Kalé – o gitani – il 10%, i Sinti (che in Francia si chiamano Manouche) il 4% e i Romanichal del Regno Unito lo 0,5%. In Europa i Rom sono prevalentemente sedentari, anche se le persecuzioni li costringono spesso a una forma di nomadismo coatto. Sotto l'aspetto politico-giuridico, in attesa dell'approvazione da parte delle Istituzioni

europee dello *Statuto quadro del popolo Rom nell'Ue*²⁸ è corretto definire i Rom come una nazione senza territorio compatto, che non ha mai avuto rivendicazioni territoriali, ma che è unita da un'origine, una cultura e una lingua (il Romani).

2.12 Il Kris Romani

Il sistema giuridico tradizionale dei Rom, che si esprime nel *Kris-Romani* (in Romania si chiama Judecata), è considerato un modello avanzato di giustizia persino dai giuristi anglosassoni, mirando a riavvicinare le parti in causa anziché dividerle o costringerle ad accettare ingiustizie attraverso riti abbreviati e patteggiamento. In Italia, di fronte ai magistrati, i Rom patteggiano sempre, anche se innocenti, per riacquistare il loro «bene supremo»: la libertà. Non a caso, su circa 6.500 Rom Romeni presenti nel nostro paese alla fine del 2009, oltre 3.000 sono in prigione. È un dato che indica una vera e propria persecuzione poliziesca e giudiziaria.

2.13 Intoccabili

«Ho girato i campi Rom di tutta Europa», ha detto recentemente l'onorevole Viktória Mohácsi, membro del Parlamento europeo, «ma non ho mai visto una situazione di discriminazione del mio popolo simile a quella che esiste in Italia».

È assolutamente inaccettabile che all'interno dell'Unione europea si verifichi nell'indifferenza l'annientamento di un popolo e di una cultura. Solo la condizione dei Dalit – gli «intoccabili» – in India può essere paragonata alle violazioni e agli abusi istituzionali che si abbattano quotidianamente sui Rom che vivono sul territorio italiano.

L'attivista per i Diritti Umani Viviane Ribeiro mi ha scritto recentemente un accorato messaggio in cui è tracciato un paragone fra la situazione degli «intoccabili» e quella dei Rom. È un paragone inquietante, che dovrebbe indurre gli antirazzisti e le Istituzioni internazionali a riflettere sia sulla tragedia delle caste in India che sulla vergogna del razzismo che si è sviluppato all'interno di uno dei paesi fondatori dell'Unione europea.

Qui di seguito, Viviane espone in sintesi i punti principali che caratterizzano la discriminazione dei Dalit in India, fenomeno che è speculare alla condizione del popolo Rom in Italia.

«I Dalit sono esclusi dal mondo del lavoro e dalle attività sociali. I loro bambini, a scuola, devono sedersi in fondo alla classe e sono trattati senza rispetto da insegnanti e compagni. Le

²⁸ Testo dello Statuto quadro nelle principali lingue dell'Unione europea: www.rroma-europa.eu. Laura Todisco e io abbiamo realizzato la traduzione in italiano: http://www.rroma-europa.eu/it/sc_it.pdf

baracche e le case dei Dalit vengono spesso distrutte o bruciate. Ogni giorno, i Dalit sono oggetto di aggressioni, insulti e propaganda razzista. Nonostante la legge punisca le affermazioni razziste, nessun giornale o politico è mai stato condannato per aver seminato odio contro i Dalit. Quando restano sole, spesso le donne dei Dalit sono oggetto di violenze o stupri. La gente non stringe la mano ai Dalit né consente loro di entrare in contatto con il cibo o con oggetti di uso domestico. I templi spesso vietano l'ingresso a Dalit e i sacerdoti chiamano le forze dell'ordine quando li vedono mendicare nei pressi di luoghi di culto. Il 66% dei Dalit sono analfabeti. La loro mortalità infantile è la più alta fra tutti i gruppi etnici o sociali dell'India, mentre la speranza di vita media è la più bassa. Quando è concesso loro di lavorare, vengono costretti a condizioni di semi-schiavitù. Le istituzioni non forniscono acqua, servizi igienici, corrente elettrica, assistenza sociale ai Dalit».

3 Aspettative e regole dei Rom

(Najo Adzoviç)

CONSIGLI, SPUNTI, SUGGERIMENTI PER CHI E' INTERESSATO AD ENTRARE NEI CAMPI ROM

3.1 Premessa

Uno dei più grandi problemi della comunità Rom è la sua autodeterminazione.

Da sempre, quando c'è da prendere una decisione che li coinvolge, sembra che il loro parere non conti. Tutti si arrogano di voler fare il meglio per loro e soprattutto per la cittadinanza ma poi sono in pochi coloro che realmente hanno voglia di ascoltarli, di capirli, di camminarci insieme.

Gli stereotipi che accompagnano la Comunità Rom infatti, da quasi mille anni sono ancora gli stessi: rubano bambini, sono sregolati, sporchi, ladri etc.

Una buona parte dei cittadini europei è spaventata dalla cattiva informazione riguardante la Comunità Rom e non si può certo dire marginale, in questo frangente, il ruolo ricoperto dai mass media.

Ad oggi risulta quindi quasi impossibile concepire una relazione tra un cittadino europeo e un Rom, a partire dal sedersi semplicemente al suo fianco su un autobus, per arrivare a stringere un rapporto lavorativo o di amicizia con esso.

Il problema di fondo è il singolo cittadino non si pone la domanda soggettiva che dovrebbe porsi: "Ho mai provato a conoscere un Rom?".

Chi ci provasse avrebbe una propria e più realistica visione senza dover ricorrere ad uno stereotipo spesso fittizio.

Fra i requisiti personali o collettivi di una buona riuscita nella comunicazione fra individui o, nel caso di interventi istituzionali, della riuscita dei progetti, è quello della curiosità singolare nell'avvicinamento all'interno delle Comunità Rom.

Tanti cittadini o le Istituzioni si pongono spesso la domanda "Come comunicare con la Comunità Rom?".

Da secoli, la situazione di emarginazione e diffidenza nei confronti dei Rom non è cambiata, quasi sempre infatti, la Comunità Rom in qualsiasi luogo, o Città, viene discriminata, ghettizzata ed allontanata dai cittadini, dai mass media, spesso anche dalle Amministrazioni pubbliche.

I decenni passati in questo stato di abbandono, hanno condotto la Comunità stessa ad un

isolamento totale che provoca fra gli appartenenti sfiducia e rancore nei confronti dei Paesi ospitanti. Il risultato è l'incomunicabilità reciproca e la carenza di contatti soddisfacenti.

Con queste righe vorrei dare un contributo a chi volesse provare ad andare oltre gli stereotipi per provare a conoscerci da vicino, a conoscere la persona che è in noi.

3.2 Il primo contatto tra semplici cittadini, operatori socio sanitari e/o dell'ordine pubblico e la comunità Rom

E' importante riflettere sul fatto che, chi per la prima volta vuole comunicare con la Comunità Rom dovrebbe fare i conti con i propri pregiudizi e prepararsi all'incontro con la Comunità senza discriminazioni.

Basterebbe considerare che, fra i Rom, come fra qualsiasi altro individuo vi sono persone buone, con buone intenzioni ed altre con intenzioni meno buone.

In secondo luogo potrebbe cominciare dall'individuare una singola persona della stessa comunità. Se chi si avvicina poi è un operatore socio sanitario e/o dell'ordine pubblico, dovrebbe cercare di comunicare che ha intenzione di socializzare affinché la situazione del singolo o dell'intero gruppo della Comunità abbia un miglioramento, che sia esso igienico-sanitario, della condizione abitativa o lavorativa, etc.

Per cominciare basterebbe provare a dare fiducia ai membri della Comunità, semplicemente chiedendo di visitare il campo, facendo capire di essere curiosi di vedere come vive la comunità Rom. Spesso infatti i campi autorizzati o i villaggi della solidarietà sono abbandonati a loro stessi. Potreste fare dei piccoli passi nella loro direzione, come per esempio, invitandoli nella propria sede o nella propria casa, anche per motivi lavorativi come piccole manutenzioni, giardinaggio, trasporti di materiali etc., in modo che la singola persona lo comunichi all'intera Comunità, facendo capire le buone intenzioni di chi arriva.

In questo modo la Comunità stessa accetterebbe più facilmente la presenza di questa singola o di un gruppo di persone.

Le Amministrazioni dovrebbero comportarsi allo stesso modo, individuando all'interno della Comunità una persona che abbia la capacità di comunicare e comprendere la lingua italiana, diventando esso un interlocutore all'interno della stessa Comunità.

Non sempre è facile individuare all'interno della Comunità Rom, un singolo o un gruppo di persone disposte a collaborare. Perché ciò risulti più facile si potrebbe cominciare dall'individuazione di mediatori o facilitatori dell'incontro, che si potrebbero cercare fra le associazioni ed i coordinamenti Rom che esistono nel territorio, dato che si tratterà di realtà e persone già predisposte alla relazione con chi non vive nei campi.

Negli ultimi decenni la comunità Rom è diventata uno specchio di informazioni negative per i mass media. In seguito alla vicenda dell'assassinio della signora Reggiani, verso i Rom si è scatenata una caccia senza distinzione tra il buono e il cattivo e questa situazione si è verificata anche all'interno della comunità stessa.

Il mondo Rom resta invisibile e fino a pochi decenni fa non si sapeva quasi niente della cultura, delle tradizioni, della lingua e della storia millenaria di questo popolo nomade.

Col sorgere dei primi accampamenti stanziali e con la legge Martelli "Permesso di Soggiorno umanitario", i Rom diventano "cittadini" anche grazie al fatto che il "Nomadismo" diventa fuori legge. Questo tipo di politica nei confronti della comunità Rom costringe vari gruppi e soprattutto la comunità Rom proveniente dall'ex Jugoslavia a doversi sentire a casa propria (i Rom provenienti dall'ex Jugoslavia sono stanziali e non nomadi). La politica che obbliga i Rom a vivere soltanto all'interno dei campi, anziché quella del superamento di essi, crea solo emarginazione e spinge ad adeguarsi agli stereotipi talvolta presentati dalla stampa. Ciò ha generato un serie di problematiche nuove rispetto alla logica e alla politica dei campi: il campo è la vera risposta alle esigenze abitative della comunità Rom? È stata mai presa in considerazione l'idea e l'opinione della comunità Rom rispetto a tale logica e politica? È stato fatto un confronto rispetto alle condizioni e situazioni di vita abitativa e lavorativa dei Rom negli altri paesi europei?

3.3 I Campi - "Villaggi"

Negli ultimi decenni sono stati costruiti accampamenti spropositati composti da ottocento – mille persone ciascuno, nei quali si sono aggregati gruppi Rom di diversa provenienza: Kossovari, Macedoni, Bosniaci, Serbi, Rumeni, Montenegrini, Croati.

Le diversità dal punto di vista culturale sono limitate, se non dal punto di vista religioso e linguistico, fattori che la comunità Rom assimila dai Paesi di provenienza. Il modo di lavorare è un altro punto che presenta delle differenze legate alle Nazioni dalle quali le comunità provengono. La maggior parte delle comunità sono "prigioniere" di violazioni dei propri diritti umani: privi di documenti, senza formazione, senza lavoro, senza diritto alla casa, spesso costretti a praticare l'arte di arrangiarsi, si veda la microcriminalità o l'accattonaggio. Quasi il 50% di adolescenti che sono nati in Italia non possiede un documento di identità, non esistono campagne per informare sul loro stato giuridico e si trovano costretti a vivere in gruppi.

3.4 Principali gruppi Rom

La gran parte dei Rom europei parla il Romani ("romani chib") e sono divisi in "sottogruppi" individuati sulla base del lavoro svolto, fra i più comuni vi sono:

Khorakhané ("amanti del corano"), Shiftarija (albanesi). Sono mussulmani, provenienti soprattutto dal Kosovo, la regione della ex Jugoslavia a maggioranza etnica albanese, ma anche dalla Macedonia e dal Montenegro;

Khorakhané Crna Gora (Montenegro): sono i principali conservatori della tradizione della lavorazione del rame;

Khorakhané Cergarija ("quelli delle tende"): provengono dalla Bosnia (Sarajevo, Mostar, Vlassenica);

Kanjarja cristiano-ortodossi: provengono perlopiù da Serbia e Macedonia;

Rudari ("intagliatori"), cristiano-ortodossi. Parlano il rumeno. Apprendono il romani per frequentazione di altri gruppi Rom. Provengono perlopiù dalla Serbia;

Lovara (dall'ungherese ló = cavallo), allevatori e commercianti di cavalli;

Kaloperi ("piedi neri"), sono piccoli gruppi, questi ultimi mussulmani e provenienti dalla Bosnia.

Gagikane cristiani ortodossi, provengono perlopiù dalla Serbia;

Căldărari (o anche Kotlar(i) o Kalderash o Kalderásha), originari dei Balcani tradizionalmente dediti al mestiere del ramaio;

Churára o **čurára**: affilatori di coltello (dal romani čurín = coltello);

Làutari: originariamente suonatori di làuto (liuto o cordofono affine) e, per estensione, musicisti professionisti designati per l'intrattenimento di feste, matrimoni e ricorrenze;

Ursari (dal rumeno urs=orso), vivono in Romania e in Moldavia;

Machwáya, Boyásha e altri.

3.5 Le Principali Comunità Presenti A Roma

3.5.1 La Comunità Rom Montenegrina

Per la maggioranza di religione ortodossa. Storicamente i Rom provenienti dal Montenegro erano inseriti nel contesto sociale, civile e lavorativo alla pari dei stessi cittadini montenegrini. Il 60% della comunità Rom lavorava nelle fabbriche metallurgiche, nelle aziende comunali di pulizia urbana, nel settore agrario. Tali lavori hanno permesso di assimilare i lavori autonomi praticati in Italia: recupero materiali ferrosi e non, pulizie e traslochi di stabili di privati e non, e ultimamente il "mercato delle pulci".

3.5.2 La Comunità Rom Bosniaca

Per la maggioranza di religione musulmana. I Rom provenienti dalla Bosnia, si sono trovati ad affrontare una discriminazione invisibile che non gli permetteva di entrare nel contesto sociale civile e lavorativo. Quasi il 70% della comunità Rom bosniaca pratica l'arte dell'arrangiarsi: accattonaggio, chiromanzia, lavorazione del rame sia per utensili sia a scopi artistici, recupero di materiali ferrosi e non. Questa discriminazione nei confronti della comunità bosniaca ha spinto i Rom verso l'assimilazione religiosa, in modo da avvicinarsi maggiormente alla cultura in cui erano inseriti e che ha permesso loro di avere un diretto contatto per la compravendita di materiale di quotidiana utilità. In Italia, ancora è praticato l'accattonaggio, la chiromanzia ma la maggior parte di loro è dedicata al recupero ed alla vendita di materiali ferrosi e non.

3.5.3 La Comunità Rom Serba

Per la maggioranza di religione ortodossa. I Rom serbi storicamente sono allevatori di cavalli, commercianti di prodotti agricoli da loro stessi coltivati. Quasi il 70% della comunità era scolarizzata, la parte che è rimasta in Serbia è costituita da attivisti politici: professori universitari, dipendenti pubblici, amministrativi, politici, ricercatori; ma la parte discriminata, che viveva ai margini della società, è arrivata in Italia nel 1970, con la prima ondata migratoria, seguita dalla più recente e massiccia, dovuta alla guerra ed alle vicende che hanno scosso i Balcani. In Italia, i suoi appartenenti, sono ancora dediti al commercio di artigianato, ad attività di mercato delle "pulci", recupero di materiali ferrosi e non.

3.5.4 La Comunità Rom Kossovara

Per la maggioranza di religione musulmana. I Rom Kossovaresi storicamente hanno ricoperto i lavori più umili della società e nel periodo turbolento delle guerre nell'ex Jugoslavia sono stati oggetto di pesanti discriminazioni come i kossovaresi stessi. I lavori tipici dei Rom Kossovaresi durante la permanenza in Jugoslavia erano concentrati tra il settore delle pulizie (pavimenti, bagni, luoghi pubblici e privati), la vendita ambulante (effettuata casa per casa, di villaggio in villaggio), muratori, agricoltori impiegati stagionalmente e altri. Le pesanti discriminazioni sopracitate hanno generato una grande ondata migratoria dall'inizio alla fine degli anni novanta (la guerra in Kosovo è del 1998). In Italia la comunità Rom Kossovara è ancora dedicata, in prevalenza, agli impieghi caratterizzanti svolti nella ex Jugoslavia.

3.5.5 La Comunità Rom Macedone

I Rom macedoni storicamente sono dediti al commercio di bestiame (spesso sono agricoltori e allevatori in proprio) e abiti, ricoprono ruoli di tipo istituzionale dovuti alla loro grande emancipazione e interazione rispetto al resto della società. Interessante è citare, quando si parla della comunità Rom macedone, il caso del distretto di Shutka in Macedonia. Tale Comune ha la particolarità di essere abitato da soli Rom i quali si sono auto organizzati, si auto legghiferano, si auto rappresentano; ci sono le scuole, l'ospedale, l'assistenza sanitaria, la polizia, e tutto ciò che serve a far funzionare una piccola cittadina, tutto rigorosamente Rom, come medici, come insegnanti, come politici (ci sono due partiti, uno di destra e uno di sinistra tutte e due di Rom), come spazzini, come poliziotti, come giudici, etc. etc. In Italia la comunità Rom macedone arriva anch'essa con l'ondata migratoria riguardante il periodo nero della ex Jugoslavia. Ma come la Macedonia è stata la meno coinvolta nelle vicissitudini dei Balcani così la sua presenza è minore nei campi Rom romani rispetto alle altre quattro comunità presentate.

Quelli che sono qui presenti in Italia lavorano nella stragrande maggioranza ma ricoprono i lavori più umili: sono carpentieri, muratori, si occupano di traslochi e altri.

3.5.6 La Comunità Rom Rumena

In Italia sono presenti circa i 30 ed 40.000 Rom rumeni, arrivati negli ultimi anni, a partire dalla seconda metà degli anni '90. Il regime socialista li aveva costretti ad abbandonare il nomadismo e ad integrarsi. Durante le riforme seguite al crollo del socialismo in Romania, i Rom hanno perso i loro lavori nei distretti industriali, ed hanno subito fenomeni gravi di discriminazione come ad esempio l'espulsione dei minori dalle scuole, la distruzione delle case, i pestaggi. Questi fatti hanno spinto i Rom alla migrazione verso i paesi dell'Europa occidentale, per raggiungere coloro che si erano già trasferiti negli ultimi 50 anni.

4 L'evoluzione e la storia dei rapporti tra CRI e Nomadi a Roma

(AM. Pulzetti)

La CRI di Roma si è accostata ai campi nomadi con un percorso di 4 anni, iniziato con lo sforzo di trovare idee per superare i limiti che si avvertivano con la postazione fissa di Ostiense.

Dopo aver cominciato a muoversi in modo indipendente, la CRI si è trovata ad interagire in modo sempre più concreto con le Istituzioni e le organizzazioni/associazioni.

Lungo il tempo la CRI ha definito progressivamente meglio i propri obiettivi e rafforzato la collaborazione con il Comune di Roma (V Dipartimento) e tutte le Istituzioni.

Da questa collaborazione sono nati progetti ampi e significativi come la mappatura del Tevere (2007), il Censimento della popolazione nomade (2008) e le vaccinazioni ai minori da 0 fino a 15 (2009).

Provo a rendere il progresso, fatto di tentativi e aggiustamenti, con cui i gruppi di CRI romani hanno fatto questo percorso; trascrivendo di seguito appunti (dal mio diario) e promemoria presentati ai miei Ispettori.

Penso a chi voglia sviluppare un approccio ai nomadi in una realtà diversa da quella romana, e immagino che questi appunti, molto diretti, possano tornare più utili di un racconto sintetico della nostra esperienza, utili a indirizzare le realtà specifiche con cui altri volontari si confrontano.

La proposta è di leggerli proprio come pagine di un diario e di immedesimarsi.

Sperando che funzioni



È qualche anno che il Comitato Provinciale di Roma opera in modo itinerante all'interno dei campi nomadi.

Abbiamo iniziato da Ponte Marconi nell'estate del 2006 percorrendo le sponde del Tevere, dell'Aniene e cercando nel tessuto cittadino gli insediamenti abusivi, alla scoperta di questo popolo nascosto.

Iniziamo a conoscere questo popolo con origini diverse, ma con una cosa in comune: l'obiettivo della sopravvivenza e per alcuni la speranza di integrarsi.

I giorni scorrono: riva destra, riva sinistra, il medico, l'ascolto, la distribuzione di generi di conforto, nulla di più, ma forse tanto per loro.

Arriviamo alla Primavera 2007 e iniziano i primi incontri con il V Dipartimento con una riunione tecnica per un'eventuale monitoraggio, delle sponde del Tevere assieme agli operatori della SOS (Sala Operativa Sociale del Comune di Roma), per capire la situazione della popolazione che vi abita.

L'operazione doveva essere congiunta: noi come CRI avremmo avuto più facilità di accesso e nessun problema dal punto di vista sanitario; il Comune doveva essere presente per capire in prima persona le varie situazioni. Mi è subito piaciuta la sfida, la voglia di poter fattivamente aiutare questo popolo mi ha dato una carica inaspettata.

Presento un progetto in CRI.

Roma 11 Giugno 2007

PROGETTO

IL POPOLO NASCOSTO LUNGO LE SPONDE DEL TEVERE

Si è creata la necessità di fare una mappatura della popolazione che si è stabilita lungo le sponde del tratto urbano del fiume Tevere per riuscire a capire meglio:

Che tipo di popolazione ha occupato le sponde del Tevere:

- singoli individui;
- gruppi organizzati;
- se sono stanziali;
- se sono solo di passaggio;
- da dove vengono;
- se solo adulti;
- se famiglie con bambini;

- come vivono (se dormono in baracche, sacchi a pelo.....);
- se hanno luce / acqua / bagni.....

Quale situazione sanitaria:

- malattie più frequenti;
- vaccinazioni;
- alimentazione.

Da dove traggono sostentamento:

- accattonaggio;
- recupero e commercio materiali;
- micro artigianato povero;
- manovalanza;
- attività illecite.

Quali sono le loro esigenze:

- Puri mezzi di sussistenza per la sopravvivenza;
- un aiuto dal punto di vista medico-sanitario;
- opportunità/necessità/volontà/desiderio di essere integrati nel tessuto cittadino;
- nessuna necessità manifesta perché vivono in clan chiusi.

Qualsiasi iniziativa di sanificazione, messa in sicurezza e riqualificazione ha come premessa una simile mappatura, utile non solo per la SOS ma anche per quei Volontari della CRI che già prestano, o vorranno prestare, servizio itinerante rivolto proprio a quei gruppi isolati lontani dal tessuto più propriamente urbano. Questa mappatura ci permetterà anche di capire, attraverso personale sanitario (infermiere, meglio ancora medico), malattie più frequenti ed esigenze sanitarie per quel tipo di popolazione.

Eventualmente sfruttare dati per emergenza freddo e grandi calamità (inondazioni.....).

Obiettivo temporale:

- È un progetto da finire entro la fine di Agosto, massimo metà Settembre;
- Questa indagine deve essere fatta di giorno:
dopo il tramonto non c'è illuminazione e la popolazione dei topi è elevata.

Sono da definire:

- Il tratto di Tevere da considerare va da..... a.....;
- Quanto tempo si impiega a percorrere le due sponde;
- Quanti giorni a settimana si è disposti ad uscire;
- Quante persone saranno impiegate ad ogni uscita;
- Lo schema dei dati da rilevare (che dovrà necessariamente essere semplice).

Piano di lavoro:

- In base alla definizione dei precedenti punti, si potrà precisare il piano delle ispezioni.

Persone coinvolte nel progetto:

- SOS + CRI;
- È indispensabile che il progetto sia seguito per lo meno da due persone CRI presenti sempre ad ogni uscita o, dove non sia possibile, alternandosi per evitare dispersione/confusione di dati ed informazioni;
- Si consideri che, se il progetto non venisse seguito in prima persona dalla CRI, per la SOS saremmo solo coloro che fanno manovalanza e danno forza lavoro.

Profilo dei partecipanti CRI:

- Volontari CRI da impiegare: VDS, CF, IIVV, Pionieri e Corpo Militare;
- Il volontario deve avere necessariamente cultura ed esperienza all'approccio con questa popolazione che vive "ai margini";
- Se possibile ad ogni uscita 1 volontario per componente: tot 5 + SOS.

Costi del progetto per la CRI e la SOS:

- 1 mezzo da utilizzare, possibilmente un Defender;
- Benzina;
- Medicinali di prima necessità (antinfiammatori, antibiotici, aspirine e qualche prodotto pediatrico.....) che il medico, quando presente, possa somministrare;
- Generi alimentari (biscotti, latte, zucchero.....);
- Pannolini per i bimbi.

Criteri/ipotesi per stabilire l'impegno necessario:

- Penso che l'impiego di almeno un volontario da parte di tutte le Componenti (scelto tra il personale che già fa questo tipo di servizio) ogni giorno lavorativo della settimana faccia sì che il sopralluogo avvenga rapidamente, con una continuità che eviti la dispersione di dati ed informazioni;
- Ci si può incontrare alle 18 direttamente al punto del Tevere da ispezionare per lavorare sino al tramonto;
- Il giorno dopo si riparte da dove ci si era fermati il giorno prima e così via sino ad aver percorso tutte e due le sponde;
- Avvicinare questo tipo di popolazione molto diffidente porterà necessariamente a lavorare con lentezza (la fretta rischierebbe di rovinare il lavoro);
- Dopo ogni uscita dovrebbe essere compilata una relazione sintetica che sarà documento e base per una analisi, ad affiancare i dati che si registrano durante l'ispezione.

Considerazioni per la sicurezza/rapporti con i Municipi:

- Poiché le visite potrebbero comportare problemi di sicurezza sarebbe utile prevedere che una unità mobile di Vigili Urbani sia informata delle ispezioni e si renda facilmente contattabile ad ogni uscita per intervenire in caso di bisogno;
- Informare i Municipi dell'attività che si svolge.

Ad una delle riunioni successive con la SOS si è deciso di effettuare dei sopralluoghi per capire meglio come procedere durante Agosto, mese dedicato alla mappatura.

Roma 22 Luglio 2007

APPUNTI DOPO IL SOPRALLUOGO EFFETTUATO PER IL PROGETTO:

IL POPOLO NASCOSTO LUNGO LE SPONDE DEL TEVERE.

Sono state effettuate tre uscite per verificare la situazione lungo il Tevere:

Possiamo schematicamente suddividere il fiume in tre segmenti:

1. A sud di Roma, a partire dall'autostrada di Fiumicino (più precisamente dal Castello della Magliana) verso il centro, fino al ponte Sublicio (2 uscite);
2. A nord, a partire da Ponte Milvio verso Tor di Quinto ed il ponte di via del Foro Italico (1 uscita);

3. La parte in corrispondenza del centro di Roma (non visitata).

Nei segmenti 1 e 2 abbiamo trovato un'elevata concentrazione di accampamenti di Rom bosniaci, montenegrini o altre etnie, Rom rumeni o semplicemente rumeni. Vivono in clan presumibilmente organizzati, dormono in baracche, tende, alcune volte facilmente visibili dalle sponde, altre volte cercano di mimetizzarsi tra i canneti. Alcuni accampamenti tollerati sono dotati di sebac (una donna si è lamentata della mancanza di pulizia degli stessi).

In ogni caso, posso intuire che le condizioni igieniche non appaiono buone e presumere che la situazione sanitaria non sia delle migliori.

Penso che questi accampamenti possano essere competenza del Comune o della Prefettura o del Ministero degli Interni o di altre Autorità.

Per questa situazione, il nostro intervento rischia di essere solo una gocciolina nell'oceano, mentre, nel terzo segmento, quello in corrispondenza del centro di Roma (non valutabile adesso per le iniziative dell'estate Romana) la situazione è certamente diversa.

Posso proporre un'ipotesi (le mie valutazioni si riferiscono all'inverno 2006-2007):

1. Non ci possono essere grossi accampamenti;
2. Il greto del fiume è frequentato da singoli o piccoli gruppi di persone;
3. Alcuni sono alcolisti, tossici o con problemi mentali. In ogni caso spesso non riescono a badare alla loro persona;
4. Non essendo organizzati in clan sono più fragili ed esposti a problematiche specialmente nel periodo invernale.

Se il tratto in questione è il terzo, per operare dobbiamo aspettare Settembre.

Comunque possiamo pianificare ed organizzare il lavoro

Roma 12-09-2007

RIEPILOGO E CONSIDERAZIONI SUL MESE DI AGOSTO 2007

Considerazioni sugli interventi congiunti con la Sala Operativa Sociale del Comune di Roma lungo le sponde del Tevere nel mese di Agosto.

CHE COSA ABBIAMO FATTO

Durante il mese di Agosto è stato esaminato, nelle prossimità del Tevere, il territorio che va da sud di Roma, via dell'Imbrecciato 300 in corrispondenza della Roma-Fiumicino, sino a nord di Roma, nei pressi di Prima Porta dove la Flaminia incrocia la Tiberina. È stato escluso

il tratto centrale del fiume per l'Estate Romana in corso e il tratto che corre tra la via del Foro Italico e il GRA perchè lontano dalle strade e andrebbe visionato a piedi o dal fiume.

Abbiamo visitato tutti gli insediamenti che fossero stati avvistati o segnalati da qualcuno, ma in alcuni casi erano talmente nascosti da non risultare visibili, e quindi non posso escludere che non siano stati visitati tutti i campi esistenti.

TIPOLOGIE DI INSEDIAMENTI

Possiamo raggruppare schematicamente gli insediamenti individuati in quattro tipologie, che, in futuro, potrebbero essere affrontati in modi diversi:

1. I campi di via del Foro Italico 531 e di via del Boiardo 50 a Tor di Quinto sono seguiti, come ci è stato riferito, dall'Opera Nomadi e sono dotati di acqua e luce. La situazione igienica non è delle migliori perché sono circondati da rifiuti e materiale di risulta, ma non appare confrontabile con quella delle altre situazioni descritte di seguito. Comunque è gente impiantata a Roma da molti anni, alcuni lavorano e hanno i figli che vanno regolarmente a scuola.
2. Tutti gli altri accampamenti, grandi o piccoli, popolati da Rom, bosniaci, rumeni o altre etnie, ci presentano una realtà ben diversa.

Gli occupanti sono raggruppati o isolati, utilizzano tende o baracche e in alcuni casi è il viadotto (sotto la Roma-Fiumicino) o il ponte (quello della ferrovia Ostiense accanto al Ponte di Ferro) che gli offre un riparo, una sorta di tetto.

La situazione igienica appare estremamente precaria.

3. Sotto il ponte della ferrovia Ostiense, accanto al ponte di Ferro, non abbiamo incontrato nessuno, ma ci sono degli insediamenti realizzati con materiale eterogeneo, nel degrado più assoluto (all'interno anche escrementi). Danno l'idea di posti non stabilmente occupati, punti in cui forse si appoggia chi è in difficoltà momentaneamente.
4. Sul Lungotevere Pietro Papa e a via del Commercio, vecchie roulotte utilizzate come abitazioni.

CONNOTATI GENERALI DEGLI INSEDIAMENTI

Escludendo gli insediamenti del primo gruppo, tutti gli altri mostrano caratteri comuni:

1. non hanno acqua, se non quella che vanno a prendere con le taniche alle fontanelle, quindi insufficiente per una buona igiene personale;
2. non hanno servizi igienici, quindi intorno al campo, se manca una buona

ventilazione, c'è un pesante odore di orina e di escrementi e penso rischio di epidemie;

3. sono circondati dai loro stessi rifiuti e dal materiale che gli abitanti “normali” della città scaricano;
4. alcuni campi, come quelli che stanno lungo il Tevere tra il viadotto della Magliana e ponte Marconi, appaiono a rischio in caso di piena;
5. tutti i campi da noi visitati appaiono a rischio di incendio;
6. non esiste scolarizzazione mentre i bambini sono in numero elevato; vivendo sotto i ponti, nelle grotte di tufo o lungo il Tevere non hanno la possibilità di frequentare regolarmente una scuola. In alcuni casi, come ci è stato riferito, i figli cominciano a frequentare la scuola poi, nel momento che vengono sgomberati dalle Forze dell'Ordine, debbono rinunciare perché troppo lontani.
7. Per quanto riguarda la situazione sanitaria, saranno i medici, sempre presenti nelle nostre uscite, che potranno fare un quadro della situazione e stilare una lista di medicinali necessari.

Penso si possa dire che gli interventi dei medici siano stati pochi perché si è nella buona stagione, ma con l'autunno e l'inverno il quadro cambierebbe.

I medici hanno svolto anche attività di consulenza ed informazione.

Per quanto riguarda i punti 4 e 5 mi rendo conto che non si tratta di valutazioni incontrovertibili, che lascio ai tecnici del Comune, ma in base a quanto ho osservato sento il bisogno di sollecitare un approccio che non si esaurisca nel soccorso medico e alimentare.

Per documentare le osservazioni fatte sarebbero state utili delle fotografie, ma abbiamo valutato che mostrarci a scattarle avrebbe precluso dei contatti e le abbiamo evitate.

CHE COSA SI POTREBBE FARE

Quali che siano le azioni che, come Croce Rossa, si vogliono portare avanti, si dovrebbe definire un modello di comunicazione che comprenda le Forze dell'Ordine per coordinare uno scambio di informazioni su questi insediamenti, avere sia loro che noi quante più notizie su questi campi e stabilire, almeno in linea di principio, forme di cooperazione e coordinamento nei nostri interventi.

Inoltre dovremmo certamente proseguire ad aiutare il Comune in un Progetto diretto a ridare dignità agli abitanti degli insediamenti ed un futuro ai loro figli.

IN AMBITO CRI

Se venisse deciso di proseguire in questo tipo di attività, mirata all'intervento sugli insediamenti, non ci sarebbe bisogno di un numero elevato di volontari.

Un medico, un infermiera/e, due autisti (uno per il Defender e l'altro per il camper-medico) e quattro volontari.

Per il medico sarebbe utile il camper-medico, per avere la possibilità di visitare i pazienti, invece dell'ambulanza (se dovesse servire si chiama il 118).

Si ricordi che si tratta di un servizio che non si può svolgere oltre il tramonto per mancanza di luce.

Comunque ci sarà da capire che cosa il Comune voglia da noi e quali e quanti soldi pensa di investire.

Nel mese di Agosto il servizio è stato svolto gratuitamente, ma ci sono delle spese che debbono essere ammortizzate: benzina, usura dei mezzi e medicinali che oggi vengono comprati presso la farmacia di CRI.

ABBIAMO INCONTRATO complessivamente circa 400 famiglie e più di 120 persone variamente aggregate. Si noti che i numeri che presento sono basati sulle dichiarazioni dei nostri interlocutori: non abbiamo tentato conteggi privi della possibilità di verifica.

Sento la necessità di pensare ad un progetto rivolto a loro per l'igiene, pensieri forse ambiziosi che non mi abbandonano anzi sono più forti e tenaci dopo l'esperienza lungo il Tevere.

Settembre 2007

Oggetto: IPOTESI DI PROGETTO: IGIENE NEI CAMPI NOMADI

Per chi vive nei campi nomadi probabilmente l'igiene non sarà prioritaria ma penso si possa provare a lavorare anche su questo fronte, lentamente senza imposizioni. Adottiamo un campo, facciamoci conoscere; con il tempo avranno fiducia in noi e si potrà lavorare cercando di migliorare il loro standard di vita specialmente quello dei minori. Andiamo in mezzo a loro come abbiamo fatto nel mese di Agosto, ma non cambiando ogni volta il campo; allora la nostra è stata più una fase ricognitiva:

per capire dove vivessero, come vivessero e quali fossero le loro esigenze nel quotidiano, in generale e nel sanitario, in particolare.

A CHI RIVOLGERSI

Le madri dovrebbero essere le persone più ricettive e più sensibili da educare per la cura ed

igiene dei loro figli: neonati, bambini e ragazzi.

Far capire loro che le pratiche igieniche sono importanti ed in alcuni casi evitano l'insorgere di patologie o la necessità di ricorrere all'ospedale per curarsi.

Stimolare le madri ed insegnare anche ai figli la pratica igienica come profilassi e come controllo di infestazioni da parassiti ed altre problematiche.

OBIETTIVO

Far capire che la mancanza di igiene è una barriera nei rapporti con i propri simili anche per i bambini che potrebbero frequentare le scuole.

La scolarizzazione è importante per dare a questi ragazzi la possibilità di uscire dalla strada e forse avere una qualità di vita migliore. Tenendoli per strada la loro vita sarà peggiore di quella dei loro genitori.

ATTRAVERSO IL PERSONALE CRI

Insegnare:

- a controllare le loro teste: pidocchi
- a controllare la loro pelle: scabbia, acari o dermatiti della pelle
- a controllare la loro alimentazione

Insegnare:

- a controllare che il campo sia pulito (mettere i loro rifiuti e scarti dentro a buste di plastica e gettarli nei cassonetti lontano dal campo);
- quando si parla di campi abusivi possiamo dare qualche suggerimento su come si possano organizzare per espletare i loro bisogni corporali senza infestare il campo o i cespugli che gli stanno attorno.
- Andare nei campi non solo con alimenti ma anche con piccoli Kit per l'igiene personale: sapone, spazzolino per le unghie, forbicine, shampoo, asciugamano, spazzolino per i denti, dentifricio e bacinelle per il lavaggio dei piccoli.

MEZZI E LORO PREPARAZIONE

Contattare le Infermiere Volontarie che hanno esperienza riguardo la cura del bambino.

Prendere come base le lezioni che negli Ospedali vengono impartite alle neo mamme e adattarle per i campi nomadi attraverso gli Operatori CRI.

Trasportare gli insegnamenti che vengono impartiti al personale delle scuole, alle assistenti sociali e alle puericultrici per il controllo dello stato di salute fisico e mentale dei bambini,

sempre attraverso il personale CRI.

Avere nei nostri interventi l'opera ed il consiglio dei medici per tutte le problematiche inerenti l'igiene e l'alimentazione.

CONSIDERAZIONI

Ricordiamo che nelle visite fatte nel mese di agosto ci siamo trovati di fronte a bambini sotto peso (cattiva alimentazione) e con problemi ai denti (cattiva alimentazione e igiene orale).

Lavoriamo con la finalità e lo scopo di insegnare alle nuove generazioni che la vita non è quella che stanno vivendo ma con degli obiettivi concreti che iniziano dalla cura ed il rispetto di se stessi.

L'assistenzialismo è utile nell'immediato, per tamponare delle situazioni critiche ma credo che l'insegnamento sul campo possa alla lunga dare dei risultati.

Nel mese di Settembre, di Ottobre e di Novembre 2007 le uscite con la SOS del Comune di Roma sono state sospese, ma noi come CRI si è proseguito nel cercare nuovi insediamenti per portare assistenza sanitaria, ma soprattutto conforto ed informazioni su come muoversi nel tessuto cittadino romano. La nostra settimana si divideva tra i senza fissa dimora ed i nomadi.

Si fanno più insistenti gli sgomberi negli insediamenti.

Partecipo ad altre riunioni al V Dipartimento e viene deciso di proseguire, a partire dal primo Dicembre 2007, negli interventi congiunti con gli operatori della SOS.

Roma 28-02-2008

NATURA DELLA RELAZIONE

Di seguito si offre una fotografia della situazione alla fine di Gennaio 2008 con proposte di iniziative che sono state, nella pratica, attuate nel mese di Febbraio.

La relazione aggiornata, in corso di redazione aggiunge solo elementi all'elenco degli interventi effettuati e un adeguamento al piano delle uscite settimanali.

Le considerazioni tracciate rimangono valide anche alla luce delle esperienze del mese di Febbraio.

DOVE SIAMO STATI

Nel mese di Dicembre abbiamo effettuato i primi due interventi ad Ostia dove non abbiamo

trovato né accampamenti nomadi né grosse situazioni di disagio.

Successivamente è stato esaminato, in prossimità del Tevere, il territorio che va da sud di Roma, via dell'Imbrecciato in corrispondenza della Roma-Fiumicino, sino a nord di Roma, nei pressi di Prima Porta dove la Flaminia incrocia la Tiberina. Ancora non è stato visionato il tratto centrale del fiume.

CHE SITUAZIONE ABBIAMO TROVATO

Spesso ci siamo trovati di fronte a bambini senza scarpe, coperti con semplici magliette, sotto-peso, rachitici e malnutriti.

Non possiamo ignorare tutte queste persone che vivono in una situazione di grave indigenza, si nascondono, ma il problema esiste.

È stato un susseguirsi di sgomberi che ha portato a rendere più precaria la sopravvivenza dei bambini.

Quali che siano le azioni che, come Croce Rossa, si vogliono portare avanti, si dovrebbe definire un aiuto più concreto per lo meno nei confronti della fascia più debole. Questa considerazione ci ha condotto nei nostri interventi, a concentrarci su questa piccola popolazione.

CHE COSA ABBIAMO FATTO

Tutti i Sabato dalle ore 9 alle ore 13 abbiamo controllato, portando aiuti sanitari e non, circa 200/220 persone variamente aggregate e circa 80 bambini. Il nostro sforzo è stato principalmente rivolto a loro, la fascia più debole in tutte le situazioni. Nelle ultime due settimane oltre il Sabato sono stati eseguiti due interventi extra, mirati sempre a loro.

Il Sabato mattina ci si muove con un'ambulanza completa di equipaggio, un medico e un pulmino o defender con volontari di cui una o due infermiere.

Venerdì 18 e venerdì 25 Gennaio sono stati eseguiti due interventi extra senza la Sala Operativa Sociale del Comune di Roma.

Sono stati degli interventi spot, rapidi, e preparatori agli interventi del Sabato con la SOS.

CHE COSA SI POTREBBE FARE

Considero il progetto con il Comune valido, ma come tutti i progetti deve essere perfezionato e migliorato lungo il percorso.

- Manteniamo invariata l'uscita del Sabato con il Comune;
- Introduciamo il concetto che nell'arco della settimana una macchina con due

- volontari, di cui una Infermiera Volontaria (se il medico da la sua disponibilità ben venga), effettua un sopralluogo per controllare le situazioni più critiche sul territorio;
- Sulle situazioni individuate si cercherà di intervenire il Sabato con l'uscita congiunta con il Comune e la nostra presenza sarà con un pulmino o defender con 3/4 Volontari, una Infermiera Volontaria, un medico e la sottoscritta.

CONSIDERAZIONI

- Al servizio non è stata data sufficiente visibilità perché acquistasse autorevolezza tra le iniziative dei gruppi che a Roma operano su strada: questo ritardo limita la capacità di richiamare risorse per il servizio stesso.
- Non si è spinto a sufficienza sul discorso dei medicinali presso case farmaceutiche: gli unici interventi sono stati dei singoli Volontari che si sono attivati, e anche molto bene, a livello personale.
- Gli ultimi due campi che sono stati visionati, alla fine di Gennaio, dopo qualche giorno sono stati sgomberati. Sarà stata sicuramente una coincidenza, ma non vorremo fare gli apripista per le Forze dell'Ordine.
- Lavorare in combinata con la SOS è stato positivo perché positivo è stato il rapporto umano che si è creato tra operatori e volontari.
- Nei nostri giri non abbiamo avuto problemi di sicurezza, la CRI e la SOS sono sempre stati accolti con fiducia. Comunque penso che la SOS senza la CRI non sarebbe riuscita a farsi accettare all'interno degli insediamenti.

Nella Primavera 2008 sento la necessità di scrivere un articolo che verrà pubblicato online sul sito del Comitato Provinciale di Roma.

INTERVENTI CON IL SASFID ITINERANTE LUNGO IL TEVERE, L'ANIENE E NEI LUOGHI PIU' NASCOSTI DELLA NOSTRA CITTA'

Il più giovane di tutti i SASFID è quello itinerante lungo le sponde del Tevere, dell'Aniene e nei luoghi più nascosti della nostra città.

È un servizio del Comitato Provinciale, si opera due volte a settimana su tutto il tessuto cittadino e vi partecipano tutte le Componenti.

La situazione a Roma negli ultimi mesi è diventata insostenibile: per il cittadino che si accorge del degrado della sua città, ma anche per il nomade che vive molto al di sotto della soglia di povertà, si nasconde, non lo vediamo, ma il problema rimane. La lettura dei quotidiani di questi ultimi mesi mostra quanto sia viva la problematica del rapporto delle

città con “nomadi” ed “extracomunitari”.

Cerchiamo di aiutare tutti ma, come CRI, abbiamo sentito il bisogno di concentrarci sui bambini perché il susseguirsi degli sgomberi ha reso più precaria la loro sopravvivenza: ci siamo trovati bambini senza scarpe, coperti con semplici magliette, sotto-peso, rachitici e malnutriti.

Nelle nostre camminate, piacevoli con una bella giornata, ma un po' più scomode con il freddo e la pioggia, incontriamo questo popolo nascosto.

Non abbiamo mai avuto problemi a rapportarci con loro, anzi, sicuramente vedendo che qualcuno, la CRI, si occupa di loro e gli tende la mano cresce in loro la fiducia e la speranza di riuscire a trovare una dignità che hanno persa.

Incontriamo tanti bambini: molti quando ci vedono ci fanno le feste, vogliono la nostra mano, vogliono camminare con noi, ci fanno vedere i loro disegni, vogliono la nostra attenzione.

Ma nei nostri interventi c'è anche quello che si ferisce volontariamente per essere curato e questo ci porta a riflettere che forse alcuni hanno perso la serenità, sono insicuri, impauriti: oggi hanno un posto per dormire sia esso una tenda, una baracca, per loro è la casa, un punto fermo, ma domani?

Domani si ripete l'esodo di chi non sa dove trovare rifugio, di chi non sa dove dormire, dove ricostruire un suo punto di partenza.

In questa altalena:

- gli adulti che vogliono o pensano a migliorare la loro esistenza e quella dei figli;
- gli italiani che non sopportano questo degrado;
- il bambino che subisce le violenze da parte di tutti, diventa come sempre la vittima di un meccanismo troppo grande per lui.

Ed è per questo che si dovrebbe lavorare sui bambini, dare loro la possibilità di un inserimento scolastico ed un cambiamento di vita. Perché è solo attraverso i piccoli e al loro inserimento nella nostra società che si riuscirà ad intravedere un futuro diverso per loro e se ci pensiamo bene, anche per noi.

Siamo arrivati a Primavera inoltrata, sui giornali un continuo tam tam: nomadi, sgomberi, censimento, impronte, integrazione, impronte ai minori si o no.

La CRI viene coinvolta dal Prefetto di Roma, Dottor Carlo Mosca, Commissario Straordinario per l'emergenza Nomadi, in questo Censimento della popolazione che grazie al Prefetto, ma soprattutto alla CRI, assume un carattere non di polizia ma umanitario.

Riunione in Prefettura Venerdì 20 Giugno 2008 per i Campi Nomadi.

La riunione aveva lo scopo di avviare l'attuazione del mandato che il Consiglio dei Ministri ha dato al Prefetto.

Il Commissario Straordinario ha ipotizzato la creazione di un tesserino CRI con foto e dati della persona censita per l'accesso ai servizi o altro di CRI.

Si forma un Gruppo di lavoro e si incominciano a fare le prime ipotesi.

PROGRAMMA DI INTERVENTO

Reperire la mappa topografica:

- controllo ed osservazione della mappa;
- eventuali accorgimenti ed aggiunte.

Preparazione delle schede di intervento:

- scheda generale del campo;
- scheda generale del nucleo familiare;
- scheda da individuare.

Presentazione del programma di intervento

Ricerca e formazione del personale:

- autista;
- coordinatore;
- medico;
- infermiere;
- VDS - Pioniere CF (con esperienza su strada).

Gli interventi sul campo:

I FASE Programma

Insediamenti non autorizzati

- Mappatura topografica;
- schede di riferimento;

- database di archiviazione computer.

Insedamenti autorizzati

- Mappatura topografica;
- schede di riferimento;
- database di archiviazione computer.

II FASE Programma

Formazione delle squadre:

- ricerca del personale;
- riunione dei vertici;
- conclusioni;
- operatività.

Date di riferimento:

12 Giugno 2008

Formazione schede e organizzazione lavoro

14 Giugno 2008

I° riunione equipe

16 Giugno 2008

ore 18 riunione Vertici Provinciali

17 Giugno 2008

II° riunione per la presentazione delle linee guida

18 Giugno 2008

I° uscita osservazione e ricognizione

I° campione del Campo di via Luigi Candoni (campo sperimentale)

19 Giugno 2008

II° uscita osservazione e ricognizione

I° campione di via Luigi Candoni (campo sperimentale)

20 Giugno 2008

Riunione in Prefettura

Portare una bozza di programma sulla metodologia di intervento (linee guida)

BOZZA DI LINEE GUIDA PER PROGETTO NEGLI INSEDIAMENTI

Programma di intervento

Studio della mappa topografica:

- controllo ed osservazione degli insediamenti;
- pianificazione delle uscite.

Presentazione delle schede di rilevazione

1. foglio notizie del campo;
2. foglio notizie socio-sanitario;
3. foglio notizie sanitario.

I dati:

- andranno a confluire in un database per una elaborazione;
- rimarranno alla CRI sino alla fine del progetto;
- depurati dei dati identificativi, saranno inviati all'Università per studi e statistiche finalizzati alle fasi del progetto successivo al censimento.

Composizione del Gruppo CRI per ogni intervento

Ricerca del personale su Roma e Provincia

Composizione della squadra:

- autista;
- coordinatore del servizio;
- medico (se da la sua disponibilità);
- IIVV o infermiere (necessari per una compilazione di scheda sanitaria);
- Volontario del Soccorso, Pioniere, Comitato Femminile, Donatore di Sangue comunque quattro o cinque volontari di qualsiasi Componente (con esperienza nel sociale).
- Operatore di sala presente in Sala Operativa Provinciale durante le uscite delle squadre.
- Due volontari di qualsiasi Componente presenti nel camper fuori dall'insediamento, durante le uscite delle squadre, per la trascrizione dei dati dal foglio notizie al libretto CRI e per lo sviluppo delle foto da applicare sul libretto CRI

Criteria e linee guida di intervento

La squadra di CRI è quella che si presenta all'interno del campo spiegando il mandato che è stato dato dal Governo al Gruppo di Censimento, la composizione del gruppo stesso (CRI, consulente del Prefetto e 1 o 2 CC), i benefici derivanti dalla tessera CRI.

I CC e il consulente del Prefetto si tengono in disparte e la CRI compila i fogli notizie.

Si ipotizza che i CC siano in borghese e la CRI in Protec.

Ipotesi di funzionamento del libretto CRI

È stato creato un libretto CRI.

