

L'EUROPA INVISIBILE

Il lavoro di MEDU negli insediamenti spontanei
dei Rom rumeni a Firenze e Sesto Fiorentino



L'EUROPA INVISIBILE

Il lavoro di MEDU
negli insediamenti spontanei dei Rom rumeni
a Firenze e Sesto Fiorentino



Firenze, giugno 2010

Indice

<i>Premessa</i>	7
1 - Il progetto “Camper per i diritti” di MEDU.....	9
1.1 - Obiettivi.....	10
1.2 - Metodologia.....	10
2 - I Rom cittadini rumeni: una descrizione del contesto di provenienza.....	15
2.1 - Cenni storici.....	16
2.2 - Aspetti politici, dati socio-demografici e sistema sanitario in Romania.....	19
2.3 - La salute dei Rom in Romania.....	22
3 - Gli aspetti normativi.....	27
3.1 - La normativa internazionale.....	27
3.2 - La normativa europea.....	29
3.3 - La normativa nazionale.....	33
3.4 - La normativa regionale.....	42
4 - Aspetti sanitari: risultati.....	45
4.1 - Nazionalità.....	45
4.2 - Profilo degli utenti.....	47
4.3 - Tempo di permanenza in Italia.....	47
4.4 - Status legale.....	48
4.5 - Condizioni abitative.....	49
4.6 - Accesso alla salute: dati, contesto, problematiche.....	52
4.7 - Profilo di salute.....	61
4.8 - Salute sessuale e riproduttiva.....	64
4.9 - Orientamento e invio ai servizi pubblici.....	64
5 - Annotazioni antropologiche: l’esclusione dei Rom dalla salute.....	67
<i>Conclusioni</i>	79

Premessa

Con questa pubblicazione vogliamo illustrare e commentare il lungo e complesso lavoro che MEDU per circa due anni ha svolto all'interno degli insediamenti cosiddetti "spontanei" dei Rom rumeni, nuovi cittadini dell'Unione Europea nell'area fiorentina. Un lavoro prezioso per la nostra Associazione e anche molto impegnativo per i nostri volontari.

Come in tutte le situazioni destinatarie dei nostri interventi, presupposto è stata l'instaurazione di un rapporto di fiducia e conoscenza reciproca con gli utenti, primo e indispensabile passo per poi affrontare gli aspetti più strettamente riguardanti la regolarizzazione sanitaria e l'invio ai servizi sanitari pubblici, obiettivo ultimo dei progetti di MEDU. Questa volta il contesto di lavoro è stato però particolarmente difficile: condizioni igienico sanitarie drammatiche, un'utenza scarsamente tutelata dal punto di vista normativo ed oggetto di velata o manifesta discriminazione sociale ed istituzioni pubbliche indifferenti se non ostili nei confronti delle problematiche di accoglienza e di inserimento socio-lavorativo dei Rom cittadini rumeni. Troppo spesso la risposta sono stati periodici sgomberi degli insediamenti, attuati senza predisporre soluzioni alternative, con la conseguenza inevitabile di danni materiali e psicologici per la comunità Rom e di ripetuti duri colpi alla nostra attività di prevenzione ed educazione alla salute.

Vogliamo ora fermarci per un attimo, testimoniare con queste pagine il lavoro svolto e confrontarci con le Istituzioni e con gli altri soggetti del terzo settore che ragionevolmente saranno chiamati ad un intervento congiunto per risolvere una situazione che deve essere in qualche modo affrontata e fatta uscire dall'attuale condizione di pressoché totale invisibilità.

Forse peccando un po' di organicità ed uniformità nel testo, la pubblicazione si compone di quattro interventi che affrontano la questione sotto quattro distinti punti di vista: una descrizione del contesto socio-sanitario di provenienza dei Rom, una panoramica giuridica della normativa che disciplina l'ingresso e il soggiorno dei cittadini neocomunitari in Italia, la presentazione dei dati epidemiologici e sanitari raccolti e dei percorsi di collegamento al SSR seguiti ed infine una riflessione antropologica, avanzata sulla base di una specifica indagine, parte anche questa del nostro progetto.

Ci auguriamo che questo materiale possa risultare interessante ed utile per le Istituzioni, fornendo un tassello in più di dati e analisi con cui muoversi; ma utile anche per le altre associazioni che come noi si confrontano con le condizioni di marginalità ed infine per i media e l'opinione pubblica più in generale, contribuendo ad una conoscenza più "informata" del mondo dei Rom provenienti dalla Romania. Una realtà molto vicina ma il più delle volte pressoché sconosciuta.

Paolo Sarti
Presidente Medici per i Diritti Umani

Il progetto “Camper per i Diritti” di Medu

MEDU (Medici per i diritti umani) è un’associazione di solidarietà internazionale aderente all’International Federation of Human Rights Organizations (IFHRO). Siamo presenti con le nostre attività a Roma e Firenze e con dei gruppi di appoggio in altre località, tra le quali la città di Torino. Il nostro obiettivo è la tutela dei diritti umani e del diritto alla salute in particolare, sia nel contesto nazionale che nei Paesi cosiddetti in via di sviluppo.

L’idea del progetto “Un camper per i diritti – unità mobile di assistenza socio-sanitaria per i senza fissa dimora” nasce dalla possibilità di incontro tra quella che è una delle finalità principali di MEDU, cioè intervenire per il diritto alla salute delle popolazioni più vulnerabili, e la necessità delle città di avere maggiori strumenti con i quali gestire il fenomeno. L’Unità mobile di strada, concepita come un servizio di prossimità a bassa soglia, rappresenta inoltre un valido ausilio nelle attività di sorveglianza epidemiologica di una popolazione spesso difficilmente raggiungibile da iniziative di prevenzione e promozione alla salute poste in atto dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il progetto “Un camper per i diritti” è attivo dal 2004 nelle città di Roma e Firenze.

Nel corso del biennio 2008/2009 MEDU ha operato in contesti differenti, ma in qualche modo ugualmente emblematici delle forme di privazione dei diritti che vivono oggi gruppi di cittadini stranieri nel nostro paese. In particolare in questa sede sarà descritta l’attività svolta negli insediamenti spontanei dei Rom provenienti dalla Romania nella zona di Osmannoro e Quaracchi alla periferia di Firenze.

1.1 Obiettivi

Obiettivo generale del progetto è migliorare le condizioni di salute psicofisica della popolazione senza fissa dimora nell'area dei comuni di Firenze e Sesto Fiorentino. L'obiettivo specifico è quello di favorire l'accesso alle cure incrementando la fruizione dei servizi sanitari pubblici da parte della popolazione dei senza fissa dimora.

L'intervento prevede di raggiungere i seguenti risultati:

- consentire alla popolazione beneficiaria di usufruire di un servizio di prima assistenza sanitaria su strada;
- realizzare un monitoraggio delle condizioni socio-sanitarie e la sorveglianza epidemiologica della popolazione beneficiaria;
- fornire alla popolazione beneficiaria informazioni e orientamento sulle modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale;
- fornire alla popolazione beneficiaria informazioni e orientamento sul diritto alla salute e sugli altri diritti fondamentali;
- accompagnare i pazienti che lo necessitano ai servizi sanitari pubblici;
- sostenere gli utenti nel divenire soggetto di progettazione e di azione attraverso la valorizzazione della risorsa intrinseca e il rafforzamento delle occasioni di autonomia.

1.2 Metodologia

Il progetto dispone di un gruppo di lavoro costituito da un coordinatore e da un gruppo di volontari (20 medici e 20 operatori sociali, tra cui 2 psicologi e 2 antropologi) che in base a un sistema di rotazione opera due volte la settimana in orari serali all'interno di un camper attrezzato ad ambulatorio itinerante.

La scelta della zona e della modalità di intervento avviene a seguito di una prima fase di monitoraggio itinerante. Durante questo periodo, gli operatori di MEDU raccolgono dati su nazionalità, condizioni abitative, sociali e sanitarie delle persone contattate sulla strada.

L'Unità mobile di strada è concepita come un servizio di prossimità a bassa soglia. Raggiungendo gli utenti direttamente presso le loro abitazioni, gli operatori di MEDU agiscono da collegamento con i servizi di assistenza primaria. L'equipe costruisce un rapporto di fiducia e conoscenza reciproca con i beneficiari attraverso la presenza costante sul territorio e la risoluzione di problemi immediati (medicazioni, cure di base, consulenze). Il rispetto delle differenze culturali e una reale condivisione degli obiettivi sono strumenti per superare la paura, la sfiducia, la disinformazione e aumentare la probabilità di risoluzione dei problemi sanitari e la riuscita di invio - per le persone che lo necessitano - alle strutture del SSN o l'orientamento verso centri di accoglienza e altri servizi. Ad ogni paziente vengono fornite informazioni sui percorsi di regolarizzazione sociale e sulle modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale tramite mappe dei servizi stampate su carta e tradotte. In casi selezionati gli utenti vengono accompagnati dagli operatori ai servizi pubblici. Il semplice ascolto come modalità di sostegno psicologico riveste una notevole importanza che favorisce un graduale processo di riavvicinamento delle persone alle strutture sanitarie.

Nel corso del 2009 MEDU ha partecipato ad un progetto nazionale all'interno del programma "Salute senza Esclusione" finanziato dal Ministero di Salute in cui è stato svolto un lavoro di educazione alla salute con i Rom. All'interno della comunità Rom è stato distribuito un opuscolo a fumetti con immagini e informazioni relative alla salute delle donne e del bambino, alle vaccinazioni, alle modalità di accesso al servizio sanitario e ai rischi del fumo e dell'alcol. Questo materiale è stato elaborato e condiviso con la comunità Rom e la buona riuscita del progetto è stata in gran parte dovuta al rapporto di fiducia che si era creato negli anni con le persone.

Il nostro metodo di lavoro prevede una rigorosa raccolta e catalogazione dei dati che riscontriamo sul campo, cioè nel contesto dei nostri progetti. Per ogni paziente visitato vengono compilati un questionario socio-sanitario e una sintetica scheda clinica composta da una parte anagrafica e una clinica.

Le informazioni vengono successivamente raccolte e analizzate in un database elaborato insieme all'ARS (Agenzia Regionale di Sanità) che permette di monitorare il tipo di utenza e il profilo delle patologie. Gli operatori MEDU hanno inoltre registrato tramite la compilazione della scheda di rilevazione socio-sanitaria, dati relativi al possesso della tessera sanitaria e all'utilizzo dei servizi pubblici. Durante la compilazione delle schede sono state indagate, attraverso un dialogo costante con gli utenti, le principali criticità emerse nella regolarizzazione sanitaria e nella fruizione dei servizi.

Ogni anno viene redatto un report sanitario da presentare alle istituzioni locali e ai servizi sanitari pubblici. A questa attività di testimonianza, fotografia del nostro lavoro e della realtà in cui operiamo, può seguire un'eventuale denuncia riguardo a violazioni dei diritti, situazioni di grave emarginazione e accesso negato alle cure, operata attraverso il nostro sito internet, le conferenze stampa o i comunicati stampa anche congiuntamente con altre realtà associative con le quali condividiamo una comunanza nelle finalità.

Nel percorso di avvicinamento al Servizio Sanitario Nazionale ci è sembrato importante riflettere sul "punto di vista" degli stessi servizi cercando di leggere le problematiche in una ottica biunivoca fra utenti e territorio. Nei due anni del progetto è stato svolto quindi un lavoro di tipo antropologico per iniziare una riflessione sulle principali barriere di accesso alla salute. Sono state condotte una serie di interviste in alcuni presidi sanitari ed è stato osservato il funzionamento degli ambulatori dedicati agli stranieri presenti sul territorio fiorentino. Sono state realizzate dodici interviste semi-strutturate ad operatori sanitari ed amministrativi di due presidi presenti sul territorio fiorentino con alta affluenza di utenza migrante¹. La riflessione è stata arricchita

¹ Le interviste sono state registrate in forma anonima e i dati emersi non vogliono riferirsi in alcun modo a singole persone. I brani di interviste riportati sono contrassegnati con "p.s." quando si tratta di dichiarazioni rilasciate da personale sanitario e "p.a." quando a parlare è personale amministrativo e di portineria.

dalle osservazioni emerse durante sei mesi di affiancamento² ai medici di medicina generale negli ambulatori STP³.

Nel corso di questi anni abbiamo svolto le nostre attività in coordinamento con i responsabili del sistema sanitario regionale e dei servizi territoriali (igiene pubblica, ambulatori STP, consultori ostetrico-ginecologici) con particolare attenzione all'invio dei pazienti a rischio ed alla gestione epidemiologica dei casi di malattie infettive. Riteniamo che il nostro intervento debba sempre essere limitato nel tempo poiché è nostra convinzione che il diritto alla salute debba essere garantito in primo luogo dai servizi sanitari pubblici in qualsiasi territorio si operi. Con le strutture sanitarie pubbliche intendiamo concordare le modalità di intervento onde evitare inutili doppioni o strutture parallele. Una funzione quindi di ausilio, stimolo e rafforzamento dei servizi pubblici.

² Due medici MEDU hanno svolto un periodo di tirocinio formativo all'interno dei presidi sanitari dotati di ambulatorio STP.

³ Nella regione Toscana i titolari di tessera STP possono accedere ai servizi di primo livello tramite due percorsi: gli ambulatori per stranieri detti STP e gli ambulatori dei medici di medicina generale. Quest'ultima opzione, che dà diritto ad una prestazione occasionale è poco conosciuta e scarsamente praticata.

I Rom cittadini rumeni: una descrizione del contesto di provenienza⁴

La caratteristica comune di tutte le comunità a cui è attribuita la denominazione Rom è che parlano - o è attestato che parlassero nei secoli scorsi - dialetti variamente intercomprensibili, costituenti il romanes/romani, che studi filologici e linguistici affermano derivare da varianti popolari del sanscrito e che trovano nelle attuali lingue dell'India del Nord Ovest la parentela più prossima.

Con il termine “Rom” si individua una categoria molto vasta di realtà, di gruppi e di persone e occorre molta attenzione da parte dei ricercatori quando affrontano questa tematica per non incorrere in semplificazioni e generalizzazioni errate. La realtà Rom e Sinta in Italia è estremamente eterogenea e non vi possono essere generiche scorciatoie conoscitive che ci consentano di adeguare il nostro approccio. In molti casi in Italia si sono insediate comunità Rom che provengono da altri paesi, che non sono cittadini italiani, e risentono dei flussi migratori che hanno interessato l'Europa negli ultimi anni; questo è il caso per esempio dei Rom provenienti dalla Romania oggi e dei Rom provenienti dall'ex-Jugoslavia negli anni '80-'90. Sono dunque degli “immigrati”, cioè degli individui di cittadinanza straniera che vengono in Italia o per motivi di lavoro e famiglia o, quando si tratti di motivi diversi, per un periodo superiore ai tre mesi. A loro si applica la normativa generale in vigore per i cittadini stranieri presenti sul suolo nazionale e di conseguenza anche tutte le norme relative all'assistenza e all'accesso ai servizi sanitari. Per il lavoro con i Rom queste differenze e sfumature dovranno essere tenute in considerazione per migliorare la comunicazione e il rapporto di fiducia alla base di una buona

⁴ Andrea Bassetti - Medico, responsabile del progetto *Camper per i diritti*.

assistenza.

A Firenze una parte del lavoro è stata svolta con una comunità di Rom romeni e, dato che negli ultimi anni l'immigrazione dalla Romania si è intensificata e molti Rom provenienti da questa nazione sono oggi presenti nel nostro paese, occorre capire il contesto dal quale provengono facendo luce su aspetti storici e socio-sanitari.

2.1 Cenni storici

Dalla maggior parte delle fonti, la presenza di gruppi Rom in Romania risale alla prima metà del secondo millennio, mentre a metà del XIX secolo è datata l'affrancatura dalla schiavitù nei principati della Moldavia e Valacchia. Anche nei decenni successivi, però, i Rom continuarono a vivere in una situazione di discriminazione e marginalità sociale. Dopo la seconda guerra mondiale il Governo comunista del paese intraprese vari tentativi per assimilare la popolazione Rom. Tra essi, la confisca dei carrozzoni trainati dai cavalli, la sedentarizzazione forzata dei Rom nomadi, lo smembramento di molte comunità e, infine, l'inserimento di famiglie in case prefabbricate poste nelle periferie delle città e dei villaggi dove gli stessi Rom trovavano lavoro in industrie e fattorie collettive. Nel regime comunista, pur essendo tutti i cittadini formalmente uguali davanti alla legge, ciò non valeva per le minoranze non-rumene. Furono infatti disgregati tutti i segmenti della popolazione in nome della nazione unita socialista di Ceausescu. Malgrado gli schemi di assimilazione, molti Rom si trovarono comunque in stato di indigenza rispetto alla maggioranza della popolazione e questa povertà divenne particolarmente evidente negli anni '70⁵.

Immediatamente dopo la rivoluzione del 1989 è riemerso l'antico odio: si è reso esplicito il razzismo più o meno latente e in molti luoghi le comunità rom hanno subito atti di violenza. In decine di villaggi folle inferocite assaltarono e incendiarono le case dei Rom, distrussero le loro proprietà e li cacciarono dai villaggi, impedendo loro di ritornare; alcuni furono anche

⁵ Nonostante ciò, non pochi Rom dichiarano oggi che la loro vita sotto Ceausescu era migliore (si trovava lavoro, la vita non era cara, avevano gli stessi diritti) (Eskildsen, Rinne, Grass, 2009).

assassinati⁶.

Negli anni successivi questo tipo di violenze è diminuito, ma non è mai cessato. Nel 1997, ad esempio, gli abitanti del villaggio di Petraesa hanno deciso di espellere tutta la comunità rom dal villaggio (quotidiano romeno “Romania Libera”, 2007). Le autorità rumene hanno dimostrato la mancanza di volontà nell’impedire e punire queste violenze e nel risarcire le vittime⁷. In molti casi è evidente che la polizia ha trascurato le indagini mentre la magistratura ha ignorato i casi di violenza collettiva, archiviando i casi e talvolta addirittura impedendo alle vittime di intentare azioni legali. L’impunità garantita agli autori di queste violenze trova del resto riscontro nelle prese di posizione ufficiali: le autorità non riconoscono il carattere etnico degli episodi di violenza.

Anche oggi le autorità locali talvolta negano ai Rom di vivere nel proprio villaggio o di ricostruire le case distrutte durante gli episodi descritti, risultando non solo colpevoli di omissione, ma anche di un vero e proprio atteggiamento persecutorio, con l’ovvia conseguenza di legittimare l’odio razzista da parte della popolazione e preparando il terreno a nuove esplosioni di violenza.

Frequentemente la polizia compie raid nelle comunità, assalendo all’alba le abitazioni spesso senza alcun mandato, senza portare alcuna giustificazione, picchiando e umiliando le persone. In altri casi la giustificazione consiste nel “domicilio illegale”, pur effettuando sgomberi in insediamenti creatisi durante il regime di Ceausescu. La definizione dei diritti di proprietà dei Rom che furono forzatamente collocati in determinate aree durante il regime comunista o che ricevettero la proprietà dallo Stato rappresenta infatti un complesso problema, spesso utilizzato come pretesto per violenze e sanzioni. Altro aspetto preoccupante è l’abuso delle armi da fuoco da parte delle forze dell’ordine, che porta alla morte o al grave ferimento di numerose persone, disarmate e unicamente sospettate di piccoli furti o colpevoli di non aver obbedito all’intimazione di fermarsi (legge 26/1994). Si registrano anche numerosi casi di detenzione

⁶ Revelli, 2000.

