

AMI

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

Presenze internazionali

*Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica
delle migrazioni in Italia*

a cura di
GIOVANNI PIZZA e ANDREA F. RAVENDA

33-34
ottobre 2012



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente* della SIAM, *presidente* della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), già ordinario di antropologia culturale nell'Università di Perugia)

Comitato consultivo internazionale: Naomar Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix-Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X - Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / †Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / Sylvie Fainzang (Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris) / Ronald Frankenberg (Brunel University, Uxbridge - University of Keele) / Byron Good (Harvard Medical School, Boston) / †Mirko Grmek (École pratique des hautes études, Paris) / Mabel Grimberg (Universidad de Buenos Aires) / Roberte Hamayon (Université de Paris X - Nanterre) / Thomas Hauschild (Eberhard Karls Universität, Tübingen) / Elisabeth Hsu (University of Oxford) / †Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / †Boris Luban-Plazza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Ángel Martínez Hernández (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Mariella Pandolfi (Université de Montréal) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico: *Il Consiglio direttivo della SIAM:* Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Roberto Beneduce (Università di Torino) / Andrea Caprara (Escola de saúde pública do Ceará, Fortaleza - Universidade estadual do Ceará, Fortaleza) / Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Alessandro Lupo, *vice-presidente* (Sapienza Università di Roma) / Roberto Malighetti (Università di Milano Bicocca) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Ivo Quaranta (Università di Bologna) / Gianfranca Ranisio, *vice-presidente* (Università di Napoli "Federico II") / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma) / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia):* Giovanni Berlinguer (Sapienza Università di Roma)

Comitato di redazione: Paolo Bartoli (Università di Perugia) / Andrea Caprara (Universidade estadual do Ceará, Fortaleza) / Giuseppe Cardamone (Azienda USL n. 9 [Grosseto] della Regione Toscana) / Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Salvatore Inglese (Azienda USL n. 7 [Catanzaro] della Regione Calabria) / Laura Lepore (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Sapienza Università di Roma) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Enrico Petrangeli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma)

Segreteria di redazione: Giovanni Pizza, *coordinatore* / Lorenzo Alunni / Massimiliano Minelli / Elisa Pasquarelli / Andrea F. Ravenda

Editing: Massimiliano Minelli / Giovanni Pizza / Andrea F. Ravenda

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica è una testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) e viene realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia.

Il mal di testa e lo sgombero.

Percorsi terapeutici e percorsi securitari nei campi rom di Roma

Lorenzo Alunni

dottore di ricerca in Etnologia e antropologia (AEDE, Università degli studi di Perugia -
Université Paris Ouest Nanterre La Défense)
[lorenzo.alunni@gmail.com]

«Sono pronto a giocarmi la testa che i contadini di Čičikov sono dei ladri e degli ubriacconi all'ultimo stadio, dei fannulloni dal comportamento violento». «Sì, sì, su questo hai ragione, è vero, nessuno vende un buon uomo, e i contadini di Čičikov sono degli ubriacconi, ma bisogna fare attenzione al fatto che qui c'è anche una morale, qui è racchiusa anche una morale: adesso sono dei mascalzoni, ma, trasferiti su una nuova terra, all'improvviso possono diventare sudditi eccellenti. Ci sono già diversi esempi del genere: nel mondo, proprio, e nella storia, anche».

Nikolaj Gogol', *Anime morte* ⁽¹⁾

Introduzione

Per le strade del centro di Roma non è difficile incontrare delle signore rom che, inginocchiate per terra, chiedono la carità. Spesso, accanto al piattino in cui invitano i passanti a deporre delle monete, dispongono immagini sacre, santini: la Madonna, Padre Pio, qualche Santo oppure le foto di Papa Giovanni Paolo II. Ma non sono i soli elementi di persuasione che quelle donne scelgono di disporre per terra. Negli ultimi tempi si vede sempre più spesso anche dell'altro: scatole di medicinali. Il messaggio è chiaro: l'elemosina che viene richiesta servirà anche per comprare delle medicine importanti. Non si fa leva solo su un sentimento religioso, ma anche sull'espressione di un preciso bisogno, quello medico. Non è certo da escludere che una buona parte di quelle scatole vuote di medicinali provengano da una prescrizione emessa dall'équipe medica al centro di questo testo: il "Camper sanitario" ⁽²⁾.

In ogni caso, Nina non è una di quelle signore e, assicura, non lo è mai stata. Tuttavia, l'arrivo del Camper sanitario nel suo campo, il Casilino 900, è puntualmente una delle rare occasioni che le fa interrompere le

faccende di casa. A guidarla attraverso le baracche verso quell'ambulatorio mobile è, più che la sua conoscenza della complessa topografia del campo, il mal di testa sempre più forte e insistente che la martoria.

Nina, vedova di circa sessanta anni, abita nel campo Casilino 900 da venti anni e vi è arrivata dalla Bosnia. È una delle più assidue pazienti del Camper sanitario, un servizio offerto dall'ASL Roma B, in collaborazione con Opera Nomadi Lazio. Si tratta di un ambulatorio mobile, in cui operano un Dottore, un'Infermiera, un Mediatore culturale, che si occupa della guida del Camper e che indico come Autista. L'unità è attiva da oltre undici anni, passati a operare negli insediamenti rom della zona di pertinenza dell'ASL RMB, nella zona est e sud-est di Roma.

Considerare il Camper come un semplice ambulatorio medico sarebbe a suo modo fuorviante. Per questo, il caso di Nina fa della sua relativa singolarità uno strumento utile per avvicinarci alla quotidianità del servizio sanitario in questione in relazione a quella dei contesti in cui opera. Obiettivo è una analisi della dinamica d'irruzione dello straordinario nell'ordinario sanitario, laddove l'essenza di quell'ordinario – la vita dei campi nomadi coinvolti e la loro stessa problematica esistenza – è costituita da una eccezionalità permanente (AGAMBEN G. 2003)⁽³⁾. Inoltre, la storia di Nina ha luogo per lo più in un "campo nomadi" e, se si accetta la definizione di Giorgio Agamben secondo cui il campo è quel "puro, assoluto e insuperato spazio biopolitico" e «paradigma nascosto dello spazio politico della modernità», di cui «dovremo imparare a riconoscere le metamorfosi e i travestimenti» (AGAMBEN G. 1995: 135), allora l'etnografia deve imparare a riconoscere quelle metamorfosi e travestimenti in quegli stessi spazi, prima che nel paradigma politico di cui i campi si fanno cartina di tornasole e avanguardia del mondo sociale come sarà, nella sua totalità e nel suo rapporto con il politico. Secondo questa prospettiva, è dunque nei proprio nei campi che si deve indagare come si manifesta il «punto d'incrocio fra il modello giuridico-istituzionale e il modello biopolitico del potere», ovvero il punto da cui scaturisce quel potere sovrano la cui "prestazione originale" è la produzione di un corpo biopolitico (AGAMBEN G. 1995, 2003). Nei campi presi in considerazione in questo testo, emerge come i Rom rientrano in quelle categorie che mettono in crisi il legame fra uomo e cittadino, nello stesso modo in cui lo stesso Agamben (AGAMBEN G. 1995) ha mostrato come la figura del rifugiato metta in subbuglio il legame stabilito fra nascita e nazionalità. Sfidando la finzione originale della sovranità, i Rom sono assorbiti dal paradosso di una immagine simultaneamente patetica e minacciosa, e questa immagine non può essere che riflessa anche dall'incontro fra Rom e istituzioni sanitarie,

in qualunque forma queste si manifestino. In tale quadro generale, la traiettoria biografica di Nina, uno dei protagonisti del lavoro di etnografia di cui questo testo è frutto, attraversa i tre momenti che scelgo di approfondire nelle tre parti che lo compongono: la sua vicenda sanitaria prima, durante e dopo lo sgombero del campo nomadi dove risiedeva.