Il libretto nella prima pagina ha la dicitura CRI e i simboli del Comitato Provinciale di Roma. La seconda pagina serve per la compilazione dei dati anagrafici e fotografia dell'adulto o bambino, la terza e quarta pagina serviranno per trascrivere le vaccinazioni del bambino ed eventualmente altre patologie o benefit da erogare.

Il libretto CRI sarà un tesserino per accedere agli ambulatori di CRI con validità annuale, eventualmente rinnovabile.

Dal punto di vista sanitario, la CRI controllerà la documentazione delle vaccinazioni dei bambini e se risultassero non effettuate o non dimostrabili, i bambini e i loro tutori verranno indirizzati presso ambulatori competenti.

Ipotesi per il processo di rilascio del libretto CRI

Le specifiche di dettaglio del libretto CRI sono in fase di definizione; in funzione di questi dettagli potranno essere precisati gli strumenti per l'immissione dei dati e la loro stampa.

Si può per ora prevedere questa modalità di procedere:

i libretti CRI vengono rilasciati contestualmente alla rilevazione dei dati, e quindi nel corso stesso della visita al campo, così si potrà formalizzare la loro consegna immediata evitando la necessità di tornare ad identificare i destinatari. Si otterrebbe quindi un processo semplificato diminuendo il rischio di errori e di consumo di risorse umane e di mezzi.

Questo progetto mira, in questa prima fase, a capire quanti Nomadi sono presenti sul territorio di Roma, e poter attuare la seconda fase di collocazione all'interno dei così detti villaggi.

Intervento Sanitario negli insediamenti

Le attività dell'intervento CRI saranno focalizzate sulla sensibilizzazione alla vaccino-

profilassi, sulla cura ed assistenza al lattante nel primo anno di vita (con particolare attenzione alla promozione dell'allattamento al seno), all'educazione sanitaria, all'educazione nutrizionale, all'orientamento verso l'uso corretto dei servizi territoriali e ospedalieri (soprattutto per la donna), all'accoglienza di una domanda non solo di tipo sanitario ma anche di sostegno psicologico e sociale e infine alla scolarizzazione.

Obiettivi generali

- Promuovere il miglioramento della salute, con particolare riferimento a quella materno – infantile.

Obiettivi specifici

- Migliorare le condizioni igienico - sanitarie e promuovere l'accesso ai servizi sanitari primari (vaccinazioni, visite mediche ecc.);
- Scolarizzazione.

Strategie

- Definire con le ASL di competenza iniziative per le vaccinazioni e visite specialistiche di controllo;
- Incrementare l'avvio a progetti per l'inserimento nel mondo del lavoro;
- Contattare i vari distretti didattici fornendo tutte le indicazioni utili per l'iscrizione.

Attività

- Profilassi delle malattie infettive. Programmi di vaccinazione, tutela della salute della donna, igiene personale e dell'ambiente, sostegno psicologico, psicoterapeutico e sociale;
- Libretto vaccinale e sanitario per ciascun individuo. Controllo delle vaccinazioni nei tempi e luoghi dovuti;
- Controllo della frequenza scolastica seguendo l'iter didattico dei bambini.

Risultati

- Copertura vaccinale di tutti i minori e miglioramento delle condizioni socio – sanitarie, in particolare delle donne;
- Scolarizzazione totale.

17 Luglio 2008

1° INTERVENTO DELLA CRI ALL'INTERNO DEGLI INSEDIAMENTI

Siamo soddisfatti di come abbiamo cominciato, in un clima di collaborazione che mette in secondo piano le preoccupazioni dei giorni scorsi.

Il lavoro preparato a tavolino è risultato ottimo e ampiamente confacente alle nostre aspettative.

È da un paio di anni che monitoriamo tutto il tessuto cittadino; siamo stati sempre accolti, da chi vive negli insediamenti, con la fiducia e la speranza di riuscire a trovare una dignità e una dimensione di vita ragionevole.

Ieri abbiamo censito solo 32 persone, il lavoro è andato un po' a rilento per la presenza di autorità e giornalisti, ma questo non ha rilevanza perché è importante che l'opinione pubblica sappia che la CRI opera nel rispetto della persona.

Ci fa piacere poter dire che tutte le persone che abbiamo incontrato erano in possesso di documenti che ci hanno spontaneamente presentato, senza una nostra specifica richiesta. Abbiamo parlato con sei famiglie e due persone senza famiglia.

Ci sarà molto da lavorare a valle della attività di censimento (ricognizione);

Su tredici bambini solo tre hanno effettuato le vaccinazioni obbligatorie, vaccinazioni effettuate in Svizzera che documenteranno nel nostro prossimo intervento.

Come prevedibile e previsto, partiremo con una campagna vaccinale rivolta all'infanzia.

Nessun tipo di scolarizzazione se non sporadica: si parla di pochi mesi o qualche anno, ma sempre senza una continuità di percorso.

Abbiamo incontrato un ragazzo che quest'anno ha completato la scuola per il turismo e pensa di andare in Croazia ed aprire una agenzia.

Due mamme con bambini di pochi mesi hanno difficoltà ad allattare, e difficoltà a comprare il latte in polvere, quindi abbiamo preso i loro nominativi e una volta a settimana gli verrà recapitato. Questo del latte è d'altronde un servizio che già svolgiamo in altri campi abusivi per un protocollo di intesa tra la CRI e "Salva mamme – Salva bebè" per il Progetto Diritto di Poppata.

Vogliamo infatti offrire ai bambini la possibilità di crescere bene: nei nostri interventi passati abbiamo incontrato molti bambini rachitici e malnutriti e i nostri sforzi sono rivolti a tutti, ma soprattutto alla fascia più debole.

Il 17 Luglio 2008 abbiamo iniziato lavorando dal Lunedì al Venerdì dalle 17.30 sino alle 21,

22 o 23, non avevamo orari. A partire da Settembre si è lavorato anche il Sabato e la Domenica tutto il giorno dalle 8.30 sino a sera, con due turni (molti volontari hanno lavorato anche tutta la giornata).

E con questo ritmo si è arrivati alla fine di Ottobre con la conclusione del Censimento.

Ma i nostri giri negli insediamenti hanno proseguito con uscite di due o tre volte la settimana e tutto il lavoro di acquisizione dati, svolto dai volontari è servito per andare avanti con i nostri progetti di integrazione. Primo fra tutti le vaccinazioni dei minori all'interno dei campi.

28 Febbraio 2009 la CRI interviene a Casilino 900 con una Campagna di Vaccinazione rivolta ai minori (0-15 anni) unica nel suo genere.

19 Giugno 2009 Vaccinazioni via Naide e via Dameta.

20 Maggio 2009 richiami dei vaccini a Casilino 900.

5 Aprile 2009 la CRI pianta un piccolo albero di ulivo segno di pace e di vita.

La CRI ha partecipato alla manifestazione organizzata dalla comunità Rom che abita Casilino 900 per lanciare un segno di pace e di dialogo verso la popolazione dei quartieri circostanti.

Si tratta di piccoli passi di un percorso lento che la CRI ha deciso di intraprendere con tutte le comunità Rom presenti sul territorio, non limitandosi ad intervenire dal punto di vista sanitario, ma accompagnando le famiglie che cercano di lasciare l'inerte accettazione del ruolo di scomodi ospiti e profughi senza speranze.

La CRI ha deciso di essere accanto a queste famiglie nel percorso di integrazione con il tessuto cittadino.

Ma tutto questo è stato possibile non solo, per il lavoro silenzioso di tutti quei volontari che hanno fermamente creduto che si potessero togliere delle barriere insormontabili, ma anche grazie all'opera di mediazione con le Istituzioni, del Commissario Provinciale, Dottor Marco Squicciarini, che ha capito e condiviso questa missione.

LINEA DI CONFINE

Si alzano muri e si abbattono:

questa linea di confine non si vede, ma si percepisce, è reale.

È una linea di confine che divide due mondi che si annusano ma non riescono a trovare un inizio, una realtà da condividere.

Sono due mondi:

uno che ha tutto ed è convinto di avere il massimo
l'altro che ha tanto ma è convinto di non avere nulla.

Capire che, dal contatto delle diversità ci potrebbe essere una crescita ed un guadagno per il
“massimo” e per il “nulla”, porterebbe ad una linea di confine immaginaria.

5 La gestione degli aspetti istituzionali e amministrativi

(M. Squicciarini)

5.1 La funzione politica del Presidente o Commissario della CRI (aspetti politici e gestionali)

Come tutti sanno il Presidente di un Comitato ha il compito di dare l'indirizzo politico delle attività e dei progetti che poi vengono portati avanti da tutti i Volontari. È quindi fondamentale che chi è alla guida abbia la consapevolezza della attività Umanitaria che la Croce Rossa può e riesce a svolgere all'interno dei campi Rom facendo una grande differenza. La mia personale esperienza dopo aver visitato con frequenza i circa 54 campi di Roma e provincia mi porta ad affermare che ben poche volte si riesce a sentire l'importanza sociale dell'agire come quando ci si rivolge ad un campo Rom. Ci si rende subito conto che il tuo passaggio è fondamentale per la fasce più deboli, che in queste situazioni di disagio sociale e degrado diventano ancora più a rischio.

Di solito chi entra in questo servizio, di rado poi ne esce e le persone che si occupano di questo settore hanno di solito la più grande fidelizzazione. I 150 anni di storia di Croce Rossa sono di certo un gran bel biglietto da visita, ma il fatto che gli stessi volti dei volontari ricorrono sempre più spesso in un determinato campo fa sì che si crei anche quel rapporto di fiducia che poi porta gli abitanti ad aprirsi sempre di più e quindi migliorare la qualità dell'aiuto che saremo in grado di fornire. È quindi auspicabile che il Presidente ed i vari direttori amministrativi possano fare diversi passaggi all'interno dei campi per comprendere appieno il lavoro svolto dai Volontari e l'impatto sociale ed emotivo che ogni persona che entra in un campo, si porta con sé anche dopo la fine del servizio. Non ultimo il fatto che la visita e la presenza in un campo del Presidente della CRI locale sarà per i rappresentati delle diverse etnie un atto di riconoscimento verso di loro sul territorio che poi andrà ben oltre il mero atto di presenza. Questo passo servirà poi ad avere una credibilità da parte delle famiglie, e ciò può solo far bene al dialogo ed alla risoluzione dei molti problemi che si possono presentare. Il fatto di presentarsi e dare il biglietto da visita con i recapiti ai rappresentanti delle diverse etnie per facilitare il dialogo ed avere un punto certo in caso di emergenze, è di sicuro un atto importante che consolida i rapporti e la credibilità.

5.2 La parte amministrativa: i protocolli di intesa e le convenzioni con il Commissario, il Prefetto e le Istituzioni

Quando sotto esposto è stato messo in atto a seguito dell'entrata in vigore del D.P.C.M. del 21 maggio 2008 (Dichiarazione di stato di Emergenza in relazione agli insediamenti di comunità Nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia) e delle conseguenti ordinanze del Presidente del Consiglio dei Ministri n° 3676, 3677, 3678 e del 30 maggio del 2008.

Fatte salve le attività routinarie di assistenza nei campi Rom, la Croce Rossa di solito viene chiamata dalle autorità locali per intervenire su progettualità complesse, in qualunque città, provincia o regione.

In caso di emergenza, tramite una ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri può essere conferita delega ad un Commissario (di solito il Prefetto), il quale può a sua volta attivare forme di collaborazione; ciò è avvenuto con la Croce Rossa per ciò che riguarda gli insediamenti delle comunità Rom nel territorio di competenza, esclusivamente con finalità umanitarie e assistenziali. In casi come questo, la collaborazione deve essere autorizzata con un provvedimento del Consiglio Direttivo Regionale CRI; nel caso vengano coinvolte nelle attività risorse dei diversi comitati locali e/o provinciali, servirà anche l'approvazione dei relativi Consigli che dovranno deliberare l'adesione al progetto. È necessario quindi definire un protocollo di intervento perché vengano rispettate una serie di condizioni.

Sarà redatto formale atto convenzionale predisposto dal Dirigente Regionale CRI con il Commissario Delegato dal Governo per assicurare il pagamento delle risorse economiche utilizzate per il progetto.

A tutela dell'operato della Croce Rossa, date le finalità esclusivamente umanitarie ed assistenziali, non può essere consentita la sua partecipazione ad attività direttamente inerenti la Pubblica Sicurezza, inerenti l'attività di censimento. L'atto di convenzione troverà nel suo interno regolamento la parte relativa al trattamento dei dati sensibili e giudiziari della CRI approvato dal Garante per la protezione dei dati personali, e potrà consentire agli operatori CRI di raccogliere ed utilizzare i dati inerenti le pratiche sanitarie ed umanitarie. I dati statistici di rilevanza epidemiologica, raccolti dalla Croce Rossa, potranno essere utilizzati per analisi di carattere generale sullo stato degli insediamenti, anche da altre amministrazioni e potranno essere messi a disposizione in forma assolutamente anonima. Le notizie riguardanti la situazione sanitaria individuale e nominativa debbono essere conservate dalla Croce Rossa per le proprie finalità assistenziali, e non possono essere

trasmesse ad altra amministrazione se non su richiesta dell'assistito o dell'autorità giudiziaria. Valgono per queste informazioni gli stessi limiti previsti dalla normativa sulle cartelle cliniche.

Deve essere assicurata sempre l'adesione volontaria a qualunque tipo di attività assistenziale svolta all'interno dei campi. Ricordiamoci che si tratta di persone non sottoposte ad alcuna misura che ne limiti l'esercizio dei diritti fondamentali. Per i minori ogni intervento sanitario od assistenziale deve essere preceduto dal preventivo consenso di chi ne esercita la potestà genitoriale.

Un atto convenzionale "tipo" che può fungere da indicazione viene esposto di seguito. In appendice si allegano, a titolo informativo, atti e delibere relative alla convenzione stipulata tra il Commissario Delegato dal Presidente del Consiglio dei Ministri per l'emergenza Nomadi nella Regione Lazio e il Comitato Regionale Lazio della Croce Rossa Italiana.

5.3 Progetto per l'inserimento sociale di Nuclei familiari Rom per la Prefettura di Roma – Casilino 900, La Martora, Tor dè Cenci.

ANALISI DEL CONTESTO

A Roma sono presenti oltre 50 Campi nomadi tra autorizzati, tollerati ed abusivi. Di questi campi fino ad oggi non è mai stata fatta una acquisizione della popolazione Rom e nomade per nuclei familiari. Esiste l'esigenza di conoscere con precisione il numero dei nuclei familiari per facilitare lo spostamento delle famiglie in campi attrezzati ed in unità abitative in ambito regionale, su indicazione della Prefettura.

INDIVIDUAZIONE DELLE CRITICITA'

Presenza di famiglie frazionate; famiglie che si spostano; presenza di alcuni nuclei non divisibili; situazioni socio sanitarie di difficile gestione, presenza di minori ai quali non è garantita la necessaria tutela e prevenzione verso ogni forma di rischio.

OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO

Conoscere le condizioni socio-sanitarie e strutturali delle famiglie Rom e di varie etnie;
Migliorare la loro integrazione;
Conoscerle per integrarle meglio;
Contrastare il degrado igienico, sanitario e socio ambientale.

OBIETTIVO SPECIFICO DEL PROGETTO

- Acquisire i dati delle famiglie, su base volontaria ed in rispetto della privacy;
- Acquisire la disponibilità a spostarsi in campi attrezzati o in unità abitative in ambito regionale
- Elaborare i dati con un programma dedicato;
- Individuare le famiglie a maggiore indice di “integrazione”;
- Assistere le famiglie durante l’assegnazione, il trasloco e l’insediamento nelle nuove realtà;
- Fornire elementi di educazione socio-sanitaria soprattutto in campo pediatrico e ginecologico;
- Assistere tutte le fasi dei diversi spostamenti, fornendo un contatto in loco anche nelle diverse provincie con la Croce Rossa locale;
- Consentire quindi l’accesso ai servizi di carattere sociale, assistenziale, sanitario e scolastico;
- Ove necessario, adoperarsi per attivare adeguate forme di profilassi.

RISULTATI ATTESI AL TERMINE:

Ricognizione di 3 Campi: Casilino 900, Tor dè Cenci - La Martora;

Fornire elementi di educazione socio-sanitaria ai nuclei familiari, al 100% della popolazione;

Controllare la copertura vaccinale dei nuclei;

Ricognizione delle esigenze e caratteristiche dei nuclei familiari.

COERENZA DEL PROGETTO CON LA PIANIFICAZIONE REGIONALE

ATTIVITA' PREVISTE E MODALITA' DI REALIZZAZIONE

Programma articolato in fasi temporali

1. Analisi del contesto operativo;
2. Fornire, con mediatori ed interpreti di madrelingua ogni utile informazione sul progetto, sue finalità e modalità di esecuzione;
3. acquisizione, con supporti informatici e programma dedicato, dei dati sensibili riguardanti i nuclei familiari e singoli, favorevoli e disponibili al progetto;
4. Saranno forniti alla Prefettura i dati sensibili acquisiti, compresa scheda/controllo dello Stato sanitario e della situazione vaccinale;
5. Si procederà, su precisa indicazione della Prefettura, a supportare le operazioni di

trasferimento nelle località destinate ed a favorire il percorso di integrazione attivando in loco le sedi provinciali della CRI; saranno inoltre forniti elementi di educazione socio-sanitaria.

Tempo previsto per il completamento delle attività, nelle diverse fasi descritte, è di 6 mesi.

MEZZI

Saranno utilizzati per la realizzazione del progetto, nelle diverse fasi:

- 1) n. 1 PMA (Posto Medico Avanzato);
- 2) n. 1 CAMPER Medico;
- 3) n. 1 PCA (Ufficio mobile);
- 4) n. 3 Autovetture;
- 5) n. 3 Pulmini (9 - 12 e 15 posti);
- 6) n. 3 gruppi elettrogeni;
- 7) materiale e suppellettili di arredo delle strutture.

RISORSE UMANE UTILIZZATE

- n. 9 Autisti;
- n. 3 Nuclei di Volontari, suddivisi nei vari Campi;
- n. 3 Interpreti – Mediatori;
- n. 3 Infermieri o Medici (alternativamente Pediatri / Ginecologi, per attività integrativa sanitaria);
- n. 6 Operatori di supporto logistico specializzato.

PIANO DEI COSTI

La CRI non può esimersi dall'utilizzare personale Sanitario ed Operatori socio-sanitari di supporto, oltre che Interpreti per affrontare l'intero progetto che ha caratteristiche socio-sanitarie.

Pur utilizzando prevalentemente personale Volontario si farà ricorso anche a specifiche professionalità strutturate.

Sarà inoltre impiegato tutto materiale di attendamento ed automezzi necessari ad operazioni da espletarsi in contemporanea, sui tre siti interessati.

Nel preventivo sono state considerate tutte le spese relative alle seguenti voci:

- Pasti per le risorse impegnate:
 - n. 24 Unità (3 squadre di Operatori x 8 elementi cad.)

- n. 9 autisti
- n. 3 interpreti
- n. 3 infermieri o Medici
- n. 6 Operatori per movimentazione materiali - trasferimenti e rimozione U.M.
- Carburante su conteggio chilometrico, compresi gli spostamenti in ambito regionale, prevedendo percorsi per complessivi 25.000 km (considerati tutti i mezzi mobili utilizzati)
- Materiale vario di consumo e questionario per i 3 Centri;
- Materiale sanitario per i 3 Centri;
- Supporti cartacei, PC con stampanti e programma informatico - per i tre centri;
- Costi per le risorse umane, nelle specifiche professionalità (autisti, interpreti, infermieri...) per complessive 15 Unità;
- Costi di supporto legati al trasloco delle famiglie in ambito regionale:
- Ammortamento spese per automezzi e gruppi elettrogeni.

Il calcolo è effettuato considerando 2 giorni lavorativi a settimana, per 6 mesi = 48 gg. Lavorativi.

Tabella stimata dei costi

Descrizione della prestazione	N. unità	Costo unitario in €	Gg. lavorativi	Calcolo chilometrico complessivo	Totale
Pasti per le risorse umane impegnate	45	10,00	48		21.600,00
Carburante per automezzi	9	0,75		18.000	13.500,00
Materiale vario di consumo - questionari					1.100,00
Materiale sanitario vario e borse mediche con presidi	3	2.000,00			6.000,00
PC con stampanti e supporti cartacei	3	1.700,00			5.100,00
Programma informatico - redazione statistiche e dati	1				7.000,00
Costi risorse umane: varie professionalità	15	45,00	48		32.400,00
Costi di supporto per trasferimenti in ambito regionale	vari				9.500,00
Ammortamento spese di consumabili per automezzi e gruppi elettronici					3.800,00

Costo complessivo stimato in € 100.000,00

(Centomila)

Tutte le spese, di cui sopra, saranno riportate nel consuntivo allegato alle relazioni che la CRI provvederà ad inoltrare alla Prefettura.

IL COMMISSARIO

Dr. Marco Squicciarini

6 La metodologia di intervento sociale rivolta alla comunità Rom

(Stefano Spanu)

Introduzione

Uno degli aspetti che il Comitato Provinciale di Roma della Croce Rossa Italiana ha affrontato con particolare riguardo in questi ultimi anni è stato quello delle Comunità Rom presenti all'interno del territorio. Su disposizione del Ministero dell'Interno, è stato affidato a commissari straordinari, nelle figure dei Prefetti di Milano, Roma e Napoli, il compito di effettuare il censimento delle popolazioni stanziati in tutti gli insediamenti – abusivi, tollerati e regolari – nelle rispettive regioni. Nella regione Lazio, tale attività è stata demandata alla Croce Rossa Italiana.

Ad opera del Comitato si sono attuate una serie di procedure – di notevole valore tecnico – per la programmazione, la progettazione e l'attuazione del censimento. L'impostazione per questo tipo di lavoro si è basata su due aspetti importanti: quello sanitario e quello sociale. Proprio per le estreme condizioni di disagio in cui questi gruppi vivono, la Croce Rossa si è interessata subito dell'aspetto sanitario. È di fondamentale importanza, per le persone che vivono in condizioni ambientali, sociali ed economiche estreme, avere il diritto alla salute, non dimenticando che la Croce Rossa a livello nazionale ed internazionale è portavoce di questo diritto. Uno dei risultati ai quali l'attività di censimento ha condotto, è stata una campagna di vaccinazioni effettuata all'interno del campo nomadi Casilino 900 e altri, segnando un nuovo impulso nella collaborazione tra CRI ed altri enti, e un punto di contatto importante con le popolazioni coinvolte. Tutto il processo messo in atto è stato descritto in un documento di linee guida, adottato prima come protocollo di intervento dal Comitato Provinciale di Roma e poi recepito a livello nazionale.

La cura dell'aspetto sociale ha sempre fatto parte degli interventi e della progettualità attuati dalla CRI; in questo frangente si stanno cercando nuovi impulsi e nuove forme di collaborazione al fine di implementare nuovi canali di integrazione.

6.1 Introduzione alle comunità nomadi e viaggianti

Sono passati ormai diversi anni dal momento in cui si sono di nuovo accesi i riflettori sui Rom e le loro comunità, divenute oggetto di interesse da parte dei media, di internet e di diverse istituzioni pubbliche e culturali, che hanno rivolto l'attenzione sia alle loro difficoltà,

sia alle loro abitudini di vita. La complessa struttura di questi gruppi, nonché i recenti cambiamenti politici nell'Europa dell'Est, si aggiungono alle cause che hanno suscitato tanta attenzione nei loro confronti nel mondo accademico e politico. Tuttavia, nonostante ciò, i Rom continuano ad essere una questione difficile da trattare nonché intrisa di pregiudizi ideologici.

Con l'ingresso nell'unione Europea dei paesi dell'Est, la questione dei Rom e delle loro comunità non è più una peculiarità di alcuni paesi, bensì di tutto il continente. L'ingresso della Romania, nella fattispecie, ha fatto sì che i Rom rappresentino ora il più cospicuo gruppo di minoranza dell'intero continente e non possono essere più considerati un gruppo marginale.

Il timore di una "invasione di zingari dall'Est" ha recentemente dato origine ad accesi dibattiti sulla questione.

Anche se oggi la mobilità in Europa è considerata un valore, in virtù di istanze sociali, politiche ed economiche quali flessibilità, multiculturalità, democrazia e tolleranza, tale considerazione viene applicata esclusivamente ad una ristretta elite di cittadini europei e non ai movimenti di nomadi o di cittadini meno abbienti.

Il movimento di questi ultimi suscita preoccupazioni in relazione ad aspetti di sicurezza sociale, sanitari e talvolta persino religiosi. I migranti sono spesso stigmatizzati come malviventi o vagabondi, dato che la maggior parte di essi vive in condizioni di povertà ed emarginazione. Tale condizione non fa altro che esasperare la percezione negativa che si ha di loro, e conseguentemente i loro flussi migratori vengono percepiti come un problema con diverse conseguenze a livello internazionale.

La discriminazione nei confronti delle minoranze, in particolare di quella Rom, è ancora ampiamente diffusa e queste comunità rimangono ancora molto soggette a tutta una serie di svantaggi sociali. Le loro condizioni di vita sono piuttosto degradate e usufruiscono in maniera molto limitata dei servizi sociali: uno dei problemi maggiori per la popolazione Rom rimane l'impossibilità di accedere ad alloggi di livello dignitoso. In termini di disoccupazione, reddito, educazione ed opportunità i Rom sono sicuramente tra i popoli più indeboliti in Europa.

Nei diversi paesi europei le comunità Rom soffrono tutte quante le stesse problematiche socio – economiche: reddito basso, basso livello di istruzione, vulnerabilità sociale, emarginazione, alloggi precari e di fortuna, discriminazione e il permanere di giudizi

negativi nei loro confronti¹.

6.2 La mappatura sugli interventi di strada

La mappatura è l'inizio di ogni intervento di strada e costituisce un momento fondamentale che si presenta in ogni fase successiva nel lavoro, quindi ha un effetto dinamico². Essa crea un'immagine panoramica del sistema di intervento sul profilo topografico, cognitivo e relazionale per dare modo di costruire un piano integrativo con la comunità ospitante. L'analisi dei profili territoriali e quelli demografici degli insediamenti ne specificano la dimensione e l'incidenza sulla popolazione presente, fornendo spunti su un argomento interessante da discutere in seno agli incontri istituzionali.

6.3 Il profilo topografico

Il profilo topografico consiste nel ricostruire il primo contesto generale della comunità³:

- 1 l'aspetto territoriale: stabilire i confini territoriali del luogo in cui si opera, delimitare l'area di interesse ed evidenziare i punti di maggior criticità; le caratteristiche geografiche ed ambientali, fondamentali per stabilire chi vive in condizioni di vita estreme con alti rischi igienici; la presenza di infrastrutture come Asl, ospedali, centri di aggregazione, scuole ecc e soprattutto la presenza di vie di comunicazione tali da gestire i flussi verso queste strutture.
- 2 l'aspetto demografico: le caratteristiche demografiche, che descrivono la dimensione di tali gruppi e il rapporto di relazione con il territorio circostante; la suddivisione e l'analisi delle fasce di età, relative a queste comunità, ha lo scopo di affinare eventuali interventi specifici riguardanti i modelli di sviluppo culturale e sociale.
- 3 l'aspetto economico: le attività produttive esistenti in quella determinata area di intervento, che portano alla conoscenza dello stato economico del posto in cui si agisce e alla sua redditività, dando anche luogo all'acquisizione di nozioni di tipo professionale e quindi occupazionale.
- 4 l'aspetto istituzionale e dei servizi: conoscere l'impostazione politico amministrativa del luogo in cui si agisce è fondamentale per gli accordi con le realtà presenti sul territorio;

¹ F. Pittau, A. Ricci, A. Silj. *Romania: immigrazione e lavoro in Italia; statistiche, problemi e prospettive*. Caritas Italiana. Idos, Roma 2008. (cap. 7 pp. 51-52).

² F. Ranieri, S. Bertolino, C. Cerbini, N. Polidori, P. E. Dimauro. *La mappatura nella progettazione del lavoro di strada*. Arezzo [s.n.] [s.d.]

³ Moneta S. *Voci sul campo*, in Fuori Orario ed Lotta contro l'emarginazione. 14n.590 del 30.04.1987. [s.l.]

considerare la tipologia dei servizi sanitari, di quelli sociali ed ancora di quelli educativi e infine del terzo settore quindi dell'opera di organizzazioni, associazioni ed enti che promuovono l'aiuto allo sviluppo locale.

Sono queste le prime fotografie che consentono di orientarsi e di adattare l'intervento ai bisogni del target per renderlo il più adeguato possibile⁴.

Controllo e osservazione del profilo topografico

Viene fatta una osservazione dei confini territoriali ed un'analisi delle risorse e dei costi di intervento, oltre che il reperimento del personale sufficiente per il lavoro in strada.

Vengono tracciati, nel profilo topografico, gli insediamenti abusivi con delle forme colorate che si differenziano nel caso in cui un insediamento sia abusivo o meno, abbia carattere permanente, stagionale o temporaneo, o nel caso in cui il contatto con il target e le condizioni ambientali ne limitino l'accessibilità.

Vengono tracciate le istituzioni pubbliche di maggior interesse come gli ospedali (es. pronto soccorso). Si evidenziano le linee demografiche ad alta intensità come ad esempio le strade a maggior scorrimento, giusto per avere i punti cardine di un eventuale evacuazione dal luogo. Appare quasi superfluo suggerire una ricerca delle mappe interattive, facilmente accessibili su internet, che potrebbero fornire indicazioni utili.

Dopo la prima fase di osservazione del profilo topografico, tutti gli insediamenti vengono numerati [Codice Campo] e riportati su apposita scheda generale.

6.4 L'osservazione e la ricognizione sul campo

In questo momento della mappatura i volontari si attivano in strada come osservatori neutrali: si esplora il territorio e si annotano i punti dove il target oggetto d'intervento si trova. Da qui si organizza il tipo di lavoro successivo.

Questa fase si definisce come non partecipata, in quanto non prevede un contatto diretto con il target. Il personale CRI presta attenzione al "setting" della strada, osserva il folklore e i ritmi delimitando il proprio confine spaziale d'intervento. All'interno del profilo topografico, così tracciato, si osservano gli spostamenti del target – le cosiddette "piste" – rilevando anche la velocità e l'intensità dei movimenti nei vari momenti della giornata.

La presenza può essere riscontrata anche attraverso le tracce che il target lascia dietro di sé, la cui lettura e interpretazione concorre a fornire indicazioni circa la natura della sua

⁴ F. Ranieri, S. Bertolino, C. Cerbini, N. Polidori, P. E. Dimauro. *La mappatura nella progettazione del lavoro di strada. Arezzo [s.n.] [s.d.]*

presenza. Il personale si interroga sulle caratteristiche della zona presa in esame⁵.

Quesiti riguardanti le caratteristiche della zona

- Quali sono le caratteristiche fisiche della zona?
- E quelle topografiche, dei suoli e del drenaggio?
- C'è sufficiente spazio per quanti si trovano già sul posto e quanti potranno ancora arrivare?
- La zona è accessibile in ogni stagione?
- Dal luogo in cui si trovano, i gruppi possono raggiungere i soccorsi?
- Qual è il manto vegetale?
- I gruppi avranno bisogno di legna da ardere e di legname per gli alloggi di fortuna?
- Quanti sono all'incirca gli abitanti della zona?
- A chi appartiene la terra (o chi ha diritto al suo utilizzo)?
- Ci sono terre coltivabili e pascoli?
- Qual è l'impatto effettivo o probabile sulla popolazione locale, e qual è l'atteggiamento di questa e delle autorità locali nei loro confronti?
- Esistono problemi di sicurezza?
- Quali fattori ambientali vanno tenuti presenti: ad esempio, fragilità dell'ambiente fisico e dipendenza della comunità locale da esso, rapidità dell'eventuale degrado da parte dei gruppi, vicinanza di aree protette?
- Quali sono le condizioni di vita della popolazione locale? Oltre alla comunità, andrebbe anch'essa assistita?⁶

6.5 La mappatura cognitiva

L'obiettivo è quello di costruire da un lato le rappresentazioni che vari soggetti del territorio hanno del target preso in esame, dall'altro le percezioni e i vissuti del target stesso rispetto al lavoro istituzionale. Questo tipo di mappatura si definisce come partecipata perché presuppone il contatto diretto del personale con la comunità. Ha anche l'intento di apporre lo sviluppo di una rete di supporto: l'unità di coordinamento si impegna ad entrare in contatto

⁵ F. Ranieri, S. Bertolino, C. Cerbini, N. Polidori, P. E. Dimauro. *La mappatura nella progettazione del lavoro di strada*. Arezzo [s.n.] [s.d.]. S. Moneta (a cura di) *Voci sul campo*, in Fuori Orario 14, ed. Lotta contro l'emarginazione, n.590 del 30.04.1987.

⁶ UNHCR (ACNUR). *Manuale per le emergenze*. Agenzia di protezione civile, edizione Italiana. 1996. [s.l.]. Confr. (cap. 5, allegato 1 pp. 46-47)

con le istituzioni e le associazioni presenti nel territorio con lo scopo di creare una rete di servizi che supporti le domande e i bisogni del target e della comunità nel suo insieme. In un certo senso ciò permette di avvicinare le istituzioni e le associazioni al target e viceversa⁷. Anche in questo caso il personale si pone gli interrogativi specifici sulle risorse e sull'assistenza in loco.

Quesiti riguardanti risorse, misure spontanee e assistenza in atto

- Che tipo di beni, e in che quantità, i gruppi hanno portato con sé?
- Che cosa hanno già fatto per far fronte ai bisogni più immediati?
- Che assistenza è già fornita dalla popolazione locale, dal governo, da altre organizzazioni; è adeguata e sostenibile?
- L'assistenza in atto potrà aumentare, rimanere invariata, diminuire?
- Qual è la politica governativa in materia d'assistenza a queste popolazioni?
- Esistono gravi restrizioni che possano influire sull'operazione umanitaria?
- Esistono piani di pronto intervento per questo tipo d'emergenza?
- Quali accordi di coordinamento sono necessari?⁸

6.6 Il profilo relazionale

Esso è finalizzato a rilevare quali siano e come evolvano i rapporti tra il gruppo-target e gli operatori: inizia soltanto dopo che si sono sviluppati i primi contatti con il target. La costruzione di una relazione significativa è la premessa indispensabile, dalla quale dipendono le possibilità di realizzare o meno un percorso che non può mai essere imposto, ma solo costruito attraverso la negoziazione tra gli operatori e il target di riferimento. Di solito viene considerata la fase più difficile dell'intero percorso di lavoro.

Il personale elabora e realizza gli strumenti che occorrono per effettuare il giusto inserimento: schede di rilevazione, griglie di intervista, mappa e codici di lettura della mappa stessa, rassegna stampa dei quotidiani locali, resoconti⁹. Lo strumento principale a

⁷ S. Moneta. (1987) *Voci sul campo*, in Fuori Orario 14, ed. " Lotta contro l'emarginazione", n.590 del 30.04.1987. F. Ranieri, S. Bertolino, C. Cerbini, N. Polidori, P. E. Dimauro. *La mappatura nella progettazione del lavoro di strada. Arezzo [s.n.] [s.d.]*.

⁸ UNHCR (ACNUR). *Manuale per le emergenze*. Agenzia di protezione civile, edizione Italiana. 1996. [s.l.]
Confr. (cap. 5, allegato 1 p. 47)

⁹ S. Bertoletti., S. Giaccherini. *Storie di strada*. Relazione delle mappature e proposte indicative per un'operativa di strada nel territorio aretino "Corso di formazione professionale

disposizione è rappresentato dall'uso contestuale e cosciente della propria soggettività. Quest'ultima diventa la modalità principale di apprendimento; la condizione che la determina consiste nel saper essere autentici, nel sapere come controllare l'invasione dall'esterno, riuscendo a dare la verità e a non nascondere la propria identità. Un termine chiave è la capacità a non ricorrere a schemi interpretativi precostituiti¹⁰.

I codici di mappatura rappresentano l'anello di congiunzione tra il lavoro di esplorazione/mappatura e la costruzione della mappa vera e propria¹¹.

6.7 Applicazione

Le domande sotto elencate rappresentano un esempio di quelli che sono gli aspetti da valutare, per quanto detto sopra, applicati al caso di progetti a favore delle popolazioni nomadi.

- Quanti sono all'incirca i nomadi presenti sul territorio di interesse?
- Da dove vengono? Perché?
- Qual è il ritmo degli arrivi? È probabile che aumenti o che diminuisca?
- Quale potrà essere il loro numero totale?
- Quali sono i loro punti d'arrivo e i luoghi dove attualmente si concentrano (latitudine e longitudine)?
- I nomadi arrivano da soli o in gruppo? Si tratta di gruppi familiari, di clan, etnici o di abitanti di uno stesso villaggio?
- Le famiglie, i gruppi di abitanti di villaggi e le comunità sono intatti?
- Come sono organizzati? I gruppi o le comunità hanno dei leader?
- Come si spostano: a piedi, con automezzi?
- Qual è la ripartizione per sesso della popolazione?
- Qual è il profilo della popolazione per gruppi d'età: sotto i cinque anni, dai cinque ai 17 anni, dai 18 anni in su?
- Quanti sono i minori non accompagnati? In che condizioni si trovano?
- Qual era la situazione socioeconomica di questi gruppi prima dell'esodo?

per operatori di strada" settembre/dicembre 1998, in collaborazione con la Provincia di Arezzo, Assessorato al Lavoro e alla Formazione professionale, Assessorato alle politiche Sociali, Cooperativa Cat. (1998)

¹⁰ F. Ranieri, S. Bertolino, C. Cerbini, N. Polidori, P. E. Dimauro. *La mappatura nella progettazione del lavoro di strada. Arezzo [s.n.] [s.d.]*.

¹¹ Ibidem.

- Quali sono le loro qualifiche e le lingue parlate? Quali sono le loro origini etniche e il loro retroterra culturale?
- Ci sono individui o gruppi con particolari problemi sociali? Ci sono gruppi resi più vulnerabili dalla situazione (ad esempio, disabili, minori separati dalle famiglie o anziani bisognosi d'assistenza)?
- Quali sono le abitudini alimentari, abitative e igieniche di questi gruppi?
- Qual è la situazione della sicurezza in seno alla popolazione locale: è necessario separare i diversi gruppi?
- Qual è lo status giuridico ufficiale della popolazione oggetto di indagine?¹²

¹² UNHCR (ACNUR). *Manuale per le emergenze*. Agenzia di protezione civile, edizione Italiana. 1996. [s.l.]
Confr.(cap. 5, allegato 1 p. 46)

7 Le varie fasi per prendere contatto con un campo Nomadi: modi e tempi per accedere, acquisire e mantenere la Loro fiducia

(AM. Pulzetti)

7.1 Preparazione

Queste Linee Guida dovrebbero essere usate, per un momento di riflessione e condivisione, dal personale volontaristico all'interno dei campi nomadi, per qualsiasi tipo di attività, anche semplicemente per una presa di contatto.

Comunque sarà importante organizzare un corso informativo/formativo per tutti quei volontari che facciano richiesta per questo tipo di attività.

La scelta del personale da utilizzare per questo compito è da considerare la parte più delicata, quando si voglia stabilire un rapporto; lo screening dei volontari adatti a questo tipo di utenza va classificato come intervento di preparazione.

Caratteristiche del volontario

- il volontario deve essere una persona paziente e tranquilla che sappia rapportarsi con qualsiasi tipologia di individuo senza alcun preconcetto;
- deve saper prima ascoltare e capire, poi parlare;
- è preferibile utilizzare personale abituato ad ascoltare pazientemente, per esempio con i Senza Fissa Dimora, abituato quindi a lavorare su strada;
- è necessario che il volontario che funge da contact point (il punto di contatto/portavoce), appena si accorga che il volontario è inadatto, lo rimuova prontamente, prima che faccia danno o prima che vada in crisi lui stesso e che lo si perda come volontario (risorsa);
- non si urla all'interno di un campo per avere l'attenzione della popolazione nomade;
- non si urla perché si è costretti a ripetere la stessa cosa alla stessa persona o a tutte le persone del campo;
- quindi, non si urla mai;
- spesso il nomade vuole sentire con le proprie orecchie quello che il volontario sta dicendo, anche più volte, perché è capitato che non accettino il portavoce del campo o che il portavoce non riferisca quello che il volontario ha comunicato o perché le

interpretazioni si intrecciano creando incertezze e dubbi;

- bisogna essere sempre fermi ma cordiali;
- essere sempre cordiali ma fermi;
- niente pacche sulle spalle, il rispetto è anche fatto di rapporto fisico, il ruolo per loro è importante, molto importante, un gesto di familiarità affrettata può rivelarsi una “trappola”;
- se si ha paura non prestare servizio;
- se ci si sente a disagio non prestare servizio;
- se il giorno in cui dovremo prestare servizio scopriamo di non avere pazienza, di essere di malumore, faremo meglio a evitare di uscire con i colleghi;
- non promettere cose che non si potranno esaudire;
- in questo momento le aspettative per il nomade sono alte e non si devono creare false illusioni;
- il nomade ha una spiccata sensibilità, capisce perfettamente gli stati emozionali della persona che ha di fronte e capisce anche se il volontario è una persona corretta e leale;
- se il volontario guadagna la fiducia del nomade non potrà mai succedergli nulla, perché all'interno di un campo c'è un codice d'onore e il volontario, la divisa e il simbolo che rappresenta non verranno mai toccati;
- Noi viviamo una fase culturale che discute il valore della divisa, ma nei campi la divisa, portata con correttezza, è una insegna, una bandiera;
- Un cenno alla capacità di assumere e mantenere un ruolo di riferimento in mezzo alla comunità nomade. Siamo abituati a fare riferimento ai simboli che nella nostra società evidenziano il ruolo di ciascuno di noi. Norme altrettanto, se non ancor più precise regolano, la società dei nomadi, ma si esprimono attraverso simboli poco significativi per molti di noi. Lascio descriverli a chi li conosce per appartenenza, a chi li studia, ma vorrei sottolineare come siano importanti per la nostra immagine la divisa di CRI e la capacità di mantenere la calma, l'equilibrio, l'equidistanza tra i “contendenti”;
- Per citare l'esperienza personale, in un campo nomade regolamentare, ma con una buona percentuale di persone dedite al consumo di droga, mi è stata rubata la borsa con documenti, telefonino, chiavi e soldi: il giorno dopo mi è stato riconsegnato tutto perché quel furto costituiva un gesto che non si poteva fare alla “bandiera” CRI;

- In un altro campo, un ragazzino mi ha sfilato il cellulare: dopo 15 minuti mi veniva restituito.
- Nella fase di preparazione è importante individuare il volontario/contact point cioè la persona che avrà contatti con i referenti del campo. È la chiave di perno di tutta l'operazione, dovrà avere, oltre le caratteristiche che ho elencato precedentemente, anche una spiccata personalità di mediazione. È solo attraverso la mediazione che sarà possibile entrare in sintonia con la popolazione nomade;
- Mediare è una parola che usano tanti: cerchiamo di capire cosa vale per noi di CRI, soprattutto in questo caso.

La CRI si muove in uno scenario in cui sono presenti altri attori ciascuno con le proprie prerogative e obiettivi:

- I Rom
- La cittadinanza
- Le Istituzioni
- Le Associazioni.

Allo stesso tempo la CRI è in qualche modo trasversale perché possiede alcuni connotati propri degli altri attori, i fini istituzionali delle associazioni, un ruolo istituzionale, la natura di cittadini dei volontari.

Noi non siamo solo mediatori con ciascun attore ma secondo me siamo in una posizione privilegiata perché il nostro ruolo è di intermediatori con tutte le parti.

Ho constatato che la CRI viene spesso presa come riferimento quando sono presenti diversi di questi “attori” e attribuisco questo fatto appunto alla trasversalità di cui ho parlato: in pratica si manifesta l'aspettativa che la CRI riesca ad esprimere correttamente le istanze dei diversi attori, superando le differenze di linguaggio. In questo modo assumiamo il ruolo di mediatori

Prima ascoltare e capire, poi parlare

In questi anni ho incontrato dei nomadi che si sono offerti di mediare la nostra entrata all'interno di un campo, ma non ho mai accettato per le seguenti ragioni:

- non sempre il nomade esterno al campo è accettato in un altro campo perché, pur appartenendo alla stessa etnia fa parte di un'altra famiglia, perché delle volte intervengono dei meccanismi di rivalità, di predominio sul territorio, sulle altre famiglie; problematiche che sono solo loro e che non competono alla CRI che in questa fase ha un altro ruolo.

- Penso che la nostra neutralità, unita ad una buona capacità di mediazione ci dia la possibilità di rapporti proficui e duraturi.
- L'onestà, la lealtà, il rispetto sono la base di tutti i rapporti che ogni individuo dovrebbe avere con i propri simili, ma penso che siano fondamentali nel momento che si viene a contatto con questo popolo.

Comunque, se episodicamente all'interno del gruppo di CRI non si riuscisse a trovare un volontario/contact point è preferibile in questo caso utilizzare, all'emergenza, un nomade per entrare all'interno dei campi.

È chiaro che l'aspetto lingua riveste notevole importanza. Può essere importante individuare, all'interno del Provinciale, un volontario che crei una squadra inter-componente con volontari di varie nazionalità o di nazionalità italiana, ma che abbiano ottima padronanza di una o più lingue

si occupa:

- di creare un registro con personale CRI da utilizzare, ove ne venga fatta richiesta;
- di comunicazione tra gruppi di lingua diverse;
- di insegnamento di lingua italiana attraverso una ricerca delle strutture che erogano questo tipo di servizio;
- di contatti con le varie ambasciate e consolati per tutte le problematiche legate a questo tipo di utenza.

Questa squadra è importante non solo per il discorso dei nomadi, ma anche per i senza fissa dimora, per gli immigrati richiedenti asilo politico e per tutte quelle situazioni di disagio con persone non italiane in cui la CRI interviene.

7.2 Indagini sul territorio

C'è da fare una distinzione tra l'approccio ai campi abusivi e a quelli regolamentari. In tutte e due le tipologie di campi vi possono operare altre organizzazioni con cui si possono allacciare dei rapporti di collaborazione. Criterio generale: nel caso di chiusura, non imporsi. In ogni caso risulta importante la conoscenza del territorio, della tipologia e numero degli abitanti e il tipo di integrazione con il tessuto sociale circostante.

TIPOLOGIA DI INSEDIAMENTO

Gli insediamenti si possono dividere in regolamentari, abusivi e tollerati. I tollerati sono più simili agli abusivi, perché privi di organizzazione, possono avere, a differenza degli abusivi

dei benefit come bagni chimici, qualche fontanella e i grandi secchi per i rifiuti.

Comunque vivere all'interno degli insediamenti abusivi è molto pesante per le condizioni disagiate: mancanza di luce, acqua, servizi igienici, freddo, caldo torrido, topi e talvolta rifiuti. Questa situazione è stata riscontrata talvolta anche nei campi regolamentari.

La popolazione che vive all'interno degli insediamenti abusivi /regolamentari non sempre è omogenea.

Vi sono campi nomadi di una unica etnia o di etnie differenti; come abbiamo trovato in alcuni insediamenti di popolazione nomade anche nordafricani, rumeni, sudamericani, francesi, italiani ecc.

Questi campi molto “misti” sono i più difficili da affrontare perché le regole del popolo Rom non sono rispettate, vige la legge del più forte.

In ogni caso il nostro approccio sarà sempre lo stesso, calmo, tranquillo senza volersi imporre. Talvolta conviene aspettare e riprovare in un momento diverso.

INSEDIAMENTI ABUSIVI

Sono consigliate uscite mirate a tre tipi di azione

a) la prima uscita è solo conoscitiva,

- senza prevedere alcun tipo di contatto;
- per individuare dove sono dislocati gli insediamenti e valutare approssimativamente quante persone possono presumibilmente viverci;
- per ciascun insediamento si raccomanda di prendere, se possibile, le coordinate GPS e di individuare la tipologia di collocazione:

1. in un parcheggio;
2. vicino ad un fiume;
3. sotto ad un ponte;
4. in uno spazio aperto;
5. dentro una boscaglia o canneto;
6. in un vecchio manufatto;
7. dentro delle grotte.

e di struttura:

1. roulotte o camper;
2. baracchette;
3. tende;
4. vecchio manufatto adattato alle loro esigenze;

5. l'insediamento può essere a vista oppure può essere chiuso, recintato.

Se, nonostante, le cautele si viene individuati o contattati non allontanarsi, ma raccontare, spiegare come la CRI opera all'interno degli insediamenti e quale è la nostra mission.

b) La seconda uscita è destinata alla presa di contatto

- Si consiglia di organizzarsi con un numero non elevato di volontari anche se l'insediamento è grande: è sufficiente una macchina con autista e 3/4 volontari.
- l'ora migliore, durante la settimana, è prima del tramonto, quando i nomadi rientrano nell'insediamento oppure nella giornata del Sabato o della Domenica.
- sarà uno e solo un volontario/contact point che parlerà con le persone che vivono nell'insediamento mentre gli altri volontari cercheranno di capire visivamente come è strutturato il campo, quante persone sono presenti, quanti bambini e cercheranno di memorizzare tutto quello che vedono per poi riferire a fine servizio (si consideri che al primo contatto può risultare controproducente mostrarsi a scattare fotografie e prendere formalmente appunti e documentazione).
- Il volontario/contact point cercherà di capire chi è, o chi sono, i portavoce dei Nomadi e spiegherà che si tratta di un gruppo di CRI che gira per gli insediamenti per sapere se ci sono problematiche, esigenze sanitarie, quante famiglie e quanti bambini siano presenti.
- Se si capisce o si incontrano altre organizzazioni all'interno del campo, prendere contatto con loro per capire se la nostra presenza possa essere utile e quali sono le esigenze primarie della popolazione. In caso di chiusura, non insistere.
- Possibilmente il volontario/contact point fisserà un appuntamento per ritornare nell'insediamento con un medico (possibilmente anche un pediatra) per visitare le persone che ne facciano richiesta.
- Annotarsi su di un taccuino le richieste di ciascuna persona (latte in polvere, pannolini, vestiario ecc). Gli aiuti sono sempre mirati.

c) La terza uscita è destinata a estendere il contatto e a rafforzare la relazione

- Si consiglia di organizzarsi sempre con un numero non elevato di volontari anche se l'insediamento è grande; è sufficiente:
 - una macchina con autista e 3/4 volontari
 - 1 camper medico o ambulanza, l'equipaggio, il personale sanitario e una

scorta di medicinali di prima intervento.