⁷ Amnesty International, 1998; UNHCR, 1994.

illegale e frequenti sono i maltrattamenti durante la detenzione, anche sui minori.

Ancora oggi i Rom continuano a subire discriminazioni sui posti di lavoro e nel sistema scolastico. Malgrado la significatività della presenza rom, non vi è alcuna legislazione che ne garantisca il diritto all'istruzione e alla partecipazione alla vita culturale del paese. Va inoltre sottolineato come questa popolazione, non essendo prevalentemente nomade, abbia dovuto abbandonare i villaggi e le abitazioni rischiando in tal modo di passare alla condizione di nomadismo qualora respinta da altri luoghi.

Si stimano in 2 milioni e mezzo i Rom presenti in Romania: la più grande presenza in Europa. Sono divisi in 40 clan o gruppi basati su legami familiari, professioni, dialetti e modi di vita (sedentari o nomadi). Tra gli altri, si ricordano i Lautarii, musicisti rappresentanti della musica e della tradizione folkloristica rom, e i Caldararii (compresi i zlătari and lăiesii), gli ultimi semi-nomadi artigiani lavoratori di rame.

La maggioranza di questi gruppi è di religione ortodossa e ha una notevole reputazione come artigiani: fabbri, orefici e falegnami. Oggi, con questi mestieri, la maggioranza dei Rom non riesce comunque a raggiungere un reddito sufficiente per le necessità familiari ed è costretta a praticare lavori stagionali e occasionali. Solo il 10-15% dei Rom ha mantenuto intatte le proprie modalità culturali, mentre la maggior parte è stata assimilata forzatamente e si è sostanzialmente fusa con la cultura nazionale rumena. Anche se l'assimilazione durante il comunismo e l'inevitabile modernizzazione hanno condotto la cultura rom verso l'estinzione, ancora oggi è visibile ed emerge qualche elemento più distintivo di una cultura rom non influenzata da altre (quotidiano rumeno "Romania Libera", 2007).

2.2 Aspetti politici, dati socio-demografici e sistema sanitario in Romania

Dopo la rivoluzione del 1989 la Romania ha attraversato un periodo di grandi e rapidi cambiamenti in ogni settore. Nel dicembre 1989 la Romania è diventata una repubblica, con a capo un Presidente e governata da due camere parlamentari (il Senato e la Camera dei Deputati) entrambe elette per 4 anni. Oggi in Parlamento, in seguito alle elezioni del 2004, sono presenti 6 partiti politici a cui si aggiungono altri di minoranze nazionali come i Rom, gli Ucraini, gli Italiani e gli Ungheresi. Questi ultimi rappresentano la minoranza più numerosa⁸.

Dal 1989 la tendenza demografica mostra un declino costante: la popolazione è diminuita del 5% tra il 1992 e il 2006, passando da 22,8 milioni di abitanti a 21,6 milioni. La riduzione è stata causata dall'emigrazione, dalla caduta del tasso di natalità e dalla crescita della mortalità. Lo stato di salute in Romania è infatti un fattore critico, se confrontato con quello di altri paesi europei. La speranza di vita media alla nascita era di 73 anni nel 2007 (70 anni per gli uomini e 77 anni per le donne), due anni più breve di quella della regione europea (75 anni) (Tab.1).

La mortalità infantile e materna è tra quelle più alte nella regione europea nonostante si sia osservata una grossa diminuzione della mortalità materna dal 1990. Nel 2007 si sono avute 12 morti infantili per 1000 nati vivi e 15 morti materne per 100.000 nati vivi. In Romania le più importanti cause di morte sono rappresentate da malattie cardiovascolari (62.1% di tutte le morti nel 2006), neoplasie (17.6%), malattie gastrointestinali (5.5%), incidenti, infortuni e avvelenamenti (4.9%) e malattie respiratorie (4.9%). La Romania ha uno dei più alti livelli di malattie cardiovascolari nella regione europea.

A riguardo della salute riproduttiva è da segnalare l'elevato ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). In Romania i metodi contraccettivi sono stati sostanzialmente inesistenti per tutta la durata del governo di Ceaucescu (1964-1989) e l'interruzione volontaria di gravidanza ha rappresentato, di fatto, l'unica possibilità per chi non desiderava avere un figlio.

⁸ Vladescu, Scintee, Olsavszyk 2008.

	Speranza di vita alla nascita (M/F)	Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)	Tasso di mortalità materna (per 100.000 nati vivi)
Romania	70/77	12	15
Italia	79/84	3	2
Regione Europea	71/79	8	14

Tab.1 Indicatori di salute (2007).

Fonte: European Health for all data base - World Health Organization Regional Office for Europe Updated: January 2010

Le donne hanno incontrato poi ulteriori difficoltà in quanto, nel corso degli anni, vi è stata un'alternanza di proibizione e possibilità di praticare l'IVG. Infatti, sino al 1957 il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è stato illegale, a esclusione dei casi terapeutici; con il decreto n. 463/1957, l'IVG è stata poi legalizzata, consentendo alla donna, previa richiesta, di abortire nelle istituzioni sanitarie specializzate. Proibita nuovamente nel 1966 con l'intento di incrementare la natalità è stata autorizzata nuovamente nel 1985. Nel 1989 veniva emanato un altro decreto che annullava i precedenti 770/1966 e 441/1985: l'IVG era permessa nei primi 3 mesi e si doveva eseguire soltanto nelle strutture sanitarie specializzate. Nel corso di questi anni (sia di legalità che di illegalità dell'IVG) le donne non hanno comunque né ricevuto informazioni sulla pianificazione familiare né avuto accesso ai metodi di contraccezione (Tab. 2)⁹.

	1985	1990	1998	2000	2006	2007	2008
Romania	302.838	992.265	271.496	257.865	150.246	137.226	127.909
Italia	211.227	161.386	138.354	134.740	125.782	-	-

Tab.2 Numero di IVG per anno in Romania. Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, January 2010

Dal 1949 al 1989 la Romania ha avuto un sistema sanitario basato sul modello Semashko. Le riforme più importanti sono iniziate nel 1989 e dal 1998 tale sistema centralizzato, basato

⁹ Spinelli, Forcella, et alt. 2006, p. 115

sulla tassazione, è stato trasformato in un sistema sanitario sociale e assicurativo decentralizzato e pluralistico con una relazione contrattuale tra fornitori, finanziatori dell'assicurazione sanitaria e erogatori dei servizi sanitari.

La legge sull'assicurazione sanitaria emessa nel 1997 è stata modificata molte volte per essere adattata continuamente ai cambiamenti politici, sociali ed economici del Paese. Le riforme attuali si focalizzano principalmente sui seguenti aspetti: mantenere il processo di decentralizzazione, investire nelle cure preventive e primarie, rafforzare l'erogazione di un pacchetto minimo di servizi attraverso un più efficace servizio di emergenza, sviluppare il settore privato e stabilire relazioni chiare tra il sistema sanitario e sociale. Questa direzione delle riforme è stata favorita dall'introduzione della legge di riforma della salute nel maggio 2006.

La spesa sanitaria totale è difficile da misurare perché le registrazioni della spesa privata sono incomplete (soprattutto a causa dei pagamenti diretti richiesti dagli erogatori privati e dei pagamenti a "nero", sottobanco, del settore pubblico). I dati disponibili indicano che dal 2000 al 2005 la quota di PIL speso nella salute è aumentata da 4,6% a 5,5%. Malgrado questo incremento, la spesa rimane considerevolmente più bassa rispetto a quella della maggior parte dei paesi europei¹⁰. Nel 1998, l'assicurazione sanitaria è divenuto il principale meccanismo di contributo per finanziare il sistema sanitario con una quota in costante aumento dal 64.6% nel 1998 al 82.7% nel 2004. A questa situazione già problematica si aggiunge il fatto che molti nuclei familiari si trovano ai limiti della povertà¹¹.

Secondo le autorità il sistema sanitario rumeno sta attraversando la più grave crisi degli ultimi 60-80 anni. La burocrazia del sistema sanitario, le "mance" che si è spesso obbligati a dare agli assistenti o infermieri, la mancanza di attrezzature mediche e di farmaci rendono sempre più difficili le cure e l'assistenza al malato. Gli ospedali sono in difficoltà a reperire fondi per attrezzature mediche e farmaci e spesso i pazienti sono obbligati

¹⁰ A titolo di esempio, nel 2005 in Italia la quota di PIL speso in salute era dell'8,9%, in Germania del 10,7% e in Francia dell'11,2%.

¹¹ <http://www.osservatoriobalcani.org/article/articleview/2754/1/48>

a procurarsi privatamente ciò di cui necessitano. Da qui una corruzione dilagante del personale medico, anomalia che tuttavia non mancava neppure durante il regime comunista.

Infine un dato sul personale medico. Il 20% dei laureati in medicina emigra negli USA, in Canada o nei paesi dell'Europa occidentale. In Romania ci sono 1,86 medici per ogni 1000 abitanti, la più bassa densità di tutti i paesi ex comunisti.

2.3 La salute dei Rom in Romania

I problemi di salute riscontrati nella popolazione rom in Romania costituiscono un fattore complesso, fortemente correlato ai fattori socioeconomici (basso standard di vita). Come già accennato, la popolazione rom rumena rappresenta la più grande comunità/minoranza rom d'Europa. Il 45% vive in villaggi, il resto in aree urbane e spesso segregato in periferia. La speranza di vita è 10 volte più bassa e il tasso di mortalità del 40% più alto nella popolazione rom rispetto alla popolazione generale. Molte ricerche hanno riportato che lo stato di salute, di educazione e, più in generale, sociale dei Rom in Romania è una problematica allarmante. Alla fine degli anni '90 circa il 30% della popolazione rumena e circa il 68% dei Rom viveva al di sotto della soglia di povertà (meno di 4,30 dollari al giorno). Nel 2002 la popolazione rom era esposta almeno 5 volte di più a grave povertà rispetto alla popolazione generale¹². Il tasso di mortalità infantile tra i bambini tra 0 e 4 anni è quattro volte più alto nei Rom rispetto alla media nazionale e almeno il doppio rispetto a quello dei pari età Rom di Repubblica Ceca, Macedonia, Ungheria e Bulgaria.

La percentuale dei Rom che non hanno acqua corrente e sistema fognario nella propria abitazione è del 68%. Il numero di famiglie che non possiede un posto letto per ogni membro della famiglia, un frigorifero, una lavatrice, una cucina, una TV è da due a quattro volte più alto rispetto a quello degli altri paesi (Europea centrale ed orientale). Gli abbandoni scolastici sono i più alti del paese e sono dovuti alla povertà e agli impegni di lavoro della famiglia. Considerando i valori medi, la parte di

¹² Zamfir, Preda 2002.

analfabeti giovani (che devono ancora inserirsi nel mercato del lavoro) è superiore al 32%. Uno dei problemi più importanti in Romania è che un grande numero di Rom non ha un documento personale di identità. Essi non hanno certificato di nascita, certificato di matrimonio e carta di identità e questo impedisce loro di avere garantiti i servizi sociali, amministrativi o sanitari. Dall'aprile 2001 il governo ha implementato diversi progetti strategici, sostenuti da Organizzazioni Non Governative e comunità rom, per migliorare l'inclusione dei rom e quindi le loro condizioni generali. I problemi che derivano dalla mancanza di casa, dalla vulnerabilità di sgomberi forzati, dalle condizioni di vita di sovraffollamento, dal limitato accesso all'acqua potabile e da una inadeguata igiene, interessano i Rom in modo sproporzionato rispetto alla popolazione generale rendendoli più suscettibili alle malattie infettive come l'epatite A e la TBC. Del resto, anche altri fattori contribuiscono al precario stato di salute dei Rom: bassi livelli di educazione scolastica, malnutrizione, scarsa comunicazione con i professionisti sanitari, mancato accesso alle informazioni su argomenti di salute e mancanza di documenti sanitari per usufruire del sistema assicurativo sanitario. Questo spiega in parte perché solo il 34% di essi nel 2002 aveva la copertura sanitaria dal fondo sanitario di assicurazione comparato con la media nazionale del 75% (Ministry of Public Health, 2004). La crescente povertà, l'esclusione sociale, il pregiudizio e la discriminazione impediscono quindi l'accesso ai servizi sanitari. Un esempio di tale condizione di emarginazione è dato dal rifiuto di alcuni medici di fornire assistenza sanitaria alle persone rom, mentre l'attitudine a stigmatizzarli da parte degli operatori sanitari porta ad un rifiuto a rivolgersi ai servizi sanitari da parte degli stessi Rom¹³.

Dal febbraio 2005 è stato attivato in alcuni paesi dell'Europa centrale e orientale (tra cui la Romania) il programma "Decade of Roma Inclusion 2005–2015" col supporto finanziario di Open Society Institute e Banca Mondiale. Per valutare i risultati di questo programma e le azioni intraprese dei governi per

¹³ UNDP, 2004.

includere i Rom è nata l’iniziativa *Decade-Watch* portata avanti da un gruppo di attivisti e ricercatori. La valutazione è stata fatta considerando alcune aree di intervento, attribuendo un punteggio sulla base di alcuni parametri. Sono stati valutati ad esempio i piani d’azione e le misure governative riguardanti: educazione, impiego, salute, alloggio, disponibilità di legislazione anti-discriminazione compatibile con le direttive europee¹⁴.

Lo *score* va da un minimo, indicato con 0 che significa “non ci sono state azioni del governo” ad un massimo, indicato col 4, “politiche integrate; sviluppati degli standard per valutare l’azione e la proprietà del governo”. Gli altri punteggi hanno i seguenti significati: 1 = misure sporadiche, passi iniziali, ma non regolari e sistematici; 2 = Misure regolari, non sistematiche e mancanza di un approccio programmatico; 3 = Programmi governativi, azioni avanzate ma non politiche integrate. Questa ricerca condotta nel 2007 ha mostrato che i progressi nell’implementazione di politiche a favore dei Rom sono comprese, per tutti i paesi considerati, in un range tra 1 e 2,5, suggerendo una predominanza di misure sporadiche e di programmi sistematici. Rispetto al 2005-2006 sono aumentati gli approcci sistematici all’interno di molti paesi rispetto agli interventi sporadici (Tab. 3).

Numero	Paese	Score 2007	Differenze 2005/2006
1	Ungheria	2,42	0,13
2	Repubblica Ceca	2,16	0,40
3	Macedonia	2,08	0,71
4	Bulgaria	1,96	0,12
5	Slovacchia	1,87	0,05
6	Romania	1,84	0,11
7	Croazia	1,83	0,13
8	Serbia	1,45	0,20
9	Montenegro	1,38	0,75

Tab.3 Score attribuito ad ogni paese sulla base dell’attuazione di politiche in favore dei Rom. (Fonte: DecadeWatch, 2007.)

¹⁴ Danova S, Decade Watch - Roma Activists Assess the Progress of the Decade of Roma Inclusion.

Alla Romania è stato attribuito un punteggio di 1,84 perché, mentre si sono sviluppate pratiche di integrazione nell'educazione e nella salute, sono rimaste indietro le questioni dell'alloggio e dell'impiego. I principali problemi strutturali in queste aree come la mancanza di diritto di proprietà e l'esclusione dal mercato del lavoro non sono state inserite in nessun piano sistematico del governo. D'altra parte il Governo non ha reagito all'aumento degli sgomberi forzati che hanno contribuito a peggiorare la loro inclusione sociale. Non sono stati stanziati fondi sufficienti per le attività correlate a progetti all'interno della *Decade* e non è stato adottato il "Decade Action Plan" che prevedeva lo stanziamento di risorse economiche per attività in favore dei Rom. Il Ministero della Salute è tra quelli più coinvolti attivamente nelle attività di inclusione dei Rom e il solo che ha stanziato dei finanziamenti per il budget di progetti correlati. Nel 2007 il Ministero, lavorando insieme alla società civile, ha riconosciuto la figura del mediatore di salute per creare un servizio sanitario pubblico più accogliente, assumendo circa 600 specialisti di questo tipo. Il Governo ha anche supportato un programma di formazione per i mediatori sanitari che ha coinvolto anche 50 Rom. Se da un lato si sono attivate quindi buone pratiche per favorire l'accesso ai servizi sanitari della popolazione rom (formazione e assunzione dei mediatori culturali per esempio), dall'altro sono mancati completamente programmi rivolti ai medici che promuovessero una cultura della tolleranza e frenassero i frequenti episodi di discriminazione da parte dell'attuale personale sanitario: un gap sulle politiche sulla salute che deve essere colmato al più presto.

Bibliografia

- Amnesty International, 1998, A Summary of Hungarian Rights Concerns, (Rapporto sulla Romania);
- DecadeWatch - Roma Activists Assess the Progress of the Decade of Roma Inclusion, in www.romaweb.hu/doc/evtizedprogram/2007/decadewatch_angol.pdf;
- Eskildsen, Rinne, Grass, 2009, The Roma journeys - Le romané phirimàta. Steidl, Gottingen;
- Fondazione Michelucci, 2007, Immigrazione e abitare precario in toscana - Indagine su due aree critiche. Regione Toscana – Assessorato alle politiche sociali e Sport, Rapporto;
- Revelli M, 2000, Fuori luogo - Cronaca da un campo rom. Bollati Boringhieri, Torino;
- Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M.E., 2006, L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Istituto Superiore di Sanità, Roma;
- UNDP, 2004, Human Development Report - Cultural liberty in Today's Diverse World. New York;
- UNHCR, 1994, Background Paper on Romanian Refugees and Asylum Seeker, Ginevra;
- Vladescu C., Scintee G., Olsavszky V., 2008, Romania Health System Review, in "Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies", vo. 10, n. 3;
- Zamfir C., Preda M., 2002, The Roma in Romania. Editura Expert, Bucarest.

La condizione giuridica dei Rom cittadini rumeni¹⁵

Sembra opportuno, all'interno di questo rapporto, tracciare un quadro sintetico della normativa che disciplina la condizione giuridica della minoranza Rom sul nostro territorio, focalizzando la nostra attenzione in particolare su coloro che siano in possesso di cittadinanza rumena. Cercheremo di tracciare un quadro dei diritti che loro attribuisce la normativa internazionale, nazionale e regionale e di descrivere in particolare la disciplina amministrativa che regola il loro soggiorno in Italia. Lo status amministrativo dei beneficiari dei nostri interventi, infatti, influenza enormemente il lavoro di collegamento ai servizi pubblici che MEDU vuole portare avanti e le prospettive di accoglienza e inserimento sociale degli utenti. La situazione alla quale ci troviamo di fronte è senza dubbio una delle più complesse, perchè se è vero che i nostri utenti sono cittadini dell'Unione europea e quindi formalmente titolari di una libertà di circolazione sul territorio europeo, difficilmente riescono a soddisfare i requisiti previsti per un soggiorno di lungo periodo in Italia, a causa la loro precaria condizione sociale ed economica.

3.1 La normativa internazionale

Una panoramica sulla normativa in vigore a livello internazionale che obbliga l'Italia in quanto paese firmatario non può che iniziare citando la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo del 1948, che descrive ed elenca i diritti fondamentali che devono essere garantiti ad ogni essere umano indipendentemente dalla razza o dal genere di appartenenza, dalla condizione sociale, economica o amministrativa.