Uno dei contributi fondamentali dato dalla distinzione operata da Hannah Arendt (ARENDR H. 1991 [1958]) nella sua lettura dell'idea di vita in Aristotele – quella in *zoé* (vita biologica) e in *bíos* (vita sociale e politica) – è proprio la possibilità che parlare di *bíos* ci accorda nel raccontare le esperienze dei malati in termini di biografia, rendendo così conto dell'inseparabilità fra il percorso terapeutico e il contesto sociale e politico dove la malattia e la cura fanno il loro corso (FASSIN D. 2001). E tutto questo con la possibilità inoltre di svelare i meccanismi attraverso cui la malattia opera negli individui appartenenti ai gruppi indesiderati la riduzione dalla *bíos* alla *zoé*. Giorgio Agamben spinge l'analisi mostrando come questo processo avvenga in generale nel «corpo biopolitico dell'Occidente» (AGAMBEN G. 1995). Sappiamo che le storie individuali si inseriscono nella storia collettiva sia come incorporazione delle strutture sociali nella vita degli individui, sia come esperienza soggettiva di reinterpretazione degli eventi attraverso l'esperienza del singolo (BOURDIEU P. 2003 [1972], BUTT L. 2002, FASSIN D. 2008). Racconto il percorso di Nina per esplorare quel passaggio dell'esperienza della malattia dallo spazio privato a quello pubblico, facendo della malattia stessa la ragione sociale dell'individuo, sia dal punto di vista della realtà vissuta (e quindi biografico) che da quello dello stato giuridico, o politico (BOURDIEU P. 2003 [1972], BUTT L. 2002, FASSIN D. 2008). La storia patologica e terapeutica di Nina è direttamente inscritta in quella gestione politica del suo gruppo d'appartenenza da parte dello Stato: la malattia è diventata il suo principio di soggettivazione e di esistenza sociale, e tutta la premessa teorica appena fatta ruota per lei attorno a un elemento che pareva paradossalmente essere un principio a suo modo rivelatore: i suoi forti e continui mal di testa.

Non è più mia questa testa

Ogni volta che il Camper sanitario entra al Casilino 900, Nina sistematicamente si mette in fila per una visita. La sua costante presenza è spesso commentata con acidità da parte degli altri pazienti. Nessuno fra i frequentatori abituali del Camper pare credere seriamente al suo male, che

non gode di un vero riconoscimento di patologia degna di attenzione e di cura. L'arrivo del Camper nel campo è per lei un momento che rientra in una relativamente serena quotidianità pur facendo parte di quei momenti di eccezionalità, nella vita di un campo rom, ovvero la presenza di persone e veicoli *gagé* (ovvero i non-Rom), che si tratti di assistenti sociali, personale medico, giornalisti o Forze dell'ordine. Una delle ragioni per cui il Camper ha potuto prestare il suo servizio nel campo Casilino 900 senza mai incontrare particolare resistenza è la configurazione della sua presenza, tale sia da rimanere in uno spazio di scelta (i Rom potevano accedervi o ignorarlo, secondo la loro volontà e senza mai nessun "richiamo all'ordine"), sia da presentarsi come un elemento relativamente invisibile e neutrale.

Le visite di Nina al Camper sono momenti in cui la consultazione medica s'interseca con continui momenti d'ilarità e intimità. In uno di questi episodi Nina ha preso l'Infermiera e l'ha baciata sulla testa. Questo suo gesto d'affetto tradisce un aspetto decisivo della sua vicenda: l'inedito legame di fiducia che si è creato fra una Rom, Nina, e il personale del Camper sanitario. La sua storia sembra presentare un interesse particolare proprio per questa linea di costante ambiguità fra il mantenere viva tutta una serie di tecniche di distanziamento Rom-Gagé e il superare quella linea di diffidenza attraverso un varco di relativa fiducia e intimità con il personale sanitario. Ad ogni modo, quell'ilarità sembrava anche essere per Nina uno dei pochissimi modi di distrarsi dal problema della sua emicrania. E proprio mentre quei dolori si manifestano in maniera sempre più insistente, sopra la testa di Nina passano anche i grandi movimenti politici di cui non sapeva niente (se non qualche deformata voce), ma con cui dovrà presto misurarsi. Infatti, nel maggio 2008 viene emanato il Pacchetto Sicurezza e dichiarato lo stato di "emergenza rom" per Lazio, Campania e Lombardia, con nomina di un Prefetto straordinario per la questione rom. Nel luglio 2008 vengono poi diffuse le linee guida per l'"emergenza rom", i cui punti salienti sono la schedatura e il trasferimento in campi autorizzati. È a febbraio 2009 che un nuovo regolamento viene instaurato a Roma, per poi presentare il Piano nomadi del Comune, il primo luglio 2009. La conferenza di presentazione si svolge proprio al Casilino 900, che è identificato da tutti come il campo simbolo di questa ondata di riorganizzazione della presenza rom a Roma. Viene prevista la chiusura degli insediamenti abusivi, circa ottanta a Roma (ma non è specificato dove verranno mandati i residenti), la ristrutturazione dei campi autorizzati e l'istituzione di una "struttura di transito"⁽⁴⁾. I requisiti per l'ammissione e la permanenza sono il possesso almeno un

documento valido, poter dimostrare di essere in Italia da almeno dieci anni, la fedina penale pulita e «l'intenzione concreta d'integrarsi e di non delinquere», secondo l'espressione impiegata.

Mentre Nina denuncia i suoi mal di testa con sempre maggiore determinazione, i giornali parlano sempre di più dello sgombero⁽⁵⁾ del campo Casilino 900, a quel momento dato per rimandato a gennaio. È l'ennesimo rinvio, ma l'operazione viene data per certa e ormai imminente. La vita di Nina e il suo rapporto a distanza con ciò che sta avvenendo a Roma, sotto il profilo di sicurezza e sanità, sembrano continuare a schivarsi, ma questa situazione non potrà durare a lungo. Ne è dimostrazione il fatto che sente parlare sempre più spesso di un trasferimento che dovrebbe riguardarla. A fare da intermediario con le istituzioni e a diffondere le novità nel campo è Najo Adzovic. È il rappresentante del Casilino 900 (DANIELE U. 2011a). Sentito dire il suo nome, un giorno Nina esclama nel Camper: «Najo Adzovic e Lemano [Alemanno] sempre insieme... nazisti! Romanesi nazisti!» Nello stesso impeto, racconta di quando, anni prima, era stata al pronto soccorso e lì le avevano comunicato che era proprio necessario che si ricoverasse. Nina: «Mi avevano detto di ricoverare, ma io no ricoverata», sottolineandolo con un certo orgoglio. È in quella stessa visita, come per concluderla degnamente, che Nina esce dal Camper saluta esclamando «Ciao nazisti», ridendo.

La percezione del servizio prestato dal Camper è ben evidenziata dall'uso che ne viene fatto durante il periodo in cui si è discusso molto della legge sulla clandestinità e sull'obbligo di segnalazione dei pazienti immigrati irregolari. Da una parte, quelle misure paiono non aver intaccato il servizio del Camper, ma dall'altra il sensibile aumento degli accessi si presenta come una conseguenza del trattamento mediatico di queste paventate misure di legge. Il sentir parlare, attraverso il passaparola che parte dalla televisione, di queste possibili nuove minacce rinforza la paura delle istituzioni sanitarie (in primo luogo gli ospedali) e crea una sorta di panico che spinge i rom dei campi visitati a intensificare la frequentazione del Camper sanitario. Tutto ciò di certo non agevola Nina, la cui volontà di seguire le indicazioni di Dottore e Infermiera è già ostacolata da una reticenza che le ha impedito di sottoporsi agli esami necessari per una serie di lunghi mesi, durante i quali la malattia ha avuto tutto il tempo di svilupparsi e aggravarsi. In una delle visite, quando Nina sale nel Camper l'Infermeria le chiede, senza evidentemente aspettarsi una risposta troppo diversa dal solito, come andassero le cose con i suoi dolori. Sorprendendo tutti, Nina si prende la testa fra le mani e, scrollandola e chiudendo gli occhi, dice: «Non è più mia questa testa». Il dolore e la sua

necessità di esprimerlo arrivano al punto che Nina si figura la metafora di una separazione fra lei e una parte del suo corpo, in termini di perdita.