- portare i generi di prima necessità richiesti e consegnarli all'interessato; evitare di darli anche a quello che si dichiara padre, madre, parente (se non conosciuto da noi) perché il richiedente ha grandi probabilità di non vedersi recapitare il pacco.
- l'ora migliore, durante la settimana, è prima del tramonto, quando i nomadi rientrano nell'insediamento oppure nella giornata del Sabato o della Domenica.
- Mentre il medico effettuerà le visite, i volontari parleranno con la popolazione per avere più notizie e contemporaneamente daranno informazioni, a chi ne faccia richiesta, di come muoversi sul territorio nelle strutture Sanitarie locali e Nazionali.
- Se possibile, tornare altre volte nell'insediamento per instaurare un buon rapporto con la popolazione.

INSEDIAMENTO REGOLAMENTARE

Sono consigliate uscite mirate a tre tipologie di azione

a) la prima uscita è solo conoscitiva,

- senza prevedere alcun tipo di contatto,
- per individuare dove sono dislocati gli insediamenti e valutare approssimativamente quante persone possono presumibilmente viverci;
- per ciascun insediamento si raccomanda di prendere, se possibile, le coordinate GPS e di individuare la tipologia di collocazione;
- informarsi al Municipio di competenza se l'insediamento è sotto la gestione di una o più associazioni e la tipologia di organizzazione. Chiedere anche se sono in corso o sono state prese iniziative dalle ASL.

b) La seconda uscita è destinata alla presa di contatto

- Si consiglia di organizzarsi con un numero non elevato di volontari anche se l'insediamento è grande: è sufficiente una macchina con autista e 3/4 volontari.
- l'ora migliore, durante la settimana, è prima del tramonto, quando i nomadi rientrano nell'insediamento oppure nella giornata del Sabato o della Domenica.
- sarà uno e solo un volontario/contact point che parlerà con le persone che vivono nell'insediamento mentre gli altri volontari cercheranno di capire visivamente come è strutturato il campo, quante persone sono presenti, quanti bambini e cercheranno di memorizzare tutto quello che vedono per poi riferire a fine

servizio (si consideri che al primo contatto può risultare controproducente mostrarsi a scattare fotografie e prendere formalmente appunti e documentazione).

- Il volontario/contact point cercherà di capire chi è, o chi sono, i portavoce dei Nomadi e spiegherà che si tratta di un gruppo di CRI che gira per gli insediamenti per sapere se ci sono problematiche, esigenze sanitarie, quante famiglie e quanti bambini siano presenti.
- Comunque, se presente una associazione, è preferibile contattarla in prima istanza per capire se la nostra presenza possa essere utile e quali sono le esigenze primarie della popolazione. La collaborazione è importante perché loro conoscono il territorio e tutte le situazioni di criticità.

In caso di chiusura, non insistere:

- Portarsi sempre un taccuino su cui segnare le richieste dei nomadi e valutare sempre la fattibilità;
- Il volontario/contact point fisserà un appuntamento per ritornare nell'insediamento con un medico (possibilmente anche un pediatra) per visitare le persone che ne facciano richiesta.

c) La terza uscita è destinata a estendere il contatto e a rafforzare la relazione

- Si consiglia di organizzarsi sempre con un numero non elevato di volontari anche se l'insediamento è grande: è sufficiente
 - una macchina con autista e 3/4 volontari,
 - 1 camper medico o ambulanza, l'equipaggio, il personale sanitario e una scorta di medicinali di primo intervento.
- portare i generi di prima necessità richiesti e consegnarli all'interessato; evitare, di darli anche a quello che si dichiara padre, madre, parente (se non conosciuto da noi) perché è capitato che il richiedente non si è visto recapitare il pacco;
- l'ora migliore, durante la settimana, è prima del tramonto, quando i nomadi rientrano nell'insediamento oppure nella giornata del Sabato o della Domenica;
- Mentre il medico effettuerà le visite, i volontari parleranno con la popolazione per avere più notizie e contemporaneamente daranno informazioni, a chi ne faccia richiesta, di come muoversi sul territorio nelle strutture Sanitarie locali e Nazionali;
- Se possibile, tornare altre volte nell'insediamento per instaurare un buon rapporto

con la popolazione.

8 Il ruolo della CRI verso i Nomadi e la gestione degli interventi secondo progetti

(AM. Pulzetti)

Ogni volta che è stato lanciato un nuovo intervento lo si è fatto:

- pianificandolo nei contenuti, nei modi e nei tempi
- avendo cura di non duplicare iniziative già in atto da parte di altre organizzazioni/associazioni, ma intervenendo su aree non assistite.

Per poter fare questo ci si è avvalsi dell'organizzazione di CRI e la si è voluta sempre rispettare nel suo ruolo istituzionale.

È chiaro che per la CRI l'intervento sanitario è il primo modo per approcciarsi ed i progetti di ricerca dei campi sono stati sviluppati per portare l'intervento sanitario verso chi non cercava la CRI, il Servizio Sanitario Nazionale o servizi sanitari fissi erogati da altre organizzazioni/associazioni. I primi interventi sono stati mirati verso le fasce più deboli: i bambini, gli anziani, le donne ed i diversamente abili.

Come descritto in altre parti delle Linee Guida abbiamo incontrato organizzazioni/associazioni che seguono famiglie o campi su un generico piano assistenziale, spesso basandosi sulla vicinanza (per es. comunità parrocchiali) o progetti (trasporto bambini a scuola, doposcuola ecc).

Come CRI ci siamo orientati a integrare e non sostituire le altre organizzazioni/associazioni

- operando sull'area sanitaria, igiene e profilassi
- facilitando l'accesso, l'integrazione e il rapporto tra nomadi ed Istituzioni, forti della diffusione e credibilità della CRI
- organizzando progettualmente iniziative innovative, forti della nostra presenza capillare e articolazione organizzativa

Nelle emergenze abbiamo anche ricoperto il ruolo assistenziale per tamponare situazioni di grave criticità e anche dietro richiesta di organizzazioni/associazioni, ma questo ruolo è solo episodico perché crediamo che la progettualità, il cammino che la CRI ha deciso di avviare con il popolo nomade, possa alla lunga dare degli ottimi risultati.

Questo lo stiamo vedendo all'interno di un campo nomade regolamentare in cui la CRI, da più di un anno è presente con un ambulatorio due volte la settimana. Tutta la popolazione del campo è monitorata, monitorate sono tutte le malattie a carattere endemico, anche per una stretta collaborazione tra la CRI e la ASL di appartenenza del campo. Dalle Infermiere

Volontarie che vi prestano servizio, viene svolto anche l'insegnamento all'igiene.

All'interno di piccoli campi nomadi abusivi abbiamo portato settimanalmente buste condominiali per la spazzatura, sollecitando la popolazione a mantenere pulito il proprio spazio e quello comune, sono operazioni che richiedono assiduità, presenza e costanza all'interno dei campi da parte del personale di CRI, quindi onerosi, ma che la CRI ha deciso di sostenere per una funzione educativa.

8.1 L'approvvigionamento dei beni sussidiari di prima necessità loro distribuzione

I bambini sono il punto principale dei nostri interventi, perché sono le persone più fragili ma anche perché è su di loro che si potrà e si dovrà lavorare per una reale integrazione, dandogli la possibilità di un futuro migliore.

A Roma, il Comitato Provinciale ha siglato un protocollo d'intesa con l'associazione "I diritti civili nel 2000 Salva Mamme e Salva Bebè", che si occupa di tutte le problematiche materno infantili rivolte principalmente ai bambini che vivono nel disagio, dando la possibilità di una nutrizione equilibrata. Noi di CRI agiamo in tutte le situazioni segnalate dall'Associazione stessa, dalle ASL, dai servizi sociali, dalle organizzazioni/associazioni e quelle che noi scopriamo durante i nostri giri.

Comprare latte in polvere incide economicamente su tutte le famiglie, per cui spesso i neonati vengono nutriti con succhi di frutta, con latte a lunga conservazione allungato, con acqua in cui hanno bollito patate ecc. Sistemi per tenere tranquillo il neonato, non per garantirne la crescita.

Alcuni bimbi più grandi pranzano e cenano con pasta cotta nel latte e zucchero.

In molti casi ci siamo trovati di fronte a bambini sottopeso, se non rachitici; ove la mamma non potesse allattarli la CRI garantisce, dopo certificazione medica, latte in polvere per il periodo necessario e omogeneizzati e alimenti per il periodo dello svezzamento.

Sicuramente anche in altre città ci saranno Associazioni rivolte all'infanzia con cui siglare un protocollo d'intesa; se così non fosse la CRI si potrebbe attivare con delle campagne mirate in questa direzione per il reperimento di questo bene necessario alla crescita di un bimbo.

A Roma, ci si è attivati anche con delle campagne per la raccolta di vestitini, giocattoli, carrozzine e altro materiale per l'infanzia; il passa parola è stato soppiantato da internet e Facebook. Questo tam tam ha dato dei risultati sorprendenti e grande è stato il lavoro dei volontari che hanno smistato e catalogato tutto il materiale per fascia di età.

Se possibile, creare un piccolo magazzino dove poter collocare vestiario e giocattoli

suddiviso sempre, in scatoloni, per fascia d'età. Durante le campagne di vaccinazioni, che il Comitato Provinciale di Roma ha rivolto ai minori (0/15 anni) abitanti negli insediamenti di Roma, è stato utile regalare ai bambini un giocattolo e un vestitino.

Comunque sono generi necessari per dare un sorriso ai bimbi e per dare spunto al dialogo con la mamma.

In ogni caso ricordarsi che la CRI non è un Ente caritatevole, quindi, andare negli insediamenti, aprire il portellone del mezzo e cercare di dare i prodotti alla rinfusa, che si risolve nel darli al più forte o al più prepotente, non va bene. Questo sistema è anche rischioso per i volontari e per i mezzi presenti nel campo.

Dobbiamo “giocare il ruolo” di chi sceglie il destinatario; è preferibile stare in mezzo a loro, parlare con le mamme e cercare di capire le loro esigenze, trascrivere il nome e cognome e data di nascita della mamma o del bambino, comunque della persona a cui è indirizzato il nostro intervento.

La volta dopo andiamo con la busta destinata a loro e non ci saranno risse per un pannolino, per un vestitino o per un giocattolo perché le altre mamme cercheranno di parlare con te, ti spiegheranno le loro problematiche e il volontario, dopo aver segnato tutto su di un taccuino, cercherà di accontentarle nelle visite successive.

Ho saputo di donne che si sono fatte dare da volontari prodotti che non gli servivano per poi rivenderseli all'interno del campo dopo la loro uscita.

Abbiate sempre presente che il ruolo della CRI è di intermediazione tra il Rom, i cittadini, le organizzazioni/associazioni e le Istituzioni, siamo il ponte di congiunzione di un processo lento, molto lento.

Ricordarsi che un buon rapporto con il nomade è alla base di qualsiasi progettualità.

8.2 La Progettualità

Bisogna cercare di affrontare ogni occasione di intervento come lo spunto di un progetto: un progetto ben definito, pianificato, con possibilità di sviluppo.

Il primo è l'igiene. Quanto segue è il punto di inizio perché sono tanti i discorsi che si possono intrecciare con le mamme.

Infatti come Comitato Provinciale stiamo preparando un corso sull'igiene rivolto a tre fasce:

- la mamma, il neonato e la sua cura
- la mamma e i piccoli sino ai 6 anni, la propria cura e quella dell'ambiente circostante
- dai 6 anni in poi la cura della propria persona e dell'ambiente in cui vivono, la

scuola, la casa e gli spazi in comune È auspicabile la presenza di un genitore che partecipi attivamente all'esperienza del figlio per imparare i concetti di base.

Un altro spunto può essere il seguente:

ecco come abbiamo aiutato alcune mamme nei momenti di difficoltà, quando rimangono prive di marito perché in carcere o abbandonate. In un campo regolamentare di Roma, in uno spazio antistante il campo stesso c'è una zona dove i nomadi la Domenica fanno un mercatino vendendo oggetti, materiali provenienti dai cassonetti, dalle discariche, dalle cantine quando sono chiamati per ripulirle. Quale sistema migliore se non quello di raccogliere nelle nostre case, cantine e garage tutti quegli oggetti inutili che magari teniamo per anni e poi decidiamo di buttare perché fastidiosi ed ingombranti. Abbiamo preparato degli scatoloni con il materiale regalando a queste donne, dandogli la possibilità di guadagnare qualche soldo per dar da mangiare ai loro figli. Ricordiamoci che spesso queste donne e i loro figli vivono al di sotto della soglia di povertà.

In questo mercatino si vendono anche prodotti del loro artigianato povero e questo dovrebbe essere incentivato all'interno dei "villaggi della solidarietà" che si andranno a costruire.

Si possono organizzare dei corsi con nomadi/insegnanti che possano trasmettere il loro sapere ai più giovani e corsi per insegnare alle donne metodologie nuove, per creare prodotti nuovi.

A Roma si sono formate delle cooperative di nomadi che si occupano di lavori di artigianato, stirerie, tintorie, moda, usato, piccoli trasporti, manutenzione aree verdi, raccolta rifiuti ingombranti ecc. Cerchiamo di incentivare queste attività.

All'interno di questi "villaggi della solidarietà" bisognerebbe individuare i giovani con la voglia di imparare un mestiere (ciabattino, idraulico, falegname, maniscalco ecc. ecc.), cercando all'interno del proprio tessuto cittadino persone disponibili a trasmettere il proprio sapere. Ricordiamoci che alcuni di questi lavori stanno scomparendo perché i giovani italiani non gli vogliono praticare. Informarsi presso la regione dei corsi di formazione ed avviamento al lavoro a cui possano partecipare giovani nomadi.

8.3 Aiutare ad interagire con le Istituzioni (ASL, Ospedali, Consulenti, Sala Operativa Sociale ecc) anche per la gestione di persone con problematiche

La CRI è stata sempre stata autonoma nelle proprie attività ma ciò non toglie che abbia sempre collaborato con le Istituzioni per migliorare la qualità di vita di tutte le persone in difficoltà, e questo anche nei campi nomadi: la collaborazione è il primo presupposto per un aiuto concreto.

Collaborazione con la Sala Operativa Sociale del Comune di Roma c'è stata nel 2006 nella fase ricognitiva del Tevere e tutt'oggi, nel seguire dal punto di vista sanitario anche utenti senza fissa dimora o nomadi quando ci arrivano loro segnalazioni.

Dietro richiesta di un ospedale romano abbiamo seguito Lavinia, una bambina malata di TBC, con il sistema DOT, 2 volte a settimana dei nostri volontari portavano i medicinali prescritti dall'ospedale con la paziente che doveva prenderli davanti a loro.

Abbiamo seguito altri bambini nomadi con patologie varie sempre in collaborazione con ospedali Romani. Come Zarif, un bambino con la sindrome di Down, ricoverato a terapia intensiva cardiologica. Zarif, con i genitori ed i fratellini viveva in un camper in mezzo alla strada con altri nomadi, un posto caldo d'estate e freddissimo durante l'inverno; siamo riusciti a farlo inserire con la sua famiglia in un campo regolamentare con la speranza di una vita più tranquilla, un container come casa e un po' meno esposto alle intemperie.

Grande collaborazione con le ASL per il discorso delle vaccinazioni dei minori, per i casi di sospetta o conclamata tbc: abbiamo accompagnato i medici della ASL all'interno dei campi per il skin-test e loro verifica. In un campo nomadi abbiamo anche eseguito un monitoraggio della popolazione per evidenziare le persone con gravi patologie e dar loro accesso al vaccino per la nuova influenza.

Naturalmente il richiamo alla pianificazione e alla progettualità non significa porre vincoli ai nostri interventi.

La nostra collaborazione è attiva anche quando la richiesta è fatta da alcune organizzazioni/associazioni che si occupano di nomadi, per supportare madri in difficoltà prive di marito, anziani soli, tutta gente indigente che non ha accesso ai generi di prima necessità e che ha grande difficoltà ad accedere ai servizi.

Siamo intervenuti, dopo sgomberi, nel portare una coperta, un piatto caldo a persone spaesate che non sapevano dove ricollocarsi.

La CRI è sempre disponibile a supportare chiunque sia in difficoltà.

9 Indicazioni operative per la gestione di un'area sanitaria materno infantile all'interno dei campi Rom

(Jacopo Pagani)

“Nel mondo moderno, coloro che in realtà odiamo sono gruppi distanti (...). Li percepiamo in modo astratto, e inganniamo noi stessi, convincendoci che atti che in realtà sono incarnazioni dell'odio siano compiuti in nome della giustizia o di qualche altro parimenti nobile motivo. Solo una buona dose di scetticismo può strappar via i veli che ci nascondono questa verità. Avendo raggiunto ciò, potremo cominciare a costruire una nuova morale, basata non sull'invidia e la costrizione, ma sulla speranza di una vita piena e sulla convinzione che gli altri esseri umani sono un aiuto e non un ostacolo, una volta che sia stata sanata la follia dell'invidia. Questa non è una speranza Utopica (...). Potrebbe realizzarsi domani se gli uomini imparassero a perseguire la loro felicità invece che la miseria degli altri. Non si tratta di una morale incredibilmente austera, e la sua adozione trasformerebbe la nostra terra in un paradiso.”

Bertrand Russell, *Sceptical Essays* 1928.

9.1 Premessa

Il problema di integrazione sociale degli immigrati e dei Rom è una questione aperta in tutta Italia. A ciò si aggiunge il rischio di esclusione socio-sanitaria in particolar modo per l'area materno-infantile di queste etnie.

In particolare per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi sanitari messi a disposizione della collettività da parte delle aziende sanitarie locali, una delle minacce per la salute delle comunità Rom è rappresentata dalla riluttanza ad affidarsi alle mani di medici non Rom.

Per questa ragione, l'intervento del medico o del pediatra viene spesso richiesto tardivamente se non esclusivamente presso i servizi di pronto soccorso degli ospedali: questo accade perché secondo la visione Rom, il Pronto Soccorso rappresenta un servizio visibile, accessibile 24 ore su 24 (spesso si usufruisce del servizio nelle ore serali quando gli uomini sono tornati al campo e mettono a disposizione i mezzi di trasporto), sufficientemente anonimo, che fornisce una risposta immediata (quando ci ritrova di fronte ad una emergenza e non è disponibile un mezzo di trasporto il 118 ci può portare in Pronto Soccorso).

Il tutto immerso in una realtà di tassi più elevati di malattia dovuta fondamentalmente al disagio ambientale: problemi abitativi, difficoltà nella fruizione di beni primari come acqua e

luce, problemi di igiene (sovraffollamento delle case e dei campi, il clima freddo di inverno e caldo d'estate, la presenza di ratti, insetti, la presenza d'acqua stagnante, le condizioni strutturali delle abitazioni, il difficile accesso ai bagni, l'uso di stufe a legna e la presenza di fonti d'inquinamento industriale nelle vicinanze).

I pochi dati epidemiologici a disposizione hanno, ad esempio rivelato una prevalenza d'asma più alta di quella documentata in bambini italiani, un'alta percentuale di gastroenteriti e bronchiti ricorrenti e una più alta percentuale di bambini nati sotto peso.

In base ad esperienze condivise di medici che operano in P.S. e di medici Pediatri risulta che un cospicuo numero di soggetti Rom che si rivolgono al P.S. presenta quadri clinici che potrebbero essere affrontati e risolti adeguatamente in ambulatorio.

Si ritiene opportuno, pertanto, indicare alcuni modelli organizzativi da realizzare in ambito territoriale che possano contenere il fenomeno rispondendo alle esigenze sanitarie del cittadino Rom, ben sapendo che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema. Le attività all'interno del campo non dovranno essere quindi sostitutive a quelle proposte dal servizio Sanitario Nazionale ma integrative.

L'attività medica svolta all'interno dei campi nomadi sarà quindi prevalentemente rivolta alla realizzazione di servizi di prevenzione e tutela della salute della famiglia con particolare attenzione all'area materno infantile.

9.2 Scopi della realizzazione di un area materno infantile all'interno di un campo Rom.

Il Presidio all'interno del campo ha lo scopo di costituire un punto di riferimento, possibilmente continuativo, per il cittadino Rom che deve identificare nell'ambulatorio materno-infantile di CRI un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale a carattere preventivo e sociale.

Scopo principale di tali ambulatori sarà dunque quello di promuovere, in accordo e sinergia con le strutture già messe a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali, bilanci di salute e strategie preventive atte a tutelare la salute del bambino e della madre.

Scopo secondario, ma non meno importante, sarà quello di realizzare una alleanza terapeutica ed una rete di protezione che determini una riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza.

Gli obiettivi dei progetti di assistenza materno infantile sono identificabili nei seguenti punti:

- Migliorare le condizioni di vita dei bambini in difficoltà e il loro stato di salute, garantendo un'assistenza medica generale e specialistica, la conoscenza di nozioni

igienico-sanitarie basilari, supporto psicologico, un'alimentazione bilanciata e il diritto all'istruzione;

- Proteggere la mamma nel suo percorso verso il parto garantendo percorsi diagnostico assistenziali ginecologici di prevenzione ed informazione (fra cui la prevenzione e cura di malattie trasmissibili come l'AIDS);
- Proteggere il nucleo mamma-bambino garantendo una adeguata assistenza perinatale (favorire l'allattamento al seno, promuovere una corretta igiene del bambino etc).

9.3 Gli ambulatori medici di prevenzione materno infantili

Si tratta di strutture fisse o mobili (unità mobili materno infantili), costruite o allestite secondo le vigenti norme in materia sanitaria, gestite dai medici dell'area materno infantile (Pediatri, Neonatologi e Ginecologi) finalizzate ad erogare visite e prestazioni sanitarie a carattere preventivo, che normalmente sarebbero fruibili in strutture sanitarie lontane dal campo o difficilmente accessibili (ad esempio, ecografie delle anche, visite pediatriche per bilanci di salute etc). L'ambulatorio deve essere collocato in una sede distinta e facilmente individuabile all'interno del campo.

Ove possibile tale struttura dovrebbe essere localizzata vicino ad una postazione di ambulanze del 118, al fine di poter trasferire il paziente presso l'ospedale di riferimento, qualora se ne verificasse la necessità.

Le prestazioni erogabili dovranno essere quelle tipiche di un ambulatorio di prevenzione e potrebbero essere così riassunte:

Visite finalizzate a:

- Prevenzione oncologica (Pap-test, visita al seno);
- Prevenzione e cura dei principali problemi ginecologici;
- Conoscenza delle metodiche di Contraccezione;
- Tutela della gravidanza;
- Assistenza sociale e sanitaria per l'interruzione volontaria della gravidanza;
- Prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmesse;
- Assistenza domiciliare dopo il parto alla mamma ed al bambino (promozione dell'allattamento al seno etc);
- Esecuzione dei bilanci di salute e degli screening del bambino (Ecografia delle Anche, ECG, visita oculistica etc);
- Garantire una corretta copertura vaccinale;

- Prevenire il diffondersi di epidemie attraverso l'istruzione delle mamme all'igiene personale;
- Garantire una corretta igiene alimentare del bambino;
- Diffusione della conoscenza delle regole basilari per la tutela della salute del minore e promozione dei diritti dei bambini e adolescenti.

9.4 Accoglienza

Una parte fondamentale nella realizzazione delle aree materno infantili deve essere riservata all'accoglienza. Accoglienza che deve avere il significato del dialogo e quindi di un rapporto agevole di conoscenza tra paziente ed operatore sanitario: per rendere agevole tale rapporto sarebbe auspicabile che le visite siano effettuate in condizioni idonee o comunque recepite dall'utenza come tali.

Tali condizioni sono le seguenti:

1. Il superamento delle barriere linguistiche:

Un ruolo fondamentale è riservato alla mediazione culturale. Per questi motivi sarebbe auspicabile la presenza, durante le attività di ambulatorio, di un mediatore culturale che non deve essere semplicemente un traduttore ma un operatore riconosciuto dall'utente-paziente come familiare perché appartenente alle aree di origine o possibilmente esse stesse inserite in un circuito di comunicazione di comunità o nuova aggregazione sociale (ad esempio il campo Rom).

2. L'accesso all'ambulatorio in orari compatibili con le condizioni lavorative concrete:

È di primaria importanza la comprensione dei ritmi di vita della nuova utenza: trattandosi di soggetti sociali sottoposti a condizioni lavorative particolari, è fondamentale che l'approccio sia reso possibile in orari compatibili (ad esempio ambulatori serali).

3. Eliminazione di diffidenze di tipo etnico-sociale:

La diffusione della cultura della Salute deve essere realizzata con una particolare attenzione alla Prevenzione ed con un'apertura attenta alle tradizioni mediche di altri paesi: è prioritario recepire le reali aree di disagio per poter realizzare interventi efficaci e migliorare i processi di integrazione.

9.5 Modalità di esecuzione delle visite

Le visite verranno eseguite in date ed orari prestabiliti con una cadenza possibilmente

settimanale.

Le visite dovranno essere eseguite nel rispetto delle diverse identità, con una comunicazione disponibile e flessibile, con disponibilità alla conoscenza della diversa cultura.

Le visite dovranno mirare a costruire una alleanza terapeutica rispettosa delle differenze etniche ma altresì pronta ad una educazione sanitaria a tutela della salute del bambino.

Le visite saranno corredate da una cartella clinica computerizzata, secondo le norme previste dalla legge sulla privacy e la gestione dei dati sensibili.

Le visite dovranno essere eseguite nelle idonee strutture sanitarie fisse o mobili attrezzate a norma di legge individuate all'interno del campo e non porta a porta. Faranno eccezione casi particolari (Urgenza, Necessità) che verranno valutati di volta in volta dal sanitario di Croce Rossa responsabile presente.

Ad eccezione di casi particolari non dovranno essere distribuiti gratuitamente farmaci all'interno dell'ambulatorio (spesso per il popolo Rom avere una medicina rappresenta uno status symbol più che una reale necessità terapeutica).

Pazienti con terapie croniche particolarmente indigenti, potranno ricevere i farmaci all'interno di programmi di erogazione personalizzati volti al controllo della malattia. (Ad esempio erogazione dei farmaci per periodi prestabiliti con obbligo di visita di controllo per accedere alla nuova erogazione del farmaco).

È auspicabile che le visite, ed in particolare i bilanci di salute dei neonati, vengano incentivate mediante la dispensa di generi di conforto per la famiglia (esempio dall'erogazione di pannolini, giochi, etc).

Assolutamente prioritario risulta favorire l'allattamento al seno delle mamme. Per tali ragioni è categoricamente vietata la distribuzione gratuita del latte in polvere all'interno dei campi se non accompagnata da autorizzazione medica.

9.6 Unità mobili materno infantili

L'unità mobile materno infantile è costituita da un camper allestito ad ambulatorio polifunzionale. Il camper dovrà essere realizzato a norma di legge ed essere progettato al fine di realizzare il maggior numero di funzioni assistenziali possibili.

Sono individuati due spazi distinti, ognuno con porta di accesso dall'esterno, collegati tra loro da una porta centrale. In questo modo tali spazi possono funzionare da ambulatori pediatrici distinti, da flussi di assistenza caratterizzati da una raccolta anamnestica dettagliata nel primo spazio e visita nel secondo.

All'esterno si potrà installare una tenda chiudibile su tutti i lati in modo da realizzare un area

accoglienza esterna. La tenda potrà ulteriormente essere suddivisa in due sezioni con accesso indipendente ai due spazi interni in modo da creare 4 unità di lavoro distinte o collegate in un percorso sanitario fatto di sottostazioni (ad esempio in una vaccinazione il primo spazio adibito ad accoglienza ed accettazione, il secondo a raccolta anamnestica e visita, il terzo esecuzione della vaccinazione, il quarto osservazione prima della dimissione).

Il camper dovrà essere dotato di un impianto di illuminazione autonomo, di acqua corrente, di un impianto di condizionamento e ventilazione a norma di legge, di un impianto di ossigeno, di una rete LAN e possibilmente di un impianto audio video per l'intrattenimento dei bambini. Dovrà essere dotato dei principali strumenti elettromedicali per gestire l'emergenza (cardiomonitor, DAE etc). Ove possibile dovrà essere montata una lampada scialitica per effettuare i piccoli atti chirurgici. Inoltre dovrà essere dotato di frigorifero e bagno.

9.7 Ambulatorio infermieristico materno infantile

Sarà utile l'istituzione, ove possibile, anche di un ambulatorio infermieristico materno infantile, in collaborazione con infermieri dell'area pediatrica ed ostetriche rivolto:

- All'insegnamento e alla divulgazione secondo linee guida delle principali nozioni preventive (promozione dell'allattamento al seno, promozione delle regole per la prevenzione della SIDS, igiene del neonato etc);
- All'esecuzione di piccole medicazioni o misurazioni (Gestione del cordone ombelicale, rilevamento dello stato nutrizionale mediante il rilevamento di pesi ed altezze etc).

9.8 Comportamento

Poiché l'intervento di una istituzione umanitaria come Croce Rossa Italiana all'interno di un campo rappresenta un esempio per i bambini è opportuno mantenere un comportamento adeguato (ad esempio potrebbe essere fatto divieto di fumo durante le ore di servizio all'interno del campo, potrebbe essere fatto divieto di regalare cose in maniera casuale magari gettando i doni in mezzo alla folla di bambini che si radunano intorno ad un operatore etc).

9.9 Valutazione del Progetto all'interno del campo Rom

A livello locale l'adozione definitiva del modello operativo sul campo dovrà avvenire solo dopo una attenta considerazione dei risultati ottenuti.

Sarà, pertanto, necessario avviare contestualmente un'attività di monitoraggio continuo utilizzando un apposito sistema di indicatori e promuovendo una modalità condivisa con le Regioni e con le realtà professionali locali coinvolte per la loro valutazione.

10 Le vulnerabilità Rom – Interventi della Croce Rossa Italiana

(Christopher Lamb; traduzione: E. Monti)

Premessa

Su invito del Commissario Straordinario della Croce Rossa Italiana Dott. Francesco Rocca, il 16 dicembre 2009 ho visitato il campo “Casilino 900”. L’invito del Dottor Rocca aveva lo scopo di farmi vedere il campo e le condizioni affrontate dalla Croce Rossa Italiana, e per offrire dei consigli sul “come procedere poi”. Questa breve relazione cerca di rispondere a questo mandato.

10.1 Il campo

Il Casilino 900 è un campo di abitazioni di fortuna occupato da più di 40 anni da famiglie Rom in condizioni di degrado e squallore. In questo momento vi vivono 700 persone, tutte di origine Rom ma con differenti background e interessi anche in competizione tra loro.

Sebbene il popolo Rom sia considerato nomade, molte delle famiglie del campo C900 sono residenti nel campo da decenni. Alcuni sono arrivati dalla Bosnia-Herzegovina durante la guerra nel loro paese, alcuni dei più recentemente arrivati giungono dal Kosovo per sfuggire ai conflitti locali di quel paese. Alcuni sono residenti in Italia da lungo tempo.

La vita delle famiglie segue regole della loro tradizione ed anche se alcuni di loro hanno documenti italiani molti fra essi mancano di sufficiente documentazione per giocare un ruolo pieno nella economia italiana. La legge italiana prevede per i bambini la frequentazione scolastica obbligatoria fino a 15 anni, ma molti di essi non continuano dopo questa età. I ragazzi sono accompagnati a scuola da bus comunali, ma non vi è altro trasporto pubblico disponibile nelle vicinanze.

Il Casilino 900 si trova vicino ad una strada principale e ad un percorso di tram. Non è però fornito di servizi da parte delle autorità locali, non vi è elettricità, acqua o servizi igienici. La maggior parte delle abitazioni è di tipo provvisorio o di fortuna, spesso fatte di capanne o rifugi ricavati da materiale recuperato ovunque. Vi sono cinque punti nel campo dove si trovano dei rubinetti per l’erogazione di acqua, e vi sono gabinetti portatili qui e lì fra le abitazioni. Alcuni generatori nel campo danno elettricità alle abitazioni vicine ad essi per poche ore al giorno. Io sono stato lì dopo un periodo di pioggia continua. L’intera superficie del campo era fango, e misure igieniche decenti potevano essere solo un sogno. Lo squallore delle condizioni è esattamente descritto nell’articolo al link sotto riportato:

http://www.everyonegroup.com/everyone/mainpage/Entries/2008/4/20_Humanitarian_emergency_at_the_Casilino_900_camp_in_Rome.html, che ha creato tanto dibattito nell'aprile 2008.

10.2 Interventi della Croce Rossa Italiana

L'intervento della Croce Rossa Italiana è condotto dal Commissario per la provincia di Roma Dott. Marco Squicciarini, che è stato al campo per la mia visita. Egli è chiaramente benvenuto dai Rom, i bambini si sono accalcati intorno a lui ed è stato anche calorosamente salutato dalla gente, comprese le anziane ed i capo famiglia del campo.

Egli prestava servizio al campo come volontario molto prima di essere nominato Commissario, e affronta le necessità della comunità con una passione che viene ben corrisposta dalla gente. La fiducia che la gente nutre nei suoi confronti è palpabile.

La Croce Rossa Italiana non dirige il campo, ma fornisce medicine e cibo. Conserva la registrazione delle presenze nel campo per poter effettuare previsioni sui loro bisogni, ed intanto mantiene anche un dialogo con le autorità provinciali, compresa la Polizia, pur tuttavia non divulga i suoi dati sulla popolazione del campo per non pregiudicare i diritti della stessa popolazione. Diversamente da quanto raccontato dai media in alcuni notiziari internazionali nel 2008, la Croce Rossa non rileva e non ha mai rilevato le impronte digitali alle persone nel campo.

La Croce Rossa Italiana mantiene buoni rapporti con la Chiesa nel supportare i bisogni psico-sociali della comunità. Ho incontrato per caso al campo Don Paolo, un prete che visita la comunità da lungo tempo regolarmente. Don Paolo ha detto che non cerca di convertire le persone al Cattolicesimo, notando che per la maggior parte di loro la religione è irrilevante se non per consentire l'accesso a delle strutture locali. Quelli giunti dalla Bosnia, per esempio, erano vissuti precedentemente in ambienti Ortodossi o Musulmani ed ora si sono adattati facilmente a vivere in un ambiente italiano cattolico.

Don Paolo ha detto che la gente lì vive nello stesso modo da generazioni, e non sembra intenzionata a cambiare. Concetti occidentali come il battesimo, il matrimonio o il funerale sono distanti da essi, così come tanti altri modi di concepire la vita tipici degli Italiani. Ciò ha portato ad un notevole livello di intolleranza per i Rom da parte della popolazione italiana circostante, intolleranza nutrita anche da disinformazione ed equivoci. Il Dottor Squicciarini ha raccontato un esempio illuminante di ciò: una ragazza che aveva studiato oltre i 15 anni fino ad ottenere un diploma di parrucchiera e che era stata assunta da un parrucchiere locale, si era poi vista rifiutare il lavoro quando il datore di lavoro aveva saputo che proveniva dal

campo.

Don Paolo proviene da una università, non da una parrocchia locale. Ho avuto modo di parlare del suo contributo in un incontro successivo con il Presidente del Consiglio Pontificio per la Salute al Vaticano (Arcivescovo Zygmunt Zimowski), il quale ha detto di essere stato colpito dalla storia e che progettava di incontrare Don Paolo e visitare il campo lui stesso.

10.3 Il futuro

Il Dottor Squicciarini ha detto che il governo ha da alcuni anni un progetto per chiudere C900 ed altri campi intorno a Roma e spostare la gente di questi campi in un nuovo campo dotato di elettricità, acqua e servizi igienici. Questo progetto deve ancora concretizzarsi, in parte perché nessun comune nella provincia di Roma ha espresso la volontà di ospitare tale struttura. Ciò è dovuto ad intolleranza e sospetto nei confronti dei Rom, ma va anche precisato che molte famiglie dei vari campi attuali non vorrebbero spostarsi, neanche per andare a trovarsi in condizioni migliori. Sono abituati al posto dove si trovano, sanno come trovare ciò di cui hanno bisogno, ed ottenere anche lavori occasionali nel territorio, inoltre si trovano a proprio agio gli uni con gli altri.

L'ultimo punto è importante. I Rom sono organizzati intorno a nuclei familiari, e non vi sono organizzazioni Rom nazionali o locali capaci di mediare negoziazioni in base alle quali andare avanti sotto precise regole.

Nel contempo, il nuovo campo deve essere ancora stabilito, ma il governo non ha un reale incentivo per fornire servizi nuovi al campo 900 o agli altri. La situazione è di paralisi sociale, e le sole organizzazioni che contribuiscano in maniera continua ai bisogni essenziali umanitari di questa gente, che io abbia potuto osservare, sono la Croce Rossa Italiana e la Chiesa.

10.4 Raccomandazioni

La situazione sembra fatta apposta per sfruttare al meglio il ruolo ausiliario della Croce Rossa Italiana accanto alla missione umanitaria che porta avanti. È anche una situazione che merita una approfondita discussione fra le società nazionali europee – sia quelle che affrontano le sfide Rom nei loro paesi che quelle dove i problemi Rom non sono affrontati dalla Croce Rossa ma che sono comunque parte del dibattito nazionale e politico nonché sociale.

La Croce Rossa Italiana dovrebbe essere, sia a livelli alti che locali, membro di qualsiasi comitato governativo che si occupi dei problemi umanitari dei Rom. In questi comitati essa

dovrebbe farsi portabandiera di misure atte a ridurre l'intolleranza verso i Rom e nello stesso tempo cercare una allocazione di risorse che dovrebbero aiutare i Rom a stabilizzare la propria esistenza nella società e nella economia italiana.

Essa dovrebbe, tuttavia, evitare di dare in alcun modo l'impressione che il proprio ruolo sia altro che assistenza alle emergenze umanitarie – la gestione per il soddisfacimento delle necessità della comunità è chiaramente una responsabilità governativa.

Gli interventi in favore dei Rom – oltre che provvedere acqua e servizi igienici, territorio con superfici pulite e accessibili nonché medicine ed elettricità – bisogni ovvi oltre che necessari – dovrebbero includere la possibilità di accedere a dei computer, specialmente per i bambini. Progetti tenutisi altrove nel mondo hanno dimostrato che internet fornisce grandi incentivi alle popolazioni. Perfino i giochi aumentano l'interesse nell'alfabetizzazione, ed i benefici nello scambio di informazioni e di esperienze potrebbero portare ad una rapida rivitalizzazione delle ambizioni dei Rom nonché ad un accresciuto interesse nel far parte della comunità più ampia intorno a loro.

L'esperienza dimostra che i computer possono anche essere un fattore significativo nel condurre le donne, e le persone tradizionalmente relegate ai margini dal proprio ruolo, a una nuova vita, tramite communities sociali ed economiche. Ciò sarebbe un ulteriore vantaggio per il campo 900 e gli altri campi Rom.

Programmi di questo genere potrebbero essere supportati da consigli di Infopoverty, una organizzazione con sede a Milano con la quale la IFRC ha avuto contatti per fornire ICT (Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione, NdT) alle comunità isolate e svantaggiate in altre parti del mondo.

Tali programmi potrebbero anche essere supportati in tutta l'Europa dalla Commissione Europea, che è attivamente interessata nell'affrontare sia la discriminazione contro i Rom che le misure per aiutarli.

L'esperienza nell'affrontare i bisogni di comunità isolate e svantaggiate altrove nel mondo mostra che la disponibilità di trasporto pubblico è un punto chiave. Il Casilino 900, nonostante la sua vicinanza logistica al percorso del tram, non sembra ben servito, e sarebbe ottimale che tale problema venisse affrontato dalla Croce Rossa Italiana nel suo ruolo ausiliario. Il trasporto è necessario infatti alle persone per recarsi al lavoro, ma offre anche mobilità per persone che tradizionalmente non sono legate a comunità più ampie. L'accesso ad Internet, citato sopra, renderebbe più veloce il bisogno di avere altre forme di comunicazione.

La Croce Rossa Italiana dovrebbe esaminare la possibilità di accordi di collaborazione con altre istituzioni impegnate ad assistere il C900 ed altri campi Rom. Così facendo, essa dovrebbe sottolineare sia le sue capacità umanitarie ed ausiliarie, sia prendere in considerazione il loro punto di vista nel formulare richieste alle autorità governative.

L'importanza del problema all'interno della politica italiana rende auspicabile un accordo strutturale con il governo, ad un livello appropriato, in virtù del quale il governo stesso riconosca che l'Associazione svolge le sue funzioni in conformità ai Principi Fondamentali del Movimento, ma che allo stesso tempo essa ha la capacità di dare suggerimenti attraverso il proprio ruolo di ausiliaria della pubblica autorità nel campo umanitario. Questo accordo dovrebbe essere creato in modo tale da valere in tutta Italia, ad ogni livello di governo.

Sebbene il ruolo della Croce Rossa Italiana così come quello dell'IFRC non sia quello di entrare nel merito del dibattito politico che tale problema ha generato, tuttavia è importante che gli uffici RC EU a Bruxelles monitorino la preoccupazione della Commissione Europea riguardo il trattamento dei Rom in Italia ed altrove, e il modo in cui la Direttiva 2000/43/EC sulla eguaglianza razziale e quella 2000/78/EC sulla proibizione di discriminare sul lavoro e formazione vengano attuate.

La Croce Rossa Italiana potrebbe considerare di organizzare un incontro europeo di Croce Rossa per discutere questi problemi in un momento consono e dopo una attenta preparazione. L'idea potrebbe essere suggerita alla prossima Conferenza Europea delle Società Nazionali (Aprile 2010 a Vienna) e fissata ai primi mesi del 2011.

Per ulteriore documentazione, è possibile consultare il sito del Dott. Squicciarini: <http://www.crocerossachepassione.com>, la pagina della Commissione Europea "L'Unione europea e i Rom": <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=518&langId=it> e il sito di Infopoverty: <http://www.infopoverty.net>.

Christopher Lamb

IFRC Geneva, 27 December 2009

christopher.lamb17@gmail.com

+41.79 217 3375

11 Il Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni

(Lucia Ercoli)

11.1 Premessa

Il Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni è stato avviato nel dicembre 2004 ed è ubicato nei locali della Parrocchia Santa Maria Madre del Redentore, grazie a un accordo espresso in un Protocollo di Intesa tra Policlinico Universitario di Tor Vergata, Istituto di Medicina Solidale ONLUS (IMES) e Diocesi di Roma, proprio in ragione della consapevolezza del difficile contesto sociale e sanitario presente in tale territorio e della volontà di rispondere in modo adeguato ai tanti bisogni esistenti.

11.2 Storia e contesto socio-demografico

Il Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni ha iniziato, dal dicembre del 2004, la propria attività di assistenza medica, infermieristica e sociale nel territorio dell'VIII Municipio, in una struttura poliambulatoriale allestita presso i locali della Parrocchia Santa Maria Madre del Redentore. La realizzazione del Servizio è stata possibile grazie a un accordo di Convenzione tra Policlinico Universitario di Tor Vergata (PTV) e Istituto di Medicina Solidale ONLUS (I.ME.S) seguito alla ratifica di un Protocollo di Intesa tra Diocesi di Roma, PTV e I.ME.S, proprio in ragione della consapevolezza del difficile contesto sociale e sanitario presente in tale area e dalla volontà di rispondere in modo adeguato ai tanti bisogni esistenti nel territorio.

Il territorio del Municipio VIII, il “Municipio delle Torri”, comprende le borgate di Torre Maura, Torrenova, Torre Gaia, Torre Angela, Lunghezza, Borghesiana, San Vittorino, Don Bosco (parte), Torre Spaccata e Acqua Vergine che si estendono a sud-est di Roma (per lo più oltre il Grande Raccordo Anulare).

Il Municipio VIII nel 2003 contava 203.262 abitanti, risultando in assoluto quello più popoloso di Roma (vi risiede il 7,23% della popolazione cittadina). Il Municipio VIII vanta un primato sicuramente poco confortante: dalla ricerca effettuata dal Censis per conto della Regione Lazio (Rapporto su La povertà nel Lazio, 2002) risulta essere quello con il più alto indice di disagio socio-economico (indice di disagio socio-economico pari a 73,6 su 100).

Secondo il Rapporto, nel Municipio la mappa del disagio sociale ne vede sostanzialmente rappresentate tutte le principali tipologie. Il territorio è caratterizzato, infatti, da dispersione scolastica, elevato numero di portatori di handicap e di minori in stato di indigenza, tassi

elevati di disoccupazione giovanile e femminile e di lavoro nero. La ricerca evidenzia, inoltre, che in questo territorio è presente la più elevata quota di adulti che ha fatto ricorso all'assistenza economica.

In questa area, il numero degli immigrati è salito dalle 1.595 unità nel 1991 a 10.287 unità nel 2002; l'incremento del numero degli stranieri ha contribuito ad esacerbare gli effetti sul disagio sociale delle carenze abitative e di servizi primari. Nel 2004, infatti, gli stranieri residenti in quest'area erano 15.371 – con un incremento rispetto all'anno precedente di 28,9 punti percentuali, il più alto dell'intero Comune di Roma – e rappresentavano il 6,9% del totale degli immigrati della capitale ed il 7,4% della popolazione residente nel Municipio.

Altro dato demografico specifico del Municipio è il basso indice di vecchiaia. Il Municipio è, infatti, il più “giovane” di Roma con il 18,3% della popolazione composta da giovani fino a 14 anni.

11.3 Obiettivi e Metodo di lavoro

Obiettivi del Servizio sono:

1. Realizzare un Servizio a bassa soglia di accesso per le fasce sociali fragili (immigrati, senza fissa dimora, nomadi, ragazze madri, minori e anziani)
2. Accogliere persone in condizione di disagio estremo (prostitute, rifugiati, clandestini, tossicodipendenti), che non afferiscono ad altre strutture sanitarie territoriali.
3. Offerta sanitaria attiva: screening per specifiche patologie (osservatorio privilegiato sull'emergenza di patologie in quanto capace di reclutare quei pazienti che ordinariamente sfuggono all'offerta dei comuni servizi territoriali).

Sotto il profilo metodologico l'assistenza è garantita 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì grazie al lavoro di un'equipe di 30 volontari dell'IMES (medici specialisti, psicologi e infermieri), da 2 unità di personale infermieristico del PTV, da 2 unità OTA del PTV, da 1 unità di personale amministrativo del PTV, da 1 responsabile sanitario del PTV.

Il percorso assistenziale è individualizzato e comprende:

- Accoglienza, diagnosi, terapia, prenotazione degli esami che non possono essere effettuati presso il Servizio.
- Presa in carico degli interi nuclei familiari.
- Distribuzione dei farmaci ai pazienti, nei quantitativi corrispondenti esattamente al periodo di cura.
- Assistenza infermieristica ambulatoriale per il controllo di patologie croniche

(ipertensione, diabete) e per il trattamento delle lesioni cutanee.

Il Servizio di Medicina Solidale é riuscito in questi anni ad individuare nuovi percorsi assistenziali capaci di rimuovere gli ostacoli e favorire l'accesso e la fruizione delle prestazioni; avvicinare gli utenti all'offerta assistenziale, educare gli assistiti alle conoscenze riguardanti le "regole" e i "percorsi" istituzionali; ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso Ospedaliero; creare un osservatorio privilegiato di studio clinico - epidemiologico e sociale; migliorare l'assistenza sanitaria dei gruppi meno stabili e più vulnerabili.

11.4 Convenzioni e collaborazioni

La crescente e spesso complessa domanda di assistenza da parte di cittadini, appartenenti a fasce "deboli" e "a rischio", ha reso indispensabile la creazione di una rete di collaborazione tra Servizio di Medicina Solidale e strutture già presenti e attive nel territorio, di seguito elencate:

1. Vicariato di Roma con il quale è stato stipulato un protocollo di Intesa, al fine di abbattere le discriminazioni esistenti nel territorio dell'ottavo Municipio e creare un centro di ascolto delle emergenze sociali.
2. ASL/RMB, Consultorio Materno-infantile, Casa di accoglienza per ragazze Madri, Assistenti sociali dell'ottavo municipio servizio di *tutela della maternità e dell'infanzia*.
3. ASL/RMB, Assistenza Immigrati STP, Responsabile dott. Giuseppe Arcaro.
4. Cooperativa Hermes, per la sorveglianza dello stato di salute di *bambini e donne provenienti dai campi nomadi* per visite specialistiche, di pediatria e ginecologia.
5. Tribunale dei Minori e Servizio Sociale ottavo Municipio, che inviano *nuclei familiari e minori in difficoltà* alla Psicologa e al servizio di consulenza familiare.
6. Casa di accoglienza minori della Caritas, che invia al servizio di neuropsichiatria *minori stranieri vittime di tortura*.

11.5 Risultati dei primi 4 anni di attività

Attività formativa

Dal 2005 il Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni è riconosciuto come sede di tirocinio obbligatorio professionalizzante per gli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia di Tor Vergata, è sede del tirocinio per sostenere l'Esame di Stato ed è frequentato

da giovani medici per l'elaborazione della tesi di specializzazione nell'ambito della ginecologia e Ostetricia, delle Malattie Infettive, dell'Igiene e Sanità Pubblica. Dal 2007 il Servizio è sede del tirocinio per la Scuola di Specializzazione dell'associazione Italiana di Psicoterapia psicoanalitica Infantile (A.I.P.P.I.). Da marzo del 2008 è stato realizzato un Protocollo di Intesa con la facoltà di Lettere di Tor Vergata che ci invia gli studenti di psicopedagogia per il tirocinio professionalizzante.

Attività assistenziale

In quattro anni di attività oltre 40.000 persone si sono rivolte al Poliambulatorio. 8.000 sono i pazienti adulti attualmente presi in carico e 1.200 i pediatrici; il Servizio è diventato punto di riferimento sul territorio per interi nuclei familiari.

Distribuzione dei pazienti per Aree geografiche

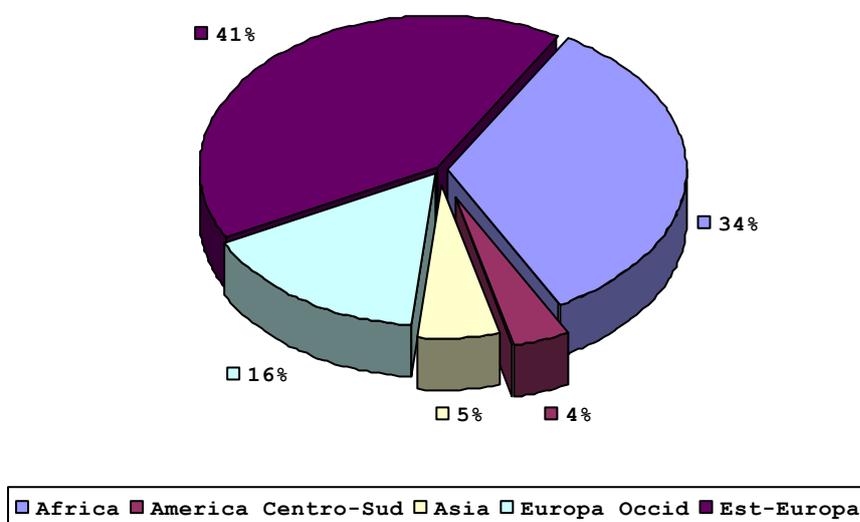


Figura 1 - popolazione del servizio

70% dei pazienti in cura è immigrato o nomade. 41% dei nostri pazienti proviene dall'Est Europa (di cui l'82,4% dalla Romania), 34% dall'Africa (di cui 87,3% dalla Nigeria).