Nella Carta di Algeri, contenuta nella Dichiarazione Universale dei Diritti dei Popoli del 1976, troviamo invece una sezione

¹⁵ Marco Zanchetta - Giurista MEDU

dedicata appositamente ai diritti delle minoranze, la quale afferma che *“Quando un popolo rappresenta una minoranza nell’ambito di uno Stato, ha il diritto al rispetto della propria identità, delle tradizioni, della lingua, del patrimonio culturale. I membri della minoranza devono godere senza discriminazione degli stessi diritti che spettano agli altri cittadini e devono partecipare in condizioni di uguaglianza alla vita pubblica”* (art.19 e 20). *“Ogni popolo”*, inoltre, *“ha il diritto di parlare la propria lingua, di preservare e sviluppare la propria cultura, contribuendo così all’arricchimento della cultura dell’umanità”* (art. 13).

Secondo l’art.11 del Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, entrato in vigore sempre nel 1976 a tutela di *“tutti i membri della famiglia umana”*, *“Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo ad un livello di vita adeguato per sé e per la loro famiglia, che includa un’alimentazione, un vestiario ed un alloggio adeguati, nonché al miglioramento continuo delle proprie condizioni di vita.”*. Lo stesso Patto afferma all’art.10 che *“Speciali misure di protezione e di assistenza devono essere prese in favore di tutti i fanciulli e gli adolescenti senza discriminazione alcuna per ragioni di filiazione o per altre ragioni. I fanciulli e gli adolescenti devono essere protetti contro lo sfruttamento economico e sociale.”*

Nella stessa direzione la Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia approvata dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989, secondo la quale *“Negli Stati in cui esistono minoranze etniche, religiose o linguistiche o persone di origine autoctona, il fanciullo che appartenga ad una di queste minoranze o che sia autoctono non deve essere privato del diritto di avere la propria vita culturale, di professare o praticare religione o di avvalersi della propria lingua in comune con altri membri del suo gruppo”*.

La Convenzione internazionale sull’eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale, entrata in vigore nel 1993, afferma all’art.5 che *“gli Stati contraenti si impegnano a vietare e ad eliminare la discriminazione razziale in tutte le sue forme ed a garantire a ciascuno il diritto all’eguaglianza dinanzi alla legge senza distinzione di razza, colore od origine nazionale o etnica,*

nel pieno godimento”, tra gli altri, del diritto all’alloggio e del diritto alla sanità, alle cure mediche, alla previdenza sociale ed ai servizi sociali.

Uno dei primi riferimenti internazionali specificamente dedicato ai Rom è la Risoluzione 65 del 1992 delle Nazioni Unite, documento che invita gli Stati a mobilitarsi contro la discriminazione del popolo rom all’interno del proprio territorio e dispone l’avvio di studi *“della via e dei mezzi possibili per facilitare la regolamentazione attraverso mezzi pacifici e costruttivi, di situazioni nelle quali le minoranze sono implicate”*. La Risoluzione enfatizza i diritti civili, politici e sociali fondamentali, quali la libertà d’espressione e la non-discriminazione, ma rimane un documento che indica linee guida e non vincoli effettivi. I sistemi di monitoraggio, laddove esistenti, sono ancora troppo deboli per influenzare le prassi nazionali.

3.2 La normativa europea

Nello specifico ambito dell’Unione Europea punto di partenza è la Convenzione europea dei Diritti dell’Uomo del 1950, adottata dagli *“Stati europei animati da uno stesso spirito e forti di un patrimonio comune di tradizioni e di ideali politici, di rispetto della libertà e di preminenza del diritto”* e finalizzata a *“prendere le prime misure atte ad assicurare la garanzia collettiva di certi diritti enunciati nella Dichiarazione Universale”* dei Diritti dell’Uomo. Altro documento cardine è la Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea proclamata per la prima volta a Nizza nell’anno 2000, la quale, al di là della sua valenza giuridica, intende proclamare i diritti e le libertà che la Corte di Giustizia è chiamata a difendere.

Nel 1999 entra in vigore la versione modificata della Carta Sociale Europea del 1961 per il rafforzamento dei diritti fondamentali, strumento moderno che raccoglie i diritti di prima, seconda e terza generazione disciplinando aspetti sociali molto specifici, in particolare nei settori della protezione sociale, economica e legale.

Riguardo la tutela delle minoranze linguistiche in particolare, tra

i documenti più importanti di natura convenzionale figura la Carta europea delle lingue regionali o minoritarie, entrata in vigore nel 1998, la quale fissa i criteri ai quali dovranno attenersi gli interventi attivi degli Stati aderenti. Nella Carta si definiscono le “lingue non territoriali” come quelle *“usate da alcuni cittadini dello Stato che differiscono dalla(e) lingua(e) usata(e) dal resto della popolazione di detto Stato ma che, sebbene siano usate tradizionalmente sul territorio dello Stato, non possono essere ricollegate a un’area geografica particolare di quest’ultimo”*. Questo passaggio è molto importante e rappresenta l’unico strumento di tutela della minoranza Rom, storicamente presente da secoli in diversi paesi europei senza che sia mai stato possibile individuare un territorio geograficamente circoscritto a cui il popolo, e quindi quella determinata lingua minoritaria, appartenga in via primaria.

Venendo ora più strettamente all’attività istituzionale dell’Unione, possiamo affermare che differenti Organismi, tra cui Consiglio europeo¹⁶, Parlamento europeo e Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa (OSCE)¹⁷, richiedono da tempo il riconoscimento e la tutela della minoranza Rom.

Molto importante è stato anche il coinvolgimento del Consiglio d’Europa¹⁸, che fin dagli anni ‘60 e ‘70 si è più volte riunito per affrontare la tematica dei Rom, emanando diversi atti di valore programmatico non vincolante (convenzioni, risoluzioni,

¹⁶ Vedi la Raccomandazione n.563 del 1969 e la Risoluzione del 29 settembre 1989.

¹⁷ L’Organizzazione, attraverso raccomandazioni generali e specifiche rivolte agli Stati membri, ha più volte invitato a produrre politiche volte all’inclusione sociale attraverso la costante collaborazione tra CSCE, Consiglio d’Europa, uffici specializzati ONU e ONG internazionali. Vedi in particolare il Piano d’azione per migliorare la situazione di Rom e Sinti nella regione OSCE del 1993.

¹⁸ Vedi la Risoluzione n.13 del 1975, il Rapporto conclusivo di attività del comitato ristretto di esperti sui nomadi apolidi del 1977 in collaborazione con il Comitato Europeo di Cooperazione Giuridica, la Risoluzione n.125 del 1981, la Risoluzione del 22 febbraio 1983, la Raccomandazione n.18 del 1984, Raccomandazione n.7 del 1985, Risoluzione n.153 del 22 maggio 1989, la Risoluzione n.249 del 1993, la Convenzione Quadro per la protezione delle minoranze nazionali del 1994, la Raccomandazione n.4 del 2005.

dichiarazioni di principi), non soggetti quindi a sanzioni di alcun tipo in caso di non esecuzione degli impegni presi. Ciò ha consentito un margine di inadempienza nella legislazione nazionale di più Stati europei, tra i quali figura lo Stato Italiano.

Degna di particolare nota è la Raccomandazione 1203 del 1993, approvata dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa relativa ai Rom e ai Sinti in Europa. Essa sottolinea che questi gruppi rappresentano minoranze particolari le quali, pur costituendo una vera minoranza europea senza territorio e dispersa attraverso tutta l'Europa, tuttavia non corrispondono alle definizioni applicabili alle minoranze nazionali (legate al territorio) o linguistiche. È in questa Raccomandazione che viene delineato il ruolo delle autorità locali e regionali per implementare politiche a favore dei Rom. Nel prevedere varie iniziative a tutela della cultura rom, si afferma che *“si dovrebbe perseguire la cooperazione con l'Unione Europea nei settori interessanti gli zingari, come l'educazione, la lotta contro la povertà, la salvaguardia del patrimonio culturale europeo, il riconoscimento delle minoranze e la promozione dell'uguaglianza dei diritti”*.

Nella XX sessione della Conferenza permanente dei poteri locali e regionali d'Europa è stata adottata la Risoluzione 249 del 1993 *“Gli zingari in Europa, ruolo e responsabilità delle autorità locali e regionali”*, in cui si invitano i Governi a favorire l'integrazione dei Rom a livello municipale e regionale. Si afferma che la situazione dei Rom e dei Sinti in Europa si è deteriorata e ciò ha provocato un'accresciuta mobilità di coloro che sono sedentarizzati. Secondo la Risoluzione, occorre promuovere e sostenere incontri fra professionisti, volontari, Rom, Sinti e tutte le persone interessate, mediante seminari, audizioni, attività per l'accoglienza dei Rom e dei Sinti, al fine di permettere un intenso scambio di esperienze e di conoscenze e costituire un forum, dove presentare innovazioni di azioni da intraprendere, particolarmente a livello locale. L'Italia ha sottoscritto tale Convenzione nel febbraio del 1995.

Tutti questi documenti sono purtroppo privi di effettivi vincolanti e sono quindi poco efficaci nell'influenzare le prassi statali. Pur essendo assenti regolamenti, decisioni o direttive che facciano

diretto riferimento ai Rom, comunque, a livello di Unione europea è presente un quadro giuridico generale antidiscriminazione fondato in particolare su tre dispositivi specifici: la direttiva 2000/43/CE “Race directive” “Implementazione del principio di uguale trattamento tra le persone a prescindere dall’origine razziale o etnica”, la direttiva 2000/78/CE “Employment Directive” “Stabilimento di un quadro generale per l’uguale trattamento nell’impiego e nell’occupazione” e la Decisione quadro sulla lotta contro il razzismo e la xenofobia.

Nel 2002 la Raccomandazione n.1557 ha ribadito lo stato di discriminazione, emarginazione e segregazione in ambito pubblico e privato di Rom e Sinti, compreso il vedersi negato l’accesso a qualsiasi funzione pubblica: insegnamento, impiego, servizi sanitari. La Raccomandazione ha difeso la dignità dell’identità del popolo Rom e richiamato gli Stati inadempienti, ricordando che da un punto di vista giuridico le comunità Rom e sinte non sono ancora considerate, in tutti i paesi membri, come minoranze etniche nazionali e pertanto non beneficiano dei diritti che questo status prevede. Ha sottolineato, inoltre, che la popolazione ospitante deve accettare i Rom e i Sinti senza assimilarli, bensì sostenendoli quale gruppo socialmente svantaggiato. Da parte loro i Rom e i Sinti sono chiamati ad accettare le regole vigenti nell’ambito sociale della popolazione ospitante. In tale Raccomandazione viene precisato che devono essere garantiti a Rom e Sinti, in quanto gruppo minoritario, trattamenti nel campo dell’assistenza medica, dei servizi pubblici, dell’istruzione.

Nel 2007 la Commissione europea ha anche pubblicato la Relazione del gruppo consultivo di esperti di alto livello sull’integrazione sociale delle minoranze etniche e sulla loro piena partecipazione al mercato del lavoro, che contiene raccomandazioni specifiche per combattere l’esclusione dei Rom attraverso un investimento maggiore nella formazione e nella scolarizzazione dei bambini.

Risulta interessante un richiamo agli standard internazionali sopra richiamati che, nell’ipotesi di azioni di sgombero forzato,

impongono la necessità del rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone.

Si tratta di operazioni che necessariamente vanno a sconvolgere la vita degli individui da un punto di vista sia materiale che psicologico, rappresentando quindi un rischio di violazione di molteplici diritti a tutela della persona umana, dal diritto alla salute al divieto di discriminazione razziale, dal diritto ad un alloggio adeguato a quello della protezione dell'infanzia così come dell'istruzione, solo a titolo di esempio.

Gli sgomberi devono necessariamente avvenire con garanzie procedurali appropriate, dopo una consultazione preventiva con tutte le persone coinvolte, con la previsione di assistenza per l'emergenza che si viene a creare in situazioni di questo tipo e di una proposta di sistemazione alternativa per le persone sgomberate. Gli sgomberi devono inoltre rappresentare il provvedimento ultimo ed estremo, quando è verificata l'impossibilità di qualsiasi altra alternativa.

Lo stato italiano è stato più volte criticato da istituzioni ed organismi internazionali, tra cui la Commissione europea sui diritti sociali, per le operazioni di sgombero dei campi Rom effettuate negli ultimi anni¹⁹.

3.3 La normativa nazionale

Non esiste in Italia una specifica legge riguardante l'integrazione dei gruppi Rom. Sono presenti solamente linee-guida con assenza di potere vincolante o provvedimenti legislativi che riguardano i Rom solo indirettamente, lasciando molta autonomia alle Regioni. Negli anni, la legislazione ha mantenuto infatti un atteggiamento di urgenza rispetto alla questione, in contrasto con la politica adottata nelle Risoluzioni europee sopra indicate.

Come già accennato, la normativa italiana non riconosce per la popolazione rom e sinta lo status di minoranza etnica, categoria per la quale è riservata una tutela specifica dall'art.6 della nostra

¹⁹ Si vedano in questo senso gli appelli e le campagne lanciate da Amnesty International relativamente agli sgomberi dei campi rom della capitale, "Casilino 700" in particolare (www.amnesty.it). .

Costituzione.

La situazione si è aggravata con le recenti disposizioni governative. Dal 2007 sono stati firmati in diverse città italiane i “Patti di sicurezza”, primo tra tutti il Patto firmato a Napoli nel novembre 2006. Nel marzo 2007 è stato stipulato un Patto Nazionale tra il Governo e l’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani in materia di cooperazione sulla sicurezza, a cui sono seguiti i “Patti” di Roma e Milano, adottati successivamente da altri Comuni.

I più conosciuti sono i Patti di Roma e Milano che si concentrano sulla *“lotta contro gli insediamenti abusivi”*, considerati potenzialmente lesivi per la sicurezza pubblica, prevedendo l’intensificazione dei controlli in periferia ed il conferimento di poteri particolari al Prefetto per risolvere il problema dei campi non autorizzati.

Sulla scia dei Patti di sicurezza e dell’allarme mediatico innescato all’indomani dell’entrata della Romania nell’Unione Europea, il 2 novembre 2007, è stato varato un Decreto d’emergenza su *“l’allontanamento per motivi di sicurezza dal territorio nazionale di cittadini UE”*, che doveva scadere a gennaio 2008 ed è stato invece sostituito dal Decreto n.249 del 29 dicembre 2007 intitolato *“Misure urgenti in materia di espulsioni e di allontanamenti per terrorismo e per motivi imperativi di pubblica sicurezza”*. Un consistente numero di persone è stato effettivamente espulso dall’Italia dopo l’entrata in vigore dei decreti e in base alle ricerche condotte dal Centre on Housing Right and Eviction ed OsservAzione, un’associazione italiana che si occupa dei diritti di Rom e Sinti, è molto probabile che la maggior parte delle persone allontanate dal paese fosse Rom, anche se non sono disponibili dati ufficiali a riguardo.

Il Consiglio dei Ministri, all’interno della seduta di Napoli del 21 maggio 2008, insieme al “Pacchetto Sicurezza”, ha approvato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri intitolato *“Dichiarazione dello stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia.”*. Paragonando i campi nomadi a disastri, a calamità naturali o ad altri eventi che mettono in pericolo la popolazione civile e che, come tali, devono essere

affrontati con mezzi e poteri straordinari, lo stato di emergenza delega al Prefetto i poteri necessari per farvi fronte, nel solo rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico²⁰. Al Decreto sono seguite una serie di Ordinanze²¹ del presidente del Consiglio che, tra le altre cose, attribuivano ai Prefetti poteri straordinari per il monitoraggio dei campi autorizzati, l'individuazione degli insediamenti abusivi e l'identificazione delle persone, inclusi i minori, anche mediante la raccolta di impronte digitali. La Risoluzione del Parlamento europeo del 10 luglio 2008 *“esorta le autorità italiane ad astenersi dal procedere alla raccolta delle impronte digitali dei rom, inclusi i minori, e dall'utilizzare le impronte digitali già raccolte, in attesa dell'imminente valutazione delle misure previste annunciata dalla Commissione, in quanto ciò costituirebbe chiaramente un atto di discriminazione diretta fondata sulla razza e sull'origine etnica, vietato dall'articolo 14 della CEDU”*. Il 23 luglio, il Ministro degli Interni varò le cosiddette “linee-guida” ai Prefetti di Roma, Milano e Napoli. Le linee-guida si soffermavano sulla finalità umanitaria delle ordinanze e riportavano le raccomandazioni fornite dal Garante della privacy. Esse andavano sostanzialmente ad alleggerire le disposizioni che riguardavano i minori, specificando che l'acquisizione delle impronte digitali avrebbe riguardato i soggetti maggiori di 14 anni, salvo possibilità di identificarli in un altro modo, oppure i maggiori di 6 anni, ma solo se richiesto da chi ne esercita la potestà nel caso in cui fosse necessario per il rilascio del permesso di soggiorno o ancora nei casi necessari, attraverso il raccordo con la competente procura della Repubblica presso il Tribunale dei minori e a mezzo della Polizia giudiziaria. Si menziona inoltre l'impossibilità di utilizzare e conservare i dati precedentemente ottenuti in difformità con le linee guida. Nel settembre 2008 la Commissione europea ha assolto l'Italia dalle accuse di censimento su base etnica, dando così il via libera alle misure di sicurezza previste. Lo stato di emergenza è stato quindi prorogato fino al 31 dicembre 2010 dal nuovo D.P.C.M.

²⁰ Vedi Legge n.225 del 1992.

²¹ Vedi le Ordinanze del Presidente del Consiglio n.3676, 3677 e 3678 del 30 maggio 2008.

“Proroga dello stato di emergenza per la prosecuzione delle iniziative inerenti agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia ed estensione della predetta situazione di emergenza anche al territorio delle regioni Piemonte e Veneto”^{22,23}.

Le norme in materia di circolazione e soggiorno sul territorio italiano che riguardano i Rom di cittadinanza rumena, destinatari dell'intervento di MEDU a Firenze, sono attualmente contenute nel D.lgs n.30 del 2007, che ha recepito la Direttiva europea 2004/38/CE. Ulteriori modifiche sono state successivamente introdotte dal D.lgs. n.32 del 2008.

In base alla nuova disciplina l'ingresso regolare sul territorio da parte del cittadino comunitario è possibile con il solo possesso di un valido documento di identità del Paese di provenienza. Non sarà necessaria alcuna altra formalità qualora si tratti di soggiorni per un periodo inferiore ai tre mesi²⁴.

Durante il cosiddetto soggiorno breve, le prestazioni sanitarie vengono assicurate con l'esibizione della tessera Team – tessera europea di assistenza medica – rilasciata dal Paese di origine, senza obbligo né facoltà di iscrizione al SSN. Fanno eccezione i casi di lavoratori stagionali con regolare contratto di lavoro ed i possessori del Modello E106 con validità di tre mesi²⁵.

Nel caso in cui il cittadino comunitario sia sprovvisto dell'attestato che dà diritto alla prestazione sanitaria la ASL, acquisite le generalità dell'assistito e copia del documento di

²² Vedi le Ordinanze del Presidente del Consiglio per le due nuove Regioni incluse, n.3776 e 3777 del 1 giugno 2009.

²³ Vedi anche la Sentenza del TAR Lazio depositata il 1 luglio 2009 che giudica le Ordinanze presidenziali del 2008, ancora formalmente valide, in contrasto con quelle di rango superiore in materia di libertà personale, di cui all'art 4 del T.U.L.P.S. n. 773/1931, secondo cui l'Autorità di Pubblica Sicurezza può disporre rilievi segnaletici solo nei confronti di persone pericolose o sospette o nei confronti di coloro che non siano in grado o si rifiutino di provare la loro identità.

²⁴ Qualora non vi sia la presentazione ad un ufficio di polizia per dichiarare la propria presenza al momento dell'arrivo si presume però, salvo prova contraria, che il soggiorno si sia protratto da oltre tre mesi.