Il modo in cui Nina ha comunicato la disperazione legata al suo continuo mal di testa è un punto di svolta, nella sua vicenda: da quel momento in poi, il pathos del suo rapporto con lo staff del Camper sanitario cambia, spostandosi in un registro diverso. Fino a quel momento, i modi scherzosi di Nina e quella sua certa insistenza – attitudini che di fatto minavano la sua credibilità – avevano mantenuto il rapporto in una situazione di attenzione stemperata da una sorta di diffidenza rispetto ai sintomi presentati, pur non potendo del tutto ignorarli. Ma, da quel punto in poi, le scorie di diffidenza mantenute fino a quel momento si riveleranno una forma di resa di fronte alle reticenze e al fatalismo.

Intanto, l'applicazione del "Piano nomadi" rimane sospesa in un vortice di voci e notizie confermate e smentite, finché, l'undici novembre, non si verifica uno scossone che costringe tutti a prendere più sul serio le misure da troppo tempo paventate come imminenti. Si tratta dello sgombero improvviso di un insediamento (denominato Casilino 700) di circa 200 occupanti, che si era recentemente e abusivamente sviluppato nel Parco archeologico di Centocelle, a pochi metri dal campo Casilino 900, quello di Nina. Lo sgombero è partito esattamente poche ore dopo la messa in onda di una puntata del programma televisivo *Ballarò* in cui si è discusso del "Piano nomadi" del Comune di Roma e dei suoi problemi di realizzazione. L'effetto più diretto per il Camper sanitario è la nuova paura e frenesia che, negli altri campi (in particolare nel vicino Casilino 900), viene dettata dal timore che quello sgombero ha messo nei pazienti, abituali e non. Ciò si mostra attraverso il cambiamento repentino degli umori e degli argomenti ritenuti prioritari nelle conversazioni fra personale e pazienti. È qui che il caso di Nina si mostra di nuovo nella sua dimensione emblematica. Non appena si sono diffuse le voci riguardanti ciò che è avvenuto a pochi metri dal suo campo, la consapevolezza dell'imminente sgombero si riempie di nuovi significati e di concretezza. Nina parla di ciò attraverso il mezzo d'espressione più efficace, nel rapporto con il Camper sanitario: la sua situazione sintomatologica, che viene presentata con un'enfasi maggiore, rispetto a prima, e in uno stato d'agitazione e d'urgenza fino a quel momento inedito.

L'affluenza al Camper è molto più elevata, rispetto ai giorni precedenti, ma c'è soprattutto il dato qualitativo delle modalità di approccio dei pazienti allo staff sanitario e alle indicazioni di usufrutto degli ospedali e degli ambulatori. Ogni qualvolta si fa più concreta la possibilità di un

intervento delle Forze dell'ordine, per lo staff è molto più complicato prevedere percorsi terapeutici che coinvolgano contatti con ogni struttura al di fuori del Camper stesso. È in questo momento che Nina comincia a lasciarsi sfuggire, durante le visite, preoccupazioni riguardanti il modo in cui potrà monitorare la sua situazione fisica e curarsi, nel caso in cui venisse mandata via dal Casilino 900. Fino a quel momento, si era servita dei servizi del Camper sanitario solo per una sorta di conforto, ma la sola idea di non avere più a disposizione la possibilità di quelle visite la fa preoccupare come se a venir meno fossero dei puntuali ed effettivi interventi di cura o di tramite diretto con le istituzioni sanitarie. Da parte sua, anche il Dottore cerca di interpretare la nuova situazione che si sta profilando all'orizzonte per la sua attività. Con una sorta di malinconia constatata che, fino a qualche anno prima, il servizio del Camper sanitario non attirava nessuna particolare attenzione. L'attività procedeva in una certa autonomia, che permetteva anche quella flessibilità utile per affrontare situazioni regolarmente riscontrabili nei campi rom. Il Camper sanitario veniva visto come una "stravaganza del servizio sanitario", come dice lui, una realtà non esente da una sorta di paradossale esotizzazione. Ma da quando è sorta la cosiddetta "emergenza Rom", il Camper è divenuto oggetto di molta attenzione sia istituzionale che mediatica.

Intanto, nel Casilino 900 le patologie che si manifestano e che vengono dichiarate in questi giorni non possono essere valutate in un registro che non tenga conto del timore dell'imminente sconvolgimento. Una paziente chiede ironicamente al Dottore, dopo essere stata auscultata: «Insomma, non muoio?». Il Dottore le risponde: «Non prima di essere sgomberata», e lei replica: «Ah... nuovo campo, nuova tomba». Da questi giorni in poi, nelle visite con Nina e con altri pazienti abituali diventa prassi comune chiedere, oltre alle domande di rito sullo stato di salute, se la persona in questione ha avuto notizie sulla sua destinazione dopo lo sgombero. Nina dice di non saperne niente, se non che ha sentito che li porteranno in Questura e poi in un capannone, dove metteranno tutte le loro cose senza di loro. Le voci di questo tipo si sprecano. Mentre le contrattazioni e le manovre politiche sul tema dello smantellamento dei campi vanno avanti, le sue emicranie non conoscono tregua. Ha cominciato ad accettare di sottoporsi agli esami medici nel momento in cui la possibilità dello sgombero si faceva sempre più concreta e vicina. Dal momento in cui acconsente finalmente a farsi fare la Tac, rispettando l'appuntamento che lo staff fissa per lei, il ritornello che accompagna insistentemente le sue visite al Camper è la domanda di quanto manca alla data dell'esame e il fatto che lo staff dovrà avvertirla in anticipo di

quando sarà il momento di accompagnarla, così dice che potrà farsi la doccia e prepararsi in modo adeguato. «Non posso andare all'ospedale così...», riflette scrutandosi. Il fatto che Nina non riesca a orientarsi nel calendario è uno di quei segnali che, da più parti, sono stati messi al servizio dell'idea di una certa incapacità dei Rom ad adattarsi alla concezione del tempo dominante. Questi episodi di disorientamento temporale creano frequentemente nervosismi, nel Camper. Un giorno viene anche Nina e racconta con un certo rammarico di essere andata in autobus a una visita, ma di essere arrivata in ritardo sull'orario di chiusura dell'ambulatorio. Il Dottore la rimprovera con una certa severità: «Guarda Nina che non ci siamo sempre noi ad aiutarti!». È anche in quel momento che riemerge immediatamente uno snodo cruciale, nell'osservazione in questo contesto: le strategie che i pazienti del Camper dispiegano nel mantenere vivo l'interesse dello staff. Nina conforma i suoi atteggiamenti, al di là della spontaneità dei suoi modi di relazione, in funzione dell'ottenimento di una attenzione, da parte dell'équipe, che non sia solo professionale o, a suo modo, meccanica. Quella non sarebbe sufficiente, nel suo regime di diffidenza e disinformazione rispetto alle istituzioni sanitarie. Gli scherzi con il personale e le visite di cortesia (spesso più che mediche) al Camper, hanno anche – e forse principalmente – questo ruolo. Smarrimento e disagio la fanno da padroni: in una sponda, c'è il rifiuto del sistema ufficiale di cure e della cura stessa, nell'altra, il serio sospetto che seguire i dettami della medicina istituzionale sia la sola possibilità di salvezza. Di nuovo, la sola cosa che distoglie Nina da ogni tentazione di disinteresse è costituita da quei suoi forti mal di testa, unica prova a suo modo tangibile del suo coinvolgimento e sconvolgimento corporale.