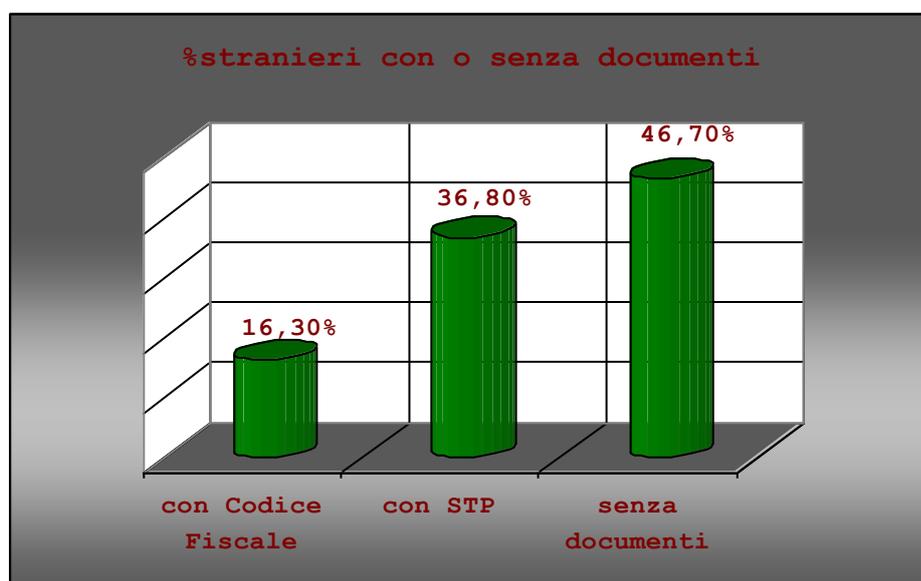


Figura 2 - popolazione straniera distinta per tipo di documento posseduto

La maggior parte dei pazienti è senza un regolare permesso di soggiorno e vive in abitazioni precarie, baracche o case di “fortuna” sovraffollate, senza acqua o servizi igienici.

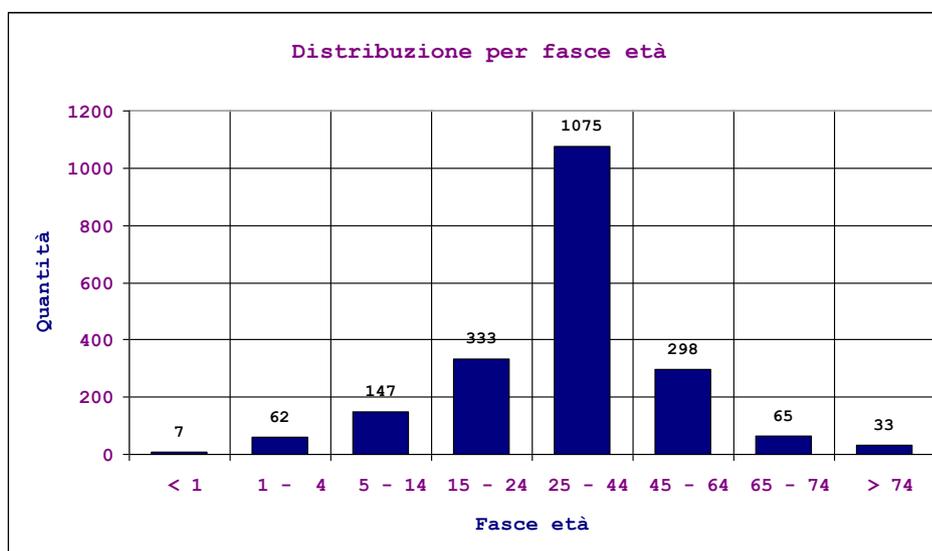


Figura 3 - Popolazione distribuita per fasce di età

L'età media dei pazienti è risultata pari a 29 anni.

Le patologie più frequentemente osservate sono il diabete, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, le affezioni respiratorie croniche, le infezioni sessualmente trasmissibili, le epatopatie croniche, la malattia psichiatrica dei bambini e degli adulti.

70 % dei nostri assistiti sono donne, spesso costrette in circuiti di sfruttamento. 50% delle donne si rivolge al nostro Servizio durante la gravidanza e grazie all'intervento dei nostri ginecologi è stato reso loro possibile di essere supportate anche in condizioni di estrema

fragilità, evitando il ricorso all'interruzione. Questo dato è di particolare rilievo considerando l'alta incidenza di abortività tra le donne immigrate e nomadi (fino a 25 IVG a donna) a cui consegue frequentemente la sterilità secondaria.

Gli studi di screening per infezioni sessualmente trasmissibili sono stati proposti attraverso l'azione dei mediatori culturali che hanno elaborato con noi sussidi didattici idonei da divulgare nelle diverse comunità.

L'esperienza accumulata in questi 4 anni e i frequenti sopralluoghi effettuati per la costruzione di una mappa del disagio nell'area del V, VIII e XI Municipio, ha evidenziato la crescita degli insediamenti anomali ad opera di nomadi e immigrati. In questi insediamenti, assolutamente identici alle baraccopoli dei paesi in via di sviluppo, vivono centinaia di donne e bambini in condizioni di assoluta precarietà. Le abitazioni sono fatiscenti, non c'è acqua potabile, né elettricità, mancano i servizi igienici, i più piccoli vivono in condizioni di promiscuità e violenza, costretti in circuiti di sfruttamento. In alcune di queste situazioni, in particolare nel campo di Casilino 900, alcuni medici volontari della medicina Solidale garantiscono una presenza settimanale per ascoltare i nomadi lì residenti e indirizzarli su problematiche di salute al Servizio, in particolare donne e bambini che vengono inseriti in programmi di sorveglianza sulle malattie ginecologiche, infettive e pediatriche.

In relazione alla complessa realtà sanitaria e sociale del territorio, il Poliambulatorio ha creato una rete di riferimento con le Istituzioni locali, tra cui l'VIII Municipio, l'ASL RM/B, i rappresentanti delle diverse comunità d'immigrati, garantendo oltre l'attività di accoglienza e orientamento di chi troppo spesso è dimenticato, un'assistenza sanitaria diretta, accessibile e altamente qualificata.

11.6 Attività di educazione sanitaria e prevenzione primaria

Dal 2005 ad oggi, in collaborazione con le ambasciate e le comunità immigrate, sono state realizzate campagne di screening per l'educazione sanitaria e la prevenzione di patologie diffuse (HIV, epatiti, infezioni sessualmente trasmissibili, tubercolosi), neoplastiche (cancro della cervice uterina e della mammella), dismetaboliche (diabete, obesità, ipertensione arteriosa, malnutrizione). Queste attività realizzate con l'ausilio dei mediatori culturali, sono state articolate in momenti di educazione su tematiche di salute svolte all'interno delle comunità, nella diffusione di sussidi didattici tradotti in lingua, nell'offerta gratuita di test diagnostici realizzata sia nell'ambito delle grandi festività nazionali che nel servizio. Oltre 3.000 persone di cui il 70% donne, hanno usufruito di test e visite gratuite.

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
7.30-8.30	Centro Prelievi		Centro Prelievi		Centro Prelievi
Mattina 9.00-13.00	Medicina delle Migrazioni Medicina interna	Medicina Interna Epatologia Malattie sessualmente trasmesse	Malattie infettive Ginecologia Psicologia	Cardiologia (10.00-13.00) Medicina Interna Pediatria	Medicina Interna Medicina delle Migrazioni Pediatria
Mattina 10.00-12.00	Servizio di accoglienza Centro di orientamento Socio-sanitario	Servizio di accoglienza Centro di orientamento Socio-sanitario	Servizio di accoglienza Centro di orientamento Socio-sanitario	Psichiatria (11.00-13.30) Servizio di accoglienza Centro di orientamento Socio-sanitario	Servizio di accoglienza Centro di orientamento Socio-sanitario
Pomeriggio 14.30-18.00	Medicina interna Pediatria Neuropsichiatria infantile	Chirurgia Senologica Chirurgia oncologica Ginecologia	Medicina Interna Diabetologia Pneumologia Psicologia	Chirurgia Senologica Chirurgia oncologica	Neuropsichiatria infantile Psicologia Gruppo Auto-Aiuto Mediazione culturale

Tabella 11-1 - calendario settimanale delle prestazioni

Orari

L'attività ambulatoriale è garantita 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle 13:00 e dalle ore 14:00 alle 18:00.

Il Centro Prelievi è aperto il lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 7:30 alle ore 9:30.

11.7 Descrizione dell'intervento nel campo nomadi Casilino 900

La nostra presenza all'interno dell'insediamento è iniziata nell'ottobre 2006, su richiesta degli stessi nomadi residenti nel Campo che afferivano, come pazienti, al Servizio di Medicina Solidale e delle Migrazioni. Nei primi 6 mesi di attività, il nostro intervento (a cadenza settimanale) è stato finalizzato a creare un contatto con i nuclei familiari per superare da una parte diffidenza e ostilità e dall'altra una conoscenza superficiale e pregiudiziale di cosa significhi vivere a Casilino 900.

Questa prima fase dell'intervento ci ha permesso di conoscere in dettaglio le condizioni ambientali dell'insediamento: precarietà abitativa, mancanza di acqua e rete fognaria, accumulo di rifiuti quasi mai rimosso, strade non asfaltate che con la pioggia si allagano di fango. In particolare ci siamo subito interessati delle condizioni dei bambini, circa 250, e abbiamo pensato di organizzare per loro delle attività formativo-ricreative, tipo "oratorio" all'interno del campo, articolato in momenti di gioco, ascolto "e riflessione religiosa". Osservando la situazione igienica e nutrizionale, abbiamo inserito anche il momento della

merenda come ulteriore occasione di condivisione gioiosa.

Al termine di questa prima fase, risultavano chiare due cose: che la carenza strutturale più evidente era la mancanza di un luogo idoneo per svolgere le attività con i bambini, e che la povertà più dolorosa è la mancanza di un'istruzione adeguata e l'assenza di un'opera evangelizzatrice.

Abbiamo proposto, pertanto, di far restaurare dagli stessi nomadi un piccolissimo vecchio container, che in accordo con il VII Municipio, abbiamo collocato, dopo adeguata bonifica, sul piazzale antistante al Campo, che nel frattempo era diventato il 'quartier generale' delle nostre attività e dei vari momenti di incontro dell'intera comunità. Nel frattempo alla nostra iniziativa si sono aggiunti i seminaristi del Pontificio Seminario Romano Maggiore e alcune suore (Pie maestre Venerini, Suore della Carità di S.Giovanna Antida, etc). La nostra presenza è diventata bisettimanale e successivamente trisettimanale; i servizi da noi svolti, dall'ottobre 2007, sono stati i seguenti: accoglienza, doposcuola, sostegno alla socializzazione, educazione sanitaria, catechesi, gioco organizzato. Circa 50 i ragazzi che con assiduità e continuità hanno partecipato delle attività proposte.

Per creare un ulteriore collegamento tra territorio del VII Municipio e Campo nomadi, abbiamo realizzato un giornalino intitolato "Figli di uno stesso Padre" che è anche lo slogan riportato sulla facciata della vecchia officina dimessa e in abbandono che è al centro del piazzale. Il giornalino è servito ad illustrare le varie attività svolte da noi e dagli altri gruppi e associazioni operanti nel campo, ai cittadini, alle realtà impegnate con i nomadi, alle scuole, alle istituzioni, e inoltre ha reso possibile dare voce ai portavoce della comunità su quanto desiderano rispetto al futuro loro e a quello dei figli in questa nostra città di Roma.

In occasione della Festa di Cristo Re dell'Universo, del Natale e della Pasqua, abbiamo organizzato un momento di festa per tutto il campo, articolato in una breve celebrazione liturgica, nella distribuzione di regali a tutti i bambini, nella condivisione dei dolci tipici della festa. A queste tre manifestazioni hanno partecipato anche numerosi adulti. Queste occasioni sono state importanti al fine di stabilire una vera e propria alleanza con moltissime famiglie che ci hanno invitato a visitare le loro case e a raccontarci le loro storie, frequentemente connotate dallo sradicamento forzato dalla loro terre per motivi di guerre, spesso di natura etnica e/o religiosa (Bosnia, Kosovo, etc). Il giorno di Pasqua abbiamo visitato le baracche una ad una, per un saluto, una preghiera e un augurio: l'accoglienza, purchè poverissima, è stata calorosa e sincera, quasi fraterna.

Nel marzo del 2008 abbiamo avviato un piccolo corso di formazione su tecniche semplici di primo soccorso per le ragazze del campo.

Nonostante le difficoltà tecniche e le tensioni crescenti (legate soprattutto al clima di scontro politico che ha utilizzato il tema della sicurezza a fini elettorali), abbiamo mantenuto costante la nostra presenza assicurando la continuità dell'intervento. L'ultima settimana di giugno, abbiamo organizzato un "mini Centro-Estivo" sul tema dell'Arca di Noè, a cui hanno partecipato anche studenti dell'Università di Tor Vergata, medici del Policlinico Universitario, artisti di associazioni culturali. Le attività proposte erano soprattutto ricreative: disegno, canto, danza, gioco organizzato. I bambini sono stati molto assidui e si sono impegnati con tenacia anche nelle attività più complesse, richiedendo in continuazione il consiglio e le indicazioni degli animatori presenti e attenendosi scrupolosamente alle poche regole date. Il nostro obiettivo per il prossimo anno è proseguire il servizio su tre fronti principali: il sostegno scolastico, in aiuto a quanti di loro non sono inseriti nelle scuole e a quanti manifestano gravi carenze nonostante la scolarizzazione; la catechesi finalizzata, per quanti lo richiedano, ai sacramenti dell'iniziazione cristiana; l'intervento sanitario mirato all'aspetto igienico-nutrizionale.

11.8 Formazione

Nell'anno 2007 sono stati realizzati 2 corsi rivolti alle donne immigrate e nomadi, afferenti al Servizio, di preparazione al parto e di formazione al maternage. I Corsi hanno avuto frequenza settimanale (3 ore) e la durata di 12 mesi. Obiettivo del Corso era sostenere le donne nell'esperienza della maternità, venendo in aiuto al disagio da loro rappresentato per quanto riguarda la fragilità dei contesti sociali, la povertà economica, la carenza relazionale in cui le immigrate e le nomadi si trovano a vivere la gravidanza. Ai corsi hanno partecipato 20 donne; la formazione ha coinvolto specialisti del PTV in Ginecologia, Ostetricia, Pediatria, Neuropsichiatria Infantile, Malattie Infettive. Al termine del Corso, le nomadi che hanno ottenuto il diploma rilasciato dal Servizio, sono state coinvolte dalla Cooperativa Hermes come assistenti d'infanzia nel Nido costituito all'interno del Campo Nomadi di Via Salone.

12 Una esperienza in “movimento”: promuovere la salute tra i Rom

A cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La SIMM esprime grave preoccupazione per le condizioni di salute dei Rom e Sinti presenti sul nostro territorio, molti dei quali cittadini italiani, che versano in condizioni di estrema marginalità e degrado socio-ambientale indegne di una società civile e non a caso stigmatizzate in numerosi documenti internazionali.

Si ribadisce la necessità di supportare l'emersione del diritto alla salute di queste popolazioni, prevedendo programmi e interventi di tutela, volti a favorire l'integrazione sociale e sanitaria.

In particolare, sul versante dell'accessibilità dei servizi, appare urgente favorire percorsi di presa in carico da parte delle Aziende sanitarie territoriali, che prevedano anche interventi di offerta attiva di prestazioni sanitarie, attraverso un approccio integrato pubblico-privato sociale e valorizzando le competenze delle comunità Rom e sinte.

dal Documento finale X Consensus Conference sulla salute dei Migranti – Trapani 5-8 febbraio 2009

L'impegno per la promozione della salute fra le comunità Rom presenti nella città di Roma è la storia di una ricerca continua. In questi lunghi anni il filo conduttore del lavoro degli operatori sanitari attivi nel GrIS e nell'Area Sanitaria della Caritas Diocesana è stata la ricerca metodologica per individuare un tipo di intervento sanitario efficace con la popolazione Rom.

È lo stile imparato dai Rom e Sinti: la frequentazione di un popolo in cammino, sulla strada, insegna ad essere un'équipe di lavoro in cammino, a mettersi sempre in discussione per entrare in dialogo con una cultura differente, dove la relazione con l'altro viene messa al primo posto.

12.1 Premessa: chi siamo

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), è stata istituita all'inizio del 1990 sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale.

Oggi la SIMM può essere considerata un “policy network” nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Ciò grazie soprattutto alla scelta strategica di favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo per assicurare diritto, accesso e fruibilità all'assistenza

sanitaria degli immigrati partendo da ciò che unisce e valorizzando l'esperienza di ciascuno. Questo si traduce in un lavoro in Rete che ha affinato una metodologia applicativa nei Gruppi locali Immigrazione Salute (GrIS), vere e proprie Unità Territoriali della SIMM. Presenti in varie realtà italiane si ritrovano su obiettivi condivisi che possiamo così riassumere:

1. fare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale;
2. mettere in rete gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative;
3. elaborare proposte in termini politico-organizzativi;
4. fare azione di 'advocacy' sulle istituzioni.

Nel 1995 sorge il primo GrIS, GrIS Lazio, al fine di mettere in rete conoscenze ed informazioni, ottimizzare percorsi assistenziali e promuovere politiche ed iniziative per *“una salute senza esclusione”*. Attualmente nel GrIS Lazio sono attivi più gruppi tematici: uno sui Rom e Sinti, uno sui Richiedenti asilo e Rifugiati ed uno formato da rappresentanti di tutte le strutture sanitarie pubbliche della Regione: GrIS – Sanità Pubblica.

Il GrIS – Rom e Sinti è nato come tappa fondamentale della ricerca metodologica del personale sanitario attivo nell'Area Sanitaria della Caritas, ne ha ereditato lo stile di azione e ne ha continuato ed approfondito l'impegno.

12.2 I primi interventi

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'equipe 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 antropologica sanitaria.

Tuttavia questo approccio iniziale, basato sull'offerta attiva e la presenza costante sul campo, nonostante sia ritenuto tutt'ora fondamentale, si è presto rivelato non sufficiente per avviare percorsi di inclusione reale, a cominciare dalla fruibilità effettiva dei servizi sanitari pubblici. Fin da subito ci si è 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 e al suo interno variamente rappresentata.

E' emersa dunque la necessità di sviluppare, accanto all'intervento diretto, la ricerca di una metodologia che fosse adeguata alla particolare realtà dei Rom e dei Sinti e di quali fossero le iniziative e le strategie comunicative più efficaci per superare i limiti dell'azione emergenziale e inviare i Rom/Sinti alle strutture di sanità pubblica, garantendo l'accesso a percorsi assistenziali "normali".

Da queste riflessioni nasce l'esigenza di coinvolgere quanti in Italia fossero interessati al tema della salute di popolazioni in condizione di fragilità sociale, discriminazione giuridica ed alterità culturale; la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è apparsa subito come interlocutore adeguato anche per il coinvolgimento costante, in ambito tecnico scientifico, con l'Opera Nomadi nazionale e con altre specifiche realtà locali.

12.3 Salute senza esclusione: *il lavoro di rete*

Il GrIS Rom e Sinti è nato da – ma è anche divenuto il luogo privilegiato dove si rifletteva sull'esigenza di individuare metodologie adeguate alla promozione della salute nella realtà dei Rom.

L'attivazione del GrIS Rom e Sinti ha permesso innanzitutto di intensificare il lavoro di rete per mettere in comunicazione il 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. Tale lavoro di rete si è concretizzato nell'elaborazione di un programma denominato "Salute senza esclusione" volto 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.

12.3.1 La Campagna vaccinale 2002

Nel 2002 è stata promossa una *campagna vaccinale* rivolta ai minori dei 32 campi sosta censiti dal privato sociale sul territorio della città di Roma.

L'obiettivo era quello di adeguare in tempi rapidi la copertura vaccinale dei minori Rom presenti negli insediamenti, ma anche di avvicinare gli operatori dei servizi sanitari alla popolazione Rom. In tal senso è stato fondamentale 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.

In un periodo di 3 settimane (tra marzo e ottobre 2002) circa 160 operatori delle 5 Asl romane si sono recati nei campi per offrire attivamente le vaccinazioni, supportati da circa 90 mediatori del privato sociale che in tali insediamenti lavoravano quotidianamente. La campagna si è conclusa con la vaccinazione di 2000 bambini, pari all'80% dei minori presenti, con la conseguente riduzione della scopertura vaccinale dal 40% al 9%.

L'esito positivo di questa campagna ha portato a interrogarsi su come si potesse procedere al fine di non disperdere i risultati conseguiti e salvaguardare la relazione avviata tra strutture sanitarie e popolazione Rom, con l'obiettivo di continuare a promuovere il diritto e la tutela della salute in un'ottica di empowerment.

Sebbene infatti sia riconosciuta l'efficacia della campagna come strategia di intervento per portare all'attenzione delle istituzioni sanitarie e degli operatori le problematiche socio sanitarie dei Rom (soprattutto in un contesto come quello della città di Roma, con un'alta presenza di insediamenti dislocati in diverse amministrazioni Asl), è facile che il suo carattere "interventista" dia origine a derive assistenzialiste piuttosto che a pratiche ordinarie di inclusione.

12.3.2 La campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari 2006

Dopo un'accurata valutazione metodologica, nel 2006 è stata promossa una nuova campagna, coordinata dall'Agenzia di Sanità Pubblica (Laziosanità-ASP), il cui obiettivo era questa volta proprio 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* 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 ha previsto in primo luogo un percorso formativo per sensibilizzare gli operatori socio-sanitari sui temi della medicina transculturale e fornire loro gli strumenti

base per affrontare interventi a elevato impatto relazionale, che richiedono sviluppate capacità comunicative e interattive.

La successiva fase operativa si è articolata in 10 giorni di uscite nei campi nell'arco di due settimane (tra ottobre e novembre 2006). Sono stati coinvolti 140 operatori sanitari rappresentanti delle 5 Asl territoriali di Roma oltre ai numerosi operatori del privato sociale impegnati nei percorsi di scolarizzazione, mediazione e assistenza ai Rom direttamente nei campi. Gli operatori sanitari, supportati dagli operatori del privato sociale si sono recati nei 33 insediamenti presenti sul territorio di competenza delle rispettive Asl per incontrare la popolazione Rom fornendo semplici prestazioni mediche, quali vaccinazioni e misurazione della pressione arteriosa, ma soprattutto per diffondere informazioni sui servizi territoriali e sugli stili di vita corretti per la salvaguardia della propria salute.

La campagna 2006 è stata una tappa importante nel percorso di ricerca-azione che ha caratterizzato il lavoro della Caritas in quanto è stato possibile sperimentare e mettere a punto una strategia di intervento fondata sui seguenti principi metodologici:

- 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.

Inoltre è stato riscontrato 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.

L'esperienza maturata ha fatto sì che il Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali chiedesse alla Caritas di Roma di sperimentare l'approccio a livello nazionale, con il proposito di estrapolare delle linee strategiche da condividere e implementare.

12.4 Sperimentazione di modelli di intervento: *i punti fermi*

Il progetto denominato "Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle

popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo”, promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e coordinato dall’Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma, ha avuto inizio nell’aprile del 2008. La proposta del Ministero ha costituito un’importante occasione per verificare a livello nazionale la validità e la replicabilità di un approccio metodologico fino ad allora testato con successo in un contesto locale.

Lo scopo principale del progetto era infatti proprio quello di sperimentare strategie e strumenti di intervento che permettessero di avvicinare l’istituzione sanitaria pubblica alle comunità Rom e Sinti, attraverso la responsabilizzazione degli operatori sociosanitari, nell’orientare al corretto uso dei servizi sanitari territoriali e nell’offrire attivamente educazione alla salute, secondo una metodologia riproducibile in ogni realtà italiana.

Sono state quindi selezionate alcune aree urbane, diversamente distribuite sul territorio nazionale, in cui proporre interventi volti alla promozione del diritto alla salute nelle comunità Rom e sinte presenti, attraverso il rilevamento dei bisogni, l’orientamento ai servizi sanitari di zona e la distribuzione dell’opuscolo di educazione sanitaria, a partire dal metodo convalidato al termine della campagna 2006 che si basava sull’integrazione pubblico-privato, l’offerta attiva, la flessibilità e la partecipazione delle stesse comunità Rom/sinte.

In particolare sono stati definiti i seguenti obiettivi specifici:

- a) Selezionare da 3 a 6 realtà locali in base al coinvolgimento delle istituzioni sanitarie e degli enti del privato sociale e alla rappresentatività della presenza dei Rom-Sinti sul territorio italiano (nord-sud-centro, grandi-medie-piccole città).
- b) Realizzare un opuscolo informativo con contenuti di educazione sanitaria e completo di una mappa dei servizi territoriali specifica per ogni realtà territoriale.
- c) Distribuire l’opuscolo nelle comunità di Rom e Sinti dei territori selezionati, con offerta attiva di prestazioni mediche, di orientamento ai servizi territoriali e di educazione alla salute.
- d) Verificare l’efficacia dell’intervento, condividerne i risultati e proporre raccomandazioni metodologiche da replicare a livello nazionale.

Il progetto si è articolato in più fasi, in accordo con gli obiettivi sopra elencati. Nello specifico:

- Fase 1 – Individuazione delle realtà da coinvolgere.

- Fase 2 – Confronto tra le realtà e revisione degli strumenti operativi, con particolare attenzione all’opuscolo di educazione sanitaria.
- Fase 3 – Fase operativa di incontro con la popolazione Rom/sinta, raccolta dei dati socio-sanitari, distribuzione dell’opuscolo e orientamento alle strutture.
- Fase 4 – Workshop finale per la condivisione delle esperienze, l’individuazione delle criticità e la definizione delle linee metodologiche di intervento ritenute efficaci.

Realtà coinvolte	Insedimenti	Enti	Attività svolte
Messina	S. Ranieri Maregreggio – Via Don Blasco	Coop. Crisalide ASL Messina Caritas Dioc. Messina Com. S. Egidio	Educazione sanitaria e distribuzione opuscolo
Palermo	Favorita	ASL 6 Palermo Legga Missionaria Studenti	
Firenze	Poderaccio Masini Insed. spontanei Quaracchi, Osmannoro, Longinotti	CAT Coop. Soc. AS 10 Firenze MEDU – Dip Sanità Pubblica FI	Orientamento ai servizi
		(NAGA) Com. S. Egidio	Rilevamento dati sociosanitari
Milano	Via Vaiano Valle	(NAGA) Com. S. Egidio	
Roma	Salone 14 insediamenti in Municipi V, VII, VIII, X	ERMES Coop. Soc. ASL RMB	Educazione sanitaria e distribuzione opuscolo Rilevamento dati sociosanitari
Trento	Campo	Coop. Kaleidoscopio	Educazione sanitaria e distribuzione opuscolo

Tabella 12-1 - realtà coinvolte e principali attività realizzate

Le considerazioni finali del rapporto conclusivo del progetto¹, di cui riportiamo ampi stralci, sono sì una riflessione sull’esperienza concreta di un anno di lavoro, ma anche il risultato di 20 anni di cammino e di ricerca: i “10 punti fermi per favorire accessibilità ai servizi per la popolazione Rom e Sinta” che proponiamo sono un’altra tappa importante di questo cammino, che in alcun modo consideriamo concluso.

Il progetto “Accesso dei servizi sanitari ed educazione alla salute delle popolazioni Rom: sperimentazione di un modello di intervento attraverso la realizzazione e distribuzione di uno specifico opuscolo”, voluto e finanziato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (aprile 2008 – ottobre 2009), è stato certamente occasione di conoscenza, confronto, studio ed approfondimento tra le realtà coinvolte su una tematica spesso poco conosciuta. Occasione di confronto tra realtà territoriali molto diverse, ma anche occasione di conoscenza e scambio tra

¹ Caritas Diocesana di Roma “Salute senza esclusione – Sperimentazione di interventi per la promozione dell’accesso ai servizi sanitari e dell’educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia” a cura di S.Geraci, F.Motta, A.Ricordy – patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; 2009

soggetti diversi nella stessa realtà ... Una prima riflessione è quella di trovarci comunque di fronte a un grande patrimonio di esperienza, entusiasmo, impegno e serietà nel settore del volontariato, del privato sociale e del pubblico. E se per il volontariato e il privato sociale ci potevamo aspettare questo in quanto tradizionalmente in prima linea sulle tematiche affrontate dal progetto, la vera sorpresa, ma non troppo vista l'esperienza romana, è l'aver trovato la stessa passione, lo stesso entusiasmo accompagnato da elevata professionalità negli operatori del settore pubblico coinvolto. Certo, spesso in questo ambito si sono selezionate persone particolarmente interessate e motivate, non sempre la struttura "segue" gli stimoli dei propri operatori, il rischio di "abbandono" istituzionale è dietro l'angolo, bisogna costantemente difendere spazi e finanziamenti, quando ci sono. Ma non è possibile non partire da questo patrimonio istituzionale, diffuso in tutta Italia, capillarmente presente e garanzia di impegno nel tempo (cioè che non si esaurisca alla fine del finanziamento su progetto, vero tallone d'Achille della cooperazione sociale) che va sostenuto e valorizzato per quello che è e può essere anche nei percorsi di tutela delle popolazioni socialmente più fragili. Nell'ottica della sussidiarietà che anche il progetto ha enfatizzato, l'alleanza/collaborazione pubblico – privato sociale è cruciale: abbiamo sperimentato la fantasia del volontariato fiorentino, la concretezza della cooperazione sociale trentina, la capacità di prossimità dei gruppi milanesi e siciliani, la costanza dell'impegno romano, la voglia di coinvolgersi e coinvolgere di tutte le aziende sanitarie impegnate.

Tutti gli attori (del pubblico e del privato) coinvolti nel progetto hanno voluto, come elemento comune imprescindibile, la partecipazione dei Rom stessi non solo come oggetto dell'intervento ma come soggetto attivo nella progettazione e pianificazione delle azioni previste. Anche questo, in misura diversa tra le varie realtà in rapporto alla storia delle comunità, alla frequentazione e alle relazioni intercorse tra i gruppi e le persone, è un comune denominatore che, se potenziato, potrebbe portare a sviluppi originali ed oggi imprevedibili. Non a caso partecipazione ed empowerment sono due parole che nelle nostre riunioni di lavoro ed in questo rapporto riecheggiano più volte. Detto ciò e ringraziando tutti per l'impegno avuto, è il momento di formulare quelle "raccomandazioni" per un modello efficace di intervento, previste come esito finale del progetto. Forse l'unica raccomandazione che con certezza si può fare è che non può esistere un modello unico di intervento: per questo le nostre "raccomandazioni" sono una considerazione qualitativa ed uno schema di 10 punti per ulteriormente riflettere metodologicamente.

La lettura delle varie esperienze fatte in questo progetto ed il percorso realizzato a Roma negli ultimi anni, in un'ottica di sanità pubblica, ci ha evocato l'immagine di un camaleonte: la sanità pubblica come camaleonte.

Animale non certo bellissimo, spesso non amato al cui nome sono associati anche significati negativi, ma che ha come caratteristica fondamentale l'aver affinato capacità mimetiche particolari necessarie sia per difesa (è praticamente invisibile ai predatori), sia in attacco (riesce ad avvicinarsi alle prede senza che queste se ne accorgano). La sanità pubblica non è in questa logica di prede e

predatori, ma certamente ha la necessità di capire e farsi capire, di non suscitare paure e di essere presente, porre domande e pretendere risposte, parlare linguaggi diversi e produrre atteggiamenti univoci nei confronti della salute. Deve avere la capacità di “cucire addosso” alla popolazione bersaglio i servizi di salute e per far questo è necessario “personalizzare” comprendendo gli specifici valori culturali, le abitudini, le credenze ed i comportamenti relazionati alla salute della popolazione di riferimento. Proprio per questo non possono esistere regole standard, strumenti standard, approcci standard, ma tutto va “mimetizzato” e “cucito su misura” sul gruppo umano di riferimento e, se vale quanto testimoniato dal progetto, insieme al gruppo umano. L’obiettivo finale è garantire accessibilità ai servizi per tutti, dare autonomia e pari opportunità per avviare percorsi e processi di salute.

Rimane una considerazione di fondo: chiediamo una partecipazione, un impegno, una responsabilità a gruppi di popolazione, i Rom e Sinti, a fronte spesso di condizioni di isolamento forzato, di emarginazione sociale ed ambientale, di disuguaglianza evidente ed in alcuni casi di atteggiamenti di intolleranza. A volte ci è sembrato ipocrita parlare con loro di problemi di salute, di comportamenti da tenere, di abitudini da cambiare in ambienti estremamente degradati, in zone franche della dignità della persona, facendo pagare loro, che pur possono avere delle responsabilità, colpe ben più gravi di politiche miopi, organizzazioni incerte ed atteggiamenti ostili.

Riportiamo schematizzati in un decalogo, alcuni aspetti a nostro avviso irrinunciabili, per un approccio efficace di sanità pubblica con questa popolazione (e non solo).

Dieci punti fermi per favorire accessibilità ai servizi per la popolazione Rom e Sinta

- 1. Agire sempre sulle due popolazioni di riferimento: Rom/sinti e operatori sanitari.*
- 2. Lavorare in rete tra istituzioni, all’interno delle istituzioni e, soprattutto, favorire un’integrazione tra settore pubblico e privato sociale/volontariato.*
- 3. Progettare interventi ed azioni con un approccio multiprofessionale (medico, sociale, antropologico, psicologico ...).*
- 4. Realizzare percorsi di formazione per operatori sia con contenuti tecnico-operativi sia sul versante dei diritti, della relazione, della gestione del pregiudizio.*
- 5. Coinvolgere in forma attiva la popolazione 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.*
- 7. Garantire, almeno in una prima fase o a seconda delle necessità, l’offerta attiva di parte dei servizi nei campi, non solo di prestazioni mediche, ma anche di orientamento specifico e di educazione sanitaria.*
- 8. Rileggere le proprie strutture operative per tutti, 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.

Per informazioni: www.simmweb.it

13 Malattie infettive: vaccinazioni, “core vaccination” ed educazione alla salute

(Laura Pacifici, Flavia Riccardo)

13.1 Salute e migrazione, il caso dei Rom

“The United Nations defines a migrant as ‘any person who lives temporarily or permanently in a country where he or she was not born, and has acquired some significant social ties to this country’. In Eurostat data collection, a migrant is a person who establishes his or her usual place of residence in the destination country for 12 months or more.”

ECDC Migrant health: Background note to the ‘ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU’.

Sebbene sia opinione comune che i migranti soffrano maggiormente di patologie infettive rispetto alla popolazione ospitante, la situazione “fotografata” dalla letteratura descrive una realtà complessa che, per quanto concerne i più studiati migranti economici, deriva dall’equilibrio tra la probabilità d’importazione di patogeni endemici nei paesi di origine, la preselezione dei migranti economici che per la maggior parte sono giovani adulti in buona salute e i problemi sanitari legati alle condizioni di vita nei paesi ospiti, quindi connessi a determinanti socio-economici e livello di accesso ai servizi sanitari^{1,2}.

“Transition brought about a general drop in the standard of living, as well as major social costs. However, the Roma seem to have paid a greater social cost than the majority population, particularly as far as extreme poverty is concerned.”

“Impreună” Agency for Community Development, *Roma Access To Social Services 2005 Facts and Trends*.

Strutturalmente differente dai migranti, non solo economici, per quanto strettamente connessa al fenomeno migratorio è la popolazione Rom. Si tratta di una minoranza paneuropea, presente in quasi tutti gli Stati membri del Consiglio d’Europa (Tabella 13-1) e costituita da circa 10 milioni di persone³, sebbene le stime di popolazione siano molto

¹ R Ravinetto, C Lodesani, U D’Alessandro, L De Filippi, A Pontiroli *Access to health care for undocumented migrants in Italy* The Lancet, Volume 370, Issue 9605, Page 2070, 22 December 2007 doi:10.1016/S0140-6736(07)61872-8

² Watson R. BMJ 2009;339:b3895 doi:10.1136/bmj.b3895

³ Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, *Final report on the human rights situation of the Roma, Sinti and Travellers in Europe*, Strasbourg, 2006 (available at http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Education/CommDH%282006%291_en.asp ultimo accesso 7/12/2009)

variabili^{4,5}.

Regioni con una significativa popolazione Rom	Dati ufficiali ⁶	Fonti citate
Spagna	650.000 (1,62%)	Open Society Institute 2002 The Situation of Roma in Spain (http://www.eumap.org/reports/2002/eu/international/sections/spain/2002_m_spain.pdf)
Romania	535.140 (2,46%)	Censimento 2001 in Romania (http://www.edrc.ro/recensamant.jsp?regiune_id=0&judet_id=1579&localitate_id=0)
Turchia	500.000 (0,72%)	EurasiaNet, Roma rights organizations work to ease prejudice in Turkey, 22 July 2005. (http://www.unhcr.org/refworld/docid/46ef87ab32.html)
Francia	500.000 (0,79%)	Euractiv (news agency) Situation of Roma in France at crisis proportions – report, December 2005 (http://www.euractiv.com/en/security/situation-roma-france-crisis-proportions-report/article-150507)
Bulgaria	370.908 (4,67%)	Censimento 2001 in Bulgaria (http://www.nsi.bg/Census_e/Ethnos.htm)
Ungheria	205.720 (2,02%)	Censimento 2001 in Hungary (http://www.nepszamlalas.hu/eng/volumes/06/00/tabeng/4/load01_11_0.html)
Grecia	200.000 (1,82%)	Stima della popolazione Rom in Grecia nel 2000 (http://www.nchr.gr/category.php?category_id=99)
Russia	182.766 (0,13%)	Censimento 2002 in Russia (http://www.perepis2002.ru/ct/doc/English/4-1.xls)
Italia	130.000 (0,22%)	Stima del ERRC 2000 (http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Italy#Languages)
Serbia	108.193 (1,44%)	Censimento 2002 in Serbia (http://www.statserb.sr.gov.yu/zip/esn31.pdf)
Slovacchia	89.920 (1,71%)	Censimento 2001 in Slovakia (http://sodb.infostat.sk/sodb/english/2001/format.htm)
Germania	70.000 (0,09%)	Stima della popolazione Rom in Germania (http://www.bmi.bund.de/nn_1043178/Internet/Content/Nachrichten/Reden/2007/03/BM__Roma__und__Sinti__in__D.html)
R. Macedonia	53.879 (2,85%)	Censimento 2002 nella R. di Macedonia (http://www.stat.gov.mk/english/glavna_eng.asp?br=18)

Tabella 13-1 - Regioni con popolazione Rom rilevante, stime ufficiali e proporzione della popolazione

Nonostante questa rilevanza demografica, studi sulle condizioni di salute dei Rom sono molto rari. A causa delle abitudini ormai stanziali della maggior parte di queste comunità^{7,8} e

⁴ La stima di Ian Hancock's nel 1987 per "*all Gypsies in the world*" era da 6 a 11 milioni, da Wikipedia (http://en.wikipedia.org/wiki/Romani_people#cite_note-27 ultimo accesso 7/12/2009)

⁵ Stime delle popolazioni Rom del COE (http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/Documentation/strategies/statistiques_en.asp#P11_143 ultimo accesso 7/12/2009)

⁶ Wikipedia *Romani population* (http://en.wikipedia.org/wiki/Romani_people#cite_note-27 ultimo accesso 7/12/2009)

⁷ Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, *Final report on the human rights situation of the Roma, Sinti and Travellers in Europe*, Strasbourg, 2006 (available at http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Education/CommDH%282006%291_en.asp ultimo

la cittadinanza europea di molti individui che ne fanno parte (in Italia secondo uno studio del 2008 sono il 56%⁹), i determinanti socio-economici della salute¹⁰ giocano un ruolo maggiore in questa categoria di migranti rispetto ad altre. I Rom risentono generalmente delle conseguenze sulla salute della povertà¹¹ e isolamento culturale^{12,13}, cui sono esposti maggiormente rispetto alle popolazioni autoctone, con eterogeneità tra i diversi Paesi nei livelli di intolleranza e limitazioni legali imposte^{14,15}.

La salute delle popolazioni Rom in Europa, secondo i dati disponibili, è peggiore di quelle delle popolazioni europee ospitanti: alcuni studi suggeriscono una mortalità infantile di quattro volte superiore ed una aspettativa di vita di 10 anni inferiore¹⁶. Uno studio effettuato sulla popolazione Rom in Romania nel 2005¹⁷ descrive alcuni fattori socio-demografici che

accesso 7/12/2009)

⁸ Škarić-Jurić T., Martinović Klarić I., Smolej Narančić N. et al. *Trapped between Tradition and Transition – Anthropological and Epidemiological Cross-sectional Study of Bayash Roma in Croatia* Croat Med J. 2007;48:708-19

⁹ Istituto per gli studi sulla pubblica opinione *'Italiani, Rom e Sinti a confronto'*, una ricerca quali-quantitativa dell'Istituto per gli studi sulla pubblica opinione, Conferenza Europea sulla popolazione Rom, Roma 2008 (http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stamp/documenti/minoranze/0999_2008_01_22_conferenza_Rom.html?back=%2Ftools%2Fsearch%2Findex.html%3Faction%3Dsearch%26matchesPerPage%3D10%26displayPages%3D10%26index%3DProgetto+Online%26sort%3D%26category%3D%26searchRoots%3D%252Fit%252F%26text%3Dsinti%26start%3D%26end%3D%26type%3Dgeneric ultimo accesso 7/12/2009)

¹⁰ WHO social determinants of health http://www.who.int/social_determinants/en/ ultimo accesso 7/12/2009

¹¹ "Impreună" Agency for Community Development Roma Access To Social Services 2005 Facts and Trends (<http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Employment/roma%20access%20to%20social%20services.pdf> ultimo accesso 7/12/2009).

¹² Hajioff S., McKee M. *The health of the Roma people: a review of the published literature* J Epidemiol Community Health 2000;54:864–869

¹³ Rudan I. *Health Effects of Human Population Isolation and Admixture* Croat Med J. 2006;47:526-31

¹⁴ Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, *Final report on the human rights situation of the Roma, Sinti and Travellers in Europe*, Strasbourg, 2006 (available at http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Education/CommDH%282006%291_en.asp ultimo accesso 7/12/2009)

¹⁵ Nicoară M. *ERRC Action as Poland and Slovakia Are Reviewed by the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights* European Roma Rights Centre 2002 (<http://www.errc.org/cikk.php?cikk=1422> ultimo accesso 7/12/2009)

¹⁶ Hajioff S., McKee M. *The health of the Roma people: a review of the published literature* J Epidemiol Community Health 2000;54:864–869

¹⁷ "Impreună" Agency for Community Development *Roma Access To Social Services 2005 Facts and Trends*

potrebbero contribuire a questo fenomeno, come:

- le gravidanze precoci (tra il 30 e il 40% partoriva prima dei 18 anni);
- una fertilità in media più alta della popolazione generale (un numero medio di bambini per famiglia di 3.19);
- elevati tassi di disoccupazione (52% nel 1998);
- elevati tassi di povertà (nel 2001 il 52.2% dei Rom vivevano in condizioni di estrema povertà);
- scarso accesso ai servizi sanitari (in alcune comunità studiate dal 50 al 90% dei membri non era registrato con un medico di base);
- scarsa igiene ambientale.

La comunità Rom in Romania, tra le più popolose in Europa, è composta prevalentemente da giovani. Nel 1998 i bambini da 0 a 14 anni rappresentavano 1/3 della popolazione e gli anziani il 5% con un'età media di 24 anni. Il trend osservato dai ricercatori descrive un innalzamento dell'età matrimoniale ed una diminuzione della fertilità che porterà in futuro ad un aumento percentuale della popolazione ultrasessantenne. Attualmente il 91.3% dei Rom oltre 60 anni vive in gruppi familiari che forniscono loro un supporto sociale maggiore rispetto ai coetanei della popolazione generale che più frequentemente vivono da soli.

Lo studio citato descrive una popolazione particolarmente vulnerabile nel settore della salute materno infantile. Nell'ambito della salute preventiva rileva come una notevole percentuale della popolazione sotto i 14 anni, eleggibile a vaccinazione, non ha accesso ai servizi sanitari. Gli stessi dati sono anche confermati da altri studi presenti in letteratura (Tabella 13-2).

Settore	Messaggio centrale dello studio citato	Determinanti proposti
Salute infantile	Ungheria: i bambini Rom hanno due volte la probabilità di nascere prematuramente, con un numero significativo di nati sotto i 2.500 g.	Educazione sanitaria, assistenza materno - infantile
	Spagna: Le sindromi autosomiche recessive sono sette volte più comuni tra i Rom rispetto alla popolazione generale Questo dato e' stato attribuito alla maggior frequenza di consanguineità (12 volte maggiore tra i Rom).	Consanguineità
	Spagna: Eccesso di morbidità nei bambini Rom per otite media. Avvelenamenti da piombo (Spagna) e ustioni (Grecia) sono più comuni tra i bambini Rom.	Difficoltà socio-economiche Salute ambientale, sovraffollamento
Salute riproduttiva	Bulgaria: quasi la metà delle gravidanze in cui la madre era tra i 13 e i 16 anni, si sono verificate tra adolescenti di origine Rom.	Scarsa educazione sanitaria, scarsa conoscenza delle pratiche di contraccezione
	Bulgaria: solo il 61% delle donne Rom usa metodi di contraccezione	Scarsa conoscenza delle pratiche di

(<http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Employment/roma%20access%20to%20social%20services.pdf> ultimo accesso 7/12/2009)

	regolarmente, gli aborti sono più comuni che nel resto della popolazione.	contraccezione
	Spagna: Il basso utilizzo di contraccezione. Il dato è stato rilevato tra i Rom in uno studio dettagliato sulle pratiche anticoncezionali.	
Malattie non comunicabili	Stati Uniti: In uno studio su un piccolo campione di 58 Rom, 73% erano ipertesi, 46% diabetici, 80% ipertrigliceridemicici e 67% ipercolesterolemici, con concomitante alta frequenza di fattori di rischio come fumo di sigaretta (86%) e obesità (84%).	Scarsa educazione sanitaria
	Regno Unito: Ineguaglianza nell'accesso ai servizi di cura e prevenzione odontoiatrica tra Rom e popolazione generale.	Ineguale accesso ai servizi sanitari
	Ungheria: In ambito di salute mentale gli studi sono contrastanti. Alcuni descrivono una più elevata percentuale di suicidi rispetto a quella riscontrata nella popolazione generale.	Difficoltà socio-economiche
Malattie comunicabili	Romania: Le infezioni da micobatteri sono riportate più frequentemente, ed in aumento più rapido tra i Rom rispetto alla popolazione generale.	Difficoltà socio-economiche, ineguale accesso ai servizi sanitari, educazione alla salute
	Spagna; Anche la prevalenza della lebbra è più alta tra i Rom.	
	Spagna: indagini di siero-prevalenza hanno dimostrato alti tassi di epatite A e B tra donne in gravidanza di origine Rom. Vi è anche evidenza di un eccesso di morbilità' in questa etnia per epatite E (Boemia) e vi è un'indicazione che anche l'epatite C sia più comune tra detenuti Rom rispetto a detenuti di altre etnie (Spagna).	Sovraffollamento, difficoltà socio-economiche ed scarsa educazione sanitaria (epatite A), tatuaggi, scarsa immunizzazione (epatite B)
	Spagna e Romania: Epidemie causate da virus della poliomielite Wild Type sono state descritte tra popolazioni Rom.	Basse coperture vaccinali

Tabella 13-2¹⁸ - Studi citati dalla rassegna sulla salute dei Rom del 2000, settore sanitario interessato e possibili determinanti

13.2 Malattie infettive con maggiore impatto nella popolazione Rom rispetto ad altre popolazioni europee

“It has already been established that there is higher morbidity and mortality from infectious disease among migrants and socially disadvantaged groups. The dual role of social and environmental factors and the quality of the healthcare system in infectious disease mortality has been recognised.”

E CDC Infectious diseases and social determinants Stockholm, 2007.

13.2.1 Malattie non prevenibili con la vaccinazione

Sebbene sia fatto specifico riferimento soltanto alla lebbra – nell'ambito di patologie comunicabili non prevenibili con la vaccinazione – lo studio dei determinanti sociali per le popolazioni Rom (Tabella 13-2) indica che patologie legate a condizioni igieniche precarie, sovraffollamento e scarsa educazione alla salute potrebbero essere prevalenti in queste comunità. Fra queste le patologie a trasmissione orofecale come le tossinfezioni alimentari e la febbre tifoide, le infezioni respiratorie e quelle trasmesse per contatto diretto come le

¹⁸ Hajioff S., McKee M. *The health of the Roma people: a review of the published literature* J Epidemiol Community Health 2000;54:864–869

esoparassitosi (scabbia, pediculosi ecc.). Nonostante l'aumento di patogeni a trasmissione sessuale come HBV tra le popolazioni Rom, il basso utilizzo di contraccettivi di barriera e la presenza di altri fattori di rischio quali la tossico dipendenza e la prostituzione¹⁹, due studi effettuati in Spagna rispettivamente su una popolazione di detenuti e su una di tossicodipendenti, hanno riscontrato una siero-prevalenza per HIV inferiore tra i Rom rispetto ad altri gruppi etnici²⁰. La bassa prevalenza di HIV tra i Rom è stata anche confermata da uno studio più recente effettuato in Bulgaria²¹. Sebbene il rapporto ECDC 2009 sull'epidemiologia di HIV/AIDS tra comunità migranti e minoranze non tratti specificatamente la popolazione Rom, alcuni problemi identificati tra migranti economici come lo stadio più avanzato della malattia al momento della diagnosi, tassi più alti di coinfezione tubercolare, maggiori problemi di discriminazione sociale e stigma, difficoltà nell'accedere servizi di prevenzione e gestione clinica della malattia, alti livelli di povertà disoccupazione potrebbero essere rilevanti anche per questa categoria di pazienti²².

La mancanza di studi sulla prevalenza di patologie infettive, non prevenibili con le vaccinazioni, nelle comunità Rom dei vari paesi rispetto alla popolazione generale non consente una maggiore definizione del problema. Le raccomandazioni in quest'ambito possono, allo stato attuale, solo essere rivolte ad un miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, un migliore accesso ai servizi sanitari dei paesi ospiti ed una migliore educazione alla salute. Un'azione globale deve essere rivolta più a modificare i determinanti sociali ed economici della salute che a specifiche patologie. Gli interventi di salute pubblica nei singoli Paesi potranno essere più mirati, se gli specifici episodi epidemici verranno identificati con maggiore precisione e rapidità ma soprattutto quando il quadro epidemiologico delle popolazioni Rom sarà maggiormente conosciuto.