²⁵ Nota Ministero della Salute 3 agosto 2007

identità, potrà richiedere d'ufficio detto attestato all'ufficio estero competente. In mancanza di queste condizioni, il pagamento dovrà essere richiesto direttamente all'assistito, il quale potrà poi chiederne il rimborso all'istituzione competente^{26,27}.

Nel caso di soggiorni superiori ai tre mesi, invece, i comunitari hanno un diritto al soggiorno solamente qualora siano sul territorio per motivi di lavoro autonomo o subordinato, per motivi familiari²⁸, per studio o per residenza elettiva²⁹.

Conserva il diritto al soggiorno il cittadino comunitario che abbia perso un lavoro durato almeno un anno e sia iscritto alle liste di collocamento presso i Centri per l'Impiego ovvero abbia dichiarato presso gli stessi Centri la propria disponibilità all'impiego immediato con apposita dichiarazione³⁰. Qualora il lavoro precedente sia durato meno di anno oppure il cittadino comunitario si sia trovato in stato di disoccupazione nei primi dodici mesi di presenza in Italia potrà conservare lo qualità di lavoratore (e quindi il diritto al soggiorno) per il periodo di un anno qualora si iscriva ai Centri per l'Impiego o abbia rilasciato la dichiarazione di cui sopra.

Su dimostrazione dei motivi che giustificano il soggiorno potrà essere chiesta l'iscrizione anagrafica al Comune di residenza, la quale da diritto a beneficiare dell'assistenza sociale al pari del cittadino italiano.

Il possesso della residenza non è invece necessario per

²⁶ Art.34 Reg.CEE n.54 del 1972

²⁷ Nota Ministero della Salute 3 agosto 2007

²⁸ Per familiari si intende il coniuge, il partner che abbia contratto un'unione registrata sulla base della legislazione di uno Stato membro, qualora la legislazione dello Stato membro ospitante equipari l'unione registrata al matrimonio e nel rispetto delle condizioni previste dalla pertinente legislazione dello Stato membro ospitante, i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni o a carico e quelli del coniuge o partner, gli ascendenti diretti a carico e quelli del coniuge o partner.

²⁹ Significa che il cittadino comunitario dispone per sè stesso e per i propri familiari di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato e di un'assicurazione sanitaria o di altro titolo che copra tutti i rischi nel territorio nazionale.

³⁰ Si tratta della dichiarazione prevista dall'art.2, comma 1, del D.Lgvo n.181/2000

l'iscrizione al Servizio Sanitario, per la quale dovranno comunque essere dimostrati i requisiti attraverso la presentazione di tutta la documentazione necessaria (contratto di lavoro³¹, attestazione del legame di parentela, ecc.). L'iscrizione al SSN sarà obbligatoria e gratuita nei casi di presenza per motivi di lavoro o familiari, in caso di possesso di attestazione di soggiorno permanente³², nel caso di disoccupato iscritto alle liste di collocamento o iscritto ad un corso di formazione professionale³³ oppure nei casi di possesso dei formulari comunitari E106, E109 (o E37), E120, E121 (o E33)³⁴. Sarà invece volontaria nei casi di residenza elettiva e studio.

Le difficoltà per regolarizzazione sanitaria e quindi per l'accesso alle cure della popolazione rom deriva spesso dall'impossibilità di dimostrare l'esistenza dei requisiti sopra indicati per la regolarità del soggiorno superiore ai tre mesi e quindi per l'iscrizione al SSN.

A livello nazionale, per rimediare a questa difficile situazione venutasi a creare con l'entrata della Romania nell'Unione Europea, per coloro che erano già in possesso del codice STP prima del 31/12/06 una nota informativa del Ministero della Salute del 3 agosto 2007 aveva garantito il prolungamento dell'efficacia di tale codice fino alla fine dell'anno. A partire dal 31 dicembre 2007, è stata garantita l'assistenza a parità di condizioni con il cittadino italiano solo in caso di urgenza indifferibile, mentre tutte le altre prestazioni sono state erogate a pagamento. Tra di esse le prestazioni relative al controllo

³¹ Per quanto riguarda il caso specifico dei cittadini rumeni, rientranti tra i cosiddetti cittadini neocomunitari, essi possono accedere direttamente al mercato del lavoro solo nei settori agricolo, turistico alberghiero, lavoro domestico e di assistenza alla persona, edilizio metalmeccanico, dirigenziale e altamente qualificato. Per i restanti settori è ancora necessario per il datore di lavoro inviare richiesta di nulla osta allo Sportello Unico per l'immigrazione presso la Prefettura territorialmente competente.

³² Art.14 D.lgs n.30 del 2007, abbia cioè soggiornato legalmente e in via continuativa per almeno 5 anni sul territorio nazionale.

³³ Nota Ministero della Salute 3 agosto 2007

³⁴ Principalmente lavoratori distaccati, studenti stranieri (p.e. Erasmus), pensionati di altro Stato.

prenatale, parto, interruzione volontaria di gravidanza, salute del minore, servizi di medicina di base e di secondo livello.

La Circolare Ministeriale del 19 febbraio 2008 (prot. DG RUERI/II/3152/P/I.3.b/1), in risposta alla problematica relativa all'accesso alle cure per i cittadini comunitari non assicurati, ha provveduto ad includere nelle prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti, garantite dal SSN, la tutela della salute dei minori, la tutela della maternità, l'interruzione volontaria di gravidanza e le prestazioni di salute pubblica, le quali devono essere erogate a parità di condizione con il cittadino italiano per quel che riguarda l'eventuale partecipazione alla spesa (ticket). L'applicazione di questa Circolare si è però rivelata alquanto difficile, in particolare per ciò che riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza, che nel contesto fiorentino è stata comunque erogata a pagamento.

La Regione Toscana ha posto rimedio ad una previsione normativa che rendeva di fatto difficoltoso l'accesso alle cure per l'utenza rom di nazionalità rumena emanando tre Delibere ed una Nota di Giunta volte ad equiparare di anno in anno il trattamento dei cittadini neocomunitari con quello degli stranieri irregolarmente soggiornanti. Salvo alcune pause di “vuoto normativo” avute all'inizio del 2008 e del 2009, dovute ad una mancanza di tempestività nel rinnovo dei provvedimenti, sul territorio toscano è stato quindi garantito loro accesso ai servizi con l'assegnazione del codice STP³⁵³⁶. Tali pause, in ogni caso,

³⁵ Delibera GRT n.717 del 15/10/2007, Delibera GRT n.152 del 03/03/2008, delibera GRT n.123 del 29/02/2009, Nota GRT Direzione Diritto alla Salute 8 gennaio 2010.

³⁶ Ai cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno in corso di validità, sono «assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva» (art. 35 Dlgs n. 286/1998). Sono inoltre garantiti la tutela della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore nonché le vaccinazioni e gli interventi di profilassi, tra cui lo screening dell'HIV ed i relativi trattamenti antiretrovirali. Allo scopo di tutelare il diritto alla salute dello straniero comunque presente nel territorio, l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia generalmente obbligatorio il

hanno determinato gravi difficoltà nell'attività di MEDU, documentate nel capitolo 4.

Durante questi tre anni di lavoro all'interno degli insediamenti rom, diversi sono stati sia gli episodi di sgombero che di trattenimento degli abitanti da parte delle forze dell'ordine, ai quali è seguito in diversi casi il rilascio di un provvedimento di allontanamento.

Dal punto di vista normativo il diritto di soggiorno dei cittadini comunitari e quindi dei rumeni può essere limitato solamente per due ordini di ragioni.

La prima ipotesi di rilascio del provvedimento di allontanamento, adottato dal Ministero dell'Interno, è possibile per motivi di sicurezza dello Stato, motivi imperativi di pubblica sicurezza³⁷ o per altri motivi di ordine pubblico o di pubblica sicurezza.

I provvedimenti di allontanamento devono essere adottati nel rispetto del principio di proporzionalità e non possono essere motivati da ragioni di ordine economico nè da ragioni estranee ai comportamenti individuali dell'interessato. L'esistenza di condanne penali non giustifica di per sè l'adozione di tali provvedimenti. Nell'adottare un provvedimento di allontanamento è necessario tenere conto della durata del soggiorno in Italia dell'interessato, della sua età, della sua situazione familiare e economica, del suo stato di salute, della sua integrazione sociale e culturale nel territorio nazionale e

referto (possibile presenza dei caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio, es. ferite da arma da fuoco).

³⁷ Secondo l'art.20 comma 3 del D.lgs n.30 del 2007, i motivi imperativi di pubblica sicurezza sussistono quando la persona da allontanare abbia tenuto comportamenti che costituiscono una minaccia concreta, effettiva e grave ai diritti fondamentali della persona ovvero all'incolumità pubblica, rendendo urgente l'allontanamento perché la sua ulteriore permanenza sul territorio è incompatibile con la civile e sicura convivenza. E' necessario tenere conto anche di eventuali condanne, pronunciate da un giudice italiano o straniero, per uno o più delitti non colposi, consumati o tentati, contro la vita o l'incolumità della persona ovvero dell'appartenenza a organizzazioni criminali e mafiose nonché di misure di prevenzione o di provvedimenti di allontanamento disposti da autorità straniere.

dell'importanza dei suoi legami con il Paese di origine. Il provvedimento deve essere motivato (salvo motivi di pubblica sicurezza) e accompagnato da una traduzione del contenuto, qualora l'interessato non comprenda la lingua italiana, in lingua a lui comprensibile o, qualora non sia possibile, in francese, inglese, spagnolo o tedesco secondo la preferenza. Il provvedimento deve indicare le modalità di impugnazione e la durata del divieto di reingresso sul territorio nazionale, che non può essere superiore a 10 anni nei casi di motivi di sicurezza dello Stato e 5 anni negli altri casi. Il tempo concesso per lasciare il territorio nazionale non può essere inferiore ad un mese dalla data della notifica ed il destinatario del provvedimento di allontanamento che rientra nel territorio nazionale in violazione di tale divieto è punito con la reclusione fino a due anni, nell'ipotesi di allontanamento per motivi di sicurezza dello Stato, ovvero fino ad un anno nelle altre ipotesi. Il giudice può sostituire la pena della reclusione con la misura dell'allontanamento immediato con divieto di reingresso nel territorio nazionale, per un periodo da cinque a dieci anni. Il ricorso contro tale provvedimento può essere presentato davanti al TAR del Lazio. Il destinatario del provvedimento di allontanamento può presentare domanda di revoca del divieto di reingresso dopo che, dall'esecuzione del provvedimento, sia decorsa almeno la metà della durata del divieto, e in ogni caso decorsi tre anni.

L'altro caso di possibile rilascio di un provvedimento di allontanamento, più frequente nella realtà da noi considerata, è quando vengano a mancare le condizioni che determinano il diritto di soggiorno (in primis l'esistenza di lavoro autonomo o subordinato). In questo caso è legittimato alla sua adozione il Prefetto territorialmente competente tenendo in considerazione i fattori soggettivi elencati precedentemente, e nel rispetto di uguali modalità.

Tale provvedimento non può però prevedere un divieto di reingresso sul territorio nazionale. Può essere presentato ricorso al Tribunale in composizione monocratica.

Il Prefetto è altresì competente per casi, che potremmo definire meno gravi rispetto a quelli di competenza del Ministero

dell'Interno, legati comunque a motivi di pubblica sicurezza che mettano a repentaglio la sicurezza dello Stato.

3.4 La normativa regionale

Molte Regioni, in ottemperanza a quanto richiesto dalle Raccomandazioni e dalle Risoluzioni in particolare del Consiglio d'Europa, hanno emanato, a partire dal 1984, apposite leggi a favore o a tutela dei Rom e dei Sinti e della loro cultura predisponendo appositi impegni finanziari. Il fatto che tali leggi esistano in alcune Regioni³⁸ è già di per sé un fatto importante, in quanto sono un riconoscimento dei Rom e dei Sinti come minoranza etnica con cultura e lingua proprie.

Alla base di queste leggi c'è però una concezione della realtà che non tiene conto dei fondamentali mutamenti degli ultimi 20 anni. In tutte viene enunciato come elemento fondante della cultura rom il nomadismo: pertanto il diritto al nomadismo, e di conseguenza alla sosta, è ribadito esplicitamente. Questo comporta disposizioni specifiche per la creazione di aree di sosta e di transito appositamente attrezzate e per il loro finanziamento. Grave pecca comune alla maggior parte delle leggi regionali consiste nel ricorrente utilizzo dei termini “nomade” e “nomadismo”, che ha contribuito a cristallizzare il senso comune. La singolarità sta nel fatto che in quasi nessuna delle leggi regionali erogate in favore della tutela dei Rom e dei Sinti viene considerata, esclusa la forma di partecipazione presso le consulte e le giunte comunali, una partecipazione attiva delle popolazioni, che sembra vengano visualizzate come destinatari passivi degli interventi o dei servizi erogati.

La Regione Toscana ha provveduto ad emanare la Legge regionale 12 gennaio 2000 n.2, la quale *“detta le norme per la salvaguardia dell'identità e lo sviluppo culturale e l'identità dei rom e dei sinti al fine di favorire la comunicazione fra le culture, garantire il diritto al nomadismo, all'esercizio del culto, alla sosta e alla stanzialità all'interno del territorio regionale,*

³⁸ In ordine cronologico Veneto, Lazio, Provincia autonoma di Trento, Sardegna, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Liguria e Piemonte, mentre la Regione Marche li ha inclusi in una legge più ampia, che ha riguardato gli stranieri e i rifugiati politici.

nonchè per la fruizione e l'accesso ai servizi sociali, sanitari, scolastici ed educativi”.

Nel quadro della Legge, la Regione, attraverso i suoi atti di programmazione, *”promuove...idonee iniziative di orientamento, di formazione professionale e di aiuto all'occupazione, nonché iniziative sul piano scolastico volte al mantenimento sia della lingua che delle tradizioni dei diversi gruppi rom e sinti.”.* Ai Comuni viene affidata l'attuazione degli interventi per la residenzialità e il transito, delle attività di formazione e orientamento al lavoro e per l'assolvimento dell'obbligo scolastico, con la possibilità di ottenere finanziamenti regionali su specifici progetti. Dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, la ASL competente per territorio è chiamata genericamente ad agire secondo quanto previsto dalla normativa regionale e statale vigente, mentre i Comuni, *“nei casi di accertata indigenza”, “possono utilizzare quote del fondo sociale di cui all'art. 16 della Legge regionale n. 72/1997 e successive modificazioni e integrazioni attribuito a parametro, per prestazioni di assistenza sanitaria eventualmente erogate attraverso le associazioni di volontariato operanti nel settore sanitario.”*

Nel giugno del 2009, la Regione Toscana ha approvato la Legge n.29 *“Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana”*, estesa anche ai cittadini neocomunitari *“compatibilmente con le previsioni normative vigenti, fatte salve norme più favorevoli”*. Si tratta di una norma che disegna a tutto campo la politica regionale in materia di immigrazione, affermando che *“tutte le persone dimoranti nel territorio regionale, anche se prive di titolo di soggiorno, possono fruire degli interventi socio assistenziali urgenti e indifferibili, necessari per garantire il rispetto dei diritti fondamentali riconosciuti ad ogni persona in base alla Costituzione e alle norme internazionali, secondo le modalità definite nel piano di indirizzo”* integrato per le politiche sull'immigrazione. Secondo la stessa Legge, *“la Regione promuove e sostiene il diritto alla salute dei cittadini stranieri, come diritto fondamentale della persona, nell'ambito di quanto previsto dal d.lgs 286 del 1998”*, cioè il Testo Unico

sull'immigrazione³⁹.

Oltre a quanto previsto dalla normativa nazionale, nella Regione Toscana è peraltro assicurata agli stranieri irregolarmente soggiornanti l'assistenza medica di base sia mediante l'accesso agli ambulatori STP specificamente dedicati, sia mediante accesso diretto ad un qualsiasi medico di famiglia, senza iscrizione alla lista dei pazienti, il quale viene rimborsato per singola prestazione⁴⁰.

³⁹ Il Governo ha presentato ricorso alla Corte Costituzionale per violazione della normativa nazionale contenuta nel Testo Unico 286/98 per la parte in cui la Legge n.29 prevede interventi a favore dei cittadini stranieri irregolarmente soggiornanti.

⁴⁰ Vedi Accordo regionale dei medici di assistenza primaria del marzo 2006 e Piano Sanitario Regione Toscana 2008-2010.

Aspetti sanitari: risultati

I risultati di seguito presentati si riferiscono ai dati raccolti dall'unità mobile di Medu nel biennio 2008-2009 durante il lavoro svolto (vedi cap 1) presso la comunità Rom proveniente dalla Romania (vedi cap 2) ed insediata alla periferia di Firenze⁴¹.

Sono state effettuato 581 visite mediche a 277 pazienti nella zona dell'Osmannoro nel comune di Sesto Fiorentino (FI) e di Quaracchi nel comune di Firenze. In 116 casi, che rappresentano il 42% del campione in studio, lo stesso paziente ha ricevuto più di una visita medica, in media 3.6 visite per paziente. Nel restante 58% dei casi il paziente è stato visitato una sola volta.

4.1 Nazionalità

I pazienti visitati dall'unità mobile appartengono alla comunità rom proveniente dalla Romania in particolare dal villaggio di Buzau e dalla città di Costanza (Figg.1-2).

Essi hanno trovato dimora in insediamenti spontanei⁴² nella zona dell'Osmannoro e di Quaracchi alla periferia della città nella zona nord-ovest al confine tra il comune di Firenze e Sesto Fiorentino.

Tale area, caratterizzate da una forte componente migratoria, è molto industrializzata, prossima allo svincolo autostradale di Sesto Fiorentino e vicina a strade a grande scorrimento come via Pratese e via Lucchese che collegano Firenze con Campi Bisenzio e Prato.

⁴¹ Nelle tabelle seguenti, sono stati esclusi dalle analisi i dati mancanti, dunque i valori assoluti sono sempre diversi tra loro.

⁴² Insediamenti che sorgono in terreni abbandonati e seppur non autorizzati acquistano carattere di stanzialità diventando luogo di relazioni/attività sociali.



Fig. 1 Carta geografica Europa Politica



Fig. 2 Carta geografica Romania

4.2 Profilo degli utenti

La popolazione degli insediamenti è prevalentemente costituita da nuclei familiari formati da marito e moglie, i loro rispettivi fratelli ed in alcuni casi i coniugi al seguito. Di solito bambini e anziani sono lasciati in Romania per motivi economici e perché le condizioni di vita a Firenze sono spesso dure caratterizzate da controlli e sgomberi. Solo in alcuni casi, soprattutto per motivi di malattia, viene presa la decisione di portare in Italia anche i bambini per effettuare visite ed analisi mediche.

Si osserva una pari proporzione tra uomini e donne con una lieve preponderanza per il sesso femminile che rappresenta il 52,5% dell'utenza (Tab.1). Le fasce di età più rappresentate sono quelle tra 31 e 50 anni (41,6%) e 18 e 30 anni (36,8%). Il 13,8% delle visite sono state realizzate a minori (Tab. 2).

La maggioranza delle persone (le donne in maniera preponderante rispetto agli uomini) è analfabeta.

	Frequenza	Percentuale
Validi	Maschi	131
	Femmine	145
	Totale	276
		100,0

Tab.1 Analisi per genere

	Frequenza	Percentuale
Validi	<18	37
	18-30	99
	31-50	112
	50>	21
	Totale	269
		100,0

Tab.2 Analisi per fasce di età

4.3 Tempo di permanenza in Italia

Il dato riguardante il tempo di permanenza in Italia può essere ricostruito sulla base della sola esperienza sul campo poiché le informazioni raccolte nelle schede cliniche sono spesso incomplete o poco uniformi a causa di barriere linguistiche.