Quando la data della sua Tac si avvicina, oltre a rassicurare Nina ripetutamente sul fatto che verrà avvertita il giorno prima e accompagnata dal Camper, l'Infermiera le raccomanda di tenersi più a riposo possibile (Nina ha qualche linea di febbre) e soprattutto di non fare lavori pesanti. Per esempio, le dice di non lavorare la legna, ma Nina le risponde che, se non lo fa lei, non c'è nessun altro a farlo al suo posto, e non è che può morire di freddo. Sentito ciò, il Dottore le chiede se non può occuparsene suo figlio, ma è in questa occasione che lo staff viene a sapere che il figlio è in carcere dall'estate precedente. Il Dottore, alla notizia, sente il bisogno di scusarsi e rimprovera affettuosamente Nina per non averglielo detto prima. Le dice che conoscere meglio la sua situazione, anche familiare, sarebbe stato importante per gestire al meglio la cura. Fino a quel momento, il personale del Camper sanitario era al corrente della

situazione dell'altro figlio di Nina. Nel periodo di queste visite vive nel campo e la sua situazione è di forte dipendenza farmacologica, seguita a importanti problemi di alcolismo ancora persistenti. Lo si vede spesso vagare nel campo con un atteggiamento che tradisce immediatamente la sua condizione psichica problematica.

Indipendentemente dall'appuntamento per la Tac e dai mal di testa di Nina, ormai le discussioni fra i Rom hanno superato il tema dello sgombero sì o sgombero no, focalizzandosi su dove verranno mandati una volta smantellato il Casilino 900. Nessuno sa niente di preciso, ma le discussioni sono accese e le reazioni sono emotivamente sempre più spinte. Quella dello sgombero del Casilino 900 è una storia di rinvii, ormai da anni. Tutto ciò aveva creato una sorta di sospensione della minaccia che aveva prodotto un effetto di anestetico rispetto alle possibili conseguenze. Ma in quei giorni cominciano a vedersi nel campo operatori della Croce Rossa che si occupano di redigere liste di residenti per coordinare il loro trasferimento. Si vedono molti più operatori sociali e delle associazioni, i Vigili Urbani che vengono a prendere misure, giornalisti che di tanto in tanto transitano di fronte all'ingresso del campo. Quello stato di sospensione e incredulità data dai mille rinvii pare svanire insieme alla convinzione di Nina che quel suo continuo mal di testa sia tutto sommato trascurabile, come è sempre stato. E ancor prima di sottoporsi finalmente alla Tac.

Il giorno precedente a quello stabilito per l'esame, il Camper si reca nel Casilino 900, con i fogli che sono stati dati a Nina, per verificare con esattezza quando e dove Nina dovrà esattamente essere accompagnata in ospedale per la Tac. Lei arriva subito, con in mano i fogli che le sono stati dati per la visita. Vengono presi accordi per recarsi a prenderla l'indomani, chiedendole però di farsi trovare all'ingresso del campo e non all'interno, perché lì certamente si sarebbe dovuto cedere a persone che, vedendo il Camper, avrebbero preteso una visita. E rifiutargliela avrebbe significato attirare su Nina diverse antipatie. Al momento dei saluti, Nina ne approfitta per chiedere all'infermiera, per la prima volta, se potrà stare più possibile accanto a lei. Una volta ripartiti dal campo, nel Camper si discute della questione del ticket necessario per effettuare la Tac di Nina. Constatata la difficoltà di far comprendere al personale la situazione difficile e l'impossibilità da parte di Nina di pagare, arriva subito da parte dell'équipe la decisione di auto-tassarsi, per provvedere al ticket. L'infermiera commenta: «Questa sì che è beneficenza», con un velato collegamento a tutti i riferimenti – raramente elogiativi – fatti a proposito del volontariato, dell'associazionismo e dell'assistenza sociale attiva con i Rom.

Lo stesso giorno prima di quello dell'appuntamento con Nina, nel Camper si decide che lei non verrà accompagnata direttamente al Policlinico Umberto I, dove deve recarsi, ma alla fermata del tram più vicina all'ingresso del campo Casilino 900 (c'è una linea del tram che passa proprio lungo la via Casilina), per poi ritrovarla alla fermata di fronte al Policlinico. Questa decisione viene presa non tanto per un tentativo di autonomizzazione, quanto perché l'Autista del Camper non se la sente di assumersi la responsabilità del trasporto. Se dovesse succedere un incidente stradale e se Nina dovesse in qualche modo ferirsi, la situazione sarebbe grave (l'assicurazione del Camper non prevede la presenza di soggetti esterni a bordo, se non durante le visite). L'Autista afferma che, se mai dovesse succedere, lui perderebbe il lavoro, oltre che dover pagare di tasca sua l'assicurazione. E per di più, sostiene di non ricevere dai suoi datori lo stipendio da ben tre mesi, a causa di ritardi nell'erogazione da parte dell'ASL dei finanziamenti che sostentano il servizio del Camper. Il tema del precariato fra gli operatori sociali che si occupano di Rom non è trascurabile: è direttamente legato al diverso tipo di precariato che investe i Rom stessi, quello delle condizioni di vita in generale. Al di là del dato strettamente riguardante le difficoltà di una simile condizione, questo precariato corrisponde esattamente a un precariato delle azioni che questi operatori sociali intraprendono con i Rom, se si parla di azioni pensate e realizzate con degli obiettivi di lungo termine, oltre che di bisogni contingenti (l'accompagnamento a scuola, l'assistenza nell'assolvimento delle pratiche burocratiche e così via). L'assunzione degli operatori viene regolata in base alla selezione e finanziamento dei progetti presentati da cooperative, associazioni, enti morali. Il sistema di delega e la distribuzione di questi fondi segue logiche strettamente connesse alla politica e ai rapporti fra le diverse istituzioni e gli operatori coinvolti (DANIELE U. 2011b). Nella prima fase della ricerca qui presentata, un operatore che si occupa di scolarizzazione dei bambini rom, ancora a pochi giorni dall'inizio della scuola mi ha confidato di non sapere se il progetto presentato dalla sua associazione era stato di nuovo accettato e finanziato, e di conseguenza lui non sapeva ancora se poteva considerarsi disoccupato o se doveva aspettare proprio l'inizio della scuola. Questa situazione, oltre ad un forte disagio e incertezza per il suo immediato futuro, lo portava evidentemente ad un allontanamento da quello che poteva essere (e che in quel caso era) il suo entusiasmo e slancio morale verso un lavoro con e per i Rom.

Arriva finalmente il momento di accompagnare Nina all'ospedale per la Tac. Giunti al Casilino 900 per prelevarla, viene comunicato allo staff dai

suoi vicini e conoscenti che non è lì e che è partita da sola per andare all'ospedale. La notizia mette tutti in una certa agitazione. L'équipe decide di recarsi al Policlinico, sperando che Nina abbia scelto il giusto tram e si sia fermata alla stazione esatta. Ma, una volta arrivati con il Camper al Policlinico, la grande sorpresa è che Nina non solo è arrivata lì correttamente e senza intoppi, ma si è anche già informata su come raggiungere il settore degli esami radiologici. Non sarebbe stato facile neanche per lo staff. «È molto sveglia», commenta semplicemente l'Autista. Ma l'episodio si ricopre di quell'aura di sospetto che aleggia attorno ai rapporti con i Rom. Il Dottore, constatata la capacità di Nina di muoversi correttamente con i mezzi pubblici e di informarsi e orientarsi in una struttura complessa come un ospedale romano, commenta: «allora finora ci ha marciato...». Il sospetto è che fino a quel momento Nina abbia approfittato dell'assistenza dello staff del Camper, mentre avrebbe potuto anche cavarsela da sola, almeno per certe cose. Ma, come per scrollarsi di dosso una remora su un proprio approccio troppo assistenzialista, il Dottore riflette subito però sul fatto che, aiutando Nina, in ogni caso si è contribuito a incoraggiarla, a farla sentire meno sola. Questo segmento della vicenda, lungi da essere un semplice aneddoto, risulta significativa per un altro dei temi imposti all'attenzione della ricerca, ovvero la percezione topografica dei Rom rispetto alle strutture sanitarie. L'interpretazione da parte dei Rom degli spazi urbani e della distribuzione sul territorio dei luoghi di interesse pubblico è un tema centrale (PIASERE L. 1999), soprattutto in riferimento alla localizzazione delle strutture sanitarie. Nelle visite effettuate nel Camper, una delle principali variabili che operano nella soluzione di volta in volta proposta dal Dottore, la questione dello spazio è spesso decisiva. Si tiene conto cioè della lontananza degli ambulatori o ospedali verso cui i pazienti vengono eventualmente orientati. La loro raggiungibilità è valutata in base alla capacità dichiarata da parte del paziente di poter usufruire di un mezzo pubblico o la possibilità di essere accompagnato in auto da qualcuno. La maggioranza delle persone che frequentano il Camper è composta da donne e ciò comporta il bisogno di valutare di volta in volta se il marito o qualche familiare dispone di auto e se può fare da accompagnatore. Per i pazienti abituali, il Dottore e l'Infermiera sanno già come potersi regolare, soprattutto per quel che riguarda i casi di anziani o di donne con mariti in prigione, in condizione di alcolismo o, semplicemente, di comprovata inaffidabilità, secondo il giudizio dell'équipe. In generale, risulta una disponibilità a spostarsi anche per lunghe distanze, se si tratta di raggiungere un luogo di cui gli individui coinvolti hanno avuto esperienza di una buona accoglienza. Nei