¹⁹ Petrosillo N., Bröring G., *Health of the world's Roma population* The Lancet Vol 368 August 12, 2006

²⁰ Hajioff S., McKee M. *The health of the Roma people: a review of the published literature* J Epidemiol Community Health 2000;54:864–869

²¹ Gyarmathy V. A., Ujhelyi E., Neaigus A. *HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly roma (gypsy) neighbourhood in Budapest, Hungary: a rapid assessment* Cent Eur J Public Health 2008;16 (3): 124-127 (<http://www.britannica.com/bps/additionalcontent/18/34569894/HIV-AND-SELECTED-BLOODBORNE-AND-SEXUALLY-TRANSMITTED-INFECTIONS-IN-A-PREDOMINANTLY-ROMA-GYPSY-NEIGHBOURHOOD-IN-BUDAPEST-HUNGARY-A-RAPID-ASSESSMENT> ultimo accesso 7/12/2009)

²² ECDC Technical Report Migrant health: *Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries* Stockholm, July 2009

13.2.2 Malattie prevenibili con la vaccinazione

Il problema della bassa copertura vaccinale nelle comunità Rom in Europa è ampiamente noto²³. Un confronto recente ha dimostrato differenze statisticamente significative tra bambini Rom in Slovenia e bambini sloveni in età prescolare rispetto alla copertura vaccinale per Poliomielite, Difterite-Tetano e Morbillo-Parotite-Rosolia. I tassi di copertura vaccinale nei bambini Rom erano di circa il 70% (Tabella 13-3)²⁴. Nello stesso studio si metteva in evidenza come la copertura vaccinale per Morbillo, Parotite e Rosolia dei bambini Rom in età scolare non fosse statisticamente diversa da quella dei bambini Rom in età prescolare, facendo supporre quindi l'assenza di campagne vaccinali successive.

Popolazioni a confronto	Poliomielite (%) (p=0.000)	Difterite-Tetano (%) (p=0.000)	Pertosse (%) (p=0.000)	Morbillo –Parotite – Rosolia (%) (p=0.000)
Bambini Sloveni in età pre-scolare	92,6	92,4	92,3	94,0
Bambini Rom in età pre-scolare in Slovenia	70,3	66,1	66,1	71,6

Tabella 13-3 - Confronto tra coperture vaccinali di bambini sloveni e Rom in Slovenia in età pre-scolare, Kraigher A. et al 2006

Le comunità Rom, con la loro alta proporzione di bambini e giovani adulti ed una bassa copertura vaccinale, costituisce una sacca di popolazione vulnerabile ad epidemie di patologie prevenibili con le vaccinazioni. Non sorprende quindi come negli ultimi anni nelle comunità Rom in Europa siano state riscontrate numerose epidemie (Tabella 13-4).

Epidemia	Paese colpito	Anno	Popolazione coinvolta	Fonte
Morbillo	Bulgaria	Da Aprile 2009 in corso	Prevalentemente comunità Rom residente nel Nord-Est del Paese	L. Marinova Eurosurveillance Vol . 14 • Issue 26 • 2 July 2009
Epatite A	Slovakia	Agosto-Novembre 2008	Un villaggio Rom	L Hrivniaková Eurosurveillance Vol . 14 • Issue 3 • 22 January 2009
Epatite A	Grecia	Luglio-Novembre 2007	Popolazioni Rom al Nord-Est del Paese	A. Vantarakis Epidemiol. Infect. 2009

²³ Vladimirova N., Kojouharova M., Kurchatova A., Minkova A., Dente M.G., Declich S. and the EpiSouth Network (www.episouth.org) *Free vaccination access for mobile Roma children and current spread of measles in Europe: EpiSouth project results* (www.escaide.eu/site/download.cfm?SAVE=2572&LG=1 ultimo accesso 7/12/2009)

²⁴ Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794

Morbillo	Serbia	Gennaio-Marzo 2007	98.7% dei casi tra la popolazione Rom	Nov 27:1-7 Z.Seguliev Eurosurveillance, Volume 12, Issue 11, 15 March 2007
Morbillo	Italia	Giugno-Settembre 2006	Popolazioni Rom (Bolzano, Lazio, Sardegna)	A.Filia Eurosurveillance, Volume 11, Issue 41, 12 October 2006
Epatite A	Bulgaria	Giugno-Settembre 2006	81% dei casi in due comunità Rom	WHO EURO Outbreak report: Hepatitis A in Bulgaria, Plovdiv Region
Poliomelite	Bulgaria	2000	3 bambini Rom	M. Kojouharova Bull World Health Organ vol.81 no.7 Genebra

Tabella 13-4 - Recenti epidemie in Europa da malattie prevenibili con vaccinazione, 2000-2009

Un altro gruppo vulnerabile a patologie prevenibili con le vaccinazioni è costituito dalle donne in età fertile di etnia Rom. Vari studi²⁵, su screening effettuati sulle donne in gravidanza, hanno dimostrato:

- tassi di vaccinazione per epatite B più bassi rispetto alla popolazione generale;
- mancanza di consapevolezza quando viene loro riscontrata una sierokonversione HBsAg+ or anti-HCV+;
- alta suscettibilità per infezioni da virus A;
- aumentato rischio di infezioni da virus E, viste le difficili condizioni igienico sanitarie di vita.

13.3 Il caso della tubercolosi

Negli ultimi 50 anni abbiamo assistito ad una diminuzione importante nei casi di TB nella maggior parte dei paesi UE. Tuttavia questo declino non è stato costante in tutti i paesi. La TB rimane ancora un problema sanitario in Europa per:

- il ri-emergere della malattia in fasce di popolazione vulnerabile;
- l'emergere di ceppi farmacoresistenti;
- la crescente proporzione di nuovi casi importati da persone provenienti da Paesi ad alta endemia, ne hanno arrestato il trend in discesa (Rieder et al., 1994; Lienhardt,

²⁵ Suárez González A, Solís Sánchez G, Otero Guerra L, Viejo De La Guerra G, Alvarez Navascués C, García López R. *Prevalence of immunity to hepatitis viruses in pregnant women from the health area of Gijón (Spain)* Gastroenterol Hepatol. 2004 Jun-Jul;27(6):347-52.

2001; Falzon & van Cauetern, 2008; Jakubowiak et al., 2007 citati nel rapporto 2009 ECDC²⁶).

Sebbene vi sia evidenza epidemiologica che il problema dell'importazione della TB sia rilevante in Europa, si è dimostrato che la deprivazione materiale è molto più rilevante del paese di origine (EASAC, 2007 citato nel rapporto 2009 ECDC²⁷). Condizioni di vita degradate, in situazioni di sovraffollamento e scarsa ventilazione o l'assenza di dimora ed una nutrizione non adeguata, non solo espongono coloro con TB pregressa ad una riattivazione della malattia, ma anche all'insorgenza di nuove infezioni in soggetti precedentemente sani (Gandy & Zumla, 2003; Ho, 2003; Gagliotti et al., 2006 citati nel rapporto 2009 ECDC²⁸).

Alle difficoltà esposte si associano problemi comuni sia ai migranti economici che alle comunità Rom come le ridotte possibilità di accesso ai servizi sanitari e la scarsa educazione alla salute, fattori che non permettono di migliorare la consapevolezza della patologia e le modalità di prevenzione.

La tendenziale chiusura delle comunità di migranti e delle minoranze etniche rispetto alla popolazione generale rendono però la TB un problema sanitario circoscritto: “E’ importante sottolineare che un numero crescente di studi clinici, biomolecolari ed epidemiologici indica che il rischio di trasmissione della TB dalle comunità di migranti alla popolazione dei paesi ospiti e’ bassa. Questo chiaramente dimostra come il problema del controllo della tubercolosi tra i migranti comporti essenzialmente la garanzia di accesso dell’individuo ai servizi diagnostici ed assistenziali per malattie infettive curabili (Cain et al., 2008, Dahle 2007)”²⁹.

13.4 Un “minimum standard” nei calendari vaccinali europei

It has become increasingly apparent that there is a need for Member States (MS) to discuss childhood vaccination schedules. The work done by the EU-funded VENICE and EUVAC projects has shown marked variation in vaccination schedules around Europe. This variation in vaccination schedules is

²⁶ ECDC Migrant health: Background note to the ‘ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU’ Stockholm, July 2009

²⁷ ECDC Migrant health: Background note to the ‘ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU’ Stockholm, July 2009

²⁸ ECDC Migrant health: Background note to the ‘ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU’ Stockholm, July 2009

²⁹ ECDC Migrant health: Background note to the ‘ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU’ Stockholm, July 2009

encountered worldwide and — up until January 1999 — might have been governed partly by national traditions and historical vaccine registrations at the Member State level.

ECDC *Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination*, 2009.

Come sostenuto nel report WHO- Europe dell'ottobre 2004 “L'immunizzazione ha avuto uno spettacolare effetto nella prevenzione della mortalità infantile, prevenendo molti milioni di morti ogni anno riducendo il rischio di invalidità dovuto a malattie infettive”.

In Europa e' iniziato un processo di revisione e ridefinizione dei protocolli vaccinali dell'infanzia con lo scopo di formulare un efficace schema vaccinale di base (minimum vaccination schedule) . In questo ambito ECDC si propone anche di fornire un quadro di riferimento per i bambini con storia di migrazione proprio alla luce delle difficoltà di copertura vaccinale e dei conseguenti effetti sulla salute pubblica³⁰.

La rassegna della letteratura disponibile individua quattro patologie infettive prevenibili con le vaccinazioni prioritarie (core vaccinations – Tabella 13-5). Una immunizzazione valida con copertura alta (90-95%) avrebbe soprattutto la finalità di:

- contribuire a rispettare obiettivi di eradicazione/eliminazione sia a livello internazionale (poliomielite/morbillo) sia a livello di singoli Paesi (rosolia congenita^{31,32}),
- difendere categorie di pazienti a rischio (Epatite B)
- limitare la probabilità di insorgenza di focolai epidemici nelle comunità Rom (Epatite A).

Alle vaccinazioni prioritarie identificate sulla base dei dati attualmente disponibili, è opportuno affiancare le immunizzazioni per tetano, difterite e pertosse, malattia che comportano elevati rischi individuali (tetano) o di salute pubblica (difterite), generalmente comprese nei calendari vaccinali dei Paesi membri³³.

³⁰ ECDC *Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination* Stockholm, November 2009

³¹ CDC *Progress Toward Elimination of Rubella and Congenital Rubella Syndrome-the Americas, 2003-2008* JAMA. 2009;301(3):266-268. (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/3/266> ultimo accesso 8/12/2009)

³² Bonanni P., Bechini A., Boccalini S., et al. *Progress in Italy in control and elimination of measles and congenital rubella* Vaccine 2007, vol. 25, no 16, pp. 3105-3110

³³ ECDC *Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination* Stockholm, November 2009

Patologia	Motivazione	Copertura vaccinale in Europa, WHO 2007 ³⁴	Copertura vaccinale tra settori della popolazione Rom/non Rom	Sieroprevalenza tra settori della popolazione Rom/non Rom
Poliomelite	Patologia in via di eradicazione ³⁵	96%	70.3% /92.6% (Slovenia: bambini Rom/non Rom in età prescolare, 2006 ³⁶)	-
Morbillo/MMR	Patologia in via di eliminazione ³⁷	95%	71.6%/94.0% (Slovenia: Slovenia: bambini Rom/non Rom in età prescolare, 2006 ³⁸)	-
Epatite B	Patologia ad alta prevalenza nelle donne in gravidanza (Tabella 13-2)	78%	14% /96% (anti-HBs(+), anti-HBc(-) (P < 0.0001) (Grecia: bambini Rom/non Rom di un sobborgo degradato, 2007) ³⁹ .	22%/0% (P < 0.0001) (Grecia: bambini Rom/non Rom di un sobborgo degradato, 2007) ⁴⁰
Epatite A	Patologia causa di recenti epidemie in Europa	ND	ND	98.3% / 32.7% (P < 0.0001) (Grecia: bambini Rom/non Rom di un sobborgo degradato, 2007) ⁴¹
Tetano-Difterite-	Evitare patologie mortali	96%	66.1% /92.4%(P=0.000)	-

³⁴ WHO *Vaccine-Preventable Diseases: monitoring system*, 2008 global summary

³⁵ <http://www.polioeradication.org/> ultimo accesso 7/12/2009

³⁶ Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794

³⁷ Spika J.S. *Measles elimination 2010 target: the need to meet the specific risk group* Eurosurveillance, Volume 11, Issue 10, 01 October 2006

³⁸ Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794

³⁹ Michos A., Terzidis A., Kalampoki V., Pantelakis K., Spanos Th., Petridou E.Th. *Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among roma and non-roma children in a deprived area of Athens, Greece* Journal of Medical Virology (2008) Volume 80 Issue 5, Pages 791 - 797

⁴⁰ Michos A., Terzidis A., Kalampoki V., Pantelakis K., Spanos Th., Petridou E.Th. *Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among roma and non-roma children in a deprived area of Athens, Greece* Journal of Medical Virology (2008) Volume 80 Issue 5, Pages 791 – 797

(<http://www3.interscience.wiley.com/journal/117946178/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> ultimo accesso 8/12/2009)

⁴¹ Michos A., Terzidis A., Kalampoki V., Pantelakis K., Spanos Th., Petridou E.Th. *Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among roma and non-roma children in a deprived area of Athens, Greece* Journal of Medical Virology (2008) Volume 80 Issue 5, Pages 791 – 797

(<http://www3.interscience.wiley.com/journal/117946178/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> ultimo accesso 8/12/2009)

Pertosse	(tetano) e potenzialmente epidemiche (difterite)	(Slovenia: bambini Rom/non Rom in età prescolare , 2006 ⁴²)
----------	--	---

Tabella 13-5 - Vaccinazioni prioritarie/ core vaccinations

Le immunizzazioni proposte in questo testo non sono esaustive e rappresentano unicamente aree prioritarie identificate degli autori sulla base della attuale evidenza scientifica. E' auspicabile che tutte le immunizzazioni adottate in ciascun Paese membro, vengano rese accessibili a popolazioni vulnerabili come i Rom e che la loro copertura vaccinale sia comparabile a quella della popolazione generale in un prossimo futuro.

13.5 Conclusioni

“In most countries I have visited, the Roma populations face considerable obstacles to the enjoyment of basic rights, notably in the fields of access to health care, housing, education and employment and are often disproportionately affected by poverty. Discrimination and racism, also resulting in violence, remain serious problems throughout the continent, and present a major impediment to the full enjoyment of human rights and fundamental freedoms.”

Commissioner for Human Rights, 2006.

Come è stato espresso dal Consiglio d'Europa nella Raccomandazione 1203 (1993) relativa ai Rom e ai Sinti in Europa: “Gli *zingari* occupano un posto particolare fra le minoranze. Vivendo dispersi attraverso tutta l'Europa, non potendo richiamarsi a un paese che sia loro, costituiscono una vera minoranza europea, che tuttavia non corrisponde alle definizioni applicabili alle minoranze nazionali o linguistiche...”.

In tempi recenti, anche la natura e la destinazione degli spostamenti dei Rom e dei Sinti sono cambiate. Infatti, alcuni antichi paesi di transito sono diventati la loro dimora fissa mentre d'altra parte conflitti etnici e guerre civili hanno accentuato i fenomeni migratori in Europa. Il cambiamento che ne è conseguito ha reso ancora più rilevante l'inclusione dei Rom nel contesto sanitario europeo e nei singoli programmi sanitari nazionali.

Secondo ricerche effettuate “una grande percentuale di Rom percepisce la salute come l'assenza di malattia e la malattia come un fenomeno invalidante legato alla morte. Questa prospettiva porta nell'immediatezza alla ricerca di aiuto e all'uso eccessivo dei servizi di pronto soccorso. Porta però anche alla mancanza di rispetto per le prestazioni sanitarie

⁴² Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794

globalmente intese che spesso vengono sospese non appena i sintomi scompaiono”⁴³.

Spesso gli operatori sanitari riscontrano difficoltà nel comunicare con pazienti di etnia Rom, non solo per problemi correlati a barriere linguistiche ma anche a differenti modelli culturali. All'interno della comunità Rom, i concetti di salute e malattia trascendono l'individuo e si estendono al gruppo e alla comunità. I professionisti Sanitari possono avvertire la difficoltà derivante dal coinvolgimento dei parenti del paziente nell'intero processo terapeutico.

Dal canto loro i Rom possono trovare particolarmente complessa la differente tipologia di comunicazione e i diversi criteri di valutazione della qualità del trattamento come la lunghezza del tempo, l'empatia medico-paziente, le diverse modalità di manifestare la preoccupazione.

L'obiettivo dei programmi sanitari deve essere sia quello di ridurre le disuguaglianze di salute, migliorando la salute della comunità Rom nel rispetto dei modelli culturali della comunità in particolare mantenendo e valorizzando il ruolo di leadership degli anziani e delle donne come custodi e trasmettitori del sapere. I vincoli familiari possono avere un'importante valorizzazione sotto il profilo sanitario fornendo supporto ai sanitari permettendo una migliore compliance terapeutica.

Una strategia sanitaria rivolta alla comunità Rom deve prendere in considerazione programmi formativi alla salute che nel medio termine permettano anche di ridurre i determinanti socio- economici che così profondamente incidono sullo stato di salute della popolazione.

Ai programmi di:

- educazione alla salute;
- promozione dell'igiene personale e comunitaria;
- corretta nutrizione;
- formazione alla genitorialità;

dovrà affiancarsi l'offerta attiva di vaccinazioni prioritarie (Tabella 13-5) e di screening secondo le fasce di età.

Perché si possa raggiungere la comunità Rom ,“hard to reach” secondo le definizioni internazionali, e dare attuazione a tali obiettivi, un futuro dovrà vedere i Rom inseriti nei diversi livelli di rete sociale, prevedere sotto-programmi intermedi di formazione di “pari” e di empowerment della Comunità.

⁴³ <http://www.euro.who.int/socialdeterminants>

Nota degli autori

Tutti i dati presentati dagli autori in questo testo derivano da lavori pubblicati su riviste internazionali disponibili online, individuabili con ricerche su comuni motori di ricerca (google, pubmed) e nelle lingue note agli autori stessi (italiano, inglese, francese, spagnolo). Qualora siano stati effettuati studi, che non rientrino in questa categoria non sono stati considerati.

14 Missione Gipsy: Il popolo Rom e la gestione delle Tossicodipendenze

(Villa Maraini: Vincenzo Palmeri, Ettore Rossi)

14.1 Premessa

La diffusione delle sostanze stupefacenti e dell'alcolismo tra le popolazioni Rom/Sinte nel territorio di Roma è nota da tempo; i dati forniti da Opera Nomadi, Caritas di Roma, Istituto Superiore di Sanità e Istituto S. Gallicano circa l'andamento del fenomeno ne confermano la presenza stazionaria tra i Rom abruzzesi, mentre ne segnalano la recente quanto rapida emergenza tra le popolazioni Rom provenienti dagli stati della penisola balcanica. Per le comunità Rom abruzzesi, è stato affermato che circa il 3% della popolazione fa uso abituale di eroina, assunta prevalentemente per via endovenosa, con numerosi casi di morte per overdose – 7 nel periodo 2000-2005 – e casi di infezione HIV-AIDS, con un sempre maggior uso di cocaina. Riguardo le popolazioni di provenienza dall'Europa dell'est emerge un dato ancor più allarmante in quanto sembra essere coinvolta nell'uso di sostanze stupefacenti circa il 10% della popolazione totale con una consistente fetta di consumatori minori; altro particolare dato è l'uso di droghe, alcool e psicofarmaci tra le giovani donne Rom correlato con un evidente disagio psichico. La Croce Rossa Italiana in questi ultimi anni è stata protagonista nell'assistenza verso la popolazione Rom di stanza nel territorio romano osservando nel tempo la forte incidenza del fenomeno droga in tale tessuto sociale, problema a cui necessariamente si deve dare una risposta pronta ed efficace.

14.2 Partner - La Fondazione Villa Maraini

La Fondazione Villa Maraini, sin dalla sua nascita nel 1976, ha applicato i principi fondamentali della Croce Rossa nelle sue azioni volte a favore delle persone affette dalla tossicodipendenza. Principi come Umanità, Neutralità ed Imparzialità hanno dato la forza per organizzare differenti risposte alle varie problematiche che la droga richiama. Nel 1998, partendo dall'esperienza di Villa Maraini, la CRI è stata la promotrice di ERNA, network europeo delle Federazioni di Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa. Nel 2003 la IFRC ha fatto proprie le linee guida di intervento sulle tossicodipendenze di Villa Maraini, sino ad arrivare nel 2007 con la dichiarazione "Rome Consensus" ad essere designata come top leader dalle 119 Società Nazionali di Croce Rossa aderenti alla promozione ed implementazione degli approcci umanitari delle politiche sulla droga.

La prima struttura aperta è stata la Comunità terapeutica diurna, convenzionata con la Asl RM D, che sino ad oggi ha accolto 2.000 persone. Nel 1986 ha aperto il Telefono in Aiuto volto al contatto tramite telefono per utenti che non venivano ai servizi tradizionali per poter parlare di droga, Hiv e problemi giuridici legati alla tossicodipendenza. Sono state ricevute 130.000 chiamate. In seguito il contatto a voce è divenuto esigenza di maggior coinvolgimento sino ad arrivare alla strutturazione di un programma ambulatoriale rivolto a soggetti lavoratori. Oggi vengono seguiti 120 soggetti tossicodipendenti attraverso colloqui e gruppi terapeutici con un programma triennale. Dopo questi servizi “ad alta soglia” Villa Maraini ha risposto ad esigenze che andavano sempre più crescendo con l’evoluzione dell’uso ed abuso delle varie sostanze. Con l’aumento delle persone tossicodipendenti in carcere è nato il Progetto Carcere che segue tali soggetti nella detenzione e nei provvedimenti alternativi. Dal 1986 abbiamo ricevuto e risposto a 28.500 lettere dai carceri romani e laziali, effettuato 8.900 gruppi in carcere e permesso a 780 persone di usufruire di un provvedimento alternativo al carcere, a Villa Maraini. Nei primi anni '90 si è iniziato ad attuare una strategia di ricerca delle persone tossicodipendenti in strada e nei luoghi da loro frequentati, con interventi di riduzione del danno e “a bassa soglia”, allargando il numero degli interventi e aumentando i servizi a loro offerti. Le Unità di strada operanti alla Stazione Termini e a Tor Bella Monaca hanno effettuato 850.000 interventi contattando 16.500 persone con problemi di abuso, distribuendo 280.000 profilattici, 650.000 siringhe sterili e ritirando 340.000 siringhe usate nell’ambito degli interventi di prevenzione dell’Hiv, epatiti e MST. 1.570 sono stati gli interventi contro le overdose da oppiacei risoltesi tutte positivamente. Nell’ambito degli interventi farmacologici, con le attività dell’ambulatorio e della macchina del Servizio di Emergenza, sono state assistite 8.300 persone, con una media di trattamenti metadonici di 230 persone al giorno; nel solo 2008 gli interventi di Emergenza sono stati 2.122. Dal 1995 al 2006 Villa Maraini ha offerto 84.000 posti notte nei due centri Notturni dedicati a soggetti tossicodipendenti senza dimora o temporaneamente in difficoltà alloggiativa. Il Centro di prima accoglienza che principalmente accoglie le persone contattate in strada, dal 1994 ha ospitato circa 6.800 utenti a cui ha prestato attenzione psicologica, medica e di prima necessità tramite pasti caldi, docce e cambi d’abito. 760 persone tossicodipendenti sono state invece accolte nel Centro di Orientamento, servizio di passaggio tra la prima accoglienza e l’entrata in Comunità. Nel 2001 è stato aperto il Centro Alternativo alla detenzione dedicato esclusivamente a *Td* con problemi di giustizia che ha visto accolte finora 500 persone. Il lavoro di informazione e di prevenzione nelle scuole ha

visto la partecipazione e il contatto con 20.000 studenti, il sito web www.villamaraini.it ha sinora riscontrato 190.000 contatti.

Nell'ambito dei suoi interventi, la Fondazione Villa Maraini ha partecipato al "Progetto Gipsy", nel 2003-2004, in collaborazione con altri Enti su ordine del Comune di Roma con finalità volte all'assistenza e prevenzione della tossicodipendenza nella popolazione Rom insediata nel territorio romano, in seguito ha continuato nell'assistenza alle persone provenienti dai campi nomadi, nel periodo 2008/2009 ha finora assistito 155 Rom, di cui 104 maschi e 51 femmine con una percentuale femminile molto più alta della media della popolazione *Td* complessiva.

14.3 Il Servizio di "Unità di strada"

Lavoro di strada "outreach work" è un termine che definisce specifiche finalità operative e di approccio a chi "vive" sulla strada. Già negli anni '20, negli Stati Uniti furono attivate, nelle varie realtà locali, delle iniziative sociali, con lo scopo di allacciare contatti significativi con bande giovanili. Altra esperienza storica significativa è stata in Olanda negli anni '70, dove gruppi di consumatori di sostanze si attivarono come unità di strada (operatori) al fine di ridurre la diffusione dell'epatite B. Soltanto alla fine degli anni '80, sull'esempio di quanto già accadeva anche in altre città d'Europa quali Amsterdam, Berlino, Liverpool e con un numero sempre maggiore di tossicomani non in trattamento, il sommerso ha motivato alcune realtà locali ad attivare interventi mirati a questo target.

14.4 Destinatari diretti e indiretti

Il progetto intende intervenire sulle persone coinvolte con l'uso di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e/o a rischio di tale coinvolgimento, appartenenti alle Comunità Rom/Sinte presenti nel territorio del Comune di Roma.

14.5 Obiettivi principali e secondari

L'obiettivo principale che il progetto si propone è quello di contattare il più ampio numero di Rom coinvolti nell'uso di sostanze psicotrope al fine di programmare interventi di prevenzione e di riduzione dei rischi conseguenti a tali comportamenti, potendo utilizzare se possibile mediatori culturali che potranno facilitare l'efficacia e la penetrazione dell'intervento. Si intende, quindi, facilitare l'accesso consapevole ai servizi socio sanitari territoriali, dapprima recandosi sul luogo per offrire azioni dirette, inoltre è possibile identificare alcuni sub-obiettivi strettamente connessi a quello principale, quali:

- Informare sulle risorse socio sanitarie e culturali presenti sul territorio;
- Facilitare ed inviare l'accesso dei soggetti contattati verso programmi di trattamento terapeutico in forma ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale;
- Creare una rete tra servizi esistenti con competenze specifiche accrescendo l'integrazione tra i servizi e tale particolare utenza;
- Abbassare il livello di microcriminalità diminuendo la domanda di sostanze e favorendo così la minor necessità di soldi occorrenti per la droga.

14.6 Azioni

Istituzione di un consultorio mobile attivo nei campi. Ricerca e contatto dei consumatori nei campi. Individuazione dei consumatori e dei non consumatori e dei possibili mediatori culturali.

Costruzione di relazioni significative con i consumatori al fine di rendere efficaci i messaggi preventivi e per modificare i comportamenti a rischio collegati all'assunzione di droghe sintetiche e mix. Distribuzione di materiale informativo e gadget, sulle caratteristiche e gli effetti delle droghe sintetiche, sui comportamenti e le precauzioni da adottare in caso di malore. Consulenza informativa e psicologica non strutturata. Primo intervento per la riduzione dei danni mediante assistenza medica e distribuzione di viveri e acqua, sostegno psicologico e integrazione con l'assistenza sanitaria. Verifica della possibilità del ricongiungimento familiare nel caso di giovani separati dalle loro famiglie. Invio all'ambulatorio medico di Villa Maraini per trattamenti farmacologici.

Interventi

- a) Scambio siringa, distribuzione di acqua distillata e profilattici (a richiesta);
- b) informazione TD/AIDS (con possibile invio ambulatorio a Villa Maraini per il test HIV);
- c) interventi nei casi di overdose;
- d) emergenze e consulenze mediche sul posto o in ambulatorio;
- e) counselling episodico;
- f) primo soccorso;
- g) distribuzione del farmaco salvavita Narcan;
- h) invio e/o accompagnamento ai servizi pubblici e/o privati;
- i) distribuzione di materiali informativi, studiati ad hoc, prodotti da questo e da altri Enti;

j) eventuale contatto con i familiari.

14.7 Metodologia

Modalità di accoglienza degli utenti beneficiari del servizio

Le persone che si rivolgono al servizio possono accedervi con una semplice richiesta di bisogno o di aiuto. Vengono accolte all'interno dei mezzi preposti che, in questi casi, oltre ad avere la funzione di sportello consultoriale, vengono utilizzati come luogo per colloqui e/o consulenze mediche e psicologiche. Inoltre le modalità di accoglienza protetta del servizio sono volte a sviluppare nel tempo un rapporto di fiducia con gli afferenti, pertanto si cerca di creare un clima di tranquillità in contesto difficile quale è la strada; il servizio si ripropone di offrire un'opportunità terapeutica anche se la persona è ancora in condizione di tossicodipendenza, tendendo così alla diminuzione del rischio ed alla riscoperta delle alternative alla vita di piazza.

Lavoro "da strada"

Un'azione diretta all'interno degli insediamenti nomadi: siamo noi che andiamo da loro e veniamo da loro accolti, ci relazioniamo con un gruppo umano nella sua globalità, facciamo il primo passo per superare la diffidenza e proponiamo un intervento di tutela della salute.

Ricerca-azione

Solo rendendosi disponibili all'azione specifica nel rispondere ai bisogni sanitari espressi e proponendo un lavoro comune di promozione della salute è possibile, oltre che etico, raccogliere dati attendibili che permettano di conoscere questa realtà così complessa e in gran parte sconosciuta.

Lavoro di équipe

Nel lavoro di équipe convogliano differenti professionalità, esperienze, capacità, e questo diventa lo spazio nel quale sia rispondere alle numerose sfaccettature del bisogno che ci è presentato, sia confrontarsi, riflettere insieme, mettendo insieme i pezzi del mosaico di ciò che ciascuno comprende o di cui fa esperienza e nel quale cercare soluzioni comuni da portare avanti coerentemente. Inoltre l'équipe, come gruppo, realizza la prima mediazione culturale, vale a dire funge da ponte tra due mondi in parte incomunicabili tra loro: fra i nomadi e le strutture sanitarie individuando percorsi accessibili, fra i nomadi e le autorità comunali proponendo soluzioni accettabili per alcuni interventi ambientali, fra i nomadi e la

società offrendo informazioni corrette e complete. In definitiva la nostra presenza deve essere caratterizzata dal binomio costanza/flessibilità.

14.8 Organizzazione del servizio: Unità Itinerante

L'unità itinerante si dovrà avvalere di mezzi adeguati, quali un camper medico attrezzato, due automezzi di appoggio a disposizione della Croce Rossa per gli interventi direttamente sui posti designati, quali Campi organizzati e non. Per ogni turno operativo di servizio, è garantita la presenza di due operatori sociali con pregresse esperienze di tossicodipendenza, uno psicologo, un medico direttamente sul campo o a disposizione dell'ambulatorio dedicato, oltre al personale di Croce Rossa (Pionieri, VDS). È prevista la formazione e l'utilizzo di mediatori culturali che potranno facilitare la penetrazione degli interventi. L'Unità è presente tutti i giorni dispari (lunedì, mercoledì, venerdì) con orario dalle ore 10.00 alle ore 16.00 e risponde al numero: 339/49.77.620.

L'ambulatorio medico è invece disponibile tutti i giorni dalle ore 9 alle ore 21.

14.9 Personale e costi

Voci di spesa	Costo mensile
Responsabile Coordinatore	€ 700,00
Operatore socio-sanitario	€ 2.160,00
Psicologo	€ 1.222,00
Medico	€ 2.448,00
Mediatore culturale o altro	€ 600,00
TOTALE Personale	€ 7.130,00
Materiale di consumo (carburante, generi alimentari, sanitari, farmaci ecc.)	€ 1.370,00
COSTO TOTALE Mensile	€ 8.500,00

Tabella 14-1 - piano finanziario mensile

Automezzi necessari

- 1 Camper attrezzato con:
 - ECG
 - Defibrillatore
 - Pulsometro
 - Pallone per respirazione assistita
- 2 Fuoristrada
- 1 pulmino 9 posti per accompagnamenti

15 Corsi di formazione per i volontari: ipotesi di un percorso minimo formativo per accedere nei campi Rom da parte dei Volontari

(M. Teresa Condello)

L'operatore Sanitario nei campi Rom

Negli ultimi anni è stata posta una particolare attenzione alle popolazioni nomadi che vivono nei centri urbani e che ogni giorno si confrontano con la realtà che li circonda. Per passare dall'assistenzialismo alla partecipazione, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto igienico-sanitario, è fondamentale che i Volontari siano in primo luogo motivati ed in secondo luogo appositamente formati.

La formazione all'interno della Croce Rossa Italiana si basa essenzialmente su due step:

1. Il primo step di ordine generale e di conoscenza del Primo Soccorso, permette l'ingresso nell'Associazione,
2. Il successivo è più specifico e riguarda più da vicino le attività di tipo specialistico che si intendono svolgere.

Non essendo possibile individuare all'interno dei corsi specialistici già in essere un percorso adeguato per gli operatori che intendono prestare la propria opera al servizio delle comunità nomadi, si rende necessario stabilire uno standard formativo individuando i seguenti requisiti:

- Essere un Volontario della Croce Rossa Italiana, pertanto aver frequentato il corso di accesso dove, oltre alla Storia della Croce Rossa ed ai suoi Principi Ispiratori, ai fondamenti del Diritto Internazionale Umanitario, vengono insegnate le tecniche del Primo Soccorso in riferimento alle linee guida tracciate dal B.E.P.S. (Brevetto Europeo di Primo Soccorso); questo primo livello formativo è sufficiente per affrontare in modo adeguato le problematiche relative al quotidiano;
- Aver frequentato un corso di formazione sulla Epidemiologia e Prevenzione dove devono essere trattate le situazioni a rischio infettivo, le malattie infettive, le corrette norme igieniche e le norme di prevenzione. Questo step formativo, oltre a fornire le corrette norme di auto protezione, fornisce al Volontario le giuste conoscenze per divenire a sua volta strumento di informazione, formazione ed educazione sanitaria.
- Aver frequentato un corso di formazione sull'Atteggiamento psicologico del

Volontario soprattutto in riferimento alle tecniche di comunicazione efficace. L'aspetto comunicativo deve essere valorizzato e rafforzato in modo particolare, nel rispetto dell'interazione tra diverse culture;

Potrebbe essere indicato, prima dell'inizio dell'attività, un incontro con i Mediatori Culturali allo scopo di conoscere le tradizioni, la cultura, la religione e le usanze per mettere in atto il giusto approccio nel rispetto reciproco.

I contenuti delle presenti Linee Guida dovranno essere formalizzati in un corso di formazione da tenersi in un'unica giornata e destinato a tutti i Volontari di Croce Rossa interessati a prestare servizio nei campi nomadi.

16 Diritto Internazionale ed il popolo dei Migranti

(Sorella Anastasia Siena)

La politica del Movimento internazionale di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa ed il popolo dei migranti.

“*Nessun migrante è privo di diritti*” è una delle frasi chiave contenuta nelle “Linee guida per la politica in materia di migrazioni” adottate durante la 16^a Assemblea Generale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa, che sottolinea l’alto livello di attenzione che il Movimento dedica a questo argomento.

Per cogliere appieno le preoccupazioni umanitarie e quindi l’importanza delle norme atte a regolare il rispetto di talune categorie di vulnerabili, il termine "migrante" ha, volutamente, un significato ampio e comprende: i lavoratori migranti, gli apolidi migranti, i migranti considerati irregolari da parte delle pubbliche autorità, oltre che ai rifugiati e richiedenti asilo, nonostante il fatto che essi fuggano per paura di persecuzioni e che costituiscono una categoria speciale ai sensi del diritto internazionale.

Molti dei suddetti migranti riescono a stabilirsi ed integrarsi nelle loro nuove comunità, ma altri, quelli di primaria importanza per la Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, incontrano profonde difficoltà e, venendosi a trovare al di fuori dei sistemi di supporto tradizionale, non sono in grado di accedere a diritti quali il riconoscimento dello statuto personale, il diritto all’alloggio, alla salute, al lavoro ed alla formazione professionale, alla scolarizzazione, al libero accesso ai servizi pubblici, alla non discriminazione, al diritto di scelta del modo di vita, al diritto alla partecipazione all’elaborazione delle norme che li riguardano, a quanto cioè garantito dai diritti fondamentali dell'uomo.

La normativa nazionale è una delle fonti di questi diritti, ma rientra nella cornice più ampia del corpo delle norme internazionali in materia di migrazione, di cui uno dei principi cardine è quello del “non-refoulement”:

- Diritti umani, che definiscono i diritti fondamentali dell’uomo;
- Diritto Internazionale Umanitario, che protegge, tra gli altri, i civili in situazioni di conflitto armato, compresi i migranti;
- Diritto dei rifugiati, che stabilisce gli specifici diritti dei richiedenti asilo e dei rifugiati, come una categoria giuridica distinta.

L’approccio del Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa alla migrazione è quello strettamente umanitario, basato, dunque, sul riconoscimento, ad ogni

migrante, della propria individualità e dignità ed al diritto di realizzare le proprie aspirazioni. Il miglior modo, per le Società Nazionali di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, per rispondere a tale approccio è quello di mantenere la propria azione indipendente, soprattutto nella comprensione dei bisogni e degli interessi dei migranti, agendo attraverso un'azione di advocacy, di promozione e patrocinio della causa dei migranti e di "diplomazia umanitaria" nei confronti delle Autorità governative del paese ospitante, sempre e comunque nel rispetto dei 7 principi fondamentali.

Promuovere programmi che tendano a ridurre la vulnerabilità, proteggere e rafforzare i diritti dei migranti, assicurare l'accesso all'assistenza sanitaria, ai servizi essenziali, al supporto legale ed alla comprensione delle norme che li riguardano, all'istruzione, ma anche garantire che le informazioni raccolte sui migranti siano utilizzate solo a fini umanitari, può contribuire a superare le barriere dell'esclusione e della discriminazione riducendo di conseguenza i rischi di tensioni sociali, come, allo stesso scopo, è fondamentale promuovere il rispetto dei "diritti culturali", in particolare quello all'identità culturale, che recentemente stanno emergendo nel dibattito sulla progressiva estensione storica dei diritti dell'uomo.

Per favorire la conoscenza e l'accettazione, l'esperienza insegna l'importanza e l'efficacia del coinvolgimento attivo del migrante, nell'ambito della comunità ospitante, come Volontario della Società Nazionale di Croce Rossa o Mezzaluna Rossa.

A proposito dell'attività di "diplomazia umanitaria" svolta dalle Società Nazionali, essa trova terreno assolutamente fertile nel concentrare i propri sforzi, anche, sull'apolide migrante, la cui prima condizione, per la tutela giuridica dei diritti, è quella di comprendere l'importanza dell'acquisto di una cittadinanza, che è il punto di partenza per sanare una situazione di apolidia o di indeterminatezza della sua nazionalità.

E' necessario che tali migranti siano "pienamente" cittadini di uno Stato, ossia che abbiano una nazionalità e che, i diritti, in primis quelli costituzionali, quali libertà di circolazione, di stabilimento, il diritto di voto, ecc., siano rispettati nei loro riguardi.

Stimolare l'azione dello Stato ospitante nella vigilanza dell'amministrazione della giustizia, nella regolamentazione dei casi di "apolidia" e di "nazionalità indeterminata" al fine di rilasciare agli apolidi migranti documenti non derogatori, ma identici a quelli di tutti gli altri cittadini, significa contribuire alla migliore convivenza multiculturale.

L'azione che il Movimento internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa auspica, si può, dunque, sintetizzare nei primi cinque punti del cosiddetto "Decalogo dei Principi", che rappresenta un vero e proprio codice di condotta per le Società Nazionali:

16.1 Focus sulle esigenze e le vulnerabilità dei migranti.

Il Movimento Internazionale della Croce Rossa della Mezzaluna Rossa si impegna ad adottare un approccio integrato ed imparziale, che combini l'azione immediata per i migranti che hanno urgente bisogno di assistenza a quella nei confronti di coloro che ne necessitano a lungo termine.

E' quindi importante per le Società Nazionali l'autorizzazione a lavorare con e per tutti i migranti, senza discriminazioni ed indipendentemente dal loro status giuridico.

16.2 Includere i migranti in programmi umanitari.

Le Società Nazionali possono optare tra differenti approcci per assistere e tutelare i migranti concentrandosi su di loro attraverso speciali programmi o progetti mirati, oppure comprendendoli nell'azione umanitaria generale, affrontando, cioè, le necessità e le vulnerabilità della popolazione nelle sue diversità.

In ogni caso lo sforzo della Società Nazionale deve essere quello di garantire l'imparzialità e la non discriminazione, tenendo conto anche della realtà del Paese ospitante e delle esigenze umanitarie della sua popolazione.

16.3 Sostegno delle aspirazioni dei migranti.

I migranti hanno un diritto legittimo di speranza e di opportunità di realizzare il loro potenziale.

Essi sono anche un importante fattore sociale, economico e culturale.

Le loro competenze e la loro esperienza possono essere un prezioso contributo alla Comunità di accoglienza.

Le Società Nazionali prenderanno in considerazione le esigenze e gli interessi propri dei migranti, sostenendo la loro inclusione sociale, l'integrazione e le loro aspirazioni.

16.4 Riconoscere i diritti dei migranti.

La Società Nazionale deve fornire assistenza e protezione ai migranti, indipendentemente dal loro status giuridico: la capacità dei migranti di godere dei loro diritti è un fattore importante per valutarne la vulnerabilità.

Lavorando con i migranti al fine di garantire che i loro diritti siano rispettati, compreso il diritto alla determinazione del loro status giuridico, la Società Nazionale promuoverà anche l'inclusione sociale e le loro aspirazioni.

16.5 Assistenza, protezione umanitaria ed advocacy per i migranti.

L'assistenza ai migranti va di pari passo con gli sforzi per proteggerli contro l'abuso, lo sfruttamento e la negazione dei diritti.

Nel fare questi sforzi le Società Nazionali rispetteranno l'interesse stesso dei migranti e l'imperativo di non fare loro alcun male.

Per consentire ai migranti di superare abusi e pressioni, le Società Nazionali devono essere in grado di fornire consulenza legale, interagire con altre organizzazioni che operano nel medesimo campo oltre che ad intraprendere forme discrete o pubbliche di sensibilizzazione umanitaria.

17 Attività di educazione sanitaria presso le comunità Rom

(Sorella Alessandra Grisanti)

17.1 Premessa

Lo Statuto della Croce Rossa Italiana prevede, tra i compiti prioritari, la diffusione dell'Educazione Sanitaria al fine di promuovere il rispetto per la persona umana e proteggerne la vita e la salute senza distinzione di nazionalità, razza, religione, condizione sociale e appartenenza politica, secondo i Principi Fondamentali di Croce Rossa.

La CRI, inoltre, condivide le "linee strategiche" indicate dalla Federazione Internazionale di Croce Rossa ("Strategia Sanitaria Globale 2006 – 2010") e gli impegni della 7° Conferenza Europea delle Società Nazionali di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa ("Dichiarazione di Istanbul") in tema di salute nelle comunità e nelle migrazioni, per servire i bisogni dei più vulnerabili attraverso un approccio che abbini campagne di educazione e prevenzione con programmi di assistenza e supporto.

In tale ottica e tenuto conto anche delle istanze in materia di diritti umani dei Rom e delle popolazioni nomadi espresse dal Parlamento Europeo, l'Educazione Sanitaria deve a buon diritto essere inserita nel Progetto delle Attività di Assistenza, Accoglienza ed Organizzazione Umanitarie alle comunità Rom promosso dalla Croce Rossa Italiana.

17.2 Le condizioni socio-sanitarie della popolazione Rom

In Italia gran parte della popolazione Rom vive nei "campi", luoghi per lo più assegnati dalle amministrazioni delle città ospitanti.

I "campi nomadi", spesso in terra battuta e privi quasi totalmente di vegetazione, situati ai margini dei centri abitati, in prossimità di discariche e arterie stradali a grande scorrimento, comprendono roulotte e/o baracche di legno. Esiste inoltre una serie di "microinsediamenti" senza carattere di stabilità che tendono ciclicamente a scomparire per ricostituirsi successivamente in luoghi diversi.

Impossibile stimare il numero degli insediamenti abusivi sul territorio nazionale.

Spesso, il fatto che i "campi" siano riconosciuti e autorizzati non significa siano adeguatamente attrezzati e supportati da una rete di servizi: in molti casi mancano di luce, acqua e impianti per lo smaltimento dei rifiuti; i servizi igienici sono insufficienti sia numericamente che qualitativamente per l'elevato numero di utenti che dovrebbe beneficiarne; spesso mancano docce e lavatoi per la biancheria.

Alle precarie e malsane condizioni ambientali in cui vive la maggior parte della popolazione Rom, si sommano le barriere economiche, geografiche, culturali, sociali e di genere che, direttamente o indirettamente, contribuiscono a condizionarne spesso in modo drammatico la salute, aumentano il rischio di ammalare e precludono la prevenzione e la cura delle malattie: gli indici relativi ai tassi di morbilità e mortalità rilevati nei diversi gruppi Rom sono accostabili a quelli dei Paesi poveri del sud del mondo.

Frequenti sono soprattutto le patologie delle alte e basse vie respiratorie, del sistema digerente (le carie dentali sono un fenomeno diffusissimo a partire dalla prima infanzia) e dermatologiche; a queste si aggiungono le patologie infettive (parassitosi, tubercolosi, ecc), strettamente correlate alle cattive condizioni di vita.

La situazione è anche aggravata da un rapporto incerto e occasionale dei Rom con le Strutture Sanitarie di base e ospedaliere: la non conoscenza della possibilità o delle procedure amministrative, cui si aggiungono la sfiducia e la paura di potenziali conseguenze legali, fa sì che una bassa percentuale dei nuclei familiari sia iscritta al Sistema Sanitario Nazionale e chi vi ha provveduto non vuole o non sa scegliere il medico di base, non beneficiando in tal modo né delle visite né della prescrizione di farmaci.

La tutela della salute è dunque affidata ad una frammentazione di luoghi di cura: dal Pronto Soccorso ospedaliero agli ambulatori privati, all'iniziativa di Associazioni di volontariato. Il primo accesso nel nostro Sistema Sanitario è rappresentato, secondo tradizione, quasi esclusivamente dal Pronto Soccorso, per la sua visibilità, accessibilità ad ogni orario, gratuità, assenza di controllo di documenti e per la possibilità di accompagnamento e di solidale permanenza accanto al paziente.

La comunità Rom solitamente non esprime un bisogno di tutela della salute, ma si limita a chiedere cure e farmaci solo nel momento di conclamata necessità: infortuni, fatti traumatici o l'apparire di sintomi acuti di malattia; al contrario, affezioni croniche anche gravi permangono a lungo ignorate e questo rende difficile l'approccio preventivo.

Diffuso è l'utilizzo inappropriato di farmaci sia in termini di abuso che di autoprescrizione; inoltre, è corrente l'abitudine di consultare più sanitari e scegliere poi autonomamente fra le cure prescritte, così come quella di farsi prescrivere farmaci per terze persone.

Le comunità Rom, pur essendo composte da un'alta percentuale di soggetti giovani, sono comunque esposte ad aggressioni quali l'umidità, il freddo, l'inadeguatezza delle strutture igienico-sanitarie, la promiscuità, l'affollamento e le errate abitudini alimentari; fattori che incidono soprattutto sulle fasce più deboli della popolazione: bambini, donne, i malati cronici, gli anziani. Basti pensare che la maggioranza dei bambini non esegue controlli

pediatrici regolari e non è in regola con le vaccinazioni; molte donne in gravidanza hanno controlli di routine incompleti o mancanti; un numero assai limitato di malati cronici ha accesso alle visite mediche ed alle terapie necessarie.

I minori sono le principali vittime di condizioni spesso non accettabili: la loro speranza di vita alla nascita è di 10 anni inferiore rispetto alla media. I dati (pochi) di dimissione ospedaliera evidenziano un alto ricorso alla spedalizzazione in età pediatrica, soprattutto nel corso del primo anno di vita, con una predominanza di ricoveri per malattie infettive, respiratorie e per patologie neonatali.

Già intorno ai 14 anni i Rom cominciano ad essere considerati adulti dalla loro comunità e quindi iniziati alle attività che dovranno svolgere in seguito; si sposano mediamente intorno ai 15 anni e al “matrimonio” fa quasi sempre seguito la nascita di figli.

Per le donne, in molti casi ancora non ponendosi il problema della limitazione delle nascite, la maternità termina con la perdita della fertilità: la prole è quindi numerosa. Gli uomini si fanno spesso vanto della loro “virilità” espressa nella capacità procreativa e sono i più restii ad accettare informazioni e consigli riguardanti la procreazione responsabile. Credenza diffusa fra le donne è che l’allattamento prolungato eviti l’ovulazione e molte continuano ad allattare al seno i piccoli anche molto oltre il primo anno di età.

Partoriscono in ospedale, e non più con l’aiuto delle donne anziane, dove spesso scelgono di fermarsi solo il giorno del parto, mentre il bambino resta al nido in ospedale dove è trattenuto almeno 5 giorni. Una volta “a casa” il piccolo vive in precarie condizioni igienico-sanitarie, esposto da subito al rischio di malattia; in seguito vengono spesso sottostimate ed evitate le periodiche visite di controllo e prevale la convinzione che un bambino (come un adulto, d’altro canto) debba essere visitato solo se malato, trascurando la necessità di regolari incontri con il pediatra nel corso della crescita.

I bambini hanno genitori appartenenti a tutta la scala generazionale. I figli dei quarantenni hanno il vantaggio (se così si può dire) di essere stati preceduti da molti fratelli che di loro si prendono cura e che diventano estensione della figura dei genitori, mentre i figli dei quindicenni devono affrontare con maggiore difficoltà la loro venuta al mondo. Il parentado adulto non è molto presente nella cura dei piccoli ed i bambini, individuato nella comunità chi sia in grado di rispondere in modo sufficiente, a questo si rivolgono di volta in volta per le loro necessità. Il cibo, tranne che per i lattanti, viene assicurato in maniera disordinata e spesso non adeguata all’età; manca di solito un orario determinato per i pasti che riunisca il nucleo familiare.

E’ alta, tra i Rom, l’incidenza di patologie croniche quali diabete, ipertensione, obesità,

malattie cardio e cerebrovascolari. La fase di vita attiva vissuta nell'emarginazione, le cattive abitudini alimentari, l'occasionale sovralimentazione disordinata, il frequente abuso di fumo e bevande alcoliche, portano queste persone ad un precoce e rapido deterioramento dello stato di salute, anche per la difficoltà o il rifiuto di ricevere adeguati trattamenti medici di cura e prevenzione.