Emerge che molti degli abitanti della zona di Osmannoro e di Quaracchi alternano periodi di permanenza in Italia a soggiorni nel loro paese di origine viaggiando costantemente e periodicamente tra Firenze, Buzau e Costanza. Una parte consistente degli utenti è arrivato la prima volta in Italia in un periodo compreso tra 1 e 5 anni, tuttavia i periodi di soggiorno in Italia superano raramente la durata di 6 mesi.

La maggioranza delle persone con cui siamo venuti a contatto dichiara di avere differenti esperienze lavorative nel settore dell'edilizia, della pulizia e dell'agricoltura e auspica un inserimento nel mondo del lavoro.

4.4 Status legale

La maggioranza dei pazienti visitati nella zona di Osmannoro e Quaracchi - tutti di cittadinanza romena - erano in posizione di non regolarità dal punto di vista dell'autorizzazione al soggiorno, essendo in Italia da più di tre mesi. Per l'iscrizione anagrafica al Comune nel quale si intende risiedere vengono richiesti infatti un contratto di lavoro o l'iscrizione all'ufficio di collocamento o ad un corso di studi o la dimostrazione di risorse economiche sufficienti per il proprio mantenimento, nonché una polizza assicurativa sanitaria⁴³. A causa di molteplici fattori, primi tra tutti le precarie condizioni economiche, lo svolgimento di occasionali attività lavorative non regolarizzate e la scarsa informazione sulla normativa vigente, la maggioranza degli utenti dell'unità mobile non possiede tali requisiti o non provvede in tal senso. Nell'ultimo anno si sono intensificati, negli insediamenti, i controlli delle forze dell'ordine che hanno fermato e portato in Questura molte persone a cui sono stati fatti i fogli di espulsione. Le persone sono state quindi costrette a tornare in Romania per paura di provvedimenti più severi. Questo clima di tensione e violenza ha peggiorato anche la percezione dei Rom verso il mondo esterno all'insediamento andando ad influire negativamente anche sull'accesso alle cure e al servizio sanitario pubblico a cui avrebbero diritto.

⁴³ D.P.R. n° 30 del 06/02/2007 in vigore dall'11/04/2007.

4.5 Condizioni abitative

Gli insediamenti spontanei sono spesso rifugi temporanei le cui dimensioni sono condizionate dall'andamento dei flussi migratori, dalle condizioni ambientali e dagli interventi delle istituzioni pubbliche.

L'insediamento dell'Osmannoro, abitato dal 2001 e sgomberato nel gennaio 2010, si trovava sul terreno dell'ex fabbrica abbandonata Osmatex (area ex-Osmatex), ospitava un centinaio di persone. Nella fabbrica dismessa le persone vivevano affollate in ripari di fortuna senza possibilità di accesso ad acqua, luce, gas, servizi igienici e smaltimento dei rifiuti.

Si trattava dell'insediamento con le condizioni igienico sanitarie più gravi paragonabili a quelle di una discarica a cielo aperto con cumuli di rifiuti infestati da topi.

Questo insediamento nel corso degli anni è stato soggetto a numerosi sgomberi da parte delle amministrazioni locali. Dopo l'abbattimento delle baracche, avvenuto durante uno sgombero nel luglio 2008, gli abitanti si sono spostati dagli spazi aperti dell'ex-fabbrica alla palazzina di tre piani presente nella stessa area ed in condizioni fatiscenti, precedentemente usata come latrina. All'esterno si contavano comunque una trentina di ripari di fortuna realizzati con tavole di legno, teloni di plastica, tende canadesi. Tutta l'area è stata nuovamente sgomberata nel gennaio 2010 senza prevedere una sistemazione alternativa per questa comunità.

È opportuno segnalare che nel luglio 2009 erano affluite in questo insediamento una trentina di persone, dello stesso gruppo rom, dopo che un incendio, le cui dinamiche non sono mai state chiarite⁴⁴, aveva distrutto una ventina di baracche nei pressi della fabbrica Longinotti (area industriale di Campi Bisenzio) senza provocare danni alle persone. Nei giorni seguenti le persone, adattate in ripari di fortuna hanno denunciato a MEDU minacce da parte di soggetti privati e la ripetuta demolizione delle baracche, superstiti o ricostruite, da parte di mezzi meccanici.

⁴⁴ Medu ha provveduto a prendere contatto con i Vigili del fuoco intervenuti e ha chiesto chiarimenti alla Procura di Firenze che ha comunicato l'assenza di indagini sull'episodio.

Dopo circa quindici giorni dall'incendio l'insediamento è stato definitivamente sgomberato dalle forze dell'ordine.

L'insediamento di Ponte a Quaracchi è sorto a settembre 2008 in seguito ad uno sgombero di un altro insediamento poco distante. Qui hanno trovato alloggio, circa 50 persone. L'insediamento, ancora presente, è costituito da baracche ricavate all'interno di due hangar con tetti di eternit e in generale vi sono condizioni di assoluta incuria degli spazi immediatamente circostanti dove sono presenti cumuli di rifiuti.

Recentemente, alcune delle persone che vivevano nell'area ex-Osmatex si sono aggiunte a quelle già presenti, rendendo ancora più difficile la situazione di sovraffollamento e le condizioni igienico-sanitarie.

Anche a Ponte a Quaracchi la mancanza di punti prossimi di erogazione di acqua potabile, di luce e gas, di servizi igienici e la presenza diffusa di rifiuti hanno reso drammatiche le condizioni igienico-sanitarie.

Dall'analisi delle mappe epidemiologiche si stima che nel biennio 2008-09, nei due insediamenti, circa 200 persone vivevano molto al di sotto degli standard igienico-sanitari minimi previsti per i campi profughi⁴⁵, ad oltre 500 metri di distanza dal punto acqua (fontana privata del distributore di benzina) più vicino, senza disponibilità alcuna di servizi igienici. La mancanza e la lontananza di cassonetti e una non corretta gestione dei rifiuti, hanno contribuito all'accumulo di grandi quantità di immondizia nei pressi delle baracche e hanno costretto le persone a vivere in una situazione a grave rischio per la propria salute. In questi anni alcune ricerche nazionali e internazionali hanno studiato gli effetti sanitari e le esposizioni connesse a discariche. I rifiuti non raccolti rappresentano un rischio per la salute per vari motivi:

- l'aumento della fauna pericolosa come topi, blatte, zecche, tutti vettori di infezione;
- la putrefazione dei rifiuti che produce gas solforati e ammine, fonti di cattivi odori;

⁴⁵ UNHCR. A Handy Guide to UNHCR Emergency Standards and Indicators. An extract from Handbook for Emergencies, United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva, 2000.

- l'aumento dello stress psicologico causato dal degrado ambientale;
- la combustione dei sacchetti (pratica frequentemente attuata dalla comunità in questione), che può generare sostanze tossiche (per esempio idrocarburi policiclici aromatici): i materiali plastici sono infatti un precursore della formazione di queste sostanze.

Anche le precarie condizioni abitative e il sovraffollamento hanno importanti ripercussioni sullo stato di salute⁴⁶. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato che l'aria dell'ambiente indoor (ambienti confinati di vita e di lavoro non industriali) è spesso molto inquinata⁴⁷. Le persone che sono più spesso esposte agli effetti degli inquinanti indoor sono quelle più sensibili: bambini, anziani e persone che soffrono di malattie croniche. I principali inquinanti che possono interferire con il benessere dei soggetti che risiedono in ambienti confinati sono di tipo chimico (gas, vapori), fisico (ventilazione, umidità) e biologico (batteri, miceti, ecc). Anche altri prodotti della combustione (CO⁴⁸, NO₂) possono essere presenti negli ambienti confinati ed in particolare in queste baracche costruite con materiali di fortuna in cui sono state installate stufe a legna senza manutenzione né controllo. In un contesto come quello descritto di emarginazione e sovraffollamento (spesso nelle baracche di pochi metri quadri senza finestre e costruite con materiali non isolanti o che risentono delle intemperie, abitano intere famiglie di quattro/cinque persone) si capisce come sia più difficile

⁴⁶ Gilli G. Professione igienista. Manuale dell'igiene ambientale e territoriale. Casa editrice Ambrosiana, Cesano Boscone (MI), 2010.

⁴⁷ Secondo l'EPA (environmental protection agency americana) le concentrazioni degli inquinanti in ambienti indoor sono da 1 a 5 volte più elevate rispetto all'ambiente esterno perché le sorgenti della maggior parte di questi sono direttamente presenti all'interno degli ambienti confinati e quindi contribuiscono direttamente all'inquinamento. Quindi l'esposizione agli inquinanti indoor è da 10 a 50 volte superiore all'esposizione outdoor in quanto il tempo trascorso all'interno è circa 10 volte superiore a quello trascorso all'esterno.

⁴⁸ L'esposizione indoor per un'ora a concentrazioni allo 0,1% provoca la trasformazione del 50-80% dell'emoglobina in carbossiemoglobina, concentrazione in grado di provocare la morte.

mantenere contenuti livelli di questi inquinanti per avere condizioni di salute e di vita salubri.

4.6 Accesso alla salute: dati, contesto, problematiche⁴⁹

Il monitoraggio costante sul reale accesso degli utenti alle strutture territoriali portato avanti nei due anni del progetto ha evidenziato una generale problematicità nel rapporto tra l'utenza e servizi. Le pagine che seguono vogliono trattare con una metodologia interdisciplinare le principali criticità emerse e fornire degli spunti di riflessione.

L'analisi dei dati raccolti riferiti alle prime visite effettuate negli insediamenti precari di Osmannoro e Quaracchi mostra che solo il 10,9% (Fig.3) degli utenti era in possesso di tessera STP o di altra forma di copertura sanitaria. Particolarmente allarmante era la totale assenza di qualsiasi tipo di contatto con i servizi territoriali soprattutto nelle fasce vulnerabili della popolazione come donne in gravidanza e minori di cinque anni. I bisogni di salute erano quasi completamente risolti tramite l'accesso al pronto soccorso di zona. Questa condizione è da imputare essenzialmente alla mancanza di una corretta informazione sul diritto alla salute, le modalità di accesso e l'utilizzo dei servizi pubblici territoriali.

A due anni dall'inizio dell'attività della clinica mobile, grazie al rapporto di fiducia costruito con gli operatori MEDU, il 36% (Fig.4) degli utenti è stato avvicinato al presidio sanitario ed ha acquisito la tessera STP. La mancata regolarizzazione sanitaria della restante parte ipotizziamo sia da attribuire ad una serie complessa di dinamiche che comprendono problematiche di ordine amministrativo, barriere di accesso e scelte personali legate a differenti percezioni delle priorità di salute.

Per quanto riguarda le difficoltà amministrative un ruolo importante ha giocato il "vuoto legislativo" a proposito della normativa regionale che regola l'acquisizione della tessera STP da parte dei cittadini rumeni e bulgari. Infatti per tutto il 2007, e ad intermittenza nei primi mesi del 2008 e 2009 non è stata chiarita a livello regionale la modalità di accesso alla copertura

⁴⁹ Francesca Scarselli - Antropologa MEDU;
Cecilia Francini - Medico MEDU

sanitaria per i cittadini rumeni e bulgari (vedi capitolo 3). In questa sede ci preme sottolineare come l'assenza di continuità normativa abbia influito negativamente sul percorso di regolarizzazione sanitaria con pesanti ripercussioni soprattutto sulle fasce più vulnerabili della popolazione (donne in gravidanza, minori, malati cronici) prese in carico in larga parte dal privato sociale. A questo si aggiunge un effetto "passa parola" fra gli utenti che ha protrato un allontanamento dai servizi anche nei mesi successivi alla delibera regionale che sanciva la possibilità per i cittadini rumeni di accedere ai servizi STP.

Per quanto riguarda le barriere riscontrate dagli utenti nell'accesso ai servizi sanitari il lavoro di campo ha permesso di individuare criticità legate alla sfera economica, linguistica, di conoscenza del territorio, di sfiducia nel servizio. La fruizione corretta dei servizi richiede un tempo minimo che diviene non trascurabile se sottratto ad impieghi non regolarizzati che non beneficiano dei permessi e delle garanzie assistenziali o se pesa fortemente sulla gestione della vita domestica. Se pensiamo al tempo necessario alla fruizione dei servizi in un ambulatorio STP⁵⁰ possiamo capire quanto questa risulti una operazione molto difficoltosa per una madre che deve provvedere alla gestione del menage familiare in un contesto di difficili condizioni di vita.

Inoltre sono stati riscontrati casi in cui per incomprensioni con gli operatori sanitari al momento dell'acquisizione della tessera STP non è stata autocertificata l'indigenza. La mancanza di questa dichiarazione comporta l'obbligo di pagamento del ticket che in casi di grave indigenza diviene un impedimento nell'accesso ad una prestazione.

La mancata o scarsa conoscenza della lingua italiana è uno dei fattori che più pesano nell'utilizzo dei servizi. In particolare l'analfabetismo femminile rende poco efficace la comunicazione tramite volantini informativi e campagne di promozione tradotte in rumeno e rappresenta un ostacolo nella comprensione e compilazione della modulistica richiesta dalla ASL.

⁵⁰ L'accesso ad alcuni ambulatori STP è vincolato alla prenotazione della visita su una lista affissa a partire dalle sette di mattina nel presidio ASL.

La conoscenza e mobilità sul territorio fiorentino ridotta a tragitti ben conosciuti limita infine l'accesso alle strutture sanitarie territoriali.

Per quanto riguarda le differenti percezioni delle priorità di salute, il lavoro di campo ci ha permesso di identificare tre tipi di bisogni di salute che gli utenti identificano come urgenti, differibili o trascurabili. Tale tipizzazione non sempre corrisponde con le priorità di salute stabilite dal personale sanitario ed influisce sul rapporto medico-paziente riducendo le possibilità di successo terapeutico ed aderenza al percorso di diagnosi e cura.

Gli utenti si rivolgono con urgenza alle strutture sanitarie per problemi che possono impedire lo svolgimento delle normali attività quotidiane o che rendono difficoltoso il manage familiare in un contesto di condizioni di vita precarie. Tali bisogni di salute sono quelli che si manifestano con sintomi acuti ed invalidanti quali dolore ai denti, mal di testa, mal di schiena, vomito o diarrea e sono quasi completamente assolti dalle strutture del pronto soccorso, con un utilizzo spesso erroneo del dipartimento di emergenza-urgenza.

Esistono inoltre problematiche di salute ritenute differibili che gli utenti gestiscono con la pratica dell'automedicazione, la cui diagnosi e cura è rimandata al medico di fiducia al ritorno in Romania. All'interno di questo tipo di bisogni di salute (spesso epigastralgie, problemi respiratori, problemi legati all'apparato genito urinario) coesistono problematiche considerate urgenti dal personale sanitario (problemi cardiaci, infezioni polmonari etc.) spesso sottovalutate dagli utenti.

Infine sono ritenute trascurabili le procedure di medicina preventiva e le malattie, anche gravi, che non causano sintomi evidenti (diabete, ipertensione).

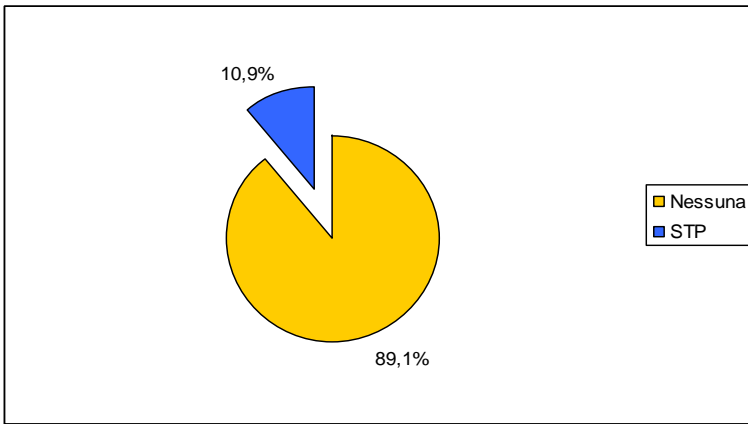


Fig.3 Tessera sanitaria alla prima visita (per i pazienti ai quali viene effettuata più di una visita)

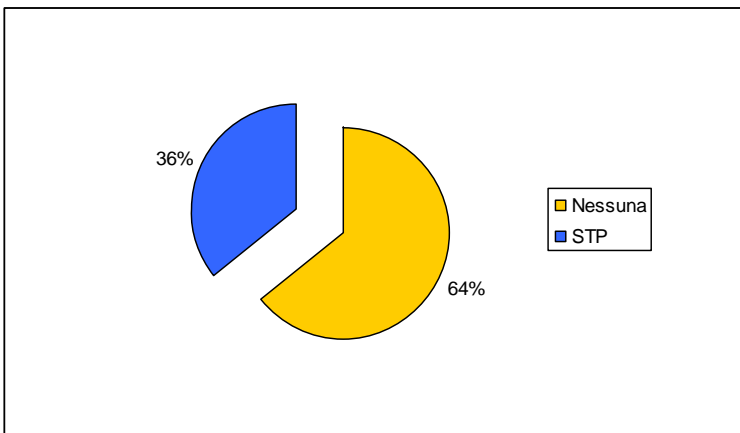


Fig.4 Tessera sanitaria acquisita all'ultima visita (si riferisce ai soli pazienti ai quali viene effettuata più di una visita)

Un punto di vista interno al presidio.

Le riflessioni che seguono si basano su una serie di colloqui registrati tenuti con il personale di due presidi sanitari dell'area fiorentina. Si tratta di interviste semi strutturate nelle quali si è cercato di approfondire da un punto di vista interno ai distretti sanitari, i principali problemi di accesso ai servizi sanitari territoriali riscontrati nel lavoro di campo con gli utenti della clinica mobile. Pensiamo infatti che le difficoltà di accesso non possano essere lette solo univocamente dal punto di vista dell'utente, ma che sia necessaria una riflessione sulle criticità dell'offerta del servizio, soprattutto in un'ottica propositiva.

La raccolta di interviste è stata realizzata tramite la frequentazione di due presidi in cui è nota una alta presenza di utenza migrante, il primo soprattutto per la presenza dell'ambulatorio STP e l'altro per la presenza di un consultorio gineco-ostetrico dedicato alle donne migranti.

In generale da parte degli operatori sia sanitari che amministrativi si è evidenziata una percezione del cambiamento dell'utenza migrante, sia per numeri che per composizione.

Per quanto riguarda "l'utenza Rom" è stata evidenziata una netta cesura fra la "storica" presenza di Rom provenienti dalla Ex Jugoslavia, presenti a Firenze nei campi nomadi attrezzati, ed i nuovi flussi provenienti dalla Romania, presenti negli insediamenti spontanei delle periferie fiorentine. Se nel primo caso il personale vanta una conoscenza ed una preparazione adeguata all'utenza, nata in genere da una lunga esperienza nei campi attrezzati, per quanto riguarda i secondi tutti lamentano una assenza di conoscenze specifiche. Dalle interviste emerge una quasi totale ignoranza dei contesti di provenienza, della composizione di questi gruppi e delle condizioni abitative in cui queste persone si trovano a risiedere a Firenze. Tutti hanno evidenziato una difficoltà per il presidio ad "uscire" sul territorio per mancanza di risorse e di personale, contrariamente all'idea di medicina di iniziativa promossa dalle politiche sanitarie attuali:

"Una volta chiesi la collaborazione per sapere un po' dove si potevano trovare queste persone che vivevano in condizioni di disagio, quindi più a rischio di alcune patologie di cui mi posso

occupare io, ma non c'è mai stata la possibilità di potersi occupare in maniera piena di queste cose perché il personale è sempre meno. Quando mi potevo occupare del campo nomadi, avevo addirittura due colleghe che si occupavano come me di questo tipo di attività come i vaccini, il consultorio pediatrico, non solo per gli extracomunitari, in generale. Ad un certo punto mi sono trovato da solo, per me era difficile.”(p.s.)