casi in cui invece questa disponibilità manchi, perché considerate strutture sanitarie troppo lontane per poter andarci, è in realtà per una mancanza di volontà che per lo più deriva dal ritenere che si tratti di un luogo dove non troveranno una adeguata accoglienza, che sia per esperienze passate o per supposizione motivata. Le condizioni di marginalità di un residente di un campo rom, in particolare se donna, influiscono direttamente sulla possibilità di seguire dei percorsi terapeutici appropriati anche in relazione alle capacità di mobilità e alla disponibilità a quella stessa mobilità.

Arrivato lo staff in ospedale con Nina, la questione del pagamento del ticket (per il quale era stata prospettata una colletta fra il personale del Camper) è stata affrontata dal Dottore, chiede di poter parlare con la responsabile del CUP (Centro Unico Prenotazioni) del Policlinico Umberto I. Nello spiegarle la situazione, il Dottore sceglie un approccio che metta in evidenza la dimensione di “opera umanitaria” (come lui stesso l’ha definita), sperando che possa essere fatta una eccezione alla normale procedura. Grazie al fatto che Nina è accompagnata dal personale della ASL, che per lei faceva una funzione non ufficiale di garante, la richiesta funziona e l’esame è svolto senza ticket. Il Dottore ha commentato ironicamente: «Comunque Dio lo sa che eravamo pronti a pagarlo di tasca nostra». Ad ogni modo, prima che la responsabile del CUP si occupasse della situazione e la risolvesse al meglio, il Dottore e l’Infermiera si sono rivolti allo sportello per il pubblico. Nel far presente il problema del ticket, il funzionario gli aveva consigliato di procurare a Nina il «cartellino da disoccupato», secondo la sua espressione, così in futuro non avrebbe dovuto pagare. L’Infermiera gli ha spiegato che Nina non ha nessun documento di riconoscimento e che la sua è una situazione di grande disagio. A queste argomentazioni, il funzionario ha commentato: «allora perché non se ne sta al paese suo?».

Durante le operazioni preparatorie all’esame, Nina mantiene la parola: è effettivamente molto spaventata. Finché possibile, l’Infermiera le sta accanto, a volte tenendola addirittura per mano. Al momento di entrare nella sala della Tac, il contatto visivo fra Nina e l’Infermiera è mantenuto attraverso un vetro che si affaccia nella sala. L’Infermiera stabile di quel reparto si mostra molto comprensiva e Nina può sentirsi relativamente a suo agio. I risultati saranno disponibili dopo qualche giorno.

Nel partire dall’Ospedale, Nina è in evidente stato di stordimento, a causa della soluzione che le è stata iniettata per la Tac, oltre che per l’esperienza per lei decisamente forte di quell’esame. Di fronte a quello stato

di stordimento, l'Autista accetta di permettere a Nina di salire nel Camper per riaccompagnarla al Casilino 900. Il Dottore, riferendosi in sua presenza all'Autista, dice: «vedi? Anche lui ha un cuore, è un umano».

L'incontro fra Nina e la politica: lo sgombero

Nina ha finalmente ceduto e accettato di sottoporsi alla Tac. Si è affidata alla biomedicina. Ma è quella stessa biomedicina che qualche giorno dopo le presenta i risultati, quelli della Tac: Nina ha un angioma, un cancro benigno al cervello, ma è una benignità tutt'altro che confortante. Le emicranie derivano dalla pressione di quella massa sul cervello. Considerata la posizione del tumore, se si lascerà tempo alla massa di crescere, le conseguenze saranno presto irrecuperabili, fatali. Era ciò che il Dottore sospettava e la notizia è appresa nel Camper con una certa malinconia, conoscendo le difficoltà – ritenute probabilmente insormontabili – nel convincere Nina a operarsi.

È il 19 gennaio che inizia il processo di chiusura del campo Casilino 900. Quel giorno l'unità mobile arriva lì e, nel piazzale d'ingresso, trova molte ambulanze, pullman della Croce Rossa, Polizia Municipale e Carabinieri. C'è un grande assembramento attorno a una postazione con delle casse audio, circondata da molti giornalisti, fotografi e cameramen. C'è il Sindaco Alemanno che sta parlando ai presenti, fra cui qualche Rom e vari appartenenti ad associazioni che si occupano di Rom. Alemanno ringrazia tutte le parti in causa in «questa giornata storica per Roma». Ringrazia Najo Adzovic dicendo che era fondamentale «avere qualcuno con cui parlare» e per la sua opera di mediazione. Ricorda del patto che i Rom avevano firmato con il Comune e con il quale accettavano di far di tutto per integrarsi, per rimanere nella legalità e, addirittura, chiedevano scusa per i misfatti finora commessi. Ringrazia inoltre la Croce Rossa, per la sua «concreta collaborazione». Finito il discorso, c'è un applauso e, circondato da tutti, il Sindaco entra nel campo (cosa che il precedente Sindaco non ha mai fatto, sottolinea il Dottore). Dopo di lui e del corteo che lo segue, entra anche il Camper, come tutti i giorni di servizio. L'unità raggiunge la solita postazione e le visite cominciano.

Mentre giornalisti, autorità e Forze dell'ordine scemano e, mentre fanno la fila, più pazienti chiedono se, nel caso in cui vengano trasferiti nel campo di Via di Salone, il Camper sanitario andrà anche lì. Tutti vorrebbero rassicurazioni sul fatto che il Dottore continui a seguirli, perché ormai lui conosce la loro situazione meglio di chiunque altro, e secondo

loro non possono assolutamente avere un altro Dottore. Non si fiderebbero, e stavolta lo dicono esplicitamente. Una ragazza riflette sul fatto che del resto quando vai a fare il tesserino ti chiedono che dottore vuoi, e loro vogliono quel Dottore e nessun'altro. Uno dei pazienti abituali, invece, mi dice: «Se non c'è lui dottore io mi muoio».