Da qui, la crescente presenza nei "campi" di ultrasessantenni "prematamente invecchiati", ammalati, a volte allettati, cui fa riscontro la difficoltà della presa in carico da parte dei famigliari. D'altra parte, è difficile l'inserimento di queste persone in strutture protette, spesso per la loro situazione di irregolarità.

17.3 Gli obiettivi

Da quanto esposto, di fondamentale importanza è la necessità di programmare interventi di Educazione Sanitaria a favore della popolazione Rom; interventi ampi, per natura e per finalità, che riescano ad affrontare questa realtà nei suoi diversi aspetti, con l'obiettivo di realizzare un percorso di educazione che si snodi non su temi prefissati ma su quelli di volta in volta emergenti.

E' indispensabile cioè la creazione di progetti flessibili e attenti alle diverse, specifiche realtà, specificamente pensati per i diversi target di popolazione.

17.4 I contenuti

Da decenni la Croce Rossa Italiana svolge sul territorio attività di Educazione Sanitaria, strutturata in Corsi teorico-pratici di Primo Soccorso, Assistenza al malato e all'anziano in famiglia, Madre e bambino - procreazione responsabile, Educazione alla salute.

I programmi delle diverse discipline, elaborati con particolare attenzione ad una corretta progressione didattica, si differenziano in base alle varie tipologie di utenti (vedi Allegato riportato al paragrafo 17.7).

Nell'ambito del Progetto in questione, da questi programmi preordinati si potrà attingere, estrapolando gli argomenti utili, per realizzare nuovi programmi *ad hoc* pensati in base alle diverse, specifiche esigenze della popolazione Rom:

- primo soccorso e prevenzione degli infortuni;
- sensibilizzazione ed informazione verso una migliore cultura della salute e della prevenzione delle malattie; corretto stile di vita;
- igiene degli ambienti e delle persone; prevenzione delle malattie diffuse;
- educazione alimentare; igiene dell'alimentazione; prevenzione delle malattie infettive

- legate al consumo del cibo; prevenzione dell'abuso di alcoolici;
- educazione sessuale, sensibilizzazione sui temi legati alla contraccezione e all'interruzione volontaria di gravidanza; preparazione alla maternità e al parto; educazione alla cura dei neonati e all'allevamento-accudimento dei bambini; vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia;
- assistenza alle persone anziane ed ammalate.

17.5 L'approccio del Monitore alla popolazione Rom

I Corsi di Educazione Sanitaria CRI sono istituzionalmente tenuti dai Monitori: volontari specificamente formati e in grado di trasmettere alla popolazione, in modo semplice ed efficace, i contenuti delle diverse discipline.

In particolare, per quei Monitori destinati ad operare nell'ambito del Progetto di Educazione Sanitaria alle comunità Rom, sarà però necessario considerare l'opportunità di una preventiva, specifica, ulteriore formazione destinata al compito nuovo ed alla particolare natura degli utenti.

Operando con culture "altre" non si può, infatti, scindere l'intervento educativo dall'approccio socio-culturale, che diventa strumento essenziale per l'efficacia dell'azione.

Nel caso dei Rom, il legame alla propria cultura è tale da indurli ad assorbire dal paese ospitante solo quanto interessa la sopravvivenza nell'immediato, in termini economici, ambientali (concessioni di spazi adeguati in cui vivere) e, in alcuni casi, lavorativi. Chi li avvicina con intenzioni di aiuto e supporto, è espressione di un mondo "non Rom", percepito spesso come non affidabile: consigli e suggerimenti che prevedano la revisione di abitudini e comportamenti consolidati possono anche essere accolti, ma spesso prevale lo scetticismo sui risultati.

Gli interventi preventivi e di educazione sanitaria, inoltre, non essendo ricollegabili ad un bisogno impellente di cura, vengono in genere percepiti come poco utili e in contrasto con il diffuso atteggiamento fatalistico nei riguardi del concetto di salute, non riconoscendosi come gruppo particolarmente soggetto a malattie o con un'aspettativa di vita media di gran lunga inferiore rispetto alla popolazione maggioritaria.

Il rapporto di fiducia e conoscenza reciproca, nel pieno rispetto delle differenze culturali, è lo strumento per superare la paura, la sfiducia, il disinteresse.

Il Monitore è per formazione un "facilitatore", specificamente preparato all'utilizzo degli strumenti della Comunicazione.

Dovrà ricordare che, soprattutto in un contesto così particolare, l'approccio iniziale è di

fondamentale importanza e consiste prima di tutto nel sapersi conquistare la fiducia dell'interlocutore, cosa che richiede tempo, pazienza, tatto e sensibilità. Le prime frequentazioni permetteranno al Monitore di presentarsi e di farsi conoscere, di incuriosire, di far emergere ciò che alcuni forse già conoscono e hanno già messo in pratica, di evidenziare argomenti che suscitano interesse immediato, di far scaturire problemi e quesiti, di trovare spunti per ampliare e completare progressivamente il discorso sui vari temi.

Un ruolo importante in questo processo, in grado di garantire un'efficace interazione tra i Monitori e la popolazione Rom, sarà rappresentato dagli assistenti sociali e dai mediatori culturali operanti nei campi, che ogni volta dovranno partecipare attivamente alle varie fasi di pianificazione e realizzazione del Progetto. La loro esperienza di lavoro con le comunità Rom, anche nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria, costituirà un aiuto essenziale nell'individuare le specifiche necessità educative, nella definizione dei "gruppi" (diversi per sesso ed età, in base alla finalità) attraverso i quali veicolare l'informazione, nella loro sensibilizzazione rispetto alle iniziative, nella giusta scelta dei tempi e dei modi dell'approccio che non dovrà in ogni caso essere invadente o prevaricante.

Il Monitore dovrà porsi non come colui che eroga semplici prestazioni prestabilite, ma dovrà essere capace di dialettica, di mettersi in discussione e di considerarsi uno degli elementi in gioco, svolgendo quei compiti di promozione, informazione ed educazione indispensabili per rompere i processi di emarginazione e in tal modo allentare la stretta fatta di pregiudizio, a volte di disprezzo e di paura. Dovrà essere convincente a tal punto da conquistarsi fiducia e solidarietà, ma dovrà nel contempo essere misurato e paziente ed imparare, grazie all'esperienza, ad adeguarsi ogni volta alle tante e diverse realtà che fanno di un campo nomadi un mondo a sé.

Soprattutto, non dovrà dimenticare il Rispetto e l'Equità: Rispetto per gli altri, per i bisogni e le speranze degli altri, per la dignità di ciascuno e per le altrui convinzioni; Equità come base e presupposto della disponibilità ad aiutare: intesa non come dare a tutti, tutto, allo stesso modo, ma dare a ciascuno pari opportunità per vivere, crescere, sperare, conoscere... e per stare in buona salute.

17.6 Il materiale divulgativo

A completamento del programma, si potrà ipotizzare la creazione di opuscoli informativi da distribuire agli abitanti dei "campi".

La predisposizione di materiale divulgativo per l'Educazione Sanitaria rivolto a persone appartenenti a culture "altre" è sempre un lavoro particolarmente complesso: sarà necessario

selezionare i messaggi specifici da veicolare e adattarli alle diverse situazioni ed esigenze; le informazioni dovranno essere presentate in forma semplice, essenziale, con una predilezione per le immagini rispetto al testo scritto; questo dovrà naturalmente essere tradotto nelle lingue più utilizzate.

La preparazione e la revisione del materiale dovrà coinvolgere membri di riferimento delle comunità Rom, al fine di verificarne l'appropriatezza e l'efficacia.

17.7 Allegato

PROGRAMMI dei CORSI CRI DI EDUCAZIONE SANITARIA

ALLA POPOLAZIONE (estratto) - Delibera CDN n. 282 del 24/11/07

Nell'ambito del Progetto "Attività di Educazione Sanitaria presso le comunità Rom", da questi programmi preordinati si potrà attingere, estrapolando gli argomenti utili, per realizzare nuovi programmi ad hoc pensati in base alle diverse, specifiche esigenze.

Corso di PRIMO SOCCORSO per la popolazione adulta

1. Introduzione al Primo Soccorso. Concetti di Urgenza e Gravità. Priorità di intervento in caso di molti infortunati. Condotta del soccorritore. L'autoprotezione. Esame dell'infortunato. Attivazione del Servizio di Emergenza Sanitaria.
La 'catena della sopravvivenza'. Il B.L.S. (Basic Life Support = Supporto vitale di base). La defibrillazione precoce. L'importanza del Primo Soccorritore.
Valutazione dello stato di coscienza. L'infortunato incosciente.
Apertura delle vie aeree, controllo della respirazione.
L'infortunato incosciente che respira. Posizione Laterale di Sicurezza. Esercitazioni pratiche.
Aspetti legali del Primo Soccorso (l'omissione di soccorso).
L'infortunato incosciente che non respira o non respira normalmente.
Introduzione all'apparato respiratorio: concetti di cellula, tessuto, organo, apparato.
La vita delle cellule; funzioni delle cellule. La respirazione cellulare.
2. L'apparato respiratorio (cenni di anatomia e fisiologia). Il 'triangolo della vita'.
La Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP): tecnica della Respirazione Artificiale; tecnica del Massaggio Cardiaco.
B.L.S. nell'adulto 1) in caso di arresto cardiaco primario 2) in caso di arresto respiratorio primario.
B.L.S. pediatrico.
Esercitazioni pratiche: RCP a 1 Soccorritore - RCP a 2 Soccorritori.
Cause di arresto respiratorio. Ostruzione delle vie aeree (manovre di disostruzione: esercitazioni pratiche). Annegamento. Folgorazione. Farmaci, alcool, droghe.
Alterazione nella composizione dell'aria inspirata (eccesso di CO₂). Presenza di gas tossici. Arresto respiratorio conseguente ad arresto cardiaco primario.

3. Apparato Cardiocircolatorio (anatomia e fisiologia). Il sangue. Cenni sulla donazione.
Emorragie esterne, esteriorizzate, interne.
Tamponamento di emorragie esterne semplici.
Emorragie profuse: punti di compressione a distanza; uso del laccio emostatico.
Emorragie esteriorizzate. Emorragie interne.
4. Lo stato di shock (cause e tipi di shock). Prevenzione e Primo Soccorso.
La cute. Le ferite. Ferite semplici. Medicazioni, bendaggi.
Ferite gravi. Triangolazioni protettive. Posizionamento del ferito.
Il tetano. Vaccinazione, sieroprofilassi. Concetto di immunità: attiva e passiva - naturale e artificiale.
5. Le ustioni. I congelamenti.
Apparato osteo-articolare. Lesioni ai muscoli. Lesioni alle articolazioni (distorsioni, lussazioni).
Fratture: classificazione. Immobilizzazioni di fortuna per sospette lesioni agli arti superiori, inferiori, al torace.
6. Sistema nervoso centrale e periferico.
Traumi cranici: lesioni esterne (frattura cranica); lesioni interne (commozione cerebrale, contusione cerebrale, compressione cerebrale). Primo Soccorso.
Traumi vertebrali. Sospetta frattura di colonna vertebrale. Comportamento del Primo Soccorritore.
7. Malori improvvisi, perdite di coscienza. Lipotimia, sincope.
Ipertensione, arteriosclerosi, ateromasia; concetti di trombo e di embolo.
Congestione cerebrale, ictus cerebrale. Prevenzione e Primo Soccorso.
Le cardiopatie ischemiche: angina pectoris, infarto del miocardio. Arresto cardiaco improvviso: ripasso parte pratica del B.L.S. (RCP a 1 e a 2 soccorritori).
Prevenzione delle malattie cardiovascolari.
L'edema polmonare acuto.
8. Malori dovuti a cause ambientali (colpo di calore, assideramento).
Malori relativi al sistema nervoso centrale: epilessia, convulsioni febbrili nel bambino. Crisi isterica. Crisi di panico. Supporto psicologico all'infortunato.
Apparato digerente. Avvelenamenti; intossicazione da cibi, farmaci, sostanze chimiche.
Alcoolismo acuto. Prevenzione e Primo soccorso.
Coliche epatiche, intestinali, renali.

Emergenze nel diabete: crisi iperglicemica; crisi ipoglicemica.

9. Tossicodipendenze. Alcoolismo cronico. Tossicodipendenza da oppiacei: crisi da overdose; crisi da astinenza. Tossicodipendenza da droghe d'abuso più comuni.

Corpi estranei nell'occhio, nell'orecchio. Punture di insetti. Morsi di animali.

Il parto precipitoso.

10. Lezione supplementare di riserva ed integrativa.

Ripasso parte pratica (BLS - RCP).

Eventuale proiezione diapositive o filmati.

Storia e Principi della Croce Rossa. La Protezione Civile.

Corso di PRIMO SOCCORSO per la Scuola Media Inferiore

- Verrà sintetizzata l'anatomia dei 3 apparati fondamentali (apparati respiratorio e circolatorio, sistema nervoso) basandosi sul concetto didattico del "triangolo della vita", impiegando i relativi tabelloni anatomici.
- Il B.L.S. La catena dei soccorsi.
Dare sempre molto rilievo alla chiamata del Soccorso Qualificato (118) e il modo corretto con cui effettuarla: argomento importantissimo da segnalare continuamente.
- Si punterà prevalentemente sulla parte pratica, facendo scaturire le domande durante le esercitazioni.
Posizione Laterale di Sicurezza: farla provare a tutti.
- Rianimazione Cardio-Polmonare: dimostrazione e prova pratica.
- Emorragie esterne semplici e gravissime. Parte pratica.
Delle emorragie esterorizzate si tratteranno solo l'epistassi e l'otorragia, escludendo le altre.
La donazione del sangue come atto di solidarietà.
- Medicazione di piccole ferite. Applicazione del cerotto. Tubolari di rete.
- Le ustioni. Effetti del caldo e del freddo sull'organismo: cenni.
- Traumi: fratture, distorsioni, lussazioni. Traumi cranici. Traumi vertebrali.
- Per quanto riguarda i "malori", dare rilievo alla lipotimia, allo stato di coma (es. ictus cerebrale) e all'attacco cardiaco (infarto del miocardio). Cenni sull'epilessia.
- Puntare molto sulla prevenzione degli incidenti scolastici, domestici e stradali.

Corso di ASSISTENZA al MALATO e all'ANZIANO IN FAMIGLIA per la popolazione adulta

Assistenza al Malato

1. La salute, la malattia, la prevenzione. L'igiene nei suoi vari aspetti.
L'igiene alimentare. I nutrienti. Principi fondamentali di dietetica.
2. Conversazione sull'alimentazione. I corpi chetonici: nel bambino, nel digiuno, nel diabete.
Sintomi e segni di malattia. La febbre. Misurazione della temperatura. Il polso. La Pressione Arteriosa.
Il letto. Cambio di lenzuola col malato a letto. Posizioni del malato.
3. Esercitazioni parti pratiche.
Pulizia del malato. Pulizia del cavo orale.
L'uso della padella. L'igiene intima del malato. Il bagno a letto.
4. Completamento delle esercitazioni parti pratiche già svolte.
Prevenzione delle piaghe da decubito.
Il vitto del malato: dieta liquida, semiliquida, leggera.
5. Agenti patogeni biologici: batteri, virus; miceti, protozoi, metazoi.
Condizioni di vita dei germi. I germi 'opportunisti'. Le difese dell'organismo.
Immunità attiva e passiva. Immunità naturali e artificiali.
6. I farmaci antimicrobici. Il fenomeno della resistenza batterica.
Errori più comuni nella somministrazione dei farmaci. Rischi dell'automedicazione.
Corretta somministrazione dei farmaci.
7. Cure e trattamenti terapeutici vari (clistere, applicazioni di caldo e di freddo, inalazioni, ecc.).
Assistenza ai malati gravi, in fase terminale. Cure al defunto.

Assistenza all'Anziano

8. Concetti di geriatria e gerontologia.
L'anziano nell'attuale società. Mutamenti naturali fisici e psichici della terza età.
9. Come evitare l'invecchiamento precoce. L'alimentazione dell'anziano sano.
La terapia occupazionale.
L'anziano ammalato. Le malattie croniche.
Malattie dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, enfisema polmonare,

- tubercolosi).
10. Malattie delle arterie. Cardiopatie ischemiche. Ictus cerebrale. Scompenso cardiaco.
Vizi valvolari. Edema polmonare acuto.
Cure al cardiopatico. Cure all'emiplegico.
 11. Le patologie non traumatiche dell'apparato locomotore. Artrite. Artrosi. Osteoporosi.
Cenni sulle malattie reumatiche.
Il diabete mellito. Cause. Tipi di diabete (I e II). Evoluzione. Squilibri ed emergenze.
 12. Malattia di Parkinson.
Demenze; la Malattia di Alzheimer. Lo stato confusionale acuto.
 13. I diritti dell'anziano.

Corso MADRE e BAMBINO (paternità e maternità responsabile) per la popolazione adulta

1. Cellule somatiche e cellule gameti.
L'apparato riproduttore femminile. Ovulazione. Mestruazione. Il ciclo ovarico.
Ormoni ovarici, ormoni ipofisari.
L'apparato riproduttore maschile. La spermatogenesi. Ormoni maschili.
2. La fecondazione. Trasmissione dei caratteri ereditari. Malattie congenite ed ereditarie.
3. Dopo il concepimento: percorso dell'uovo fecondato, annidamento ed impianto.
Sviluppo dell'embrione. Gli annessi fetali. Fase embrionale e fase fetale.
La gravidanza. Esami e tests in gravidanza. Gruppi sanguigni, fattore Rhesus.
Igiene della futura madre. Eventuali disturbi in gravidanza. Gestosi.
4. La nascita: preparativi.
Il parto. Assistenza alla madre e al bambino durante e dopo il parto.
Il parto precipitoso: norme di comportamento di chi assiste.
5. Il neonato. Il prematuro, l'immaturo. Caratteristiche del neonato.
Pulizia parziale del bambino; il bagno; l'abbigliamento.
6. Alimentazione del neonato. L'allattamento al seno. Alimentazione mista, alimentazione artificiale.
Lo svezzamento.
7. Sviluppo fisico, mentale ed affettivo del bambino.
I diritti del bambino. Importanza della famiglia (conversazione).
8. Le malattie più comuni dell'infanzia.
L'infanzia e i suoi rischi.

Il BLS pediatrico (PBLS). La Rianimazione Cardio-Polmonare nel neonato e nel bambino.

Disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo.

9. Procreazione responsabile. Cenni sulla contraccezione.

Cause di sterilità.

Prevenzione dei tumori della sfera genitale.

Malattie trasmesse sessualmente.

Corso di EDUCAZIONE ALLA SALUTE per la popolazione adulta e Scuola Media Superiore

- Introduzione: concetto di salute e malattia; concetto di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria); concetto di fattori di rischio.

L'organismo umano. Cellule, tessuti, organi ed apparati.

Elementi fondamentali della cellula. Cenni generali sulle funzioni della cellula: produzione di energia, processi di sintesi, riproduzione cellulare.

Apparato respiratorio (anatomia e fisiologia): respirazione cellulare, respirazione polmonare.

Apparato cardio-circolatorio (anatomia e fisiologia).

Il sangue ed il sistema immunitario.

Apparato digerente (solo l'anatomia descrittiva).

I Nutrienti (Principi Alimentari semplici) energetici, plastici, protettivi: idrati di carbonio, lipidi, proteine, sali minerali, vitamine, acqua. Metabolismo degli alimenti.

- Apparato digerente (cenni di fisiologia): Digestione - Assorbimento - Utilizzo dei nutrienti.

Produzione di energia. Processi di sintesi.

Igiene alimentare. Errori alimentari più comuni (iperalimentazione, ipoalimentazione, disordini alimentari). Obesità, disturbi della condotta alimentare (anoressia, bulimia).

Ripartizione dei pasti. Importanza della prima colazione. Educazione alimentare.

Igiene degli alimenti. Scelta, conservazione, preparazione degli alimenti.

I corpi chetonici o acetone: esempio di alterazione metabolica (nell'infanzia, nel diabete, nel digiuno).

- Informazione sessuale. La sessualità umana. Le sue fasi (bambino, adolescente, adulto, anziano).

La vita, la riproduzione. Cellule somatiche, cellule gameti.

Apparato genitale femminile: anatomia e fisiologia degli organi genitali interni ed

esterni.

Ovulazione. Mestruazione. Ormoni ovarici. Ormoni ipofisari.

Apparato genitale maschile: anatomia e fisiologia degli organi genitali interni ed esterni.

Controllo ormonale delle funzioni sessuali maschili.

La fecondazione. Lo zigote: prima cellula somatica.

- Determinazione dei caratteri ereditari. I cromosomi. I geni.

La mitosi. La meiosi. Determinazione del sesso. Caratteri ereditari dominanti e recessivi.

Cenni generali sulle malattie congenite ed ereditarie.

La talassemia. L'emofilia. La displasia congenita dell'anca.

L'importanza della visita prematrimoniale per una procreazione responsabile.

- Che cos'è il DNA. Che cos'è l'RNA (lezioni differenti per il Monitore e per la popolazione).

Proiezione di diapositive o slides di genetica (ripasso).

- Cenni di embriogenesi. Annessi embrionali.

Cenni sul decorso di gravidanza. La salute della gestante. Esami consigliati prima e durante la gravidanza. Gruppi sanguigni. Fattore Rhesus.

Alimentazione in gravidanza.

- Il parto. Il neonato: sue caratteristiche. Alimentazione del lattante: vantaggi dell'allattamento al seno. Proprietà del latte materno.

- Malattie acquisite: malattie infettive. Agenti patogeni.

Cenni di microbiologia: i microbi, i virus. Contagio, profilassi. L'immunità: concetti di antigene ed anticorpo. Calendario delle vaccinazioni (obbligatorie e consigliate)

Farmaci antimicrobici (sulfamidici, antibiotici). Fenomeno della farmacoresistenza.

Errori più comuni nell'assunzione di farmaci. Il pericolo dei farmaci. Il rischio dell'automedicazione.

- Esempi e trattazione di alcune importanti malattie infettive:

- di origine microbica: la tubercolosi, il tifo.

- di origine virale: l'influenza, l'infezione da HIV, l'epatiti virali, la rosolia, la parotite, ecc.

Le malattie trasmesse sessualmente.

- La prevenzione dei tumori. I segni premonitori. Gli screening preventivi.

- Arteriosclerosi. Ateromasia. Ipertensione. Concetti di trombo ed embolo. Ictus cerebrale.
Cardiopatie ischemiche (angina pectoris, infarto del miocardio).
Edema polmonare acuto.
Arteriti periferiche. Prevenzione delle malattie delle arterie.
Malattie delle vene (varici, flebiti).
- Prevenzione delle patologie non traumatiche dell'apparato locomotore. Artrite. Artrosi. Osteoporosi.
- Il diabete mellito (con richiamo ai corpi chetonici trattati alla II lezione).
- Sviluppo fisico del bambino.
Igiene della persona. Igiene della bocca e dei denti. La carie dentaria: prevenzione.
La pediculosi.
L'alimentazione nell'infanzia. Il momento del pasto. Educazione alimentare.
L'importanza della prima colazione.
Buone abitudini igieniche. L'attività fisica, lo sport.
- Sviluppo psico-fisico nel I anno di vita.
Salute psichica. Sviluppo della personalità. L'educazione.
Salute sociale: rapporto con la famiglia, la scuola, la società.
Conversazione di pedagogia.
Rapporti intergenerazionali (giovani, genitori, nonni).
N.B. Questa conversazione è la base per intraprendere il discorso sui "Malesseri e devianze giovanili" (alla base del fenomeno "tossicodipendenza")
- Uso ed abuso delle sostanze voluttuarie. Alcool. Fumo. Droghe.
Farmacodipendenza.
Storia del fenomeno "tossicodipendenza".
La salute dell'adolescente. Disturbi della condotta alimentare. Disagio psichico.
L'adolescenza: rapporto con gli adulti. Devianze e malesseri giovanili.
Comportamenti devianti. Rischio 'tossicofilo'.
Tatuaggi e piercing (prevenzione HCV e HBV)
- L'informazione e l'educazione sessuale. La contraccezione.

Corso di EDUCAZIONE ALLA SALUTE per la Scuola Media Inferiore

- Cellule, tessuti, organi, apparati. La vita delle cellule. Produzione di energia, processi di sintesi.

Ripasso degli apparati respiratorio, circolatorio, digerente.

L'igiene definita nei suoi vari aspetti.

- Igiene alimentare. I Nutrienti: energetici, plastici, protettivi.
Digestione, assorbimento, utilizzo dei nutrienti.
Ripartizione dei pasti. Importanza della prima colazione.
Disordini alimentari. Obesità.
Igiene della bocca e dei denti.
- Informazione sessuale.
Struttura e funzioni degli apparati genitali femminile e maschile.
Trasmissione dei caratteri ereditari. Cromosomi. Geni. Il DNA.
Le malattie congenite. Le malattie ereditarie.
Fecondazione. Gravidanza. Parto.
- Le malattie infettive. Agenti patogeni: chimici, fisici, biologici.
Agenti patogeni biologici: microbi, virus, protozoi, metazoi.
Contagio diretto: concetti di 'malato' e di 'portatore'.
Contagio indiretto (alimenti, oggetti, acqua, suolo, aria, insetti).
Incubazione. Meccanismi di difesa. Immunità attiva e passiva. Vaccinazioni, sieroprofilassi.
Uso corretto dei farmaci antimicrobici: la resistenza batterica.
Esempi di malattie microbiche: la tubercolosi, il tifo.
Esempi di malattie virali: l'influenza, l'epatiti virali, l'infezione da HIV, la rosolia, la parotite, ecc.
- Le principali malattie sociali.
Cenni sul diabete.
Arteriosclerosi e aterosclerosi: prevenzione delle malattie vascolari.
I tumori. Prevenzione. I segni premonitori.
La Malattia reumatica.
Epilessia.
Corretta postura della colonna vertebrale.
- Uso delle sostanze voluttuarie. L'alcool. Il fumo.
Abuso dei farmaci. Farmacodipendenza.
Tatuaggi e piercing.

Corso di Educazione alla Salute (“VITA SANA”) per la Scuola Primaria

1. Il nostro corpo. La nostra salute. Quando siamo malati.
Significato di ‘igiene’ e suoi vari aspetti.
Cellule, tessuti ,organi, apparati.
Igiene alimentare. I nutrienti.
Educazione alimentare. Ripartizione dei pasti. L’importanza della prima colazione.
2. Cause di malattia. I germi. Vie di penetrazione dei germi patogeni.
I parassiti. Cenni sulla pediculosi.
3. Come prevenire le malattie. L’igiene personale, dell’ambiente (oggetti essenziali, utili, superflui).
Le vaccinazioni.
Igiene della bocca e dei denti. Prevenzione della carie dentaria.
4. Regole igieniche di vita sana e di prevenzione: l’aria pura, l’attività fisica, lo sport.
Prevenzione delle deviazioni della colonna vertebrale.
Prevenire gli incidenti, conoscere i rischi: pericoli e incidenti più comuni nell’infanzia. Gli infortuni domestici.
5. Pulizia e medicazione delle piccole ferite.
6. La Croce Rossa: principi ed ideali.

Nota

Per i programmi ed i testi ai vari livelli, la CRI fa riferimento alle Linee Guida Internazionali di ILCOR ed EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (E.R.C.) per laici.

18 La gestione della parte informatica

(Pawel Skalka, Laura Aquiletti)

Nell'ambito di qualunque processo conoscitivo, la raccolta e la gestione delle informazioni rivestono un ruolo fondamentale.

Nel corso di tutta la nostra trattazione si parla di progetti rivolti a intere comunità, oltretutto caratterizzate da condizioni, talvolta, di vero e proprio isolamento. Su queste realtà, dobbiamo ammettere, spesso sappiamo poco o niente nel momento in cui intraprendiamo delle attività. In qualche caso, anche dati pre-esistenti che forniscano ad esempio informazioni anagrafiche possono mancare, contenere informazioni obsolescenti o non sufficienti.

Pertanto appare evidente la necessità di organizzare un sistema di raccolta di dati efficiente e versatile, che permetta di conservare le informazioni di interesse, estrarre statistiche, mantenere traccia dei cambiamenti.

18.1 Le informazioni di interesse

A seconda del tipo di attività che si intende avviare, la quantità di informazioni da raccogliere può variare notevolmente, pertanto in fase progettuale deve essere condotta ad hoc un'analisi accurata su questo aspetto.

Questo paragrafo intende fornire, a titolo esemplificativo, una panoramica sul tipo di informazioni che può essere utile raccogliere; successivamente si parlerà degli strumenti che è possibile adottare a tal fine.

In generale, appare abbastanza semplice e significativo modellare l'insieme di informazioni che vanno raccolte su tre piani principali:

1. Informazioni sugli insediamenti.
2. Informazioni sui nuclei familiari.
3. Informazioni anagrafiche personali.

18.1.1 Informazioni sugli insediamenti

Nel territorio di interesse possono esistere diversi insediamenti e, in generale, luoghi dove persone, nuclei familiari o comunità trovano modo di risiedere, in forma permanente o temporanea.

È utile quindi dotarsi di una mappatura del territorio che descriva ognuno di questi insediamenti o luoghi, raccogliendo per ognuno di essi tutte le informazioni di interesse, le

quali dovrebbero comprendere almeno quelle sotto elencate.

- L'indirizzo, o il vocabolo, o la denominazione del luogo, e le informazioni utili a raggiungerlo.
- Possibilmente, le coordinate GPS del luogo, soprattutto quando questo si trova al di fuori di centri urbani.
- La natura temporale dell'insediamento (ad esempio permanente, stagionale, occasionale ecc.).
- La grandezza dell'insediamento e il numero approssimativo di persone che lo occupano.
- Il tipo di strutture e moduli abitativi da cui è composto (ad esempio case in muratura, costruzioni temporanee, roulotte/camper, attendamenti e via dicendo).
- La disponibilità di energia elettrica, acqua corrente, fognature, condotte del gas, linee telefoniche, raccolta dei rifiuti.
- La vicinanza e l'accessibilità di vie di comunicazione e mezzi pubblici di trasporto.
- La vicinanza e l'accessibilità di servizi pubblici come ad esempio scuole, uffici postali, ambulatori e via dicendo.
- La condizione dell'insediamento da un punto di vista legale: ad esempio autorizzato, non autorizzato su un terreno di proprietà, non autorizzato su un terreno occupato abusivamente, eccetera.
- Le condizioni generali dell'insediamento da un punto di vista ambientale e igienico-sanitario: ad esempio una valutazione del livello di pulizia, informazioni sul tipo di terreno, sulla presenza o la vicinanza di acque reflue o contaminate, oppure di fonti inquinanti e via dicendo.
- Elenco dei rappresentanti o dei portavoce con i quali occorre interfacciarsi, relativamente a questo insediamento.

18.1.2 Informazioni sui nuclei familiari

Nell'ambito di ogni insediamento osservato, è opportuno individuare i nuclei familiari presenti (tra i quali vanno ovviamente considerati anche quelli uni-personali) e, per ognuno di essi, raccogliere un insieme significativo di informazioni, che dovrebbero comprendere almeno quelle sotto elencate.

- Generalità del capofamiglia. Per capofamiglia si intende la persona che presumibilmente rappresenta il punto di riferimento per i componenti della famiglia

stessa e, sperabilmente, la persona che rivesta in maniera più affidabile il ruolo di portavoce ovvero di nostro interlocutore.

- Modulo abitativo di riferimento del nucleo familiare:
 - Indirizzo o indicazioni per il reperimento.
 - Condizione della famiglia rispetto al modulo, ovvero se proprietaria, in locazione, in comodato ecc.

Un ulteriore insieme di informazioni riguardanti il nucleo familiare può essere desunto dai dati riguardanti le persone componenti, il cui elenco è riportato nel successivo paragrafo.

18.1.3 Informazioni anagrafiche personali

Per ogni persona, le informazioni di interesse riguardanti i dati anagrafici sono:

- Nome e cognome.
- Sesso.
- Data e luogo di nascita.
- Cittadinanza e status nell'ambito del territorio italiano, ovvero di quello sul quale si svolge il progetto.
- Stato civile.
- Il grado di parentela che descrive la persona nel contesto familiare, in relazione al capofamiglia.
- A queste, si possono aggiungere informazioni relative alla scolarizzazione e/o alla condizione lavorativa della persona:
 - Titolo di studio conseguito o ultimo livello scolastico in corso di conseguimento.
 - Nazione o nazioni in cui si sono svolti gli studi.
 - Occupazione attuale e principali occupazioni precedenti.
- Un aspetto importante, dato l'ambito dei progetti condotti dalla Croce Rossa, è quello sanitario:
 - Patologie pregresse o in corso.
 - Terapie in corso.
 - Vaccinazioni alle quali la persona si è sottoposta.
 - Presenza di un medico curante di riferimento.
 - Secondo quanto stabilito dall'autorità medica di riferimento del progetto:
 - Condizioni di salute attuali.

- Necessità di terapie o assistenza specialistica.
- Per persone di sesso femminile, può essere utile registrare il numero di gravidanze pregresse, specificando quelle andate a buon fine.

Si ribadisce che il set di informazioni sopra elencate potrebbe apparire eccessivo o insufficiente a seconda del progetto di interesse; questo elenco non può e non deve pertanto sostituire una attenta analisi mirata.

18.2 La raccolta delle informazioni

Nell'ambito di progetti relativi a popolazioni Rom o, in generale, di comunità che vivono una condizione particolare di inserimento nel tessuto sociale – o di esclusione da esso – l'attività di raccolta dei dati potrebbe richiedere una fase di censimento condotto sul campo. Infatti come accennato prima, potrebbero non esistere basi dati affidabili e aggiornate che descrivano sufficientemente la realtà cui il progetto è destinato.

A seconda della quantità di informazioni che si intende raccogliere, la complessità di questa operazione può diventare considerevole, in quanto un numero significativo di operatori potrebbe essere coinvolto nel contatto diretto con la comunità e nella compilazione di una modulistica piuttosto dettagliata.

Perché questa raccolta di informazioni abbia esito felice e produca una base dati completa e affidabile, è fondamentale che gli operatori coinvolti nell'attività siano preliminarmente formati, in modo da essere capaci di modellare correttamente la realtà che essi osservano attraverso la modulistica che compilano, e di farlo seguendo un metro di valutazione comune. Il contatto diretto con la realtà può indurre infatti l'operatore ad applicare proprie considerazioni personali quali filtro delle informazioni raccolte (ad esempio, sulla veridicità delle notizie fornite dagli utenti, talvolta non documentate, come la propria condizione lavorativa, le condizioni igieniche e sanitarie e via dicendo). Garantire in questa fase l'obiettività delle valutazioni, e la loro uniforme applicazione, riveste un'importanza talmente significativa che si sente il bisogno di evidenziarla in questa sede.

18.3 Strumenti cartacei e informatici

La raccolta e la conservazione delle informazioni raccolte dovrebbero avvenire sia in formato cartaceo che informatico.

Il formato cartaceo costituisce infatti un archivio permanente delle informazioni raccolte. Il supporto informatico può offrire invece una gamma di strumenti utili per la ricerca delle informazioni e la stesura di statistiche. La spesa, in termini di tempo e risorse, necessaria a

dotarsi di dispositivi e supporti informatici può essere poi ampiamente ripagata dalla disponibilità di validi strumenti per la produzione di tabelle, grafici e analisi statistiche utili nelle successive fasi gestionali e consuntive.

Gli strumenti cartacei e informatici utilizzati devono:

- Consentire la raccolta dei dati sul campo in maniera rapida
- Garantire la qualità dei dati in termini di:
 - Sicurezza e riservatezza: la natura dei dati in oggetto richiede la loro assoluta protezione (questo aspetto viene approfondito in un apposito paragrafo).
 - Permanenza: i dati devono essere garantiti dal possibile smarrimento a causa di errori umani, azioni maligne o eventi distruttivi.
 - Trasparenza e facilità di controllo della correttezza dei dati: la natura intrinsecamente gerarchica delle informazioni raccolte non deve indurre delle difficoltà nella loro ricerca, nell'utilizzo e nella validazione. Solamente a titolo di esempio, se si adotta una struttura di dati simile a quella descritta in apertura di capitolo, deve essere possibile risalire in maniera univoca e chiara alle informazioni sulla famiglia di riferimento di una persona, e a quelle sull'insediamento o sul modulo abitativo.
 - Storicizzazione dei dati: le successive modifiche o revisioni delle informazioni, dovute a cambiamenti della realtà osservata, devono consentire il mantenimento dei dati precedenti.

Le osservazioni sopra riportate giustificano quindi la necessità di progettare adeguatamente sia la modulistica adottata e la sua modalità di conservazione e catalogazione, sia la soluzione informatica che si intende eventualmente adottare.

Per quanto riguarda la modulistica cartacea, è raccomandabile che essa sia conservata in una serie di fascicoli corrispondenti, rispettivamente, agli insediamenti e alle famiglie che vi si trovano. A questa dovrebbe essere affiancato un protocollo o un insieme di indici che consentano il facile reperimento delle schede.

Per quanto riguarda l'utilizzo di strumenti informatici, esiste una gamma estremamente ampia di soluzioni che possono essere adottate, senza necessariamente affrontare costi finanziari particolarmente significativi.

È possibile costituire un gruppo di lavoro, formato da personale volontaristico che abbia competenze informatiche, e affidare ad esso il progetto di una soluzione, la sua realizzazione e il suo mantenimento.

L'esistenza di piattaforme gratuite per lo sviluppo di software è ormai ampiamente diffusa e,

data la loro varietà, non si intende qui addentrarsi in una elencazione esaustiva ma solo fornire alcuni esempi e alcune direttive di massima.

Le informazioni dovrebbero essere raccolte in un database relazionale, ovvero una base dati in grado di raccogliere informazioni organizzate in maniera gerarchica. È consigliabile adottare un database che sia uno standard diffuso e supportato dal produttore, in quanto ciò consente di:

- Interfacciare diverse soluzioni informatiche con la stessa base dati.
- Avere a disposizione molteplici strumenti per l'estrazione delle informazioni, sia in forma tabellare che aggregata.
- Trasferire le informazioni da un ambiente all'altro in maniera affidabile.

Database relazionali che possono essere utilizzati a tale scopo sono ad esempio:

- Microsoft SQL Server 2005 o 2008; entrambi sono disponibili nella versione Express che è gratuita.
- Oracle; disponibile la versione 10g, gratuita.
- MySQL, gratuito.

Esistono molti altri database; ci si limita a elencare questi tre perché essi garantiscono la possibilità di interfacciarsi con tutte le comuni piattaforme software attualmente diffuse.

È anche possibile utilizzare direttamente prodotti come Microsoft Access (licenza a pagamento) o il suo equivalente-rivale Sun OpenOffice Base (licenza gratuita), in quanto essi offrono funzionalità sufficienti al nostro scopo.

Una volta progettata la base dati, è possibile sviluppare un software o un pacchetto di software che consentano:

- L'inserimento, la modifica e la cancellazione dei dati.
- La ricerca di informazioni.
- L'estrazione di statistiche, tabelle e grafici.
- La produzione di stampe.

Le piattaforme per lo sviluppo di software sono innumerevoli; qui se ne elencano alcune tra le più note. Per esse sono disponibili strumenti di sviluppo gratuiti; il software prodotto può essere eseguito su qualunque computer, ove sia installato un ambiente di esecuzione che è gratuito. Queste piattaforme possono interfacciarsi con qualsiasi base dati tra quelle sopra consigliate.

- Microsoft.NET.
- Java.

- PHP.

La scelta del database e della piattaforma software più opportuni dipendono esclusivamente dalle conoscenze e dai profili tecnici del personale che costituisce il gruppo di lavoro informatico. Tutte le possibili alternative, tra quelle elencate, possono offrire le stesse potenzialità in termini di semplicità d'uso, affidabilità, prestazioni, standardizzazione, disponibilità di funzioni.

La soluzione informatica realizzata dovrebbe poi essere opportunamente documentata in modo che il suo utilizzo sia possibile anche a personale privo di competenze informatiche rilevanti.

Se il software viene prodotto da personale volontaristico, la proprietà intellettuale dello stesso deve intendersi della Croce Rossa, pertanto i sorgenti del codice devono essere resi disponibili ai vertici responsabili del progetto. Questo aspetto è vitale se si vuole garantire il mantenimento in vita dello strumento informatico a prescindere dalla disponibilità personale di chi lo ha sviluppato.

18.4 Riservatezza dei dati

La natura delle informazioni raccolte ne rende indispensabile la protezione in condizioni di massima sicurezza, nel rispetto delle normative vigenti, europee e nazionali.

Per una adeguata conoscenza degli obblighi di legge previsti si rimanda alla lettura della normativa vigente; qui si intende brevemente fornire una rapida panoramica al fine di evidenziare un insieme minimo di misure che occorre adottare.

Nel caso italiano, ai sensi del *Codice in materia di protezione dei dati personali* (DLgs 196/2003), i dati forniti dagli utenti sono giudicati *dati sensibili*, devono pertanto essere trattati secondo la normativa citata. A tal fine è necessario:

- Ottenere l'autorizzazione al trattamento dei dati dal *Garante per la protezione dei dati personali*, autorità di cui all'articolo 153, istituita dalla legge 31 dicembre 1996, n. 675.
- Informare gli utenti sui loro diritti fornendo una nota informativa, riportante i punti elencati all'Art. 13.
- Facendo firmare all'utente una liberatoria per il consenso al trattamento di tali dati.
- Garantire all'utente l'esercizio dei propri diritti secondo quanto specificato dagli Art. 7, 8, 9 e 10.
- Attenersi scrupolosamente alle disposizioni contenute agli Art. 22, 23, 25, 26.

Il *titolare* del trattamento dei dati raccolti è la Croce Rossa Italiana, alla quale competono le

decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento dei dati personali e agli strumenti utilizzati; il *titolare* può designare un *responsabile*, cioè una persona fisica, che fornisca garanzia del rispetto della normativa vigente. Vengono obbligatoriamente nominati degli *incaricati*, cioè persone fisiche autorizzate a compiere operazioni di trattamento sui dati.

Pertanto tutti gli operatori di Croce Rossa che vengono a contatto con le informazioni fornite dagli utenti devono essere stati autorizzati per iscritto dal *titolare* o dal *responsabile* mediante delega a trattare tali dati. La delega deve indicare puntualmente l'ambito del trattamento consentito.

Particolare attenzione viene posta dalla normativa anche alla conservazione dei dati, alla quale è dedicato il Titolo V: se essa avviene per via elettronica il titolare deve garantire l'adozione di misure minime di sicurezza che riguardano l'accesso agli apparati elettronici di conservazione; diversamente se non si utilizza il supporto di apparati elettronici è prevista una procedura atta a garantire un'idonea conservazione in archivi ad accesso selezionato.

È appena il caso di sottolineare la riservatezza dei dati sensibili raccolti, pertanto se ne deve impedire qualunque indebita divulgazione. Il mancato rispetto di tale segretezza viola i doveri previsti all'Art.11 del vigente *Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento delle componenti volontaristiche della Croce Rossa Italiana* e va incontro a pesanti sanzioni amministrative e penali previste dalla legge italiana.

19 La mediazione linguistica

(R. Streja)

Le attività condotte nell'ambito dei progetti descritti in questo documento riguardano persone con differenti origini, non solo europee. La comunicazione con queste persone, talvolta presenti sul nostro territorio da breve tempo e non sempre in grado di esprimersi perfettamente nella nostra lingua, o perfino di comprenderla, rende talvolta molto preziosa la presenza di una figura in grado di fare da interprete.

Appare opportuno premettere che, nella nostra esperienza, raramente abbiamo avuto assoluta impossibilità di comprensione in assenza di una figura specifica, perchè il fattore fondamentale alla base della comunicazione è e rimane l'approccio del volontario alla persona, il modo di rapportarsi e uno spirito di creatività che facilita il dialogo ben oltre la traduzione delle parole.

In caso di necessità, e in assenza di un interprete istituzionale, succede anche di avvantaggiarsi della disponibilità di un secondo utente – una persona della stessa provenienza del nostro *target*. Questo approccio a volte si rivela sufficiente e anche fruttifero, tuttavia è immediato vederne i limiti.

Affrontando questioni personali e delicate, l'intermediazione di una persona estranea all'organizzazione volontaria, e anzi facente spesso parte dello stesso tessuto familiare, sociale o ambientale del *target* può chiaramente creare comprensibili imbarazzi e reticenze in quest'ultimo.

Allo stesso tempo, l'utilizzo di una risorsa della quale non si conosce effettivamente il grado di preparazione e di confidenza con la lingua – ma soprattutto con l'esperienza della traduzione della lingua – non ci garantisce la certezza dei risultati.

Ad esempio, la traduzione di una ricetta medica, del foglio informativo di un farmaco, di un documento ufficiale, potrebbe risultare molto incerta e difficoltosa anche di fronte a un *interprete* occasionale apparentemente sicuro e affidabile.

È quindi evidente l'opportunità – per non dire la necessità – che i gruppi e i comitati formino una propria task force mirata all'attività di traduzione e comunicazione. Tale attività inizia svolgendo un'indagine, tra le proprie risorse volontaristiche, sulle conoscenze linguistiche, soprattutto quelle madrelingua.

L'individuazione di queste risorse è propedeutica a una specifica formazione finalizzata al loro inserimento nel contesto operativo delle attività in favore delle persone senza fissa dimora o nomadi. Questo è un approccio che offre chiaramente maggiori garanzie dal punto

di vista etico e professionale. Non dimentichiamo che, come osservato in altri capitoli di questo documento, non tutti i volontari possono essere disponibili o idonei a questo genere di servizi.

Nei casi in cui si è verificato il contatto tra una persona di una certa provenienza, con difficoltà linguistiche, e un volontario della sua stessa lingua – se non della stessa cultura, abbiamo osservato una serie di effetti estremamente positivi.

Persone che vivono in condizioni di estreme difficoltà in un paese straniero, nel quale si sentono emarginate e considerate *inferiori*, dimostrano spesso un moto di speranza e orgoglio nel constatare che qualcuno del loro stesso paese di origine vesta la stessa divisa di chi intende aiutarli. Questo rappresenta per loro una forma di rivalutazione della propria cultura di fronte agli occhi di quel tessuto dal quale si sentono personalmente esclusi.

Inoltre la mediazione linguistica viene così affidata a una figura alla quale il *target* riconosce professionalità, correttezza etica, equilibrio e spirito di solidarietà disinteressata. La confidenza di informazioni personali e delicate risulta così molto più agevole.

Il fatto poi che questo ruolo di interprete venga rivestito, nel tempo, da un insieme definito di operatori, e non da figure occasionalmente trovate sul campo, contribuisce a creare un rapporto di fiducia continuativa e un dialogo che può notevolmente migliorare nel tempo. L'interprete, o gli interpreti con i quali la persona si trova regolarmente a interagire diventano figure familiari e punti di riferimento costanti nel tempo.

Nel progettare l'utilizzo di volontari interpreti, sembra opportuno sottolineare l'importanza di alcuni aspetti già accennati, quali:

- L'inclinazione personale all'ascolto e alla comprensione umana, unite a una adeguata capacità comunicativa ed empatica.
- L'effettivo grado di conoscenza della lingua e gli eventuali limiti da tenere in considerazione.
- La correttezza etica e la professionalità nel riferire con esattezza, e senza applicare propri filtri interpretativi, ciò che deve essere tradotto.

I punti sopra esposti vanno garantiti tramite un percorso formativo e di esperienza in tali ambiti di attività, non nel ruolo di interprete ma in quello di “semplice” volontario; chiaramente ciò richiede tempo, per cui la costituzione della *task force linguistica* deve essere pianificata e avviata ben prima che ci si trovi ad averne bisogno.

Essendo Roma una realtà urbana multiculturale, avviene da tempo ormai che si trovino volontari delle più svariate provenienze all'interno dei nostri ranghi. Ciò ha permesso di avere nel tempo una serie di figure che si sono dedicate a curare gli aspetti sopra esposti.

20 Esperienza di una Sorella in un Campo Rom

(Sorella Dionilla Feroci)

Il “Camping Roman River” si trova sulla via Tiberina al Km 2,500 da Prima Porta (XX Municipio) e si estende per circa 15.000 m² lungo il fiume Tevere.

Nei primi giorni del 2004 nel campo sono stati accolti Rom rumeni, di varia etnia, provenienti dallo sgombero di diversi insediamenti (ex Snia Viscosa, Villa Troili e altri). L’utenza così composta ammontava a circa 400 persone tra adulti e bambini. Fondamentalmente erano e sono ancora presenti circa 5/6 gruppi distinti: Ciurari, Lacatari, Ursari, Izmani e Rumeni latini provenienti dalla Moldavia e dall’Oldavia. È nata così l’esigenza di offrire a questi nuclei familiari servizi atti a superare la condizione di estrema povertà e marginalità in cui erano abituati a vivere. Gli operatori della Onlus “Isola verde”, resisi conto delle difficoltà emerse rispetto alla situazione della salute, hanno deciso di fare una convenzione con la CRI ed hanno voluto un Presidio Sanitario fisso. Il 4 Marzo 2008 è stato così inaugurato un ambulatorio aperto due volte a settimana, il martedì e il venerdì, con la presenza di medici e di Infermiere Volontarie. Perché proprio le “Sorelle”? La risposta è semplice. Le Crocerossine sono sempre state, e sono, presenti dove c’è un dolore da consolare, un’emergenza e noi stiamo affrontando l’emergenza del nuovo millennio: la povertà indicibile di popoli arrivati con il sogno di migliorare, anche poco, la loro misera esistenza. Nella nostra città ci sono situazioni che sono a volte più terrificanti di quelle delle favelas del terzo mondo. I gruppi familiari arrivati al Roman River provenivano proprio da situazioni molto precarie ed erano molto diffidenti. Ci siamo immediatamente rese conto che bisognava procedere con molta cautela, a piccoli passi, cercando di stabilire rapporti di fiducia reciproca, mostrando interesse reale e non curiosità. L’ascolto, anche del non detto, la chiacchierata, la serietà del nostro intervento, la continuità ci hanno permesso di conquistare la fiducia e di avere credibilità presso in nomadi. Gli obiettivi raggiunti sono stati:

- Punto sanitario di riferimento fisso.
- Collegamento con le strutture sanitarie cittadine, orientando per le vaccinazioni e le cure dei minori, anche e soprattutto in riferimento a patologie proprie della povertà (si è infatti constatato che una fascia di utenza, afflitta da problemi di povertà socio-economica e culturale, ”sfugge” spesso ai servizi).
- Informazione e educazione alla salute delle donne (risultano tutte affette da patologie ginecologiche e sono diffidenti, in gravidanza, ad usufruire dei servizi assistenziali e

sanitari di base).