Nelle risposte degli intervistati emerge una certa confusione fra i termini Rom e rumeno. Colpisce l'attenzione nel distinguere tra cittadino rumeno e Rom, prescindendo dalla cittadinanza mostrata sui documenti. In particolare la cittadinanza europea degli utenti della Clinica Mobile emerge nelle risposte con un uso strumentale a seconda dei contesti, per marcare più e meno differenze e “lontananze culturali”. Infatti mentre questi vengono definiti europei quando si tratta di doveri, lo stesso non accade quando si tratta di diritti. Viene spesso usata l'espressione “*rumeni normali e rumeni Rom*”, manifestando la capacità e l'importanza di saper distinguere la persona rumena e la persona Rom. Alla nostra domanda su come facciano a distinguere i cittadini Rom se il documento presentato presenta la cittadinanza rumena, le risposte ottenute evidenziano la presenza di pregiudizi sui Rom legati ai luoghi comuni ampiamente circolanti. Un presunto comportamento discordante dalla norma, un abbigliamento particolare ed una concezione di igiene diversa vengono evocati come i caratteri con cui si manifesta il cittadino rom rumeno. Queste caratteristiche vengono riportate come problematiche anche per l'utenza in attesa in sala di aspetto.

“Mah, che devo dire, quando ci sono i Rom la gente si scansa... (...) Partendo dal pratico? Perché non emanano un buon odore, perché non si lavano molto spesso, perché non si prendono cura di sé. Perché ti infastidiscono per le strade. Ti chiedono l'elemosina e poi ti mocciano nella loro lingua. Io sinceramente fin che sono in divisa accetto tante cose, poi quando sono fuori, siccome ho i problemi che abbiamo tutti quanti, se tu mi avvicini e mi chiedi l'elemosina e poi se non ti do nulla mi tiri anche i mocoli, io non sono di quelle persone che si tirano indietro, capito? Sicuramente non sono delle persone facili...” (p.s.)

Al di là delle problematiche di razzismo e le pratiche

discriminatorie attuate, per cui si rimanda alla prima parte, potremmo distinguere le problematiche emerse nella quotidiana vita nel presidio socio-sanitario fra quelle evidenziate dal personale sanitario e quelle evidenziate dal personale amministrativo e di portineria.

Il personale sanitario intervistato (infermieri, medici STP, assistenti sanitari, ginecologhe, ostetriche, medico specialista infettivologo) lamenta una mancanza di conoscenze che approfondiscano tematiche legate ai contesti di provenienza come concezione della salute e dei rapporti di genere, della maternità, della famiglia. Per far fronte a queste problematiche è emersa l'esigenza di una formazione del personale adeguata al cambiamento dell'utenza: *“da un paio di anni ci hanno iniziato a fare qualcosa, ma solo sul rapporto medico-paziente, dopo trenta anni che faccio le visite è un po' sprecato, diciamo. Sento il bisogno di un discorso culturale (...) vorrei capire altre cose”* (p.s.).

Nel caso del personale sanitario è emersa una generale confusione su questioni squisitamente amministrative come esenzione dal ticket, la possibilità o meno di iscriversi al SSR o di fare la tessera STP, e sono state evidenziate le discordanze nelle pratiche interne ai presidi.

Possiamo dire che se la formazione in ambito sanitario è percepita come soddisfacente, si lamenta una mancanza di formazione su ambiti legati ai percorsi migratori o amministrativi:

“Sinceramente ho fatto degli aggiornamenti per quanto riguarda gli stranieri, ma non c'entra nulla con la formazione continua. Ci sono stati dei seminari, per esempio uno sui rom... ma non precisamente sui percorsi degli stranieri. Molto sugli aspetti sanitari, ma non amministrativi o sui percorsi migratori.” (p.s.)

Oltre a questo è lamentata una mancanza di formazione e comunicazione di fronte ad una burocrazia che si complica: *“ultimamente la formazione all'interno dell'azienda sanitaria di Firenze ha un po' latitato, forse perché le cose nuove ci sono state spiegate con un po' di ritardo, ma non per colpa dell'azienda ma perché è una materia che è andata molto a complicarsi per cui avere un corso di aggiornamento in cui si*

spiega tutte le novità è stata una cosa un po' complicata. C'è stata molta confusione (...) in questo momento siamo al paradosso che è più semplice inscrivere al SSN un extracomunitario che un comunitario" (p.a.).

In particolare in cambiamenti nella normativa nazionale in materia di immigrazione sembrano aver complicato il quotidiano lavoro amministrativo e in alcuni casi confuso e scoraggiato l'utenza. Gli operatori si trovano ad affrontare casi nuovi e complessi lamentando un'assenza di formazione continua. In particolare emerge la poca chiarezza di alcune norme e di conseguenza la discordanza di pratiche da presidio a presidio che porta ad un generale disorientamento dell'utenza e degli operatori: *"... secondo me dovrebbero fare a periodi fissi... anche ripetere le stesse cose, noi abbiamo notato questa cosa che da una parte viene fatto in un modo, da un'altra in un altro, bisognerebbe fare tutti uguale. Perché così l'utente è spiazzato, se vado di là fanno in un modo, dall'altra parte in un altro. Dipende tutto dall'impiegato con cui uno ha a che fare. (...) Il corso c'è stato fatto... da quando è cambiata la legge... questo sui comunitari una o due volte, se uno interpreta male la legge secondo me... è giusto che a periodi fissi uno faccia un riepilogo, un aggiornamento, per sapere se qualcosa è cambiato. Questo non viene fatto, non c'è." (p.a.).*

Quando si entra in un presidio socio-sanitario ci si trova davanti agli operatori di portineria che in genere sono spesso le persone preposte ad assolvere le mansioni di info point e front office. Quando abbiamo chiesto se la formazione avuta sia stata adeguata all'utenza che l'operatore si trova a dover soddisfare, la risposta è stata piuttosto netta in entrambi i presidi. La formazione è stata in genere inadeguata o assente e la risposta all'utenza è data da una propria formazione "sul campo": *"Non ho avuto formazione, tutto fatto sul campo. Io sono del quartiere, ma comunque è tutto nuovo. Non mi arrivano nemmeno le circolari. La mia figura è vista come quello che apre e chiude ma sono la prima persona che si trova davanti chi viene qui e devo dare informazioni, se riesco, per non far fare file per cose inutili.* Per rispondere ad alcune domande è necessario riferirsi ad altri uffici, generando lentezze e lungaggini nella erogazione di un

servizio: *“Cerchiamo un po’ di informarci quando si può presso gli uffici, oppure gli diciamo di prendere il numerino e informarsi allo sportello, perché sai da un caso ad un altro varia molto. Soprattutto per fare questo famoso tesserino sanitario. Quando possiamo lo informiamo per non fargli fare code, quando si può volentieri. Ma quando la situazione è ingarbugliata... anche per le detrazioni, esenzioni, i ricongiungimenti familiari... noi non siamo formati in questo senso, non abbiamo nemmeno da guardare dei fogli, l’unica è prendere la cornetta e chiedere agli uffici. Però è complicato perché la persona che chiamo magari sta lavorando ad un’altra cosa.”*

In linea generale le barriere maggiori risultano essere quelle linguistiche, fatto comune a tutta l’utenza migrante. In questo senso emerge sia fra il personale sanitario che fra quello amministrativo la necessità di potenziare i servizi di mediazione linguistico-culturale nei distretti sanitari e sul territorio. Questa esigenza è particolarmente sentita negli ambulatori, ma anche negli uffici dell’anagrafe sanitaria:

“Il problema è che spesso queste persone per ottener qualcosa devono girare tanto prima di essere indirizzate nel percorso giusto. Un po’ perché non parlano italiano e non capiscono... ci vuole un po’ di buona volontà. Queste cose succedono anche per gli italiani, è un problema di organizzazione, non solo di questa struttura ma un po’ di tutte. Per uno straniero che magari non comprende la lingua è tutto più difficile, è tutto affidato al singolo individuo.”(p.a.).

4.7 Profilo di salute

I sospetti diagnostici più frequenti classificati per grandi gruppi ICD9CM (Tab.3) sono risultati le patologie gastrointestinali (15%, in particolare gastriti ed ulcere) e le affezioni respiratorie (12,4%, in particolare infezioni delle alte vie respiratorie) in linea anche con altre ricerche italiane⁵¹.

La elevata frequenza di patologie gastrointestinali potrebbe essere attribuita in parte allo stile di vita (alimentazione, fumo di sigaretta, abuso di alcol, sovraffollamento, assenza delle minime condizioni igienico-sanitarie) dei pazienti visitati ed in parte anche alla mancanza di una terapia adeguata ed assunta in modo continuativo.

Alla prima visita il 69% degli utenti si dichiara fumatore e il 39% consuma alcol regolarmente.

Nei documenti di programmazione sanitaria dei principali organismi di tutela della salute, il consumo di bevande alcoliche è indicato come un importante fattore di rischio per malattie croniche, atti di criminalità, incidentalità stradale, domestica, lavorativa, violenze e omicidi, risultando in Europa la terza causa di mortalità prematura (preceduto solo da ipertensione e consumo di tabacco). Nel 2008 in Italia si dichiaravano consumatori di bevande alcoliche l'80,5% degli uomini e il 56,3% delle donne. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS⁵² (Istituto Superiore di Sanità) erano il 25,4% degli uomini e il 7% delle donne⁵³.

⁵¹ ISTAT, Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Indagini Multiscopo, 2005

⁵² Consumo a rischio ("hazardous"): si intendono livelli di consumo o modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini. Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'INRAN12, che recepiscono le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, sono da considerare consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 grammi di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 unità alcoliche standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 grammi (1-2 unità alcoliche standard).

⁵³ Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS – Centro OMS la Promozione della Salute e la Ricerca e su Alcol e Problematiche Alcol correlate Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, ISS. Monitoraggio epidemiologico dell'impatto dell'uso e abuso di alcol in Italia. Report 2009, Roma.

Le altre patologie diagnosticate sono quelle osteomuscolari (8,7%), le malattie del sistema circolatorio (7,3%) e i problemi genitourinari (7,0%). Il 6,4% dei sospetti diagnostici è costituito da malattie del sistema nervoso e organi di senso (per lo più otiti) e il 4,0% da traumatismi.

Le malattie infettive rappresentano solo il 4,7% dei sospetti diagnostici (tra cui alcuni casi di scabbia e tubercolosi, che sono stati prontamente denunciati alle autorità sanitarie territoriali). Questo dato conferma come riportato anche in letteratura da altre casistiche ambulatoriali e ospedaliere^{54,55} che non è possibile identificare i problemi sanitari prioritari dei cittadini stranieri in Italia con questo gruppo di patologie come è invece spesso percepito da istituzioni e dalla popolazione. Il fatto che alcune malattie infettive si evidenziano con più frequenza tra gli immigrati rispetto agli italiani di pari età può essere messo in relazione alle forti disuguaglianze nei cosiddetti “determinanti sociali di salute” (accoglienza, lavoro e reddito, habitat, accessibilità ai servizi) sui quali occorre intervenire con politiche adeguate di accoglienza, prevenzione e cura che devono essere un diritto di tutti, nessuno escluso. Il profilo di salute dell’immigrato appare dunque per la maggior parte costituito da patologie comuni acquisite nel paese ospitante.

Gli altri sospetti diagnostici riguardano le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (2,4%) e i disturbi psichici (2,1%).

Il 14,4% sono sintomi, segni e stati morbosi mal definiti tra i quali i più frequenti sono cefalea (24,8%), dolore addominale (19,8%) e tosse (9,9%). Tali sintomi possono essere almeno in parte interpretati come somatizzazioni⁵⁶: una manifestazione di un disagio psico-fisico e di stress sottostante riconducibile alle critiche condizioni sociali, abitative e igienico-sanitarie.

⁵⁴ Berghenti F, et al, Prevalenza di patologie infettive in soggetti immigrati non in regola con il permesso di soggiorno osservati presso il servizio di medicina delle migrazioni dell’AUSL di Parma, 2009.

⁵⁵ Report, La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia. 2006.

⁵⁶ “Tendenza ingiustificata dai rilievi patologici a esprimere e comunicare i sintomi ed il disagio corporeo, ad attribuirli a una malattia fisica e a farsi visitare dal medico per questo. Si pensa di solito che questa tendenza si manifesti in risposta a stress psicosociale comportato da situazioni ed eventi vitali che sono stressanti per l’individuo”. (Lipowski, 1988)

Da alcune ricerche italiane emerge come le sindromi da somatizzazione rappresentino una problematica rilevante nei migranti (1 persona su 4) che si rivolgono ai medici di base in ambulatori dedicati. In un recente studio italiano risulta che la prevalenza di tali sindromi in servizi di medicina di base dedicati è molto alta attestandosi intorno al 35,2%⁵⁷.

In generale il profilo epidemiologico descritto evidenzia un elevato numero di patologie che può essere relazionato alla drammatica situazione socio-sanitaria e alla povertà. Tra i fattori che condizionano la frequenza dei sospetti diagnostici si incontrano la mancanza di servizi primari e l'esposizione agli agenti atmosferici ma anche la situazione di grave emarginazione sociale ed il mancato accesso alle cure.

Diagnosi	N	%
Malattie dell'apparato digerente	103	15,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	101	14,4
Malattie dell'apparato respiratorio	87	12,4
Malattie del sistema osteomuscolare e connetivo	61	8,7
Stato di salute ricorso alle strutture sanitarie	59	8,4
Malattie del sistema circolatorio	51	7,3
Malattie dell'apparato genito-urinario	49	7,0
Malattie del sistema nervoso	45	6,4
Malattie infettive e parassitarie	33	4,7
Traumatismi e avvelenamenti	28	4,0
Malattie della pelle e del sottocutaneo	17	2,4
Disturbi psichici	15	2,1
Complicanze della gravidanza	8	1,0
Tumori	7	1,0
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	5	0,7
Malattie endocrine, del met e immun	2	0,3
Malformazioni congenite	1	0,1
Condizioni morbose di origine perin	1	0,1
Mancante	28	4,0
	701	100

Tab.3 Analisi per diagnosi rilevata (si riferisce ad ogni visita effettuata)

⁵⁷ Aragona et al., 2005.

4.8 Salute sessuale e riproduttiva

Nel biennio 2008-2009, le donne visitate che si trovavano in stato di gravidanza sono risultate 17, esse rappresentano l'11,7% del totale delle donne visitate.

Dall'anamnesi ostetrica risulta che l'età media alla prima gravidanza è di 17,7 anni di età; il numero medio di gravidanze avute dalle pazienti è di 3,8 e quello degli aborti 1,9 (Tab.4).

Età media prima gravidanza *	N. medio di gravidanze *	N. medio di aborti*
17,7 anni	3,8	1,9

*calcolo alla prima visita se questa è l'unica effettuata, oppure all'ultima nel caso siano state effettuate più visite

Tab.4 Salute sessuale e riproduttiva

Dai colloqui con le donne in gravidanza emerge anche un ritardo nell'accesso ai controlli (in termini di prima visita e prima ecografia) e una carenza di informazioni rispetto alla possibilità di ricorrere ad esami di diagnosi prenatale. Le difficoltà emerse nel percorso nascita si confermano sul versante più generale della prevenzione: si registra un bassissimo coinvolgimento nei programmi di screening (pap test, mammografia). Del resto nella prevenzione non vi è nulla, a parte la consapevolezza che la salute è un bene da tutelare, che renda urgente o indifferibile il ricorso ai servizi, e barriere di varia natura possono facilmente tradursi in un accesso mancato.

4.9 Orientamento e invio ai servizi pubblici

Con l'obiettivo di avvicinare i beneficiari dell'unità mobile al SSN, gli operatori di MEDU hanno informato tutti gli utenti sulle opportunità, le modalità di accesso e gli orari di apertura delle strutture sanitarie pubbliche più vicine. Ogni paziente è stato riferito alle strutture dell'anagrafe sanitaria per l'acquisizione della tessera sanitaria STP o l'iscrizione al SSN (Fig.5).

Nonostante la maggioranza dei pazienti sia affetto da patologie di semplice risoluzione il 74,4% degli utenti è stato inviato alle strutture ASL per una visita di controllo, in modo da favorire un ulteriore collegamento ai servizi pubblici. Si tratta di pazienti giunti alla nostra osservazione prima della circolare emessa il 19

febbraio 2008 dal Ministero della Salute che ha previsto la reintroduzione della tessera STP per i cittadini neocomunitari.

Il 9,9% degli utenti è stato inviato al consultorio ostetrico ginecologico e solo il 2,8% alle strutture del pronto soccorso. In alcuni casi i pazienti visitati sono stati accompagnati alle strutture pubbliche dagli operatori di MEDU. Si è trattato principalmente di minori, donne in stato di gravidanza e pazienti con patologie gravi.

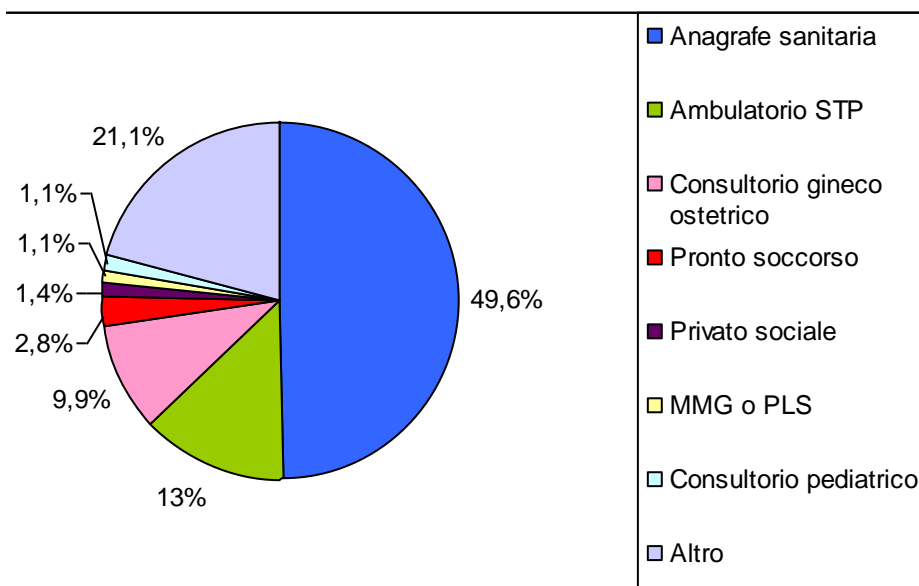


Fig. 5 Invio ai servizi pubblici, frequenze assolute e percentuali distinte per invio ai servizi pubblici (calcolata su tutte le visite)

Annotazioni antropologiche: l'esclusione dei Rom dalla salute⁵⁸

“Questi campi, costruiti sulla nostra merda, costituiscono il vero centro dell'Occidente, il centro in cui si annodano contraddizioni enormi quanto il mondo che abbiamo costruito, in cui diritti di cittadinanza e diritti dell'uomo si scontrano a muso duro, in cui Est e Ovest d'Europa rispecchiano le proprie miserie e i propri rimorsi, in cui una città riversa le proprie fragilità e le proprie finzioni, in cui, nonostante tutto, ci sono donne e uomini e bambini che vivono.”