È evidente come l'arrivo del Sindaco e della stampa abbia reso definitivamente concreta l'idea del trasferimento. E subito si è creato un effetto di improvviso cambiamento nel registro linguistico e di pathos in cui le necessità sanitarie venivano espresse nel campo, alla vigilia del suo sgombero. Le narrazioni immediatamente pre-sgombero e quelle post-sgombero tradiscono l'acquisizione di una diversa consapevolezza del proprio stato di salute, dei propri problemi e della loro gravità, del ruolo fondamentale del Dottore, dei propri percorsi terapeutici e del bisogno, da parte della maggioranza dei pazienti abituali, di essere seguiti da qualcuno che conosca la loro situazione. È come se lo sgombero avesse in un certo modo moltiplicato il pathos delle narrazioni, dando una scrollata a tutte quelle abitudini di comportamento rispetto al curarsi e all'apertura del rapporto con il personale del Camper sanitario. Tutto ciò, ovviamente, insieme ad altri risvolti di natura pratica: persone che alle visite chiedono con foga più scatole dello stesso medicinale e che, per ottenerle, modificano il loro abituale modo di parlare degli stati fisici e quelli dei propri familiari, per esempio. Gli individui coinvolti intervengono sulle proprie narrazioni per ottenere ciò che secondo loro è utile per affrontare nel migliore dei modi il cambiamento, lo sgombero. Centrale è la consapevolezza del registro nel quale dover spostare l'approccio di comunicazione dei loro bisogni sanitari, ovvero quelle strategie di seduzione nei confronti dello staff, dispiegando la capacità di adattare le tecniche retoriche secondo l'evento verificato.

Anche in questo giorno di "vigilia", non può mancare il passaggio di Nina. Mostra di nuovo i suoi referti ci tiene a spiegare di nuovo che lei non potrà operarsi finché non potrà parlarne con suo figlio. A quel punto, uscita Nina dal Camper, l'Infermiera ribadisce che suo figlio è in galea e che di sua madre «non gliene frega niente».

Assistendo a queste piccole scene di rapporti diretti e aperti fra Nina e il personale del Camper viene spesso in mente la domanda sul perché questo tipo di distensione è riservato a lei in maniera di gran lunga maggiore rispetto agli altri pazienti. Il ruolo del suo carattere così aperto e solare non è negabile, ma neanche sufficiente. Le possibili ragioni sono messe in evidenza da circostanze particolari, quali quelle legate alla mancata

presenza nello staff del Camper di un assistente sociale, che dovrebbe svolgere la sua attività nei campi durante le visite. Durante il periodo di etnografia (2009 e 2010), questioni di finanziamento e di intoppi nel reclutamento (l'assistente sociale assunto aveva poi rinunciato all'incarico poco prima del suo inizio), lo staff del Camper era sprovvisto di questa figura. Molti pazienti la reclamavano, avendo potuto usufruire in passato dei suoi servizi. Il Dottore e l'Infermiera dovevano sempre rispondere che da una settimana all'altra sarebbe arrivato, pur sapendo che in realtà i tempi di finanziamento, selezione e assunzione sono lunghi. Nina è uno di quei pazienti. Appena si è manifestato il bisogno di sottoporsi a una Tac, lo staff ha detto a Nina che l'assistente sociale si sarebbe occupata di prenotarla e di accompagnarcela. Di conseguenza, a ogni sua visita Nina chiede speranzosa quando potrà parlare con il nuovo assistente sociale del Camper, ma Dottore e Infermiera non possono che riferire dei rinvii di volta in volta decisi. L'assistente sociale, per tutto il periodo dell'etnografia, non sarebbe mai arrivato, a causa di circostanze amministrative diverse e non escluse dalla precarietà gestionale qui discussa. Anche questa situazione pare aver contribuito alla scelta di un tutoraggio diretto per Nina da parte dello staff. Ed è proprio questa scelta (perché Nina e non altri) un altro snodo fondamentale nella sua vicenda e in quello che essa può dirci a proposito di sanità e Rom. Di certo, un trattamento come quello riservato a Nina sarebbe impossibile, se dovesse essere applicato a tutti i casi che si presentano. Allora cos'è che l'ha resa così oggetto di un trattamento privilegiato? Il rapporto frequente e amichevole con il personale del Camper, la sua situazione familiare piuttosto disperata, la sua insistenza nelle visite, il fatto che il Dottore nutrisse da sempre il sospetto di una malattia grave: tutte ragioni valide, ma ancora non sufficienti a giustificare un trattamento a suo modo di favore. È questo interrogativo a portarci al cuore di uno dei temi forti sollevati dalla vicenda: l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria, laddove si debba parlare di equità nell'inequità. Non un'uguaglianza nei diritti sanitari, ma, a un livello ingannevolmente più basso, la scelta di trattamenti differenziati che derivano da un'oggettiva carenza di risorse messe a disposizione e i parametri a cui viene fatto riferimento per scelta delle persone verso cui indirizzare questo trattamento vengono definiti da arbitrari rapporti di tipo informale ed emotivo tra personale e pazienti. Ignorare il bisogno di Nina di un'assistenza particolare sarebbe stato un vero e proprio abbandono, e di "Nine" abbandonate, al Casilino 900 come in tutti i campi nomadi, ce ne sono in abbondanza. Stando così la situazione dei Rom in Italia, non potrebbe essere diversamente.

Che il percorso terapeutico di Nina e gli sconvolgimenti del Piano nomadi non s'incontrassero mai direttamente era probabilmente qualcosa su cui sperare, ma l'arrivo delle ruspe li ha messi improvvisamente e forzatamente uno di fronte all'altro.

Il 21 gennaio il Camper arriva all'ingresso del campo e trova lo stesso assembramento del giorno prima, ma risulta subito chiaro che la presenza di giornalisti è notevolmente ridotta, se non azzerata. Ci sono soprattutto Vigili urbani e alcuni Rom. Dopo poco, mentre il Camper sta entrando nel campo, lo staff si accorge che a seguirlo sono due ruspe. Procedono a passo d'uomo e sono scortate da agenti della Polizia municipale che indossano una tenuta diversa da quella che hanno di solito quando si aggirano dentro o appena fuori del campo.

La ruspa più grande (l'altra, più piccola a agevole, è usata per i sentieri più impervi) avanza dall'ingresso del campo fino al suo limite più a nord, abbattendo le baracche e distruggendo camper e roulotte in pochi secondi, dopo aver scelto con una certa arbitrarietà verso quale dirigersi, e a volte dopo aver giusto scambiato qualche parola con chi l'abita. Prima che arrivassero dappertutto le ruspe, l'Autista fa un giro di tutto il campo, considerevolmente esteso. Nella sua parte finale si vedono molti volti mai passati al Camper. Un paio di signore gli chiedono perché il Camper non va mai in quella parte di campo. L'Autista risponde che non ce lo lasciano andare, perché con le strade così accidentate si rovina il Camper. Per loro è come se dover andare dall'altra parte del campo – pochi minuti a piedi – potesse essere un motivo sufficiente per non farsi visitare.

Il Camper sanitario si posiziona più o meno nella stessa zona di sempre, con tutte le condizioni per offrire il servizio abituale. La ruspa gli arriva a demolire una baracca proprio accanto. Almeno tre persone scherzano con il personale sul fatto che è da sperare che il conducente non si sbagli, demolendo l'ambulatorio mobile. Quella della sua presenza in mezzo alle ruspe in funzione e alla Polizia è un'immagine significativa. Mentre lo sgombero procede, cominciano ad arrivare i primi pazienti. La prima, una signora anziana, chiede un foglio in cui si certifichi che lei non sta bene e per un mese non può essere mandata via. L'Infermiera le spiega che loro non lo possono fare, dicendo poi a me «ci mancherebbe altro che noi andiamo a impicciarci di queste cose con il Comune e la Questura». Questo è solo uno dei molti episodi che mostra come la tensione di questa giornata di sgombero sia assolutamente palpabile nel comportamento e nelle richieste dei pazienti. Molti chiedono medicine in abbondanza. Un signore viene ed ha la pressione molto alta, cosa che non gli

capita mai (anni prima ha avuto un infarto), un altro signore chiede con insistenza all'Infermiera di telefonare per conto suo a un assistente sociale perché, quando verrà sgomberato, gli potrà trovare un alloggio adatto alla sua precaria situazione di salute (ha una leucemia linfatica cronica e altri importanti disturbi). Quando l'Infermiera gli chiede che si faccia lunedì prossimo, lui gli ricorda che quel giorno stesso o all'indomani sarà quasi sicuramente portato via da quel campo. In più persone chiedono con insistenza se il Dottore verrà anche nei campi dove verranno dislocati. Lui intanto definisce lo sgombero in corso un "momento storico" e, mentre discutiamo fuori del Camper, raccoglie un cucchiaino decorato da terra, tutto pieno di fango, se lo mette in tasca e mi dice «questo me lo tengo per ricordo».