- Incremento del raccordo con l'ambulatorio di via Offanengo e con gli altri ambulatori del

territorio (S. Gallicano, Santa Maria della Pietà, Policlinico, Bambin Gesù ecc).

- Screening tubercolare per i bambini da 0 a 6 anni effettuato dalla Asl RM E.

Molto si è fatto, moltissimo resta da fare.

Ci siamo accorte che tra la popolazione Rom e soprattutto tra i bambini Rom una delle patologie più frequenti è la carie. Ciò è evidentemente indice di una cattiva alimentazione, assenza di igiene personale e carenza di una adeguata profilassi. In primo momento si potrebbe non dare troppa importanza a questo tipo di patologia, che invece può condurre a gravi alterazioni della masticazione con conseguenti carenze nutrizionali, dolore e per finire ma non meno importante, infezioni ricorrenti, praticamente croniche, che possono esitare in una malattia reumatica. Per questo stiamo cercando di avere nel campo stesso un ambulatorio dentistico mobile che ci aiuti a risolvere questi problemi.

Le patologie riscontrate sono quelle tipiche della povertà: gastroenteriche, polmonari, dermatologiche, ginecologiche. Tra le patologie di una certa rilevanza clinica riscontrate sono certamente alcuni casi di tubercolosi polmonare conclamata, una meningo encefalite tubercolare miliare (risolta, anche se ha lasciato nella bimba alcuni esiti neurologici), un ictus, alcuni casi di diabete, di ipertensione e di epatite B. Dobbiamo a questo punto fare una considerazione molto importante: alle difficoltà di varia natura incontrate nel nostro lavoro di assistenza sanitaria va aggiunto anche il particolare concetto di salute che questa popolazione ha. I Rom hanno dei guaritori tradizionali che sono solitamente donne anziane, non hanno interesse per la medicina preventiva e ricorrono alle cure mediche solo quando si verifica un aggravamento improvviso della patologia cioè quando le condizioni fisiche sono ormai gravi. Nello stesso modo si comportano con l'uso dei farmaci: o ne prendono troppi o troppo pochi, interrompendo la terapia "sul più bello". Per cercare di migliorare questa situazione abbiamo preparato delle cartelle cliniche su cui vengono annotati il nome, la data dell'intervento, il tipo di patologia presentata dall'utente e la terapia prescritta in modo da poter controllare nelle visite successive sia l'evolversi della malattia sia se il tipo di farmaco prescritto è stato assunto in maniera adeguata. Questo li fa sentire considerati e degni di rispetto e iniziano a considerarci una sorta di medico di famiglia che conosce i problemi, li condivide e li accompagna giorno dopo giorno. Altre considerazioni vanno fatte rispetto ai bambini: davanti ai figli malati i genitori hanno sempre una paura spropositata e pensano subito a malattie gravissime e mortali. La nostra presenza al campo serve anche a

tranquillizzare le mamme e ad evitare che vadano per un nonnulla al Pronto Soccorso...

Oltre a questo stiamo cercando di dare un insegnamento di base anche rispetto al cibo: infatti ai bambini di 5-6 mesi vengono i dati patatine, cioccolato, salame... I bambini sono quasi tutti vaccinati mentre le donne pian piano si prendono maggior cura di se stesse, andando dal ginecologo per curare le gravi patologie da cui sono affette. Patologie dovute sia a scarsa igiene sia alla pratica di aborti fatti molto spesso nella più totale mancanza di sicurezza. Qualcuna sta facendo un ulteriore percorso cercando di usare metodi anticoncezionali quali la pillola o la spirale.

Da maggio 2009 abbiamo la presenza costante della Asl RM E che ha fatto lo screening tubercolare ai bambini da 0 a 6 anni e che segue la profilassi necessaria per i casi che hanno evidenziato la malattia conclamata. Inoltre insieme agli operatori della Asl stessa abbiamo iniziato a fare lezioni di primo soccorso e a dare informazioni di base per la tutela della salute utilizzando sussidi visivi, poiché molti dei Rom del campo sono analfabeti. Un'altra cosa importante perché si possa cambiare è la possibilità di avere un lavoro regolare. L'attuale situazione lavorativa degli abitanti del campo rispecchia in pieno il complesso fenomeno dell'economia sommersa del nostro paese; fra gli uomini occupati molti hanno trovato lavoro nell'edilizia. Una parte degli occupati lavora "a giornata" presso privati e ditte; ci sono anche meccanici, giardinieri, guardiani che lavorano quasi sempre in nero, a giornata o comunque per brevi periodi.

Per quanto riguarda le donne, qualcuna lavora come domestica mentre altre vanno a chiedere l'elemosina. Non deve stupire, data la precarietà della condizione lavorativa, che anche nelle famiglie dove il marito dispone di un reddito, la moglie faccia "manghel", l'elemosina, che non viene sentita come qualcosa di sconveniente od immorale ma proprio come un vero e proprio lavoro, atto a sostenere le famiglie anche nei periodi, spesso lunghi, fra un ingaggio lavorativo e un altro.

Lentamente, nel rapporto continuo instaurato con gli abitanti del campo, ci siamo accorte dell'importanza della figura della donna zingara, la "Romni", perno centrale della vita familiare, colei che con il "manghel" il "chiedere", ossia l'elemosinare provvede alle necessità elementari della famiglia, dal cibo quotidiano al vestiario. Incaricata dell'educazione dei bambini piccoli e delle figlie fino al matrimonio, ha un ruolo di primaria importanza per assicurare la sopravvivenza del gruppo. Ha incondizionato rispetto per il marito e per tutti i Rom di maggiore età del nucleo familiare allargato. Rappresenta l'elemento conservatore del gruppo sociale, perché è in grado di perpetuare le tradizioni ma, proprio per questa ragione, può essere anche l'elemento di cambiamento.

Allora abbiamo puntato tutto sulle donne cercando di coinvolgerle in progetti riguardanti sia la puericultura, sia l'igiene alimentare, sia il lavoro. Ed è proprio la Romni che ha ispirato il progetto lavorativo "Donne in viaggio", un progetto che vuole coinvolgere, appunto, le donne del campo nella realizzazione di borse e accessori in feltro, gonne tipiche, manufatti in materiale di riciclo. Vorremmo dare un'opportunità di vera integrazione a queste donne anche per poter eliminare il pregiudizio, diffuso e consolidato, che gli *zingari* non abbiano voglia di lavorare causa questa che influisce direttamente sull'esclusione sociale e contribuisce a confermare gli stereotipi negativi.

Questo progetto, insieme a quello sulla salute e la prevenzione, rappresenta una grande scommessa. La sfida più importante però, prima ancora di organizzare il tutto, prima ancora di fili, forbici, aghi, stoffe, è quella di continuare in questo cammino di fiducia reciproca mostrando un grande rispetto per le loro tradizioni. Attraverso questo piccolo laboratorio si cercherà di recuperare l'attività artigianale del taglio e cucito, attività che le donne sono solite svolgere da autodidatte in ambito familiare e rafforzare anche il riciclo e il riuso recuperando stoffe da buttare. Progetti ambiziosi? Pensiamo di no, anche confortati dal cammino già compiuto. In conclusione possiamo affermare che solo conoscendo veramente un popolo svaniranno pregiudizi, paure, intolleranze e potremo, insieme, costruire un mondo migliore.

21 Figli di uno stesso Padre

(Don Paolo)

È una raccolta di documenti/lettere che Don Paolo, il parroco che in questi anni è stato vicino al popolo nomade di Casilino 900, ha voluto donare alla CRI e che mostra quanto sia importante la presenza delle comunità parrocchiali, come punto di contatto e di equilibrio, tra i cittadini ed i campi nomadi.

21.1 Lettera ad *Avvenire*

Figli di uno stesso Padre

Caro *Avvenire*, cari lettori, cari amici,

siamo un gruppo di ragazzi che sta vivendo l'esperienza dell'anno propedeutico presso il Seminario Romano Maggiore di Roma. Siamo accompagnati e guidati, in questo anno di "discernimento", da alcuni bravi sacerdoti e sostenuti da tutta la comunità del Seminario. Riflettiamo soprattutto sulla possibilità che ognuno di noi (ragazzi dai 19 fino ai 38 anni) possa essere chiamato alla vita sacerdotale.

La nostra riflessione viene aiutata attraverso l'offerta di molti strumenti, tra questi il Servizio Caritativo, inteso come: "Ehi giovane, nel tuo discernere, nel tuo riflettere sulla chiamata di Dio, non dimenticarti mai degli ultimi, dei disagiati, dei dimenticati, così come non dimenticarti mai di nessun uomo o donna verso i quali sei chiamato prima di tutto come cristiano, nella fede, da possibile sacerdote poi, ad essere sostegno e aiuto, guida e portatore di speranza".

Tra i tanti posti in cui siamo mandati ad offrire servizio (come la mensa della Caritas Diocesana, la mensa della comunità di S. Egidio, le suore Missionarie della Carità, la casa di riposo delle Piccole sorelle dei poveri) ecco allora che arriva il Casilino 900, il campo nomadi sulla Via Casilina, all'incrocio con Via P. Togliatti, in questi ultimi giorni al centro dell'attenzione per l'operazione di sgombero che lo sta interessando e che anche *Avvenire* riporta il 4 aprile a pag. 11 nell'articolo "Rom, il malessere delle metropoli".

Chiunque passa in prossimità del campo non può non leggere la scritta che padroneggia sul piazzale antistante, c'è scritto: "Figli di uno stesso Padre".

Il nostro compito è quello di animare qualche ora con i bambini, per far trascorrere loro qualche momento nel gioco e nella fraternità sana e costruttiva, ma possiamo testimoniare a gran voce, che siamo stati animati noi da loro, dalla loro voglia di vivere, dal loro essere

bambini nonostante tutto; nonostante la loro quotidianità sia nel fango e in condizioni a dir poco spaventose, nonostante la spensieratezza e la tranquillità familiare siano troppo spesso optional che non si possono permettere.

Non vogliamo entrare in argomenti come illegalità, interessi politici ed economici, ecc., che (anche se è retorico) sembrano troppo spesso muovere la nostra società e di conseguenza vanno ad intaccare e corrompere temi come l'integrazione, l'accoglienza, l'assistenza, non lasciando spiragli alla speranza. Ci rendiamo conto e probabilmente voi con noi, che la durezza del cuore può farci dimenticare che siamo figli di uno stesso Padre.

La maggior parte di noi viene da esperienze nella propria parrocchia di appartenenza, tante volte a contatto con i bambini, molti di noi prima di mettere piede al Casilino 900 erano certi di conoscere bene il mondo nascosto negli occhi dei bambini, oggi vi diciamo che occhi e sguardi come quelli dei piccoli Rom non li avevamo mai incrociati: lo stupore per le piccole cose, la gioia dell'amicizia, la ricerca della felicità; così come l'amarazza, il sentirsi incompresi, il dolore per situazioni rispetto alle quali sembrano dirti: "non capisci perché...sei ricco!". Sono sguardi attenti, i loro, vigili sia sul mondo che li circonda, quello delle baracche fatiscenti, sia sul mondo oltre il fango. Sono sguardi che percepiscono l'intolleranza e il non essere accettati come fratelli che hanno in comune con tutti lo stesso Padre.

Ora gli occhi vispi e profondi di questi piccoli stanno assistendo all'inizio della fine del loro campo, che ospita i Rom dagli anni '60. Noi con loro vediamo la paura scritta sui volti sia dei grandi che dei bambini.

Molti sono gli interventi nel campo: la scolarizzazione degli oltre 200 bambini presenti, la sensibilizzazione alla cura e alla prevenzione sanitaria, assistenza umana volta a seguire le famiglie per la sopravvivenza e l'integrazione nella metropoli Romana attraverso anche dei mercatini in cui i Rom vendono lavori artigianali, c'è anche un accompagnamento spirituale portato avanti da Don Paolo Lojudice, assistente spirituale al seminario Romano, che è vicino alle famiglie e a tutti gli abitanti del campo per ogni loro esigenza; grazie a questo accompagnamento alcuni hanno chiesto di ricevere il Sacramento del Battesimo e di avvicinarsi in qualche modo alla fede cattolica.

C'è la figura di Najo, tenace Rom che da tempo porta avanti la "battaglia" per l'integrazione del campo attraverso un dialogo serio e concreto con le istituzioni.

Ci siamo anche noi, ragazzi in cammino che ci siamo avvicinati al Casilino 900 cercando di fare nostro l'invito: "ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (Mt 25,40), stiamo cercando di lavorare non togliendo lo

sguardo dalla frase sul piazzale, che ci ricorda che siamo figli di uno stesso Padre. Ora il possibile sgombero del campo, del quale si sta molto parlando in questi giorni e per il quale sono iniziati i primi interventi, ci fa riflettere sul futuro di questi nostri fratelli Rom. Di certo non compete principalmente a noi lanciare appelli o fare proclami, ma noi scriviamo mossi dalla responsabilità della testimonianza su un mondo che, per quanto ancora poco conosciamo, crediamo meriti speranza e vita. Noi speriamo. Si noi speriamo affinché a queste donne, a questi uomini, a questi stupendi bambini sia assicurato un futuro dignitoso e rispettoso della loro storia, cultura e tradizione, un futuro verso il quale lo sguardo dei piccoli e delle nuove generazioni possa guardare con fiducia e speranza, aiutati a capire anche e soprattutto i loro doveri per una convivenza legale e civile nella società, affinché ci sia una equa integrazione, la quale richiede impegno da ogni parte coinvolta. Noi speriamo perché crediamo che siamo... figli di uno stesso Padre.

21.2 Il cielo è livido

Lettera di Lucia

Il cielo è livido, quest'anno la Pasqua si accompagna a un clima invernale. Piove ininterrottamente da giorni, il campo è una pozzanghera di fango. Nessuno spiraglio di sole, il vento soffia gelido. Che fare? Rinunceremo a celebrare la resurrezione con questi fratelli nomadi? Sarebbe saggio.

Arriviamo al campo, sotto la tettoia dell'autorimessa alcune famiglie si sono radunate per consumare il pasto insieme, hanno assemblato i tavoli e portato le sedie. Il riparo è modesto, non è sufficiente a proteggerli dalla pioggia battente, tuttavia il freddo non è riuscito a trattenerli dalla festa. Niente abbatte il morale di questa gente che tra i capelli scomposti e nella pelle scura conserva i tratti di quegli indoeuropei che decisero un tempo di lasciare le loro terre e popolare altri luoghi, vedere altri orizzonti e scoprire nuovi colori del tramonto.

I bambini si sono già radunati, ci aspettano. È la Pasqua del Signore.

Don Paolo indossa i paramenti e con le suore comincia a distribuire i foglietti con le letture della liturgia che da lì a poco andremo a celebrare. Gli uomini del campo hanno preparato una croce di legno che sarà portata in processione attraverso lo snodarsi delle loro baracche. Ad ogni famiglia che lo desidera sarà consegnata un'immagine del Risorto, una candelina, e ogni baracca sarà aspersa con l'acqua benedetta.

Tutto è pronto per iniziare, quando ci accorgiamo che manca l'acqua. Viene da sorridere perché la pioggia cade copiosa, ma non abbiamo acqua per il rito. Le donne corrono a prenderla e ritornano con un recipiente pieno. Ecco ora si può iniziare, le suore intonano il

canto e Don Paolo introduce l'Assemblea al Mistero Pasquale. Tutti sono attenti, questi fratelli nomadi conoscono bene il significato dell'agnello sacrificato per la festa, ogni anno il 6 maggio a San Giorgio, ciascuna famiglia immola una pecora che sarà arrostita e darà gioia all'intera comunità.

Gesù, Agnello senza macchia, porta la gioia in queste baracche!

La Croce è eroicamente portata da Olimpia una bambina di 9 anni che rifiuta di ripararsi sotto l'ombrello perché la croce di Dio non sia nascosta. È intirizzita dal freddo, pallida, ma felice e non cede la croce a nessuno. "Dio mi ha chiesto di portarla e io la porto!" Mi risponde secca. Rifletto sulla fede, è un piccolo seme, piccolo quanto questa bambina, nessuno si accorge della sua esistenza eppure è un gigante agli occhi del Signore. La pioggia diventa grandine, ma la processione non si ferma. Arriva anche Don Bruno Nicolini, fondatore dell'Opera Nomadi; ha quasi novant'anni, il passo incerto ma gli occhi pieni di gioia a vedere i suoi figli Rom radunati nella preghiera. Il vento si alza, strappa gli ombrelli, si procede a fatica: Don Paolo mi chiede: "che facciamo?". Si era appena rivolto a Dio, in un pensiero, dicendo "Signore, vuoi che desistiamo?". Sto per rispondergli qualcosa, quando il cielo si spacca a metà e tra l'azzurro del pomeriggio splende un iridescente arcobaleno. I bambini sono felici a quello spettacolo della natura che annuncia una tregua del maltempo, quasi un premio alla fedeltà di questi bambini. Proseguiamo, nelle baracche troviamo donne sole, piccole famigliole, le condizioni abitative sono pessime, ma tutti ci accolgono con un sorriso e pregano intensamente ricevendo con amore l'immagine e la candelina. Brenda non vuole che si dimentichi la preghiera ad ogni casa, e lo ricorda severamente se lo dimentichiamo.

Entriamo nella baracca di Sara, la madre sta allattando l'ultimo nato. Sara infila le scarpe e mi salta in braccio, vuole venire con noi. La copro con la mia giacca e strette strette, seguiamo la croce.

Gesù, Agnello senza macchia, porta la pace in queste baracche! Gesù passione dell'amore, grazie per l'insegnamento che ci dai attraverso questi fratelli!

Le baracche sembrano non finire mai, una processione di case diroccate, le strade luride, eppure questo è un luogo pieno di gioia. Una gioia semplice, che noi abbiamo scordato, la gioia dell'essenziale. Non sono gli stracci che indossiamo che ci fanno essere umani, né le case dove abitiamo, o la professione che esercitiamo. No! Quello che ci fa uomini è la capacità di andare incontro agli altri, di gioire per la presenza degli altri, di lottare insieme per comprenderci, per rendere migliore questo mondo nel piccolo tempo che ci è affidato. E questi fratelli Rom oggi ci hanno accolto nonostante noi siamo diversi: vestiamo

diversamente, parliamo diversamente, viviamo diversamente. Eppure ci hanno accolto, ci hanno aperto le loro case, ci hanno affidato i loro bambini, ci hanno offerto quel poco che hanno.

Gesù, Agnello di Dio, grazie per questi fratelli che abbiamo lasciato da soli per tanti anni, non curanti della loro miseria e del loro grido. Grazie per il loro perdono, grazie per il loro amore così essenziale e così vero, così simile al tuo.

21.3 2 Aprile 2009 Casilino 900: una rilettura dell'Esodo

È il giorno, il piazzale è colorato dai vestiti delle donne e dalle risa dei bambini che giocano organizzati dagli operatori della Cooperativa Hermes. Sotto la tettoia del grande edificio (ex pompa di benzina) sono stati allestiti tavoli con cibi tipici della cucina Rom, a seguire una mostra fotografica sul popolo nomade e cartelloni che spiegano il motivo di questo raduno.

A pochi metri dalla festa, la polizia resta schierata pronta per intervenire, i poliziotti sono immobili, tesi; un graduato cammina avanti e indietro senza espressione sul volto.

Intanto la festa cresce, arrivano le maestre delle scuole in cui i bambini del campo sono inseriti, arriva Don Bruno Nicolini, Don Franco Monterubbianesi, Don Paolo Lojudice, la Comunità di Sant'Egidio, il Servizio di Medicina Solido e delle Migrazioni, Salvo Di Maggio di Capodarco.

I bambini giocano sul piazzale, il sorriso torna sui loro volti dopo giorni di paura, disegnano e colorano un mondo che non c'è, un mondo in cui la gente capisce che la tutela dei più piccoli è l'unica garanzia di civiltà, progresso e pace.

I Rom ci domandano quando verranno cacciati via, dove saranno mandati, quale sarà il loro futuro... Ma le loro domande ad oggi non hanno risposta. Le istituzioni sono di pietra, gli uomini politici stanno contando i loro voti per le imminenti elezioni: avremo ancora una poltrona nella prossima stagione politica?

Gli anziani sembrano rassegnati, i più giovani provano a far valere i loro diritti e ci ricordano le gravi assenze di questi anni: l'assenza di rete fognaria nel campo, l'assenza di acqua, l'assenza delle strade asfaltate che li costringe a mangiare polvere e fango, l'assenza di prospettive di inserimento nel mondo del lavoro per i più giovani. Se il mondo è assente da questo campo, la città di Roma passata alla storia per la sua ospitalità, nei confronti dei Rom ha sviluppato progressivamente un'intolleranza che sa di razzismo bianco.

Ecco, i rappresentanti delle Associazioni coinvolte nella storia del Campo, sono invitate a prendere la parola insieme agli anziani del campo; sarà possibile dire una parola che dia speranza, che provi a rappresentare i bisogni e i desideri di questa gente?

Don Bruno Nicolini, si alza a parlare sulle sue gambe incerte ed ecco la parola diventa sogno, anzi profezia. Don Bruno parla del sogno di Giacobbe, una grande scala sui cui le persone, schiere di persone salgono e scendono incontrandosi nella luce. Don Bruno vede in queste persone, i Rom e gli abitanti delle città i gagè, che si vengono incontro riconoscendosi fratelli, al di là delle appartenenze e delle ostilità, i due popoli si incontrano in una prospettiva rinnovata dalla fede e dall'amore, si abbracciano, si riconoscono, si aiutano a diventare più uomini, più simili a quel Dio di cui tutti siamo figli. Figli di uno stesso Padre, hanno scritto i Rom a caratteri azzurri sul grande edificio bianco e che ci protegge in questo momento. Sì Figli di uno stesso Padre, chiamati alla vita e ai diritti che spettano a ciascun essere umano; chiamati ad assumere responsabilità in questo mondo senza segregazioni che li escluda dalla storia. Popolo Rom, popolo della gioia e del camminare tra gli uomini, popolo che porti nella tua carne la tenda in cui Dio vuole farsi ancora prossimo sulle strade all'uomo che ha smarrito il percorso verso la fratellanza.

Don Bruno prende a parlare ora nella lingua dei Rom, le sue parole sono ora simboli, cifre del mistero, mi riportano a Mosè che esortava gli ebrei a non avere paura del faraone, che certo poteva strappargli la terra, i figli, le mogli, il lavoro, la stessa vita, ma che mai avrebbe potuto strappare loro la fede in un Dio che non è indifferente, ma prende parte nella storia schierandosi dalla parte dei più deboli, degli oppressi, per condurli liberi nella Sua terra.

21.4 Il muro nel cuore

Roma 2 agosto, sabato è tardo pomeriggio, come di consuetudine andiamo a trovare i bambini del Campo. Nel piazzale intitolato "figli dello stesso Padre", là dove si svolgono le nostre attività con i ragazzi, l'accesso delle auto è impedito dalla presenza di alcune macchine della polizia municipale. Accosto l'auto al marciapiede, scendo e mi dirigo dritta verso i vigili per chiedere cosa sia successo.

Uno di loro mi risponde che gli è stata disposizione "ad oltranza" di non permettere l'accesso al campo dei visitatori. Gli faccio presente di essere un medico e che da due anni seguo numerose famiglie del campo; il vigile mi autorizza ad entrare e mi chiede se voglio essere scortata. Sorridendo gli replico che dentro il campo ho solo amici e non ho bisogno di alcuna protezione. Devo però procedere a piedi, nel campo non si può entrare con l'auto, la strada è sbarrata da piloni di cemento. È stato innalzato un muro? ma cosa significa? Mi avvio, lungo la strada i bambini mi riconoscono e mi vengono a salutare. Ci hanno chiuso dentro – mi dicono. Siamo in prigione – dicono dicono altri.

Ne sollevo qualcuno in braccio, gli sorrido e li tranquillizzo: ma no, state calmi non c'è

nessuna prigione. I bambini insistono: non possiamo più andare a giocare nel piazzale, non possiamo più andare al mercatino con le macchine, solo a piedi. Anche per fare la spesa, per prendere l'acqua, ci hanno messo in prigione. Li prendo per mano e continuo a camminare. Anche gli adulti mi si avvicinano; ci hanno chiuso in gabbia, dicono che siamo bestie. Non ci lasciano portare dentro le macchine – Se qualcuno si sente male di notte, come lo trasportiamo in ospedale? ci sono anziani molto malati qui, donne incinte, bambini disabili. Ci hanno lasciato al buio, senz'acqua, e adesso ci chiudono anche la strada, ma perché non ci uccidono? – dice un'anziana – dicono che siamo animali – continua un'altra – e allora che ci uccidano tutti, così finisce questa storia.

Anche gli uomini prendono la parola: – Hai visto, hanno fatto il muro di Berlino! Che possiamo fare adesso? – Ma no state tranquilli, cerchiamo di capire che succede e chiediamo le ragioni di questo muro, rispondo poco convinta.

Le ragioni di questo muro, mi ripeto nella mente; realizzo in un attimo che il solo pensare queste parole è bestemmia contro il cielo.

I miei fratelli zingari, pensano ingenuamente che il muro sia il cemento che ostruisce la strada d'accesso al campo e li rinchiude in una prigione a cielo aperto. Non vedono ancora il muro invalicabile che è cresciuto nel cuore della gente di questa città. Il muro che politici senza scrupolo, giornalisti mercenari, uomini di cultura prezzolati hanno sistematicamente costruito in questi mesi con il preciso intento di fornire all'opinione pubblica un capro espiatorio. O peggio, trovare un diversivo che aiuti la gente a distrarre l'attenzione dai problemi reali di questo paese!

Ripenso a quanto è accaduto negli ultimi 5 mesi: una follia collettiva si è scatenata contro immigrati e nomadi partendo da alcuni episodi di cronaca nera, magistralmente amplificati dai media. Il martellare dei telegiornali in prima serata sulla minaccia rappresentata da immigrati e nomadi, senza pensare agli stupri perpetuati dai branchi di nostri bravi ragazzi italiani, agli studenti universitari che si sballano in discoteca e che travolgono innocenti con le loro auto lanciate all'impazzata, violentano in gruppo una povera ragazzina, oppure ai preadolescenti italiani che incendiano scuole, filmano le sevizie da loro perpetrate a danno di un disabile, o meglio ostruiscono i binari di un treno ad alta velocità per filmarne la frenata e sghignazzare come deficienti nei loro incontri da animali senza ragione.

Di questi chi parla? Da questi chi ci difende? Sono stati dislocati vigili e soldati nelle discoteche, che vomitano ogni sera centinaia di ragazzi e ragazze ubriachi e alterati da stupefacenti che vanno poi a sfracellarsi sulle strade?

Queste sono solo alcune delle ragioni, che portano la gente a cercare capri espiatori,

qualcuno su cui addossare la colpa di un mondo che ci nausea e che non siamo in grado di modificare. Questo ci costringe inconsapevolmente a costruire muri nel cuore e nella mente, per non vedere il male che ci divora dentro, che ci ha preso la mano, che ci ha deresponsabilizzato rispetto a quanto accade. Abbiamo bisogno di dare la colpa a qualcuno della nostra ignoranza, della nostra maleducazione, della nostra insensibilità, della nostra mancanza di senso morale e civile. Su chi scaricare la nostra frustrazione di genitori falliti, di educatori incapaci, di cittadini sedotti se non corrotti dal denaro facile, dai miraggi del potere. E allora cosa meglio di prendercela con chi non può difendersi perché senza diritti? Persone come i Rom che non hanno diritto alla cittadinanza, alla casa, all'acqua, all'energia elettrica?

Ho letto alcuni commenti rilasciati dai Romani sui nomadi e mi sono profondamente vergognata. La prima cosa che mi sono augurata è che non si trattasse di Romani cristiani; che quanti dicono, scrivono o solo pensano queste cose non fossero stati battezzati. Ho ripensato a Lorenzo, diacono della prima Chiesa, responsabile in quei tremendi anni di persecuzione, del servizio ai poveri della comunità cristiana di Roma. Lorenzo, di cui ricorre la memoria proprio il 10 agosto, si lasciò orrendamente torturare e uccidere sulla graticola per non tradire il suo servizio. All'imperatore Valeriano che gli intimava di consegnargli i tesori della Chiesa, Lorenzo si presentò con un gruppo di straccioni: ecco i tesori della Chiesa- disse semplicemente, decretando così la sua condanna a morte. I tesori della Chiesa! I poveri sono ancora oggi i tesori della Chiesa, ma i cristiani ne hanno coscienza? I cristiani sanno che in ogni povero, in ogni carcerato, in ogni malato, in ogni affamato, in ogni straniero, in ogni straccione, in ogni Rom è Cristo stesso presente che viene a provocarci? I cristiani sanno che dalla risposta a questa provocazione dipende la loro salvezza?

Non il posto di lavoro, non la carriera, non il denaro, non il sesso facile, non lo sballo del sabato sera, ma la salvezza? I cristiani credono ancora alla salvezza? Perché se ci crediamo, dobbiamo svegliare la coscienza di questa città. Dobbiamo ricordare ai nostri fratelli di Roma, che sarà l'apertura del nostro cuore ad essere giudicata. Per questo è necessario ed urgente abbattere tutti i muri, quelli di cemento e quelli morali; dobbiamo rimuovere ogni barriera verso gli altri. Dobbiamo invece costruire ponti, dobbiamo spalancare porte, aprire le porte a Gesù che ci si fa accanto sotto le spoglie di ogni povero. Lo dobbiamo implorare di restare con noi perché la sera sta scendendo su questa città e rischia di immergerla in un buio che non conosce alba.

Resta con noi Signore, perché il giorno già volge al declino. Resta con noi Signore e perdonaci di non averti riconosciuto e accolto in questi fratelli nomadi. Resta con noi

Signore e salvaci dal male, abbatti il muro d'ombra che acceca il nostro cuore. Resta con noi e fatti testimoni audaci della carità come Lorenzo, dacci il coraggio di restare sorridenti e fermi sulla graticola dell'ignoranza, della cattiveria, del cinismo, della follia razziale. Resta con noi Signore, non ci abbandonare in questo momento della storia di Roma, rendi la nostra città cuore della cristianità, testimone esemplare della tua predilezione per i fratelli più poveri.

22 Programma a favore di nuclei familiari e minori - ospiti dei campi nomadi di Roma gestiti dalla CRI - in situazione di difficoltà e che necessitano di interventi nel paese di origine

(Anna Libri)

Premessa

Le ragioni di un progetto comune tra Croce Rossa Italiana e Servizio Sociale Internazionale in questo particolare settore sono legate ad una tradizione di stretta collaborazione che risale all'inizio del secolo passato. Le loro competenze si incontrano da sempre nel delicato intreccio tra sociale e sanitario, inevitabile nel lavoro di chi porta aiuto alle persone che perdono i loro riferimenti familiari, sociali e culturali.

La missione del SSI è aiutare – al di là delle frontiere e delle divisioni di appartenenza religiosa, etnica, politica – le persone che, per qualsiasi motivo, devono lasciare il loro paese. Chi, dunque, più dei nomadi rientra nella sua missione, nomadi che, per definizione, non hanno frontiere e legami ma debbono in ogni caso vivere nel mondo “organizzato” e devono quindi essere aiutate a convivere con le frontiere e le regole dei paesi che li ospitano.

SSI e CRI entrano quindi ancora una volta in sinergia su questa delicata tipologia di azioni per far sì da un lato che la permanenza fissa o momentanea in una nazione contempli livelli di vita accettabili, dall'altro che l'identità del popolo nomade e il legame con le terre di origine siano mantenuti.

Di qui il programma che ci proponiamo di attuare in loro favore che viene presentato in questo capitolo.

Anna Maria Libri

Servizio Sociale Internazionale – Agenzia per l'Italia – Onlus

22.1 Contesto di riferimento e definizione del problema

L'Italia è da sempre un paese meta di nomadi provenienti dall'Europa dell'Est e Roma in particolare ha sempre offerto loro ospitalità impegnandosi, malgrado le molte difficoltà, a favorirne l'integrazione, qualora interessati a rimanere, o comunque condizioni di vita accettabili.

Innumerevoli negli anni i periodi di crisi e difficoltà nel fare fronte alle loro esigenze ed a quelle della cittadinanza stabile evitando o superando le situazioni di conflittualità.

Due gli eventi che nell'ultimo ventennio hanno modificato la situazione ed accentuato le problematiche, la guerra nell'ex Jugoslavia con la conseguente modificazione della geografia politica della regione e dell'individuazione delle nuove cittadinanze, e l'entrata della Romania nell'Unione Europea con la maggiore facilità di spostamento dei cittadini di tale nazione nomadi compresi.

Diverse quindi le problematiche venutesi a creare con l'aumentato e disordinato afflusso di persone di cui, a volte, è difficile definire la provenienza e l'effettiva cittadinanza.

Il Comune di Roma quindi ha fronteggiato e continua a dover fronteggiare sempre maggiori difficoltà legate anche al fatto che i nuclei nomadi, pur mantenendo le loro peculiarità culturali, tendono sempre più a diventare stanziali e ad avere quindi necessità di regolarizzare la loro posizione ed integrarsi nel tessuto sociale, lavorativo e scolastico.

In questo contesto, oltre alla maggiore attenzione sul territorio, si rende necessario un lavoro di raccordo e collaborazione con i paesi di origine per definire condizioni amministrative, individuare eventuali reti parentali, ricostruire storie familiari, reperire risorse per eventuali minori isolati o in semi abbandono.

22.2 Progetto di intervento

Il Servizio Sociale Internazionale fondato a Ginevra nel 1924, attivo in Italia dal 1932, gestisce da sempre casi sociali connessi alle migrazioni ed alle problematiche sociali da esse derivanti, ha quindi una consolidata esperienza rispetto alla gestione di interventi di servizio sociale da attuare in due o più nazioni. Svolge i propri compiti istituzionali, avvalendosi della collaborazione della propria rete internazionale, nel settore della protezione dei minori degli adulti e delle famiglie migranti su richiesta dei Tribunali, del Ministero degli Affari Esteri, dei Servizi Sociali degli Enti Locali.

22.2.1 Obiettivi che si intendono perseguire

Il continuo aumento delle presenze di nomadi e delle problematiche connesse a tali presenze coinvolge profondamente il territorio di Roma da sempre meta privilegiata di flussi migratori.

Il miglior interesse di minori ed adulti coinvolti richiede naturalmente un'ampia rete di assistenza da attuare sul territorio cui è però importante affiancare le verifiche nei paesi di origine dei minori, dei nuclei familiari e dei singoli adulti. Ciò al fine di evitare l'instaurarsi di situazioni di esclusione ed isolamento, con la conseguente spinta verso organizzazioni di vita al limite o al di fuori della legalità ritornando quindi all'esclusione ed all'isolamento, ricostituendo il circolo di negatività che tanto preoccupa i cittadini romani. In questa ottica diviene fondamentale poter provvedere alla regolarizzazione dei singoli e dei nuclei ricostruendo la cittadinanza e dando loro uno status civile preciso, risalire alle condizioni di origine ed alle risorse familiari esistenti per i minori ed i nuclei familiari in difficoltà, favorire e sostenere eventuali rimpatri volontari.

22.2.2 Interventi ed attività che si intendono realizzare

Considerando quindi le possibili azioni concrete da mettere in atto per il progetto, il Servizio Sociale Internazionale Agenzia per l'Italia (SSI-AI) intende proporre i suoi interventi per le seguenti aree problematiche:

- a) rimpatri volontari;
- b) indagini presso parenti residenti all'estero per l'affidamento di minori;
- c) indagini presso parenti residenti all'estero per la verifica di stato di abbandono di minori;
- d) ricongiungimenti familiari;

- e) ricerche anagrafiche nei paesi di origine al fine di risalire alla effettiva cittadinanza degli interessati.

Per questa casistica, il Servizio Sociale Internazionale realizzerà ricerche presso gli uffici competenti, indagini presso le famiglie di origine all'estero, progetti di reinserimento nei paesi di origine.

22.2.3 Modalità operative

I fase – individuazione dei casi e degli interventi da attuare

In questa fase l'intervento verrà organizzato con due diverse modalità operative, una di primo ed una di secondo livello. Nel primo livello gli operatori del SSI AI visiteranno a turno i campi gestiti dalla CRI per incontrare i diretti interessati, individuare le problematiche sociali esistenti, segnalare qualora necessario i casi ai Servizi Sociali pubblici ed alle Autorità Giudiziarie Minorili. Nel secondo livello il SSI AI raccoglierà eventuali segnalazioni degli operatori CRI, dei Servizi sociali del Comune di Roma e delle Autorità Giudiziarie Minorili.

Il SSI AI prenderà quindi in carico tutti i casi così individuati per i quali si renda necessario un intervento all'estero. Provvederà a raccogliere tutte le informazioni utili a coinvolgere i propri corrispondenti, concorderà con eventuali enti segnalanti il tipo di azione da intraprendere.

II fase – intervento nei paesi di origine

A seconda della tipologia di casi il SSI-AI provvederà ad inoltrare una richiesta di intervento nel Paese interessato. L'intervento potrà consistere in:

- svolgimento di una indagine sociale per individuare le risorse parentali esistenti per eventuali minori in stato di semi abbandono;
- svolgimento di una indagine ambientale e proposta di un eventuale progetto di reinserimento in caso di richiesta di rimpatrio;
- ricerca di dati e certificati anagrafici.

III fase – definizione del caso in Italia

All'arrivo delle informazioni o delle relazioni il SSI-AI procederà ad utilizzarle direttamente per programmare gli interventi successivi da svolgere in Italia, ed a trasmetterle tradotte ad eventuali Servizi Sociali o Autorità Minorili richiedenti. Nelle situazioni complesse, che

necessitano di più interventi successivi, la prassi verrà attuata sempre secondo le stesse modalità.

Qualora disponibili verranno utilizzati, nella trasmissione e discussione dei casi all'estero, mezzi di comunicazione veloci quali posta elettronica e fax.

22.2.4 Destinatari degli interventi

- Minori, adulti e nuclei familiari nomadi che desiderano rientrare nel paese di origine.
- Minori nomadi stranieri abbandonati o in semi abbandono, per i quali occorra la verifica e la ricerca di risorse familiari nei paesi di origine.
- Nuclei familiari nomadi con minori in situazione di difficoltà ed a rischio abbandono dei minori.
- Nomadi adulti e minori di cui occorra definire lo status legale.

22.2.5 Risorse e personale

Per lo svolgimento degli interventi il SSI-AI utilizzerà il suo personale professionale di servizio sociale, con conoscenze giuridiche e con conoscenze di lingue straniere, specializzato nel lavoro di mediazione da svolgere tra i servizi sociali dei differenti paesi.

Si avvarrà quindi della rete di sezioni e corrispondenti, che operano, a loro volta, con personale professionale appartenente alle diverse realtà e culture dei Paesi di origine formato al lavoro interculturale, che cureranno lo svolgimento delle indagini, le ricerche anagrafiche, i rimpatri.

22.2.6 Costi

TRATTAMENTO CASI

IPOTESI I

I casi svolti dal SSI-AI, verranno retribuiti, singolarmente, per un importo di €. 1650,00 a caso trattato.

Il costo degli interventi può variare secondo i paesi, il tipo di interlocutore locale, le distanze da percorrere per raggiungere gli interessati, il numero di incontri e relazioni sociali necessari. Occorre poi considerare i costi di trattamento del caso e delle traduzioni in sede a Roma.

Attività all'estero

Indagini sociali	€400/€1000
Spostamenti	€50/€100

Attività in Italia

Interventi di servizio sociale	€450/€1000
Traduzioni	€50/€250

Il costo può pertanto variare tra € 950,00 ed € 2.350,00 per una media di € 1.650,00 a caso.

IPOTESI II

Considerando sempre un importo medio di € 1.650,00 a caso, ed una media di 60 casi annui, viene stabilito un contributo di € 99.000,00 annui, per lo svolgimento di 60 casi, modificabile nell'eventualità di sensibili variazioni, in più od in meno, della casistica da seguire.

MICRO – PROGETTI

I costi di eventuali micro – progetti di formazione professionale, reinserimento lavorativo, abitativo ecc. devono essere esaminati a parte e sono legati a variabili che rendono difficile quantificarli.

Occorre considerare: il diverso costo della vita nei singoli paesi; l'utente del micro progetto (minore, nucleo familiare, adulto singolo); la durata del progetto stesso.

Si può ipotizzare un costo compreso tra i 2.000 ed i 4.500 € a micro – progetto, tenendo sempre presente la necessità di valutare caso per caso lo stesso e le sue prospettive utilizzando quindi con elasticità le risorse disponibili.

23 Bibliografia

Nella speranza di facilitare eventuali ricerche e approfondimenti, si riporta l'elenco delle fonti citate, raggruppate secondo i capitoli che vi fanno riferimento.

Testo citato in apertura

- “*La Lingua Salvata, storia di una giovinezza*” di Elias Canetti (1905 Rustschuk in Bulgaria – 1994 Zurigo)

Capitolo 2, *Il popolo Rom nella Storia*

Bibliografia esplicitata nel testo

- *Mazaris' Journey to Hades: or, Interviews with dead men about certain officials of the imperial court.* Greek text with translation, notes, introduction and index. (Seminar Classics 609). Buffalo NY: Dept. of Classics, State University of New York at Buffalo, 1975
- John Sampson, *The Dialect of the Gypsies of Wales*, 1926
- Heinrich M. G. Grellman, *Dissertation on the Gipsies, heingan historical enquiry concerning the manner of life, economy, customs and condition of this people in Europe, and their origin*, Londra, P. Elmsley, 1787; J.C. Rudiger, *Ch. Neuster Zuwachs der teutschen, frenden und allegemeinen Sprachkunde*, Leipzig und Halle, 1782-1793
- William Marsden, *Observations on the language of the people commonly called Gypsies*, *Archaeologia*, 7:382-386, 1785; Jacob Bryant, *Collections on the Zingara or Gypsy language.* *Archaeologia*, 7:387-394, 1785
- August Friedrich Pott, *Etymologische Forschungen auf dem Gebiete der indo-germanischen Sprachen, mit besonderem Bezug auf die Lautumwandlung im Sanskrit, Griechischen, Lateinischen, Litauischen und Gotischen*, 1833
- Donald Kenrick, *Romany Origins and Migration Patterns*, *International Journal of Frontie, MxsЯom*, Vol. 17:3, GЯz 2000
- John Sampson, *On the origin and early migration of the Gypsies*, *Journal of the Gypsy Lore Society*, Series, vol. 2, 1923
- Paul Deussen, *Introduction, in Boehme, Jacob: Concerning the three principles of the divine essence.* London: John M. Watkins, 1910

- Lodovico Antonio Muratori, *Rerum italicarum scriptores*, 288–290, 1751
- Giovanni Battista Adriani, *Istoria de' suoi tempi*, Edizione per i Fratelli Giachetti, Prato 1822
- Martin Lutero et al., *Liber Vagatorum*, pubblicato da John Camden Hotten nel 1859 con il titolo *The Book of Vagabonds and Beggars*
- Jehan de Cucharmoy, *Le Saint voyage de Hierusalem*, Lyon, 1530
- R. Elsie, *The Albanian lexicon of Arnold von Harff*, 1497. in: Zeitschrift für Vergleichende Sprachforschung, Göttingen, 1984
- Archivio di Stato di Milano, registro n° 23, cit. in. Arlati, 1997 a, pag. 29
- Archivio di Stato di Milano, registro n° 19, cit. in. Arlati, 1997 a, pag. 29
- Archivio di Stato di Milano, fondo “Giustizia punitiva”, cit. in. Arlati, 1997 a, pag. 29
- Juan de Dios Ramirez-Heredia, articolo pubblicato il 28 luglio sul giornale spagnolo *El Mundo*.
- Vincent Philippon, *La Légende des Saintes-Maries*, 1521
- Jarmila Balazova, *Religion among the Roma*, dalla rivista Kavarna, 26 febbraio 2000
- Andrew Boorde, *The fyrst Booke of the Introduction of Knowledge*, 1942
- Dick Durrancell, Christopher G. Knight, *Americans afoot in Rumania*, National Geographic, 135(6), pagg. 818-822, 1969
- Testo dello Statuto quadro nelle principali lingue dell'Unione europea:
www.rroma-europa.eu
http://www.rroma-europa.eu/it/sc_it.pdf

Ulteriore bibliografia segnalata dall'autore

Bibliografia in inglese

- Viorel Achim, *The Roma in Romanian History*, Central European University Press, 2004.
- Michael Burleigh, *Confronting the Nazi past: new debates on modern German history*. London: Collins & Brown, 1996.
- Isabel Fonseca, *Bury me standing: the Gypsies and their journey*. New York: Vintage Books, 1996.
- Will Guy: *Between past and future: the Roma of Central and Eastern Europe*. Hatfield, Hertfordshire, UK: University of Hertfordshire Press, 2001.
- Ian Hancock, *The pariah syndRome: an account of gypsy slavery and persecution*.

Ann Arbor: KaRoma Publishers, 1987.

- Donald Kenrick (1993) *From India to the Mediterranean: the migration of the Gypsies*. Paris: Gypsy Research Centre (University René Descartes).
- Deyan D. Koley, *Shaping modern identities: social and ethnic changes in Gypsy community in Bulgaria during the Communist period*. Budapest: CEU Press, 2004.
- Guenter Lewy, *The Nazi persecution of the Gypsies*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Elena Marushiakova, Vesselin Popov. *Gypsies in the Ottoman Empire*. Hatfield: University of Hertfordshire Press, 2001.
- George Soulis, *The Gypsies in the Byzantine Empire and the Balkan in late Middle Ages*, Dumbarton Oaks, Trustees for Harvard University, 1961
- Ralph L. Turner, *The Position of Romani in Indo-Aryan*. In: Journal of the Gypsy Lore Society 3rd Ser. 5/4, pp. 145–188, 1926

Cronologia

- The Patrin Web Journal, 1996-2000 (<http://www.reocities.com/~patrin/timeline.htm>)

Bibliografia in italiano

- Giorgio Bezzecchi, Maurizio Pagani, Emanuela Zaffaroni, Sara Montanari, a cura di, *I Rom e i Sinti nella Provincia di Milano*, Milano, ed. Cooperativa Sociale a R.L. “Romano Drom”, 1999
- Giovanna Boursier, Massimo Converso, Fabio Iacomini, *Zigeuner. Lo sterminio dimenticato*, Roma, edizioni Sinnos, 1996
- Giovanna Boursier, *Lo sterminio degli zingari durante la seconda guerra mondiale*, “Studi storici”, 1995, n. 2, pp 363-395, Bari, Dedalo
- Giovanna Boursier, *La persecuzione degli zingari nell'Italia fascista*, “Studi storici”, 1996, n. 4 pp.1865-1882, Bari, Dedalo
- Giovanna Boursier, *L'internamento degli zingari in Italia*, in Costantino Di Sante, a cura di, *I campi di concentramento in Italia. Dall'internamento fascista alla deportazione (1940-1945)*, Milano, Franco Angeli, 2001, pp.162-176
- Francois de Vaux de Foletier, *Mille anni di storia degli zingari*, Milano, Jaka Book, 1978
- Mirella Karpati, a cura di, *Zingari ieri e oggi*, Roma, Centro Studi Zingari, 1993
- Donald Kenrick, *Zingari: dall'India al Mediterraneo. La migrazione degli Zingari*, Centro di Ricerche Zingare, Parigi- Roma, Centro Studi Zingari, Roma, Anicia,

Collana Interface, 1995

- Donald Kenrick, Grattan Puxon, *Il destino degli zingari. Storia sconosciuta di una persecuzione dal Medioevo a Hitler*, Milano, Rizzoli, 1985
- Annamaria Masserini, *Storia dei nomadi*, Padova, GB ed., 1990
- Otto Rosenberg, *La lente focale. Gli zingari nell'Olocausto*, Venezia, Marsilio, 2000
- Leonardo Piasere, *Popoli delle discariche*, CISU, Roma, 2005
- Leonardo Piasere, *Un mondo di mondi. Antropologia delle culture Rom*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli, 1999
- Leonardo Piasere (a cura di), *Italia Romani, vol. 1*, Roma Cisu ed., 1996
- Leonardo Piasere (a cura di), *Italia Romani, vol. 2*, Roma, Cisu ed., 1999
- Stefania Pontrandolfo, Leonardo Piasere (a cura di), *Italia Romani*, vol. 3, Roma Cisu ed., 2002
- Antonio Tabucchi, *Gli Zingari e il Rinascimento. Vivere da Rom a Firenze*, Milano, Feltrinelli, 1999.