Leonardo Piasere (in Hasani, Monasta 2003, p. 8)

Le seguenti riflessioni si basano su una ricerca sul campo di quattro mesi effettuata presso tre insediamenti di gruppi Rom nel territorio fiorentino e limitrofo⁵⁹. L'oggetto della ricerca è stata principalmente la comprensione, *dall'interno*, delle modalità, strategie e relazioni messe in atto dai Rom per accedere alla salute psico-fisica; parallelamente – e per richiesta della Associazione MEDU – l'indagine ha tentato di esplicitare le cause principali degli ostacoli che i Rom incontravano nell'accedere alle strutture sanitarie locali (Ospedali, Ambulatori territoriali, ambulatori dei medici di base, ecc.), sempre con un'ottica di analisi *interna* alla realtà studiata. Se l'oggetto della ricerca è stato quindi descrivere quelli che potremmo dunque chiamare *percorsi terapeutici* – e cioè *le pratiche messe in atto per accedere ad uno stato di benessere* – la finalità della ricerca era ed è eminentemente applicativa. Si è trattato, cioè, di fornire una base scientifica sulla quale impostare delle azioni di intervento che andavano da un piano sanitario – il MEDU è un'associazione di medici – ad uno più propriamente giuridico-politico – il MEDU si occupa, per statuto, di *diritto alla salute*. L'etnografia – ovvero l'insieme di dati qualitativi che compongono la base della riflessione antropologica - che sta alla base di questo breve saggio è stata elaborata grazie agli strumenti

⁵⁸ Umberto Pellecchia - Antropologo, Università di Siena.

⁵⁹ Rimando ai capitoli precedenti le specifiche rispetto alle caratteristiche degli insediamenti, la loro storia, la composizione della popolazione. Sui Rom il riferimento è Leonardo Piasere (1991, 1996, 1999).

teorici di alcune specializzazioni in cui è suddiviso il pensiero antropologico contemporaneo. In primo luogo l'*antropologia medica* che, come si vedrà, ha costituito la struttura centrale dell'analisi di concetti quali quelli di *corpo*, *sofferenza*, *violenza*. Poi, l'*antropologia politica* che ha permesso una riflessione sul rapporto tra istituzioni (sanitarie in questo caso) e individui e che consente di mettere in luce i rapporti di forza e di disuguaglianza che sono stati rilevati dall'etnografia. Infine l'*antropologia dello sviluppo* grazie alla quale si è dato avvio ad un percorso di analisi applicativa delle modalità di intervento sanitario dell'Associazione MEDU, delle logiche interne all'associazione e dell'orizzonte motivazionale dei volontari medici che operano nel MEDU. Mi è sembrato fondamentale quest'ultimo passaggio al fine di comprendere a tutto tondo un fenomeno complesso come il *diritto alla salute* in gruppi marginalizzati come i Rom, dove lavorano operatori italiani che tentano di dare assistenza che richiedono un "supporto" non solo nella comprensione "culturale" dell'utente ma anche nel modo *migliore* per operare con un paziente in un contesto di forte discriminazione sociale. Il testo vuole quindi essere da un lato una serie di riflessioni antropologiche e dall'altro una piattaforma di partenza per ricerche più approfondite e per strumenti pratici di applicazione nel campo dell'associazionismo sanitario e nella promozione del diritto alla salute. Quest'ultima questione – il *diritto alla salute* – è tema assai dibattuto in antropologia e non entrerà in questa sede nel merito di dibattiti teorici⁶⁰. Essi tuttavia sussistono sullo sfondo di un lavoro che vuole essere principalmente un punto di vista – quello antropologico - che ritengo necessario in tutti i campi in cui è necessaria una *comprensione* non solo della cosiddetta diversità culturale ma anche di fenomeni a noi vicini.

Cura, sofferenza e marginalità

Nell'affrontare le questioni che riguardano la cura, i percorsi terapeutici (v. oltre) e l'accesso alla salute dei Rom rumeni residenti negli insediamenti fiorentini, un primo interrogativo d'indagine ha riguardato la presunta presenza di *modalità interne*

⁶⁰ Il riferimento principale è l'antropologo medico Didier Fassin. Si veda, tra gli altri, (Fassin 2009).

di cura riferibili a medicine “tradizionali” o rimedi non riconosciuti dalla medicina ortodossa o, più in generale, dal nostro universo culturale. Inizialmente tale questione è stata connessa all’oggettiva problematicità manifestata dai Rom rumeni non solo nell’accedere ai servizi sanitari erogati dalla strutture locali (ASL, Ospedali, ecc.) ma anche nel seguire con una certa costanza le prescrizione mediche fornite dagli operatori volontari dell’Associazione MEDU, in particolare per quel che riguarda la *prevenzione* delle cause delle malattie e la continuità nel fare gli esami medici specialistici (ad esempio, esami ginecologici in caso di donne in stato di gravidanza o esami per malattie infettive). Tuttavia l’etnografia non ha riscontrato casi di curatori nei campi e nemmeno l’utilizzo di saperi medici “tradizionali” sistematici che svolgevano la funzione di cura o rimedio esclusivo. Pur non mancando alcuni circostanziati fenomeni di “autocura” - l’uso dell’alcool etilico contro il mal di testa, per fare un esempio, oppure l’assistenza delle donne anziane in caso di parto delle più giovani - le *convinzioni mediche* dei Rom rumeni fiorentini più che agire sulla base di modalità di cura culturalmente definibili sono da intendere come una risposta ad un rapporto di forza o di sospetto che si è smorzato nel corso del tempo con lo strutturarsi della *compliance* tra medico e paziente. Un’operatrice volontaria del MEDU - cui fanno eco dichiarazioni di altri volontari⁶¹ - sostiene, ad esempio, che «capitava agli operatori di trovarsi di fronte una sfiducia nei confronti dei trattamenti: “La tua medicina non è buona” diceva il paziente»: tale situazione nel corso della ricerca ha subito notevoli cambiamenti e in numerosi casi il rapporto tra paziente e medico si è saldato su una fiducia reciproca con la conseguenza di un esito positivo non solo della procedura ma anche del trattamento medico finale (molti casi di donne in stato di gravidanza, un uomo affetto da una grave affezione allo stomaco). Intendo sostenere infatti che nel corso del progetto “Un Camper per i Diritti” dell’Associazione MEDU un punto di forza è stato il riconoscimento, in parte conscio in parte

⁶¹ A circa una quindicina di volontari dell’Associazione MEDU è stato somministrato un questionario qualitativo al fine di raccogliere il punto di vista sul lavoro dell’Associazione ed una sorta di biografia motivazionale.

spontaneo, da parte dei volontari medici che «i pazienti interpretano la propria condizione all'interno di una rete di significati», per usare le parole di Good Byron (2006); significati, che se compresi aiutano la pratica medica effettiva. Lo strumento medico «narrativo» (ivi, 2006) utilizzato dai volontari del MEDU si è basato fondamentalmente sull'attenzione posta non solo al “bisogno” fisiologico del momento ma anche al racconto del paziente, alle narrazioni delle sue disavventure quotidiane, all'empatia. Tali comportamenti non solo hanno permesso un fondamentale cementarsi dei legami di fiducia, ma anche una comprensione maggiore della *sofferenza* ed una miglior riuscita dei percorsi di *cura*. Un esempio etnografico: F. è una bimba di circa otto anni, da circa due residente con la famiglia nell'insediamento di via Lucchese. Più volte visitata da un volontario del MEDU, specializzato in pediatria, ha instaurato con lui una relazione di amicizia. Quando si vedono i due scherzano un po', poi avviene la visita, ed infine l'eventuale prescrizione della terapia. Una sera il pediatra si presenta alla famiglia con una novità: la bimba dovrà indossare degli occhiali a causa del problema che da tempo aveva. La madre, prima ancora della figlia, si rifiuta, sostenendo che «i Rom non portano gli occhiali». Il pediatra, in compagnia di altri colleghi, si è dilungato per più di un'ora a cercare di comprendere il problema, interrogando anche la bambina, cercando con alcune astuzie (ad esempio mostrando, attraverso dei disegni che bambina aveva fatto dei suoi compagni di scuola, come in realtà fosse molto comune portare gli occhiali) di “convincere” il “paziente” della necessità della terapia. L'esempio è paradigmatico di molti altri casi; esso è del resto speculare ad una serie di momenti in cui la compliance non si è instaurata: in quest'ultimi, tuttavia, è riscontrabile di sottofondo in concetto di fiducia – in questo caso assente – come struttura di un rapporto medico. Ed il concetto di fiducia appare centrale non solo come dispositivo del rapporto medico tra *paziente rom* e volontari medici del MEDU (quindi del processo di *cura*) ma anche come chiave di lettura della *sofferenza sociale* che caratterizza gli attori rom degli insediamenti fiorentini. Uso questo concetto di *sofferenza sociale* evocando il paradigma

della *violenza strutturale* dell'antropologo medico Paul Farmer: con *violenza strutturale* lo studioso intende definire quella forma di violenza "indiretta", che non richiede cioè l'azione di un soggetto su un altro soggetto, e "processuale" prodotta cioè da particolari ordinamenti sociali segnati da profonde disuguaglianze⁶². L'uso di questo paradigma interpretativo nella realtà dei Rom rumeni negli insediamenti fiorentini permette di sgombrare il campo da pregiudizi etnocentrici e culturalisti: nessun Rom, per il semplice fatto di essere un *rom*, ha una predisposizione a certe malattie o a certi comportamenti sociali⁶³. La *sofferenza* dei Rom rumeni fiorentini, che genera malattia e quindi bisogno di cura, è prodotta all'interno di una rete di rapporti di potere che la società dominante italiana esercita sulla "minoranza" rom per ragioni identitarie, di consenso istituzionale ed economiche. In breve, è la *violenza strutturale* che la società italiana esercita sui Rom che provoca sofferenza ed è all'interno di questo quadro esplicativo che trovano ragione i *percorsi terapeutici* dei pazienti rom, i loro comportamenti e le ragioni degli ostacoli che essi incontrano nel rapportarsi con le strutture sanitarie fiorentine. La questione, quindi, più che "culturale" è *politica*: il rapporto tra malattia e ordinamento politico-giuridico, inteso come rapporto di forza, è centrale, a mio parere, per comprendere la sofferenza dei Rom a Firenze. È la *marginalità* in cui sono costretti a vivere i cittadini rumeni che spiega una serie di malattie in via diretta e in generale la loro mobilità difficoltosa nel mondo della sanità italiana. I caratteri di questa marginalità sono molti e in questa sede non è possibile

⁶² Cfr. (Farmer 2006), e per una discussione sul tema l'utile intervista a Ivo Quaranta:

http://www.trickster.lettere.unipd.it/numero/rubriche/ricerca/corio_quaranta_I/corio_quaranta_I.html

⁶³ Il che significa, in pratica, che la "cultura" rom non obbliga nessuno dei soggetti a *fare* od *essere* in un certo modo. La maggior parte degli stereotipi degli italiani sui Rom seguono questa logica culturalista ed etnocentrica (ovvero che pone il nostro *ethnos*, il "noi", al centro della visione del mondo e delle cose). Cfr. (Tosi-Cambini 2008), per sfatare il mito metropolitano più in voga sui rom, quello della zingara che ruba i bambini. Anche nella letteratura medica è presente, in rari casi, la critica di questo approccio, cfr. (Monasta 2005, p. 30) e (Trevisan 2004).

analizzarli ognuno: in generale si va da una situazione abitativa ai limiti (baracche in discariche, ex fabbriche abbandonate, capannoni di amianto abbandonati), fuori dall'“occhio” del cittadino fiorentino; una situazione economica dipendente da lavori saltuari o dall'elemosina, che non consente una programmabilità futura; un essere oggetto di episodi di palese razzismo o comunque discriminazione, sia da parte di cittadini italiani comuni che da parte delle istituzioni. L'elenco potrebbe proseguire⁶⁴: è all'interno di queste coordinate che si colloca *l'esperienza della cura* dei Rom fiorentini oggetto dell'indagine. Ed è sempre in queste coordinate che si colloca in primo luogo il lavoro dei volontari MEDU che attraverso la *fiducia* hanno tentato di superare le barriere sociali della sofferenza ed in secondo luogo il progressivo trasformarsi delle modalità di accesso al diritto alla salute da parte delle istituzioni sanitarie fiorentine.

Percorsi terapeutici: tra indipendenza ed assistenza

Il rapporto critico, per non dire conflittuale, con le istituzioni sanitarie, strutture ospedaliere e territoriali è la struttura centrale delle narrazioni dei Rom presenti negli insediamenti fiorentini ed è, d'altro canto, la quotidianità dell'esperienza dei percorsi terapeutici degli stessi. Come per altri gruppi Rom – e forse per molti altri gruppi migranti – anche nel caso degli insediamenti fiorentini è da rilevare come il Pronto soccorso sia la struttura medica maggiormente frequentata. L'ospedalizzazione, come rileva Paola Trevisan, viene generalmente percepita dal paziente rom come un «momento piuttosto drammatico» poiché implica una «perdita di controllo sul proprio corpo, sulla propria vita e soprattutto sulla propria identità» (Trevisan 1996, p. 211). La percezione dell'ospedale come luogo di controllo “sui corpi e sull'identità” si è maggiormente consolidata nei primi mesi del 2009 nella coscienza dei Rom rumeni fiorentini, modificando dei comportamenti che da lungo tempo i volontari del MEDU avevano tentato di consolidare. L'annuncio dei provvedimenti

⁶⁴ Vorrei rimandare alla raccolta di articoli di Annamaria Rivera (2009) per una “ rassegna” di episodi di violenza strutturale italiana sui gruppi migranti negli ultimi dieci anni.

legislativi del Governo sulla denuncia del “clandestini” da parte dei medici e la massiccia mediatizzazione che ne è seguita ha avuto, tra le altre, la conseguenza di un ritorno all’uso del Pronto soccorso – luogo neutro, veloce, di fruizione medica – per molti di quei pazienti rom che da tempo avevano istaurato un lento e fragile rapporto di fiducia con i medici e gli ambulatori territoriali. Il timore dell’«annullamento culturale» (Trevisan *ivi*, p. 212) che provoca di per se’ l’ospedale nei pazienti rom pare che, causa l’apparato legislativo italiano, si stia tramutando in un timore di un annullamento *in quanto persone*: la schedatura, l’obbligo di porre le impronte digitali su documenti di riconoscimento, il pagamento di ammende, il rischio della denuncia, l’espulsione *non importa se siano effettivamente leggi dello Stato o significati imposti dai mass media* hanno come conseguenza pratica di inceppare dei percorsi terapeutici “normali”⁶⁵ che i Rom possono avviare con le strutture sanitarie italiane, ovvero di limitare di fatto la possibilità di un minimo rapporto con il territorio. Nel corso di ogni colloquio, anche informale, con i cittadini rumeni presenti a Firenze emerge, anche se non richiesto, il costante dramma dell’“uscire dal campo”⁶⁶: gli insediamenti abitativi, anche se fatiscenti e oltre i

⁶⁵ Con “normali” intendo dire i rapporti che *qualsiasi cittadino* intrattiene con una struttura sanitaria quotidianamente. Un interessante lavoro sul rapporto tra Rom e istituzioni è la tesi di laurea di Vigiani (2008).

⁶⁶ Lo spazio abitativo dei Rom rumeni negli insediamenti fiorentini è un tema di dibattito all'interno dell'Associazione MEDU. A titolo di esempio, è capitato nel corso della ricerca che più di un volontario dell'associazione mi chiedesse spiegazioni “antropologiche” del perché i Rom non fossero puliti come “del resto dovrebbe essere”. La mia difficoltà è stata non tanto rispondere alla domanda, che dal mio punto di vista era evidentemente priva di senso, quanto far comprendere all'interlocutore la fragilità di una espressione quale “come del resto dovrebbe essere” i cui riferimenti universalisti sono labili. La ‘dedizione’ alla pulizia dell'ambiente – fenomeno che peraltro la nostra società *naturalizza* ovvero iscrive in una sorta di genetica universale dell'essere umano correndo quindi il rischio di concepire come “non umani” o *sostanzialmente differenti* chi non pulisce secondo i nostri parametri – è limitata allo stretto necessario, all'ambiente propriamente domestico che è quello dove si svolge la maggior parte del tempo quando si è presenti nel campo. Il resto del campo è un luogo indifferente, esterno in opposizione all'interno, rischioso.

limiti della tolleranza igienica, vengono rappresentati paradossalmente come l'unico ambiente familiare. Le vie cittadine, le caserme dei Carabinieri, i rari luoghi di lavoro ed anche gli ospedali e le cliniche, invece, vengono percepiti come "luoghi del sospetto", del timore, dove tutto può succedere e non è possibile controllare la propria vita, i propri corpi. Il "campo" rom (Piasere 2006, Sigona 2002) si presenta come un ambiente fuori dal controllo della socialità ordinaria della città e, allo stesso tempo, oggetto di controllo istituzionale costante: se da un lato, infatti, esso è uno spazio preservato alla vista del cittadino italiano – si tratta, nel caso dei Rom fiorentini di una ex fabbrica abbandonata e di alcuni capannoni industriali – e quindi escluso dai circuiti di socialità (viene spesso e non a caso definito un "ghetto", Rivera 2009), d'altro lato è soggetto a continui controlli da parte delle forze dell'ordine o sgomberi improvvisati. Nonostante ciò e nonostante anche il fatto che spesso le relazioni tra le famiglie rom nel campo sono conflittuali, esso è l'unico ambiente dove si avviano i percorsi terapeutici dei pazienti, grazie al lavoro dei volontari medici dell'Associazione: nel campo, o più spesso all'interno delle abitazioni, i Rom si fanno curare, parlano di sé, esprimono i loro malesseri. L'analisi di questo fenomeno è duplice: se da un lato il "campo" è l'unico luogo della cura, esso si pone come barriera nei confronti di un "esterno" percepito come incomprensibile, irraggiungibile o rischioso. Un mancato processo istituzionale di avvicinamento dei Rom alle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali esclude i pazienti stranieri dalla fruizione di un diritto producendo al contempo la marginalità della vita dei campi, ambienti insalubri e quindi pericolosamente portatori di malattie. In questo circolo vizioso – i cui limiti sono da un lato la solitaria indipendenza del migrante che "sfugge" un ambiente circostante e dall'altro l'assistenzialità di progetti sanitari che non modificano il loro status di *non-persone* – si individua ancora una volta il ruolo delle istituzioni che dovrebbero incarnare quel *diritto alla salute per tutti* che è alla base della cittadinanza.

Conclusioni: per un diritto alla salute

L'atteggiamento legislativo e le retoriche politiche riferite ai

cittadini stranieri presenti nel territorio italiano, negli ultimi anni si sono caratterizzati da toni discriminatori che non hanno facilitato né la semplificazione delle procedure di ‘integrazione’ sul territorio degli stranieri stessi, né l’utilizzo razionale delle risorse pubbliche a favore dell’immigrazione e nemmeno la creazione di una ‘cultura politica’ che comprenda il fenomeno migratorio come un *fatto* e non come un *problema* (Rivera 2009). Anche nell’ambito medico si riscontrano le medesime difficoltà: sia nel macro-livello (leggi dello Stato, norme applicative, circolari interne agli enti) sia nel micro-livello (organizzazione pratica degli uffici atti alla ricezione dell’utenza straniera, comportamento del personale sanitario e amministrativo, utilizzo della mediazione culturale, ecc.) il *diritto alla salute* appare oggi caratterizzato da una forte e strutturata *disuguaglianza*.