Il Dottore si raccomanda di rimanere con il Camper al Casilino 900 e di non andare in altri campi, perché i dirigenti dell'Asl si dicono ben più contenti se l'unità si trova nei luoghi delle possibili emergenze in corso, per una questione di visibilità. In passato è effettivamente successo che il Camper non si trovasse in luoghi di situazioni critiche, e la cosa aveva sollevato domande perplesse da parte dei responsabili. Prima che l'unità riparta, ben due donne salutano il Dottore chiamandolo Don Giulio. «Per loro le figure del medico e del prete sono molto vicine, spesso sovrapposte», mi dice. Pochi giorni dopo, avvicinandosi all'ingresso del Casilino 900, lo staff si accorge di una grande colonna di fumo scuro che sale dal campo. Si stavano liberando di molti oggetti e rifiuti (ma anche di abitazioni) in vista della partenza. Sia l'Autista che l'Infermiera concordano sul fatto che se il fumo verrà verso il Camper si dovrà rinunciare alle visite e andarsene, per evitare un'intossicazione e di respirare anche minimamente quei fumi nocivi. Alla fine il Camper riesce a sistemarsi nella sua solita postazione e a cominciare le visite. Ed è proprio quel giorno che viene a farsi visitare il figlio di Nina, con evidenti problemi di natura psichiatrica. Molto teso, chiede una «medicina per i nervi», perché dice che quando gli prendono gli attacchi di nervi non capisce più niente di sé, secondo le sue parole. Il Dottore gli prescrive una confezione di Tranquillit (un tranquillizzante in gocce che in ogni caso è a pagamento), ma lui chiede insistentemente di non pagarlo. Il Dottore gli spiega che non si può e che a niente può valere la «ricetta rossa», sempre invocata dai pazienti. Durante questa visita, l'Infermiera è in evidente tensione, finché il figlio di Nina non scende dal Camper. Spiegherà di temere molto i suoi attacchi d'ira. Non è lui il figlio a cui Nina affida la scelta per la sua operazione, ma il fratello detenuto nel carcere di Caserta. Lo stato di patologia psichica del figlio fa sì che Nina non conti per niente sul suo

aiuto. In tutti i momenti successivi in cui Nina farà insistentemente presente il suo bisogno di confrontarsi con suo figlio, parlerà come se ne avesse solo uno, e non quello bisognoso di Tranquillit. Affidarsi a un figlio chiuso in una cella d'isolamento con l'accusa di tentato omicidio (ricordandoci di quanto il carcere rientri nella quotidianità dei residenti dei campi nomadi) o a un figlio libero ma con dei problemi psichici? La domanda è certamente irragionevole da porsi e valutarsi in maniera così semplificante, ma Nina deve essersela fatta, in un modo o nell'altro.

Nonostante che il Camper sia ancora circondato da ruspe che abbattono le abitazioni dei suoi stessi pazienti, le visite continuano regolarmente, nel limite del possibile. È però facilmente constatabile il fatto che si mettono in fila per la visita anche numerose persone che normalmente non usufruiscono dei servizi del Camper. Tutte le persone in attesa non fanno che discutere a lungo e animatamente su ciò che sta accadendo al campo. In effetti poi, tutte queste persone aspettano il loro turno e vengono nel Camper non a chiedere di essere visitate o niente che comunque riguardasse il merito sanitario della nostra presenza. Ognuno viene a raccontare il suo vissuto dello sgombero, la sua situazione e le previsioni, i dettagli, le opinioni. Questo cambiamento dei modi di comunicazione riguarda anche il parlare del proprio stato di salute o i modi di formulare la propria richiesta di medicinali. Le visite risultano evidentemente conformate dall'evento in corso. Ciò si concretizza nell'acuire i discorsi riguardanti i diversi tipi di malessere fisico, nel fare un riferimento molto più frequente e molto più enfatico a stati di ansia per i quali vengono richiesti tranquillanti e prodotti simili, oltre al fatto che nessuno dei pazienti si astiene dal raccontare e commentare l'accaduto, intrecciandolo sistematicamente all'eventuale problema fisico di cui parlava (per esempio legando la malattia alle condizioni di vita del campo e a come questo porti a essere trattati dalle Forze dell'ordine). Senza neanche considerare le tante persone che vengono esclusivamente per commentare ciò che sta succedendo al campo. La stessa Nina non sfugge a questa dinamica. I suoi discorsi sul suo malessere fisico sono ormai irrimediabilmente e strettamente intrecciati con quelli riferiti al suo destino di sgomberata. Dice che non sa dove la manderanno, che non riesce a sapere in quale lista di trasferimento è stata inserita. Le era stato comunicato di essere compresa nell'elenco del campo di Via di Salone (dove sarà trasferita la maggior parte degli abitanti del campo), ma poi le è stato annunciato che lì non c'è più posto e che a lei si provvederà in altro modo. La sua paura di essere abbandonata nei suoi bisogni medici è sempre più concreta. Nina ha cominciato ad accettare di farsi esami medici di vario tipo nel mo-

mento in cui la possibilità dello sgombero si faceva sempre più concreta, e sempre più vicina. L'ipotesi di una correlazione diretta non è trascurabile. Quelle che aveva dispiegato fino a quel momento erano strategie di gestione del proprio malessere fisico che corrispondono ai parametri individuati da Sylvie Fainzang nella sua definizione di "strategie paradossali":

«S'intenderà per 'strategie paradossali' sia atteggiamenti adottati a fini terapeutici ma che generano condizioni patologiche suscettibili di rinforzare il male contro il quale il soggetto cerca di lottare, sia atteggiamenti identificabili con delle misure terapeutiche, la cui finalità è però quella di rispondere ad altre situazioni e ad altri obiettivi che quello della guarigione» (FAINZANG S. 1997: 20)⁽⁶⁾.

Si tratta dunque di strategie che, a un livello esplicito, sono pensate come soluzioni per la malattia, ma che a un livello implicito rispondono ad altre logiche. Era di quelle stesse logiche che il personale del Camper stava gradualmente scoprendo l'esistenza, attraverso il caso di Nina. Ciò che dava il carattere paradossale alle sue scelte era la totale conflittualità fra una efficacia terapeutica e una risposta alle attese morali che la paziente si dava.

Durante le visite, intorno al Camper le ruspe continuano lo smantellamento del campo. Molti pazienti chiedono che il dottore scriva per loro come devono utilizzare le medicine che gli prescrive. Non è un atteggiamento riscontrato nei mesi precedenti: l'insicurezza, con lo sgombero in corso, sembra farla da padrona, e a tutti i livelli. Intanto, il Dottore tiene fede al suo proposito di "essere più larghi", dice lui, con la concessione di medicinali, vista la situazione d'emergenza. Più persone vengono a chiedere due scatole di Aulin⁽⁷⁾. In condizioni normali, una richiesta del genere non verrebbe accolta, ma la previsione dell'imminente trasferimento della famiglia del paziente di turno la fa passare (non si sa con certezza quando potranno rivedere un dottore). Le richieste legate allo sgombero fioccano. Alcuni pazienti chiedono al Dottore che faccia per loro da mediatore per influenzare la decisione di dove verranno mandati. Più persone chiedono insistentemente un certificato delle loro malattie e delle loro, più in generale, fragilità fisiche. Una paziente, commentando il fatto di avere avuto la comunicazione che verrà trasferita al campo di Via di Salone, dice: «Io a Salone ni [neanche] morta». E non sarà l'unica, le resistenze sono numerose. Ma, in questi giorni, negli altri campi in cui presta servizio il Camper sanitario, si parla in termini decisamente negativi. Per esempio, più pazienti delle altre aree si lamentano esplicitamente di questa scelta di privilegiare un campo in via di sgombero piuttosto

che andare nel loro, come da calendario settimanale. Una signora residente nel campo di Ciampino arriva a dirci: «Questi giorni che non siete venuti tutti i bambini erano malati e senza medicine!».