Capitolo 6, La metodologia di intervento sociale rivolta alla comunità Rom

- F. Pittau, A. Ricci, A. Silj. *Romania: immigrazione e lavoro in Italia; statistiche, problemi e prospettive*. Caritas Italiana. Idos, Roma 2008. (cap. 7 pp. 51-52)
- F. Ranieri, S. Bertolino, C. Cerbini, N. Polidori, P. E. Dimauro. *La mappatura nella progettazione del lavoro di strada. Arezzo [s.n.] [s.d.]*
- Moneta S. *Voci sul campo*, in Fuori Orario ed Lotta contro l'emarginazione. 14n.590 del 30.04.1987. [s.l.]
- UNHCR (ACNUR). *Manuale per le emergenze*. Agenzia di protezione civile, edizione Italiana. 1996. [s.l.]. Confr. (cap. 5, allegato 1 pp. 46-47)
- S. Bertoletti., S. Giaccherini. *Storie di strada*. Relazione delle mappature e proposte indicative per un'operativa di strada nel territorio aretino "Corso di formazione professionale per operatori di strada" settembre/dicembre 1998, in collaborazione con la Provincia di Arezzo, Assessorato al Lavoro e alla Formazione professionale, Assessorato alle politiche Sociali, Cooperativa Cat. (1998)

Capitolo 9, Indicazioni operative per la gestione di un'area sanitaria materno infantile all'interno dei campi Rom

- Bertrand Russell, *Sceptical Essays* 1928

- Dossier “*Infanzia negata. Futuro zero*” (2007)
- *Sinti, Rom e Camminanti: così vicini così lontani*, Scheda di approfondimento dell’Eurispes, 2006
- Convegno: *Sinti e Rom tra integrazione e marginalità sociale*, Opera Nomadi, febbraio 2007
- European Commission against Racism and Intolerance, Terzo Rapporto sull’Italia, 2005

Capitolo 12, Una esperienza in “movimento”: promuovere la salute tra i Rom

- *Documento finale X Consensus Conference sulla salute dei Migranti* – Trapani 5-8 febbraio 2009
- Caritas Diocesana di Roma “*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*” a cura di S.Geraci, F.Motta, A.Ricordy – patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni; 2009

Capitolo 13, Malattie infettive: vaccinazioni, “core vaccination” ed educazione alla salute

- ECDC Migrant health: *Background note to the ‘ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU’*
- “Impreună” Agency for Community Development, *Roma Access To Social Services 2005 Facts and Trends*
(<http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Employment/roma%20access%20to%20social%20services.pdf> ultimo accesso 7/12/2009)
- R Ravinetto, C Lodesani, U D’Alessandro, L De Filippi, A Pontiroli *Access to health care for undocumented migrants in Italy* The Lancet, Volume 370, Issue 9605, Page 2070, 22 December 2007 doi:10.1016/S0140-6736(07)61872-8
- Watson R. BMJ 2009;339:b3895 doi:10.1136/bmj.b3895
- Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, *Final report on the human rights situation of the Roma, Sinti and Travellers in Europe*, Strasbourg, 2006 (available at
http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Education/CommDH%282006%291_en.asp ultimo accesso 7/12/2009)
- http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/documentation/Education/CommDH%282006%291_en.asp ultimo accesso 7/12/2009)

- Open Society Institute 2002 *The Situation of Roma in Spain*
(http://www.eumap.org/reports/2002/eu/international/sections/spain/2002_m_spain.pdf)
- Censimento 2001 in Romania
(http://www.edrc.ro/recensamant.jsp?regiune_id=0&judet_id=1579&localitate_id=0)
- EurasiaNet, Roma rights organizations work to ease prejudice in Turkey, 22 July 2005. (<http://www.unhcr.org/refworld/docid/46ef87ab32.html>)
- Euractiv (news agency) Situation of Roma in France at crisis proportions – report, December 2005
(<http://www.euractiv.com/en/security/situation-roma-france-crisis-proportions-report/article-150507>)
- Censimento 2001 in Bulgaria (http://www.nsi.bg/Census_e/Ethnos.htm)
- Censimento 2001 in Hungary
(http://www.nepszamlalas.hu/eng/volumes/06/00/tabeng/4/load01_11_0.html)
- Stima della popolazione Rom in Grecia nel 2000
(http://www.nchr.gr/category.php?category_id=99)
- Censimento 2002 in Russia
(<http://www.perepis2002.ru/ct/doc/English/4-1.xls>)
- Stima del ERRC 2000
(http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Italy#Languages)
- Censimento 2002 in Serbia
(<http://www.statserb.sr.gov.yu/zip/esn31.pdf>)
- Censimento 2001 in Slovakia
(<http://sodb.infostat.sk/sodb/english/2001/format.htm>)
- Stima della popolazione Rom in Germania
(http://www.bmi.bund.de/nn_1043178/Internet/Content/Nachrichten/Reden/2007/03/BM_Roma_und_Sinti_in_D.html)
- Censimento 2002 nella R. di Macedonia
(http://www.stat.gov.mk/english/glavna_eng.asp?br=18)
- Ian Hancock, articolo Wikipedia
(http://en.wikipedia.org/wiki/Romani_people#cite_note-27
ultimo accesso 7/12/2009)
- http://www.coe.int/t/dg3/romatravellers/Documentation/strategies/statistiques_en.asp

#P11_143 ultimo accesso 7/12/2009

- Wikipedia *Romani population*
(http://en.wikipedia.org/wiki/Romani_people#cite_note-27 ultimo accesso 7/12/2009)
- Škarić-Jurić T., Martinović Klarić I., Smolej Narančić N. et al. *Trapped between Tradition and Transition – Anthropological and Epidemiological Cross-sectional Study of Bayash Roma in Croatia* Croat Med J. 2007;48:708-19
- Istituto per gli studi sulla pubblica opinione *'Italiani, Rom e Sinti a confronto', una ricerca quali-quantitativa dell'Istituto per gli studi sulla pubblica opinione*, Conferenza Europea sulla popolazione Rom, Roma 2008
(http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stamp/documenti/minoranze/0999_2008_01_22_conferenza_Rom.html?back=%2Ftools%2Fsearch%2Findex.html%3Faction%3Dsearch%26matchesPerPage%3D10%26displayPages%3D10%26index%3DProgetto+Online%26sort%3D%26category%3D%26searchRots%3D%252F%26text%3Dsinti%26start%3D%26end%3D%26type%3Dgeneric ultimo accesso 7/12/2009)
- WHO social determinants of health http://www.who.int/social_determinants/en/ ultimo accesso 7/12/2009
- Hajioff S., McKee M. *The health of the Roma people: a review of the published literature* J Epidemiol Community Health 2000;54:864–869
- Rudan I. *Health Effects of Human Population Isolation and Admixture* Croat Med J. 2006;47:526-31
- Nicoară M. *ERRC Action as Poland and Slovakia Are Reviewed by the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights* European Roma Rights Centre 2002
(<http://www.errc.org/cikk.php?cikk=1422> ultimo accesso 7/12/2009)
- ECDC Infectious diseases and social determinants Stockholm, 2007
- Petrosillo N., Bröring G., *Health of the world's Roma population* The Lancet Vol 368 August 12, 2006
- Gyarmathy V. A., Ujhelyi E., Neaigus A. *HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly roma (gypsy) neighbourhood in Budapest, Hungary: a rapid assessment* Cent Eur J Public Health 2008;16 (3): 124-127
(<http://www.britannica.com/bps/additionalcontent/18/34569894/HIV-AND->

SELECTED-BLOODBORNE-AND-SEXUALLY-TRANSMITTED-INFECTIONS-
IN-A-PREDOMINANTLY-ROMA-GYPSY-NEIGHBOURHOOD-IN-BUDAPEST-
HUNGARY-A-RAPID-ASSESSMENT ultimo accesso 7/12/2009)

- ECDC Technical Report Migrant health: *Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries* Stockholm, July 2009
- L. Marinova Eurosurveillance Vol . 14, Issue 26, 2 July 2009
- L Hrivniaková Eurosurveillance Vol . 14, Issue 3, 22 January 2009
- A. Vantarakis Epidemiol. Infect. 2009 Nov 27:1-7
- Z.Seguliev Eurosurveillance, Volume 12, Issue 11, 15 March 2007
- A.Filia Eurosurveillance, Volume 11, Issue 41, 12 October 2006
- WHO EURO Outbreak report: Hepatitis A in Bulgaria, Plovdiv Region
- M. Kojouharova Bull World Health Organ vol.81 no.7 Genebra
- Vladimirova N., Kojouharova M., Kurchatova A., Minkova A., Dente M.G., Declich S. and the EpiSouth Network (www.episouth.org) *Free vaccination access for mobile Roma children and current spread of measles in Europe: EpiSouth project results* (www.escaide.eu/site/download.cfm?SAVE=2572&LG=1 ultimo accesso 7/12/2009)
- Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794
- Suárez González A, Solís Sánchez G, Otero Guerra L, Viejo De La Guerra G, Alvarez Navascués C, García López R. *Prevalence of immunity to hepatitis viruses in pregnant women from the health area of Gijón (Spain)* Gastroenterol Hepatol. 2004 Jun-Jul;27(6):347-52
- Rieder et al., 1994; Lienhardt, 2001; Falzon & van Cauetern, 2008; Jakubowiak et al., 2007 citati nel rapporto 2009 ECDC
- EASAC, 2007 citato nel rapporto 2009 ECDC
- Gandy & Zumla, 2003; Ho, 2003; Gagliotti et al., 2006 citati nel rapporto 2009 ECDC
- Cain et al., 2008, Dahle 2007, citati in ECDC Migrant health: Background note to the 'ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU' Stockholm, July 2009
- ECDC *Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination*, 2009
- CDC *Progress Toward Elimination of Rubella and Congenital Rubella Syndrome-the Americas, 2003-2008* JAMA. 2009;301(3):266-268.

(<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/3/266> ultimo accesso 8/12/2009)

- Bonanni P., Bechini A., Boccalini S., et al. *Progress in Italy in control and elimination of measles and congenital rubella* Vaccine 2007, vol. 25, no 16, pp. 3105-3110
- WHO *Vaccine-Preventable Diseases: monitoring system*, 2008 global summary
- <http://www.polioeradication.org/> ultimo accesso 7/12/2009
- Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794
- Spika J.S. *Measles elimination 2010 target: the need to meet the specific risk group* Eurosurveillance, Volume 11, Issue 10, 01 October 2006
- Kraigher A., Vidovi M., Kustec T., Skaza A. *Vaccination Coverage in Hard to Reach Roma Children in Slovenia* Coll. Antropol. 30 (2006) 4: 789–794
- Michos A., Terzidis A., Kalampoki V., Pantelakis K., Spanos Th., Petridou E.Th. *Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among roma and non-roma children in a deprived area of Athens, Greece* Journal of Medical Virology (2008) Volume 80 Issue 5, Pages 791 – 797
- (<http://www3.interscience.wiley.com/journal/117946178/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> ultimo accesso 8/12/2009)
- Consiglio d'Europa, *Raccomandazione 1203* (1993)
- <http://www.euro.who.int/socialdeterminants>

Capitolo 17, Attività di educazione sanitaria presso le comunità Rom

- Croce Rossa Italiana, Programmi dei corsi CRI di educazione sanitaria alla popolazione, Delibera CDN n. 282 del 24/11/07

Capitolo 18, La gestione della parte informatica

- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”, <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/Testi/03196dl.htm> ultimo accesso 12/12/2009

24 Appendice A

Croce Rossa Italiana
Comitato regionale

00151 Roma li'.....
Via Bernardino Ramazzini, 31
Uff tel 0665795358/9
Fax 0665793427
Pres.tel. 06 6533623
Fax 06 65749007

Alla c.a. del Vice Prefetto Vicario

.....
Prefettura di Roma

Ufficio territoriale del Governo

Via IV Novembre 119/A

00187 Roma

Oggetto: trasmissione schema di Convenzione

Le trasmetto lo schema della Convenzione per il censimento correlato all'emergenza nomadi nel territorio della Regione Lazio, rappresentando la disponibilità alla prosecuzione delle attività sinora svolte.

Cordiali Saluti

Il Dirigente

CONVENZIONE TRA COMMISSARIO DELEGATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI PER L'EMERGENZA NOMADI NELLA REGIONE LAZIO E COMITATO REGIONALE LAZIO DELLA CROCE ROSSA ITALIANA.

Premesso che:

- Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 maggio 2008 e' stato dichiarato, fino al 31 maggio 2009, lo stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle Regioni Campania, Lazio e Lombardia;
- L'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008, n° 3676, ha identificato nel Prefetto di Roma il Commissario delegato per fronteggiare lo stato di emergenza di cui al Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 21 maggio 2008, nel territorio della regione Lazio;
- L'articolo 1, comma 2, della citata Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008, n° 3676, identifica i compiti demandati al Commissario per fronteggiare l'emergenza in parola;
- L'articolo 2, comma 1, dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008, n° 3676, prevede l'attivazione di necessarie forme di collaborazione con la Regione, altri soggetti pubblici e, per i profili umanitari ed assistenziali, con la Croce Rossa Italiana;
- L'articolo 2, comma 3, dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008, n° 3676, sancisce che il Commissario delegato, per le esigenze derivanti dall'esecuzione delle iniziative da porre in essere, si avvale di unità di personale civile e militare, dipendente da Amministrazioni dello Stato e da Enti pubblici territoriali e non territoriali, che sarà messo a disposizione con oneri a carico dell'Ufficio del Commissario delegato;
- Il Direttore Generale della Croce Rossa italiana ha recepito il dettato del D.P.C.M. del 21 maggio 2008 e le conseguenti ordinanze del presidente del Consiglio dei Ministri n°3676, 3677 e 3678 del 30 maggio 2008, fornendo indicazioni per la corretta gestione dell'emergenza;
- La Croce Rossa Italiana è stata chiamata a far parte dell'Ufficio del Commissario Delegato il quale, con apposito appunto del 04 luglio 2008, ha individuato le aree di intervento e le attività a cui la Croce Rossa è chiamata a collaborare;
- L'art.27 dello Statuto della C.R.I., approvato con D.P.C.M. 6 maggio 2005, n°97 prevede l'attribuzione al Comitato Regionale del compito di coordinamento dell'attività della Croce Rossa Italiana nel territorio della regione;

Si conviene e si stipula quanto segue:

ART.1

OGGETTO

Il Commissario delegato ed il Comitato regionale del Lazio della Croce Rossa italiana (di seguito "C.R.I.") cooperano per fronteggiare lo stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio della Regione Lazio; in particolare la C.R.I. si occuperà in maniera esclusiva dei profili umanitari ed assistenziali, nel rispetto del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari della C.R.I. approvato dal Garante per la protezione dei dati personali, raccogliendo ed utilizzando dati inerenti pratiche esclusivamente sanitarie ed umanitarie.

ART.2

FINALITA'

La C.R.I. concorrerà, per quanto di competenza, alla realizzazione di quanto specificamente indicato nell'articolo 1, comma 2, punti g), h), ed i) dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008, n° 3676 provvedendo nella misura propria a raccogliere dati utili per ripristinare i livelli minimi delle prestazioni sociali, prevedendo misure di sostegno ed integrazione in particolare per i minori, favorendone altresì la scolarizzazione. Detta ricognizione sarà rivolta agli insediamenti ed alle persone che vi abitano nelle Province di Frosinone, Latina, Rieti, Roma e Viterbo.

ART.3

ATTIVITA' PRESTATE

La C.R.I., attraverso la compilazione di un "foglio notizie", provvederà al censimento sociale e sanitario della popolazione residente nei campi nomadi. I dati statistici e di rilevanza epidemiologica così raccolti dalla C.R.I., potranno quindi essere utilizzati per analisi di carattere generale sullo stato degli insediamenti, anche da altre Amministrazioni, e potranno essere messi a disposizione in forma assolutamente anonima. Ad ogni soggetto censito, con l'ausilio di esperti in ambito sanitario e sociologico afferenti all'Associazione, verrà rilasciata una "tessera C.R.I." contenente le informazioni di maggior rilievo sullo stato di salute, con particolare attenzione ai minori, ai rispettivi nuclei familiari, alle donne in stato di gravidanza ed agli anziani. Le notizie riguardanti la situazione sanitaria individuale e nominativa saranno conservate dalla C.R.I. per le proprie finalità assistenziali, e non potranno essere trasmesse ad altra Amministrazione, se non su richiesta dell'assistito o per

provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Dovrà essere assicurata l'adesione volontaria a qualsiasi intervento assistenziale, trattandosi di persone non sottoposte ad alcuna misura che ne limiti l'esercizio dei diritti fondamentali. Per quanto riguarda i minori, per ogni intervento sanitario e/o assistenziale, dovrà essere acquisito il preventivo consenso di chi esercita la potestà genitoriale.

ART.4

OBBLIGAZIONI DELLA C.R.I.

La C.R.I. opera con proprio personale, in osservanza ai principi ed agli scopi istituzionali indicati nello Statuto approvato con D.P.C.M. 6 maggio 2005, n°97. Con l'impiego di personale, volontario e dipendente (civile e militare), assicurerà l'efficacia e l'efficienza dell'attività di cui all'articolo 3, garantendo la presenza di un coordinatore per ogni evento di censimento, cui afferirà l'onere del coordinamento di tutte le iniziative. Tutto il personale di Croce Rossa che prenderà parte al censimento sarà in possesso delle cognizioni tecniche e pratiche necessarie, impegnandosi a prestare il proprio operato nel rispetto della normativa vigente in tema di privacy (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n°196 e successive modificazioni). La C.R.I. provvederà a garantire idonea copertura assicurativa al proprio personale, volontario e dipendente, nonché a rispettare gli standard previsti in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, avocando a sé qualsiasi responsabilità, civile e/o penale, per danni cagionati a sé o ad altri dal proprio personale nell'espletamento delle funzioni previste.

ART.5

OBBLIGAZIONI DEL COMMISSARIO DELEGATO

Per lo svolgimento di quanto sopra esplicitato, il Commissario delegato provvederà a rimborsare la C.R.I. per le spese sostenute per:

- Spese di carattere generale: segreteria, cancelleria, produzione di stampati, elaborazione sistemi di archiviazione e gestione dei dati raccolti, carburante e quote di ammortamento dei mezzi dell'Associazione per gli spostamenti necessari, utenze telefoniche di servizio;
- Oneri derivanti dal rimborso delle spese ai volontari: viaggi auto, mezzi pubblici ordinari, acquisto viveri di conforto;
- Oneri derivanti dalle spese sostenute per la copertura assicurativa dei volontari e della loro formazione;
- Oneri derivanti dall'impiego e dall'assunzione di personale dipendente o a prestazione occasionale per l'espletamento di attività non altrimenti svolgibili dal personale in organico;
- Oneri per attrezzature, divise, dispositivi di protezione individuale, beni mobili, materiale

vario per il rispetto della normativa vigente per la sicurezza sul lavoro.

Il Commissario delegato si impegna a rimborsare per quanto espressamente indicato nella Convenzione una somma non superiore ad euro 120.000,00 (centoventimila/00) salvo eventuali integrazioni che varranno previamente esaminate.

ART.6

MODALITÀ DI RIMBORSO DELLE SPESE

Il Commissario delegato provvederà a rimborsare il Comitato regionale della Croce Rossa Italiana entro 30 giorni dalla presentazione della relativa fattura per le spese di cui all'art.5. In caso di ritardato pagamento, alla somma da liquidare verrà applicata la maggiorazione consistente negli interessi legali previsti.

ART.7

DURATA

Il termine della presente Convenzione fissato al 15 ottobre 2008, potrà essere oggetto di successiva proroga.

ART.8

FORO COMPETENTE

In caso di controversia, il Foro competente e' quello di Roma.

ART.9

NORME DI RINVIO

La presente Convenzione è esente da imposte di registro, ai sensi dell'art.8 Legge 266/91. Per quanto in essa non espressamente previsto, si rimanda alle norme del codice civile.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il Dirigente
Comitato regionale C.R.I. Lazio

.....

Il Commissario delegato
S.E. Prefetto di

.....

FACSIMILE PER LA NOMINA DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI
SENSIBILI RACCOLTI CON IL CENSIMENTO DEI CAMPI ROM

CROCE ROSSA ITALIANA
COMITATO REGIONALE
DETERMINAZIONE DIRETTORIALE

IL DIRETTORE REGIONALE

VISTO

lo Statuto dell'Associazione italiana della Croce Rossa approvato con D.P.C.M. del 06 maggio 2005, n°97, pubblicato in G.U. del'08 giugno 2005, n°131;

VISTA

la Delibera del Consiglio Direttivo Nazionale n° 85 del 21.10.2006 con la quale viene nominato Direttore Generale dell'Ente il Dottor

VISTO

il Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";

PRESO ATTO

Che Titolare del Trattamento dei dati personali e', ai sensi dell'art.28 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n°196, la Croce Rossa Italiana nella persona del Direttore Generale e che, ai sensi dell'art.29, il titolare ha facoltà di nominare i Responsabili del trattamento dei dati personali;

CONSIDERATA

La Determinazione Direttoriale n°12 del 06.02.2007 con la quale sono stati nominati Responsabili del trattamento dei dati personali, tra gli altri, i Direttori Regionali della C.R.I.;

CONSIDERATA

La Determinazione Direttoriale n°..... del con la quale è stato rinnovato al Dr.
..... il rapporto contrattuale relativo all'incarico dirigenziale di seconda fascia relativamente alla direzione del Comitato Provinciale C.R.I. di Roma;

RAVVISATA

La necessità di estrapolare dalla competenza del Direttore Regionale C.R.I. Lazio, Dr.
....., la responsabilità per il trattamento dei dati personali del Comitato Provinciale C.R.I. di Roma e dei Comitati locali ad esso afferenti;

SENTITI

Per le vie brevi il Dr. ed il Dr. ,che concordano;

VISTO

Il parere del Capo Dipartimento Organi Statutari espresso con promemoria del 31 maggio 2007;

CONSIDERATO

Che il presente atto non comporta oneri di spesa;

DETERMINA

Di nominare Dr., che per esperienza, capacità ed affidabilità fornisce idonea garanzia per il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati ivi compreso il profilo della sicurezza degli stessi, Responsabile per il trattamento dei dati personali del Comitato Provinciale C.R.I. di Roma e dei Comitati locali ad esso afferenti, autorizzandolo al trattamento dei dati sensibili e giudiziari per le finalità e con le modalità sotto riportate, di cui agli artt. 20,21,22 del Decreto Legislativo n° 196 /03.

1. I dati personali riguardano tutte le categorie di dati personali il cui trattamento e' necessario per lo svolgimento dei compiti di istituto ed ai sensi dell'art. 18 del D.L.G.S. 196/03 il trattamento dei dati personali è consentito soltanto per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.
2. Il Responsabile deve eseguire le operazioni di trattamento affidate allo stesso dal Titolare nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e del presente atto di nomina a Responsabile del trattamento.
3. Qualora emergesse la necessità di eseguire operazioni di trattamento diverse ed eccezionali rispetto a quelle funzionalmente collegate alle prestazioni dei Servizi e dei Comitati,il Responsabile informerà tempestivamente il Titolare.
4. Il Responsabile dovrà adempiere i doveri ed esercitare i poteri individuati nella presente nomina relativamente ad operazioni di trattamento effettuate manualmente, mediante strumenti informatici/telematici/altri supporti, ponendo in essere le operazioni di trattamento di dati personali (secondo la definizione di "trattamento" contenuta nell'articolo 4, comma1, lettera a), del Decreto Legislativo n° 196/03) che siano funzionalmente collegate e necessarie alla prestazione dei Servizi e dei Comitati in conformità al D.Lgs.196/03 ed operando sulle banche dati e sui dati personali funzionalmente collegati e necessari alla prestazione degli stessi.

5. Il Responsabile dovrà eseguire il trattamento cui è preposto garantendo che lo stesso sia eseguito in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati compreso il profilo della sicurezza, alle finalità ed agli scopi di trattamento indicati nell'atto di nomina ed in ogni caso in modo lecito, secondo correttezza e nel rispetto dei principi di necessità, trasparenza, finalità, pertinenza, conservazione, qualità dei dati (con quest'ultima intendendosi esattezza, aggiornamento e completezza dei dati) previsti dalla normativa.
6. È dovere del Responsabile predisporre le infrastrutture tecnologiche, qualora necessarie, affinché sia possibile la conformità al suddetto profilo di sicurezza. Se previsto dalla normativa, il Responsabile dovrà comunicare a terzi ovvero diffondere i dati personali oggetto del trattamento cui è preposto e dovrà provvedere affinché tale comunicazione e/o diffusione siano eseguite in conformità alla normativa stessa.
7. Il Responsabile deve procedere all'organizzazione di ogni operazione di trattamento dei dati nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati e deve :
 - a. identificare gli incaricati del trattamento ai sensi degli artt.4, comma 1, lettera h) e 30 del Decreto Legislativo n°196/03 per iscritto ,specificando ambito,finalità,modalità del trattamento consentito e tipologia di dati cui gli incaricati possono accedere secondo le modalità stabilite all'uopo dalla normativa;
 - b. organizzare le attività ed i compiti degli incaricati in maniera che il trattamento eseguito dagli stessi risulti coerente e conforme alla normativa;
 - c. ai sensi della normativa in materia, provvedere – in relazione alle credenziali di autenticazione ad ai profili di autorizzazione degli incaricati- alla formazione ed alle istruzioni agli incaricati necessarie all'espletamento dei compiti affidati agli stessi dal Responsabile;
 - d. vigilare sull'operato degli incaricati affinché gli stessi operino nel pieno rispetto delle istruzioni ricevute dal Responsabile e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Sarà cura del Responsabile proporre al Titolare la dotazione degli strumenti tecnologici che di volta in volta risultino opportuni a tale fine.
8. Il Responsabile, nell'esecuzione del trattamento di dati personali cui è preposto, deve adottare e verificarne costantemente l'efficacia, anche in relazione alle conoscenze acquisite sulla

base del progresso tecnico, le misure di sicurezza fisiche, logiche, organizzative, tecniche ed informatiche previste dalla normativa in materia di protezione dei dati personali, con particolare ma non esclusivo riferimento all'Allegato B al Decreto Legislativo 196/03 (Disciplinare Tecnico in materia di misure minime di sicurezza) ed agli Artt. da 31 a 36 del D.Lgs. 196/03. L'adozione delle sopra descritte misure di sicurezza è finalizzata a ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita anche accidentale dei dati, di accesso non autorizzato, di trattamento non consentito ovvero non conforme alle finalità di trattamento cui il Responsabile è preposto ed al fine di garantire integrità, correttezza, disponibilità e confidenzialità dei dati.

9. Si autorizza il Responsabile ad affidare, sotto la propria responsabilità, l'esecuzione di operazioni di trattamento funzionalmente collegate alla prestazione del proprio ufficio, ad altri terzi esterni che, per esperienza, capacità ed affidabilità, forniscano idonea garanzia del pieno rispetto della normativa, con particolare riguardo alla sicurezza dei dati. Il Responsabile provvederà ad indicare al Titolare con congruo anticipo, i soggetti terzi, in modo da consentirne l'eventuale nomina a responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera g) del Decreto Legislativo 196/03. Il Responsabile garantisce al Titolare il corretto adempimento da parte di tali soggetti terzi di quanto previsto dalla normativa e dal Decreto Legislativo n°196/03.
10. Il Responsabile, su richiesta del Titolare, dovrà redigere una relazione in cui siano indicate le modalità con cui è effettuato il trattamento cui il Responsabile è preposto e qualsiasi altra informazione ragionevolmente richiesta dal Titolare.
11. Il Responsabile garantisce al Titolare ed ai suoi incaricati accreditati l'accesso ai propri uffici per verificare le misure di sicurezza adottate, in conformità alle parti di interesse del Documento Programmatico sulla Sicurezza e le concrete modalità di esecuzione delle operazioni di trattamento realizzate in qualità di Responsabile.
12. Restano a carico del Responsabile tutti gli obblighi stabiliti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali nei confronti degli interessati stessi compresi a titolo meramente esemplificativo gli obblighi di informazione di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03.
13. Il Responsabile deve comunicare al Titolare ogni episodio, fatto e circostanza rilevante occorsi nel trattamento dei dati cui è preposto inclusi qualsiasi istanza, ordine o attività di controllo da parte del Garante per la protezione dei dati personali o altra autorità, ovvero qualsiasi richiesta da parte di interessati. Il Responsabile, su richiesta del Titolare, collaborerà

con lo stesso in relazione agli adempimenti cui e' soggetto il Titolare ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, ad esempio in relazione a richieste degli interessati ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.196/03 e ad attività del Garante per la protezione dei dati personali od altra autorità.

14. Se il Responsabile viene a conoscenza di qualsiasi violazione della normativa, in materia di protezione dei dati personali, compreso il profilo della sicurezza, dovrà darne comunicazione al Titolare affinché lo stesso decida le necessarie misure preventive e/o riparatorie.
15. Il trattamento, ai sensi dell'art.11 del D.Lgs.196/03 deve rispettare il principio di pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità del trattamento medesimo: agli incaricati l'accesso e' consentito ai soli dati personali la cui conoscenza sia strettamente indispensabile per adempiere i compiti affidati.
16. I dati devono essere trattati in modo lecito e secondo correttezza. I dati devono essere esatti ed aggiornati. E' vietata qualsiasi forma di diffusione e comunicazione dei dati personali trattati che non sia funzionale allo svolgimento dei compiti affidati. Al termine del periodo di trattamento i supporti o i documenti, ancorché non definitivi, contenenti i dati personali devono essere riposti in archivio.
17. Per il trattamento devono essere seguite le norme di legge e di regolamento in materia di tutela della riservatezza dei dati personali e devono essere applicate le misure di sicurezza previste dal "Manuale per il trattamento dei dati e cautele per la protezione dei dati nella gestione amministrativa ad uso degli operatori della C.R.I".
18. Ai sensi dell'art.19 del D.Lgs. 196/03 la comunicazione da parte di un soggetto pubblico ad altri soggetti pubblici e' ammessa quando e' prevista da una norma di legge o di regolamento. La comunicazione da parte di un soggetto pubblico a privati o ad enti pubblici economici e la diffusione da parte di un soggetto pubblico sono ammesse unicamente quando sono previste da una norma di legge o di regolamento. La visione dei dati contenuti nei suddetti sistemi o banche dati esclude comunque qualsiasi forma di comunicazione ,diffusione e trattamento degli stessi che non sia strettamente funzionale all'espletamento dei compiti di istituto e che non si svolga nei limiti stabiliti da leggi e regolamenti.
19. Ferma restando l'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di trattamento dei dati sensibili e giudiziari, si riportano alcune misure specifiche da applicarsi in caso di trattamento di dati sensibili e giudiziari:

- I documenti , ancorché non definitivi,ed i supporti recanti dati sensibili o giudiziari devono essere conservati, anche in corso di trattamento, in elementi di arredo muniti di serratura e non devono essere lasciati incustoditi in assenza dell'incaricato;
- Nel caso di trattamenti di dati inerenti la salute i supporti e i documenti recanti dati relativi alla salute ed alla vita sessuale devono essere conservati nei predetti contenitori muniti di serratura, separatamente da ogni altro documento;
- Per la redazione, la pubblicazione, la comunicazione ed il rilascio degli atti recanti dati idonei a rilevare lo stato di salute devono essere osservate le norme dettate dal D.Lgs.196/03 ed in particolare quelle di cui al Titolo V.

Il Direttore Regionale

.....

Il presente atto non comporta oneri

Il Dirigente Servizio Amm. e Finanza

.....

CROCE ROSSA ITALIANA

00187 Roma li' 3/7/2008

COMITATO CENTRALE

Via Toscana 12 tel 0647591

Telegrammi CRI ROM 00187 Roma

D.P.M.C 21.05.2008

Fax prot gen 0644244534

c/c postale n.300004

Al Dr.....

Direttore Regionale a.i. della Campania

Al Dr.....

Direttore Provinciale Area Metropolitana di Napoli

Al

Direttore Regionale del Lazio

Al.....

Direttore Provinciale Area Metropolitana di Roma

Al.....

Direttore Regionale a.i. della Lombardia

LORO SEDI

E, p.c.:

Al Dottor.....

Direttore del Dipartimento Organi Statutari,
Componenti Volontaristiche e Strutture Territoriali

Al Dr.....

Direttore del Dipartimento Risorse umane
e Organizzazione

Al

Direttore del Dipartimento Sanitario
Socio Sanitario e Sociale

LORO SEDI

A seguito dell'entrata in vigore del d.p.c.m del 21 maggio 2008 (Dichiarazione dello Stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia) e delle conseguenti ordinanze del Presidente del Consiglio dei Ministri n°3676,

3677 e 3678 del 30 maggio 2008, questa Direzione Generale ritiene necessario dare ai dirigenti coinvolti nelle attività oggetto delle norme alcune indicazioni sui comportamenti da adottare.

Le nuove disposizioni, per la delicatezza della materia trattata, hanno sollevato un complesso dibattito sia nelle sedi istituzionali sia nell'opinione pubblica. La struttura amministrativa e gestionale della Croce Rossa Italiana non può e non deve, in quanto tale, prendere parte a questo dibattito ma limitarsi a rispettare tutto il quadro normativo che la riguarda, le norme statutarie nazionali e quelle internazionali derivanti dagli accordi in vigore.

Le disposizioni del d.p.c.m. e delle ordinanze collegate prevedono che “il Commissario Delegato può attivare le necessarie forme di collaborazione con la Regione, altri soggetti pubblici e, per i profili umanitari ed assistenziali, con la Croce Rossa italiana”.

In considerazione del fatto che chiedere il coinvolgimento della Croce Rossa è una eventualità a disposizione del Commissario e non un obbligo istituzionale e che tale coinvolgimento deve avere la forma della collaborazione su aspetti umanitari e assistenziali, i dirigenti in indirizzo, a tutela della correttezza e legittimità degli atti, debbono garantire che:

1. La collaborazione, in considerazione della sua rilevanza, sia autorizzata da provvedimenti del consiglio direttivo regionale vista la competenza regionale del Commissario delegato. Se le attività vedono coinvolte le risorse dei consigli provinciali e locali, è necessaria anche l'adesione di tali consigli.
2. L'oggetto della collaborazione scaturisca da un formale atto convenzionale con il Commissario delegato, predisposto dal dirigente regionale dopo le approvazioni di cui al punto precedente. In tale convenzione dovranno essere tutelate le finalità esclusivamente umanitarie e assistenziali dell'operato di Croce Rossa, come del resto previsto nelle nuove disposizioni, senza assunzione di nessun obbligo e partecipazione relativamente ad aspetti di pubblica sicurezza connessi al censimento degli appartenenti alle comunità nomadi. Dovranno essere altresì assicurati gli effetti economici connessi al recupero delle risorse utilizzate.
3. Poiché il regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari della Croce Rossa Italiana approvato dal Garante per la protezione dei dati personali consente ai nostri operatori di raccogliere ed utilizzare dati inerenti pratiche esclusivamente sanitarie ed umanitarie, sia assente, nell'atto convenzionale, qualunque altra raccolta di dati.
4. I dati statistici di rilevanza epidemiologica siano utilizzati per analisi di carattere generale sullo stato degli insediamenti anche in collaborazione con altre amministrazioni. I libretti sanitari individuali e nominativi invece siano conservati dalla Croce Rossa Italiana per le

proprie finalità assistenziali e non trasmessi ad altra amministrazione se non per richiesta dell'assistito o per provvedimento dell'autorità giudiziaria. Valgono per queste informazioni gli stessi limiti previsti dalla normativa sulle cartelle cliniche.

5. In considerazione del fatto che le persone cui l'azione di tutela umanitaria e sanitaria e' rivolta non sono sottoposte ad alcuna misura che ne limiti l'esercizio dei diritti fondamentali, sia assicurata l'adesione volontaria a qualsiasi intervento assistenziale; in particolare per quanto riguarda i minori, per ogni intervento sanitario e/ o assistenziale sia acquisito il consenso di chi esercita la patria potestà.

6. Tutto il personale dipendente di propria competenza, incluso il personale militare funzionalmente coordinato in quanto assegnato a compiti civili, dia la massima collaborazione ai volontari della Croce Rossa nell'assoluto rispetto di queste indicazioni.

E' convinzione dello scrivente che gli aspetti giuridici e regolamentari sopra ricordati siano perfettamente noti a quanti in indirizzo. Ciò nonostante si e' voluto richiamare la massima attenzione in un frangente in cui il ruolo di Croce Rossa e' esercitato in un ambito dove la piu' insignificante imprecisione può avere effetti molto negativi sul duro e costante lavoro di tanti volontari ed operatori.

Il Direttore Generale

.....

Si trasmette al Presidente Nazionale, al Consiglio Direttivo Nazionale la comunicazione inviata ai Dirigenti presenti nelle regioni Lombardia, Lazio, Campania nella quale vengono date indicazioni su come affrontare la questione legata al censimento dei campi nomadi.

Si è ritenuto anche opportuno indirizzare copia della comunicazione ai Presidenti dei Comitati presso cui operano i suddetti Dirigenti.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale

.....

Croce Rossa Italiana
Comitato Regionale Lazio

Ordinanza Presidenziale N. 07 del 07-07-08

Il Presidente

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio del 21 maggio 2008 , con il quale viene dichiarato lo stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia;

VISTA l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008 n.3676 con la quale il Prefetto di Roma viene nominato Commissario delegato per fronteggiare lo stato di emergenza di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 maggio del 2008, nel territorio della regione Lazio;

TENUTO CONTO, inoltre, che nella sopra citata Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008 n.3676 vengono date disposizioni urgenti per fronteggiare lo stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio della regione Lazio;

CONSIDERATO all'art. 2 comma 1) dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008 n.3676 viene stabilito, tra l'altro, che il Commissario delegato può attivare le necessarie forme di collaborazione con la Croce Rossa Italiana;

TENUTO CONTO che all'art. 2 comma 3) dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 maggio 2008 n.3676 è stabilito, tra l'altro, che per le esigenze derivanti dall'esecuzione delle iniziative da porre in essere il Commissario delegato si avvale di unità di personale civile e militare, dipendente da Amministrazioni dello Stato e da Enti pubblici territoriali e non territoriali, che sarà messo a disposizione con oneri a carico dell'Ufficio del Commissario delegato;

VISTA la nota del 03 luglio 2008 protocollo CRI/CC/0047563, con la quale il Direttore Generale, recependo le disposizioni del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri e delle Ordinanze collegate, specifica che il Commissario delegato può attivare le necessarie forme di collaborazione per i profili umanitari ed assistenziali con la Croce Rossa Italiana.

TENUTO CONTO che la Croce Rossa Italiana è stata chiamata a far parte dell'Ufficio del Commissario Delegato;

TENUTO CONTO che nell'appunto del 04 luglio 2008 preparato dal Commissario Delegato per l'emergenza nomadi nella regione Lazio vengono individuate le aree di intervento e le attività a cui la Croce Rossa è chiamata a collaborare;

VISTO art. 27 dello Statuto dell'Associazione approvato con il DPCM 06/05/05 n.97 che prevede l'attribuzione al comitato regionale del compito di coordinamento dell'attività della Croce Rossa Italiana nel territorio della regione;

VISTA l'Ordinanza Commissariale del 05 dicembre 2005 n.1561 con la quale viene definito il Consiglio direttivo del Comitato regionale Lazio;

RAVVISATA la necessità di individuare un protocollo di intervento:

DETERMINA

le forme di collaborazione che il Commissario delegato può attivare con la CRI in relazione agli insediamenti di comunità nomadi, nel territorio della regione Lazio, esclusivamente per i profili umanitari ed assistenziali debbono rispettare le seguenti condizioni:

1. La collaborazione deve essere autorizzata con un provvedimento del Consiglio Direttivo Regionale. In caso di coinvolgimento nell'attività delle risorse di Comitati Provinciali e/o Locali sarà necessario che anche i relativi Consigli deliberino tale adesione.
2. Il Dirigente regionale predisporrà, a seguito dell'avvenuta approvazione, formale atto convenzionale con il Commissario delegato anche nell'ottica di assicurare il recupero delle risorse economiche utilizzate.
3. A tutela dell'operato della Croce Rossa per finalità esclusivamente umanitarie ed assistenziali non può essere consentita la partecipazione relativamente ad aspetti di pubblica sicurezza connessi al censimento degli appartenenti alle comunità nomadi.
4. L'atto convenzionale di cui al punto 2, nel rispetto del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari della CRI approvato dal Garante per la protezione dei dati personali, potrà consentire ai nostri operatori di raccogliere e di utilizzare dati inerenti pratiche esclusivamente sanitarie ed umanitari. I dati statistici e di rilevanza epidemiologica, raccolti dalla Croce Rossa, possono essere utilizzati per analisi di carattere generale sullo stato generale degli insediamenti, anche da altre Amministrazioni, e possono essere messi

disposizione in forma assolutamente anonima. Le notizie riguardanti la situazione sanitaria individuale e nominativa debbono essere conservate dalla Croce Rossa per le proprie finalità assistenziali, e non possono essere trasmesse ad altra Amministrazione, se non su richiesta dell'assistito o per provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Valgono per queste informazioni gli stessi limiti previsti dalla normativa sulle cartelle cliniche.

5. Deve essere assicurata l'adesione volontaria a qualsiasi intervento assistenziale trattandosi di persone con sottoposte ad alcuna misura che ne limiti l'esercizio dei diritti fondamentali. Per quanto riguarda i minori, per ogni intervento sanitario e/o assistenziale, deve essere acquisito il preventivo consenso di chi esercita la patria potestà.

Il Presidente

.....

25 Appendice B

Numero verde : 1500

**A cura del
dott. Manuel Monti**
*Specialista in Medicina Interna
Ufficiale medico CRI
Responsabile Cooperazione Internazionale CRI
ROMA*

Con la collaborazione della **dott.ssa Valentina Corrias**, dell'Università di Torino

**Da un'idea del
dott. Marco Squicciarini**
*Comitato Provinciale CRI di Roma
Responsabile Nazionale per le attività di accoglienza,
assistenza ed organizzazione umanitaria alle
popolazioni RGH ed ai soggetti senza fissa dimora*

**Si ringrazia la squisita disponibilità e
professionalità del sig. Najo Adzovic**, in
collaborazione con **Alija Samir** che hanno permesso
la traduzione di questo documento di importanza
enorme.

La grafica è stata realizzata gratuitamente
dell'ing. **Alessio Monti**, dell'Università Roma3




Per ulteriori informazioni potete contattare :

Croce Rossa Italiana
Comitato Provinciale di Roma
Via Bernardino Ramazzini n° 31 Cap 00151
Tel: 06-58751
email: assistenzasanitaria@criroma.org



COMITATO PROVINCIALE DI ROMA



**Onevo bolesto A (H1N1) :
gava ili sicavel e romen**



Figura 4 - brochure informativa sull'influenza H1N1 in lingua Romani, fronte

Onevo bolesto A (H1N1) : gava ili sicavel e romen.

Bolesto A (H1N1)

O nevo bolesto avel tala jec virus A chai den le mui H1N1. Chai gava bolesto svurisallo tala dui bolestura chai denpe mui o schilalipe balengo te o schilalipe amaro isanoco chai gava bolesto cana istarel isano sicadol sar o schilalipe normalno chai gava bolesto gal preco o sdrac.

Sar mora te cerel isano te na istarel gava bolesto?

Purvo mora te haladon e va so chai mai but droma ano givre. Dujto troban te na pachon pachon gava isano chai hi nasvalo. Tritto trubuj te igaren jec maschera pachon tumen.

So cerel e nekcia cai trubui te len?

Purvo ispasil golen saven hi vec aver bolesto so go bilo te na meren. Dujto golen saven hi vec (H1N1) cerel te na dubil aver.

Aco hi isano gala svarura trubui te acel cere te del mui pe doktore.

Co hi vec nasvalo tala bolesto A (H1N1) se mora te cerel te na dubil avsr isano letar gava bolesto.?

Co hi vec nasvalo tala bolesto A (H1N1) so mora te cerel te na dubil aver isano letar gava bolesto.?

Purvo, cana hasal o nasvalo trubui te istarel e Kirpa po mui.

Dujto, trubui te cudel e kirpa hodma ane kanta.

Tritto, E isanura nasvale trubui te acen cere gi go ni saston soce te na nasvaren averen.

Ce trubui te perales e nekcia?

E gene talla e 6 conn gice 64 burch.

Purvo, e doktoria.

Dujto, e milizia.

Tritto, e milizia e voschedi.

Chtarto, gola save igaren e forgonoa e sivotinien.

Panchto, gola save den o rat.

Schovto, e siskinie save hi carne.

Eftato, golen saven hi o (bolesto tala o siceri, cho hi nasvalo tala o'ullo.

Sar ganel isano dal istrada gava bolesto?

- Purvo, aco hile e jag 38°
- Dujto, aco dukale but o schoro.
- Tritto, aco hasal but prevische.
- Chtarto, aco dukale but e kor.
- Panchto, aco pekele but o snioi.

Se problemura cerel e nekcia isanoca ace pe celea e i noile e bolesto H1N1

Purvo, avel sa lullo isanoci snaga.

Dujto, avel isanoco te hanundelpe sa.

Tritto, ili avel isanoco o silalipe.

Se gava ace avel isanoco ace perlasa e nekcia nai silbane sar e bolesto H1N1.

Aco mangen lista mai but te ganen pala o bolesto H1N1 haganen po internet.

<http://www.ministerosalute.it>



Figura 5 - brochure informativa sull'influenza H1N1 in lingua Romani, retro

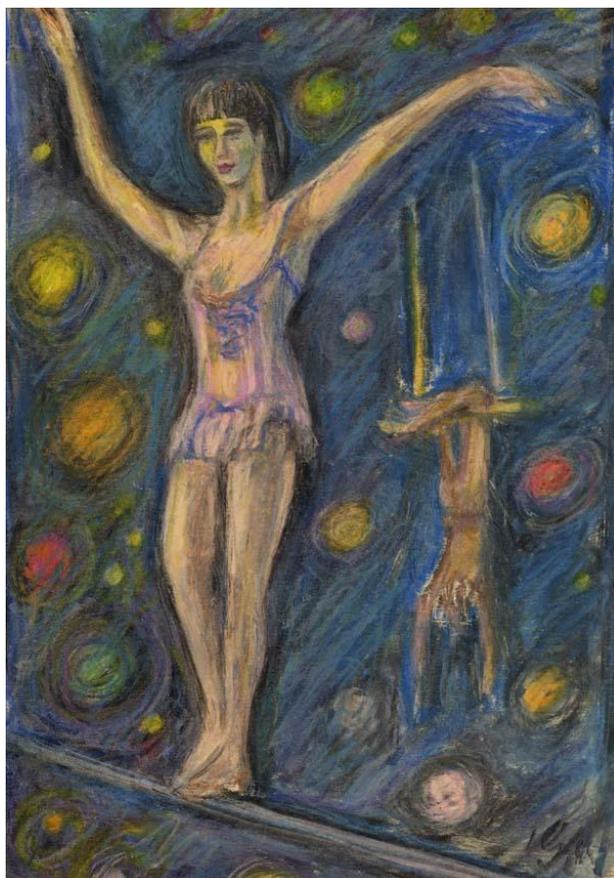
26 Appendice C

26.1 “La Ruota Rossa”: Storia, arte e cultura del Popolo Rom nell'Unione europea

La Collezione “La Ruota Rossa” comprende opere d'arte, reperti, fotografie d'epoca e moderne, documenti raccolti negli anni a cura del Gruppo EveryOne, con l'aiuto di alcuni fra i più importanti ricercatori Rom, allo scopo di fondare in Italia un Museo completamente dedicato a Storia, arte e cultura del Popolo Rom, con Memoriale del Samudaripen. Presentiamo qui una parte della raccolta, che testimonia visivamente secoli di persecuzioni e schiavitù, ma anche di coraggio e impegno per contribuire al progresso della civiltà umana.



Matthäus Merian il Vecchio (1593 – 1650). *Campo Rom in Germania*, 1629/1630. Da: Johann Ludwig Gottfried, *Historische Chronica, Beschreibung der fürnembsten Geschichten Frankfurt am Main*



Gerhard Kliemann (Berlino 1910-1989), *Romni acrobata sul filo*, pastelli, 1989



Gerhard Kliemann (Berlino 1910-1989), *Rom e orso in Jugoslavia*, carboncino, 1979



Gerhard Kliemann (Berlino 1910-1989), *Coppia di sposi Rom*, carboncino, 1980



Famiglia Rom in Germania, Silografia, 1544. Da: Sebastian Münster, *Cosmographia*, Libro III

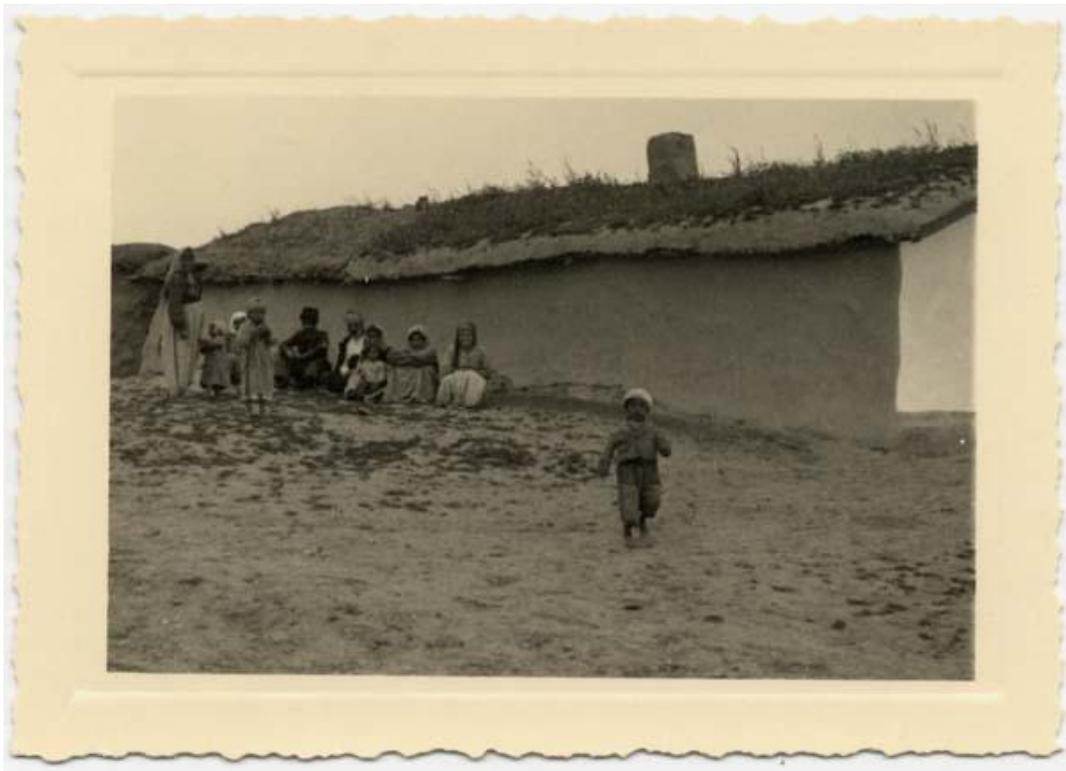


ZINGARI MAGNANI, A NAPOLI.

Napoli, Zingari Magnani. Da: K. Stieler, E. Paulus, W. Kaden, Dalle Alpi all'Etna, 1878



Rom romeni negli anni del Samudaripe, 1942



Rom negli anni del Samudaripen, 1942



Rom romeni negli anni del Samudaripen, 1942



Rom negli anni del Samudaripen, 1942



L. Solle, *La sosta*, carboncino su carta, XIX secolo



István Szentandrás, *Musicisti Rom ungheresi*, litografia, 2005



István Szentandrás, *Canestrai Rom*, litografia, 2005



Rebecca Covaciu, *Vero Amore*, tecnica mista su carta, 2009



Steed Gamero, *Samudaripen: il testimone Goffredo Bezzecchi*, fotografia, 2006



Steed Gamero, *Samudaripen: la testimone Antonia Bezzecchi*, fotografia, 2006

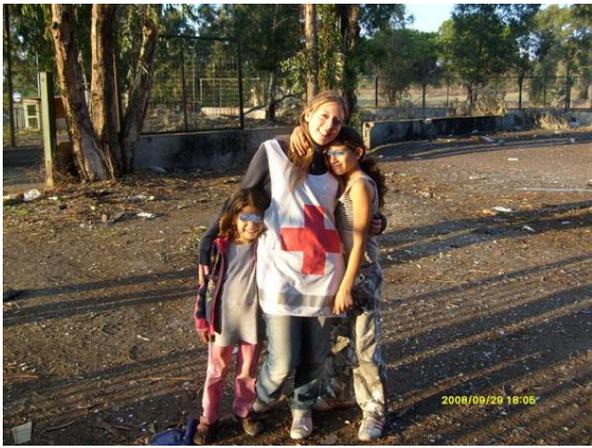


Dario Picciau, *Anziana Romni*, pittura digitale, 2009

26.2 Galleria fotografica











Raccolta e impaginazione dei documenti curata da Stefano Labbia, Pionieri CRI Roma.