Allo straniero (Rom, nel caso qui esaminato) non viene fatto assumere, in nessun livello della nostra società, il carattere di *cittadino*, ovvero del beneficio di certi diritti. Esso è “utilizzato” via via in differenti frangenti – come contenuto elettorale nelle competizioni tra partiti, come sfogo xenofobo, come causa del pericolo per la salute pubblica, come lavoratore sottoproletario – in nessuno dei quali viene considerato il suo essere *persona* (Dal Lago 2004, Sayad 2002). Anche in campo medico molto spesso si nota il medesimo pericolo, nel momento in cui cioè il “diritto alla salute” viene eccessivamente sintetizzato nella mera medicalizzazione, in quella che Giorgio Agamben chiama “nuda vita” (2005): il “diritto alla salute” è *un* diritto e pertanto chiama in causa una serie di connessioni che dalla salute passano ad un diritto al benessere e alla giustizia sociale. È per questo motivo che il presente saggio ha preso come taglio analitico il rapporto tra istituzioni e accesso alla salute nell’esaminare i percorsi terapeutici. E tale ottica non pertiene solo alle discipline antropologiche, ma trova eco anche in studi più vicini ad un ambito medico: nel suo lavoro di epidemiologia Lorenzo Monasta dichiara: “sono praticamente assenti ricerche sugli effetti della legislazione e dei comportamenti istituzionali, che sicuramente influiscono sullo stato di salute dei cittadini zingari

stranieri sia sui gruppi autoctoni” (p. 44)⁶⁷. Così come è anche possibile osservare che, anche in ambienti istituzionali, c’è stata una presa di coscienza del fatto che le relazioni sociali diseguali devono essere prese in considerazione come *determinanti* della salute, come dimostra il rapporto *Closing de Gap* dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2008).

Conclusioni applicative

La ricerca sul campo antropologica, la raccolta delle narrazioni dei Rom rumentini fiorentini, l’osservazione dei processi relazionali tra medici del MEDU e pazienti Rom ed, infine, il confronto costante con i volontari medici, mi hanno portato a delineare alcuni suggerimenti applicativi, da intendere come coordinate molto generali entro cui pensare la programmazione degli interventi ed, eventualmente, la progettazione di attività mediche o di ricerca.

Utilizzo di una metodologia partecipativa ed orizzontale. Come ho tentato di mostrare, il concetto di *fiducia* riveste un ruolo centrale all’interno dei meccanismi relazionali tra medico e paziente. Pertanto si pone come centrale sviluppare una metodologia di lavoro *partecipativa ed orizzontale*: coinvolgendo, cioè, il soggetto nella discussione della sua malattia senza instaurare un rapporto gerarchico. Tale metodologia si può sviluppare sia nel *micro*, ovvero nel quotidiano rapporto tra medico e paziente, sia nel *macro*, ovvero nel coinvolgimento delle comunità in decisioni che la riguardano o in progetti.

Mediazione linguistica e culturale. Alla luce dei dialoghi con i volontari medici, attraverso l’analisi dei questionari e dalle conversazioni con i pazienti rom, emerge come urgente l’uso di un mediatore linguistico e culturale che supporti i volontari nel loro lavoro. Su questo punto è necessaria una precisazione: la scelta del mediatore, a mio parere, non deve essere finalizzata solo ed esclusivamente ad un “rapporto

⁶⁷ Cfr. le pagine del lavoro di Monasta dove il concetto di disuguaglianza assume le forme pratiche (2005, pp. 45, 46, 135). L’autore, attraverso una analisi epidemiologica, arriva alle stesse conclusioni che questo saggio vorrebbe far emergere.

linguistico”, ma deve essere intesa come l’istaurazione di un *rapporto di fiducia*. Pertanto il mediatore dovrà essere scelto su determinati canoni che non sono solo linguistici. Un esempio: un mediatore rumeno corre il rischio di essere percepito dal paziente rom con diffidenza, anche se condividono una lingua. I Rom rumeni fiorentini infatti, in patria, hanno un rapporto di disuguaglianza molto forte con i concittadini rumeni dai quali vengono discriminati.

Pressione sulle istituzioni sanitarie. Emerge come centrale nell’attività dell’Associazione ed in virtù di un progetto sul diritto alla salute, l’esercizio di attività di pressione politica sulle istituzioni sanitari rispetto a temi specifici individuati di volta in volta: accesso alle strutture per i cittadini stanieri, sollecitazione al rispetto di parametri legislativi vigenti (tessera STP ad esempio), pressione per la modifica o l’obiezione di coscienza verso quelli discriminanti.

Analisi delle dinamiche socio-culturali e progettazione congiunta medico-antropologica.

Bibliografia

- Agamben, G. (2005), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino;
- Byron G. J. (2006), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino;
- Dal Lago A. (2004), *Non-persone. L'esclusione de migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano;
- Fassin D. (2006), *La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia*, in Quaranta I. (2006), pp. 303-322;
- Fassin D. (2009), *Anthropologie politiques et santé publique*, testo presentato al quarto seminario su "Medicina e Cooperazione", CREA-CUAMM-Provincia di Siena, Siena;
- Farmer P. (2006), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, in Quaranta I. (2006), pp. 265-302;
- Hasani B., Monasta L., (2003), *Vite costrette, un viaggio fotografico nel campo rom del Poderaccio, Ombre Corte, Verona*;
- Monasta L. (2005), *Romà macedoni e kosovari che vivono in "campi nomadi" in Italia. Stato di salute e condizioni di vita per bambini da zero a cinque anni d'età*, tesi di dottorato in epidemiologia, Universidad Autonoma de Guerrero, Guerrero;
- Piasere L. (1991), *Popoli delle discariche: saggi di antropologia zingara*, Centro di Informazione Stampa Universitaria, Roma;
- Piasere L. (a cura di) (1996), *Italia Romani. I*, CISU, Roma;
- Piasere L. (1999), *Un mondo di mondi: antropologia delle culture rom*, L'Ancora, Napoli;
- Piasere L. (2006), *Che cos'è un campo nomadi?*, in "Achab", n. 8, pp. 8-16;
- Quaranta I. (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano;
- Rivera A. (2009), *Regole e roghi. Metamorfosi del razzismo*, Dedalo, Bari;
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano;
- Sigona N. (2002), *Figli del ghetto. Gli italiani, i campi nomadi e l'invenzione degli zingari*, Nonluoghi, Milano;
- Tosi Cambini, S. (2008), *La zingara rapitrice. Racconti, denunce, sentenze (1986-2007)*, CISU, Roma;
- Trevisan P. (1996), *Fra medici e santi: itinerari terapeutici in una comunità di Roma Croati*, in Piasere L. (1996), pp. 205-226;
- Trevisan P. (2004), *La "salute" dei Rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante i zingari*, in "La Ricerca Folklorica", n. 50, pp. 53-73;
- Vigiani A. (2008), *Differenze affermate. Enti locali e zingari: il caso di Jesi*, tesi di laurea triennale, relatrice prof. Grilli, Università di Siena, Siena;
- World Health Organization (2008), *Closing the Gap in a generation. Health equity through an action on the social determinants of health, final report della Commission on Social Determinants of Health*, Ginevra.

Conclusioni

Volendo tentare un bilancio del lavoro svolto in questi due anni all'interno degli insediamenti spontanei di Firenze e Sesto Fiorentino, è necessario tenere presente l'obiettivo principale del progetto Camper per i Diritti: avvicinare la comunità Rom al servizio sanitario pubblico per rendere effettivo quell'accesso alle cure spesso enunciato solo formalmente.

Il lavoro è stato svolto necessariamente in due direzioni: nei confronti dell'utenza per la prevenzione e l'educazione alla salute, la prima assistenza, l'orientamento e l'eventuale accompagnamento ai servizi sanitari, e nei confronti delle istituzioni per un'azione di testimonianza e per una richiesta di coordinamento e collaborazione.

Dal primo punto di vista va premesso che nel contesto in cui ha operato l'unità mobile di MEDU, essa è venuta in contatto con un gruppo di popolazione uniforme e ben caratterizzato non solo per quanto riguarda la provenienza - si tratta di Rom cittadini rumeni - ma anche per i problemi legati all'accesso alle cure, allo status giuridico e ai determinanti di salute relativi alla condizione socio-economica quali lo stato abitativo, l'emarginazione sociale e la povertà.

Primo dato rilevante è che gli operatori dell'unità mobile di MEDU sono riusciti a raggiungere gli utenti direttamente presso le loro dimore, instaurando un rapporto umano di fiducia e conoscenza reciproca, favorito forse da un'offerta attiva allettante quale quella di assistenza sanitaria. Questo approccio è stato alla base di un percorso di inserimento sanitario e di collegamento con i servizi di assistenza primaria che potrebbe fungere da volano per un più ampio inserimento sociale. La costante presenza sul territorio degli operatori, che hanno cercato di svolgere una medicina attiva e un servizio di prossimità a

bassa soglia, ha permesso un ascolto delle problematiche che vive la comunità e ha portato alla luce le principali barriere che impediscono la regolarizzazione sociale e l'accesso alle cure. È stato svolto anche un lavoro di tipo antropologico, con la raccolta di storie di vita, la ricostruzione del percorso migratorio e delle esperienze lavorative e di malattia, attraverso il quale è stato possibile riflettere sui concetti di salute e prevenzione.

Ci siamo confrontati con un'utenza recettiva ed attiva: significativo in tal senso il dato per cui la percentuale dei Rom che alla seconda visita aveva provveduto alla stipula della tessera STP è passata dall'11 al 36% a seguito delle nostre indicazioni.

I nostri dati disegnano inoltre il profilo di un'utenza colpita principalmente da patologie croniche causate in larghissima parte dalle condizioni di precarietà in cui vive, condizioni igienico-sanitarie che risultano intollerabili ed impediscono il benessere dei singoli individui. In questo quadro è stato in particolare molto difficile, ed a volte impossibile, poter organizzare un'effettiva presa in carico da parte dei servizi sanitari pubblici di pazienti con patologie importanti come i tumori, bisognosi di un'assistenza domiciliare continuativa, oppure di pazienti in fase post operatoria.

I servizi territoriali restano l'unico servizio in grado di garantire un'assistenza di base a tutti gli stranieri anche se è ancora il Pronto soccorso ad essere più utilizzato dai cittadini stranieri, spesso in modo inappropriato, con un conseguente aumento dei costi a carico del SSN.

Dal punto di vista della salute pubblica, emerge che le malattie infettive, pur costituendo una minima percentuale dei riscontri diagnostici, hanno rappresentato una grossa difficoltà di gestione sia dello screening (ricerca dei contatti) che della necessaria terapia, entrambi passi fondamentali in tali casi. Nei casi di tubercolosi l'unica strategia possibile, preventivamente concordata con il servizio sanitario nella gestione post ospedaliera della terapia, si è rivelata essere quella della "terapia direttamente osservata" (DOT) in ospedale, con la quale è stato peraltro possibile somministrare anche un pasto appropriato al paziente. Per contro la situazione di estrema precarietà ha reso impossibile la gestione opportuna dei casi di scabbia.

Risulta evidente che la presenza di patologie, infettive e non infettive, che in una situazione di “normalità” non dovrebbero preoccupare perché facilmente gestibili, possono presentare grosse criticità di trattamento quando la situazione abitativa ed igienica non è adeguata.

Anche le varie problematiche relative all’accesso alle cure (barriere burocratiche ed economiche, scarsa conoscenza del diritto alla salute e dei servizi sul territorio, scarsa fiducia nel SSR, scarsa valutazione delle priorità legate alla salute) hanno influito negativamente sia sulla salute che sul rapporto di fiducia nei confronti delle istituzioni, soprattutto sulle fasce di popolazione più deboli come le donne, i minori e i pazienti con malattie croniche. Tali problematiche, che non differiscono molto da quelle di un cittadino italiano vulnerabile, nel caso dei nostri utenti sono state amplificate da barriere linguistiche, che pregiudicano la comprensione dei percorsi di salute, e da problematiche amministrative, che influiscono sulla continuità dell’assistenza. In questo senso è auspicabile l’organizzazione di un servizio di mediazione linguistico-culturale più efficiente e capillare all’interno dei servizi ed una maggiore tempestività dell’azione normativa regionale: è opportuno segnalare che la condizione di accesso alla salute per i pazienti Rom neocomunitari è risultata particolarmente grave nei primi due mesi sia del 2008 sia del 2009, quando non era ancora attiva o era scaduta la Delibera regionale che equiparava i loro diritti a quelli del cittadino straniero non comunitario privo di permesso di soggiorno. In questi intervalli temporali, infatti, questo tipo di pazienti era obbligato a pagare le cure di cui aveva bisogno oppure a trascurare le necessità di salute.

Dalle interviste e dall’osservazione del funzionamento degli ambulatori STP emerge come la mancanza di risorse umane e materiali (in particolare un sistema informatico per la gestione di un adeguato registro dei pazienti e i ridotti orari di apertura degli ambulatori) comporti una difficoltà nell’approccio olistico al paziente e nella continuità di cura. Crediamo che per migliorare l’accesso alle cure dei gruppi di migranti irregolarmente soggiornanti che vivono in condizioni di marginalità sia opportuno operare una scelta politica decisa tra il potenziamento

degli ambulatori STP già esistenti e il pieno coinvolgimento dei medici di base, in applicazione della normativa regionale vigente che prevede il libero accesso con rimborso per singola prestazione alla medicina generale.

Ci sembra inoltre interessante evidenziare come la mancanza di una relazione fra distretto e territorio generi una scarsa conoscenza dei contesti in cui gli utenti vivono. Molti operatori hanno sottolineato l'utilità di un approccio sanitario operativo al territorio, come testimoniano le esperienze degli anni passati nei campi nomadi attrezzati dell'Olmatello e del Poderaccio. Tale metodologia è vista come proficua nell'ottica di portare avanti una campagna di informazione degli utenti, una acquisizione di maggiori conoscenze da parte degli operatori e più in generale per stimolare la nascita di una fiducia generale delle categorie più vulnerabili verso le istituzioni sanitarie. Questa prospettiva è d'altronde in linea con le politiche sanitarie della Regione Toscana, che negli ultimi anni si è fatta promotrice di progetti territoriali che favoriscono la medicina di iniziativa. Ci auguriamo che questo approccio si estenda da un uso legato esclusivamente alla gestione delle patologie croniche ed infettive ad uno che comprenda la gestione sanitaria integrale anche dei contesti di marginalizzazione presenti sul territorio regionale.

Se da una parte il nostro percorso di avvicinamento ed i nostri risultati nei confronti dell'utenza possono essere considerati sostanzialmente positivi, dall'altra dobbiamo rilevare l'esistenza di un atteggiamento di "antipatia culturale" nei confronti della popolazione rom presente nella società civile in generale e quindi anche nelle sue istituzioni. Da un lato la persistenza di forti pregiudizi nei confronti di questi utenti, emersi durante alcune interviste agli operatori sanitari ed amministrativi, si riflette nel rapporto con i beneficiari creando una spirale di razzismo sia reale che percepito. Dall'altro, esiste una difficoltà di comunicazione a livello istituzionale sulla tematica specifica dei Rom. Di fronte ad una situazione di fatto come quella descritta in queste pagine, che persiste oramai da circa dieci anni, l'atteggiamento prevalente dei rappresentanti degli Enti locali deputati all'accoglienza è stato infatti di indifferenza e in certi casi di ostilità.

È rimasta disattesa la nostra richiesta, condivisa anche delle famiglie Rom, di miglioramento delle condizioni igieniche attraverso la rimozione dei rifiuti presenti negli insediamenti, che abbiamo ritenuto essere il provvedimento più urgente per restituire dignità e per permettere le minime condizioni di salute alle persone. Ad un livello più complessivo, abbiamo anche chiesto l'avvio di un tavolo di coordinamento provinciale in cui soggetti pubblici e privati potessero pensare alla soluzione più opportuna, ma le uniche risposte avute fino ad ora sono state le minacce delle forze di pubblica sicurezza al momento della visita nei campi, il moltiplicarsi degli episodi di fermo in Questura con il conseguente rilascio di un ordine di allontanamento dal territorio e le periodiche operazioni di sgombero, attuate senza una preventiva condivisione con i destinatari, senza preavviso alcuno e senza la previsione di soluzioni né di emergenza né a lungo termine.

Tali azioni di sgombero hanno messo in pericolo la salute delle persone presenti negli insediamenti, donne bambini in primo luogo, avendo come unica conseguenza lo spostamento dei nuclei familiari in altre aree della zona. La perdita degli effetti personali, della documentazione sanitaria e dei medicinali in loro possesso ha inoltre comportato un ulteriore aggravio di lavoro per i nostri operatori. La periodicità delle retate e degli sgomberi ha peggiorato la condizione psicologica degli utenti e aumentato la loro diffidenza ed in certi casi anche l'ostilità verso tutto ciò che "viene dall'esterno", minando anche il rapporto di fiducia nei nostri confronti faticosamente instaurato nel tempo. In una situazione di questo tipo vengono messi in crisi la possibilità e il senso del nostro intervento, che dopo aver avvicinato l'utenza percorrendo quel tratto di strada che la separa dai servizi pubblici, presuppone anche una risposta al momento del nostro ritorno verso il servizio pubblico.

Il preoccupante clima di stigmatizzazione della comunità Rom presente nell'opinione pubblica mina anche l'efficacia della nostra azione di testimonianza e denuncia della violazione dei diritti. Le ragioni di un tale atteggiamento sono certamente complesse, influenzate dai messaggi che spesso arrivano dal mondo dei media e della politica. Vogliamo solo ricordare le

minacce di abrogazione dell'art.35 del Testo Unico sull'Immigrazione Dlgs 286/98, che avrebbe portato all'obbligo di denuncia degli stranieri irregolari in sede di accesso alle strutture sanitarie, ed i diversi provvedimenti normativi adottati a livello nazionale, quali ad esempio i Decreti che a tutt'oggi dichiarano lo stato di emergenza causato dalla presenza di insediamenti Rom alla periferia delle nostre città.



Ringraziamenti

Agli amici Rom degli insediamenti alla periferia di Firenze.

Al gruppo dei volontari MEDU di Firenze: Andrea Bassetti, Guido Bendetti, Alessandro Becucci, Alessio Bruni, Saverio Caini, Giulia Cardelicchio, Marco Zanchetta, Carlo Caresia, Elena Crudeli, Doerte Dahlke, Arianna Dilaghi, Paolo Dirindelli, Benedetta Federighi, Cecilia Francini, Giovanni Battista Fucini, Ilenia Gori, Giacomo Grassi, Luca Larucci, Ilaria Lemmi, Antonio Liguori, Francesco Magnante, Dario Mannini, Giulia Mencattini, Martina Mengozzi, Laura Moscetti, Ada Nigrelli, Umberto Pellecchia, Elena Putti Brandi, Lorenzo Righi, Benedetta Sartini, Francesca Scarselli, Diletta Sabatini, Paolo Sarti, Mattia Spadafora, Micol Stivala, Eden Tesfamicael, Claudia Truppa, Salvatore Cesareo.



Firenze, 5 Gennaio 2010. Ore 21:40. Maria, 42 Anni, Diabete Mellito Insulino Dipendente

**Andatumaro Drepto Sorago Sastimo. Ciec Nai Coslo
La Salute E' Un Diritto Di Tutti. Nessuno Escluso
Sănătatea Este Un Drept Al Tuturor. Nimeni Esclus**

www.mediciperidirittiumani.org

Con il contributo della Regione Toscana

MEDU
MEDICI
PER I
DIRITTI
UMANI