Capitano frequentemente casi in cui il ruolo di *advocacy* e di mediazione del Camper sanitario risulta anche più evidente, intendendo con ciò quell'insieme di pratiche e discorsi atti a operare nei confronti dei pazienti rom una funzione che è allo stesso tempo ponte e barriera nei confronti del sistema sanitario. La funzione del servizio del Camper, così come ne sto rendendo conto, non può essere ridotta certo a una ipotetica "neutrale" funzione sanitaria, ma neanche un'analisi che ne consideri il solo aspetto di agente di normalizzazione sarebbe sufficiente per esaurire una sua caratterizzazione sufficientemente organica. Se si assume la dimensione del pacificare piuttosto che trattare (FASSIN D. 2010) come snodo centrale, le dinamiche a cui prestare attenzione sono quelle che contribuiscono a un'operazione di costante riduzione della tensione, da parte del personale sanitario, nell'ottica, come stiamo constatando, di sforzi di normalizzazione che non escludono quelli di mantenimento di quello stesso stato di eccezione. Al contrario, la partecipazione di quegli sforzi alle dinamiche che mantengono inalterato lo stato di eccezione è da leggere nello stesso modo in cui sono da leggere gli elementi che sto cercando di isolare per l'analisi dell'economia morale⁽⁸⁾ del lavoro di cura nei "campi nomadi". Un caso emblematico è quello di una signora piuttosto anziana che chiede al Dottore di compilare per lei un foglio con tutte le malattie che ha, certificandole. Con quel documento potrà presentarsi a chi coordina lo sgombero, sperando così di ottenere una casa o un container tutto per sé, lei che vive sola. In un certo modo, sarà la stessa strategia che verrà assunta da Nina. Lei è infatti una delle ultime persone delle 700-800 a essere dislocate in un altro spazio (ovvero in un altro campo, per più del 90% dei casi), e questo proprio in virtù dei suoi problemi di salute. È lei a chiedere al personale che si occupa del coordinamento dello sgombero (principalmente Polizia municipale e Croce Rossa) un trattamento particolare in virtù della sua situazione di salute delicata. Vuole avere la possibilità di essere mandata dove avrebbe esattamente indicato lei, e lo chiede in virtù del fatto che, a suo avviso, per poter continuare a curarsi correttamente deve per forza essere dislocata insieme ad altri bosniaci. Questa situazione mette in evidenza due punti importanti. In primo luogo, lo sgombero ha fatto emergere delle dinamiche di un particolare modo di ricorrere alla questione della nazionalità (alla luce del fatto che dietro la categoria di "Rom" si cela un vasto insieme di gruppi) in relazione all'ultimo fronte che si sarebbe sospettato per questo argomen-

to, ovvero quelle delle cure mediche. Ma soprattutto un'altra questione: a Nina è stato concesso di rimanere per più tempo al Casilino solo perché ha avanzato questioni mediche (fra l'altro sono questioni mediche non visibili, perché a vederla è una signora nella sua normale vita al campo), riconfermando di nuovo l'importanza della questione del corpo malato come ultima – e sempre più unica – risorsa per il riconoscimento di diritti (FASSIN D. 2010). La questione del controllo securitario è dirottata nel campo del riconoscimento della disfunzione corporale, con un passaggio da un regime del sospetto a un regime della compassione: il riconoscimento dei diritti per i cittadini stranieri delle cosiddette fasce marginali tramite la loro sofferenza e la loro malattia.

Una quotidianità spezzata

La dimensione emotiva nel rapporto esclusivo che si è creato negli anni fra il personale del Camper sanitario e gli abitanti dei campi rom dove presta i suoi servizi è messa in evidenza – in un modo altrimenti poco prevedibile – da un evento di sconvolgimento, lo sgombero. A rendere ben visibile questa dimensione è proprio l'evento di rottura, che rivela in controluce meccanismi fondamentali, pur sconvolgenti una quotidianità di assistenza sanitaria che si mostra tanto più interessante quanto più sistematica e strutturale. Tutto ciò contribuisce a mettere in discussione una sorta di convinzione metodologica secondo cui per comprendere una quotidianità bisogna che questa sia effettivamente una quotidianità, e che lo diventi – in maniera esperienziale – anche per il ricercatore, che si trova a inseguire quel sentimento di routine che si mostri eventualmente come l'unico modo per comprenderla, quella stessa routine. Nel presente caso, è anche più evidente quanto questo nodo non sia da prendere in considerazione solo nella sua dimensione di problematica meramente metodologica, ma come un altro cavallo di Troia per arrivare al cuore di uno degli interrogativi più forti sollevati dalla ricerca. Si tratta dell'attrito esistente fra la funzione di orientamento sanitario che dovrebbe avere (intendendo la funzione di educazione sanitaria, di "autonomizzazione" e di orientamento nel sistema sanitario) e l'interesse opposto, ovvero di mantenere i Rom nella condizione di avere bisogno di un servizio straordinario, un servizio che per i membri del Camper è un lavoro, o meglio, una routine. Gli eventi di rottura, quali gli sgomberi, paiono far traballare questo meccanismo, sottoponendolo a stimoli significativi.

Il Camper sanitario è preso in una ragnatela di rapporti molto delicati, sia con le istituzioni che lo finanziano e dirigono, sia con gli altri operatori impegnati con i Rom. Da parte di questi ultimi, una obiezione che viene mossa è che in un Camper sanitario non vanno i malati veri, perché in quei contesti la malattia è considerata uno stato di vergogna, un motivo d'isolamento e di allontanamento dalle attività del gruppo familiare o del campo⁽⁹⁾. Per quanto riguarda invece la rete istituzionale, la buona capacità di gestirsi vale la sopravvivenza stessa del Camper, a partire dal rinnovo annuale del progetto che lo prevede e che lo finanzia. Ciò porta lo staff a delle frequenti considerazioni sulla gestione della propria presenza più negli uffici dei dirigenti di Asl e Comune che nei campi, per così dire. Più volte si è attivato un confronto su quelle piccole e meno piccole strategie che hanno il risultato di mostrare il servizio del Camper come fondamentale, irrinunciabile. Per esempio, essere incaricati per uno *screening* della tubercolosi nei campi e «tirare fuori qualche caso di positività», secondo le parole dell'Infermiera. Ne va della capacità contrattuale del servizio e dei membri che lo animano. La concorrenza è forte, e s'incarna principalmente in cooperative sociali e organizzazioni che si occupano di scolarizzazione e assistenza medica per i residenti dei campi. Queste dinamiche portano i membri dello staff a considerare esplicitamente che «bisogna essere pronti ad assecondare ciò che i piani alti vogliono sentirsi dire».

Intanto, il 9 febbraio ancora lo sgombero del Casilino 900 non è del tutto terminato e per questo viene stabilito che l'unità si recherà comunque nel campo. Il bisogno di assistere chi è in corso di trasferimento è effettivo e vengono effettuate otto visite, pur essendo rimaste pochissime persone. Nel piazzale d'ingresso c'è ancora fermento per le partenze, con Polizia Municipale e rappresentanti delle associazioni e Cooperative competenti. Quando viene chiesto (fra l'altro spesso) perché il Camper non va nei nuovi campi di residenza degli abitanti del Casilino, il Dottore risponde che, se lo vogliono, devono fare richiesta «a chi comanda». Nel piazzale d'ingresso al campo c'è anche Nina. Comunica la notizia che hanno deciso di trasferirla al Camping River. Ne è contenta e dice che l'importante è che la mettano fra i Kosovari, che conosce. Dopo aver parlato con lei, assisto alla conversazione fra una famiglia rom (moglie e marito sulla quarantina) e altri esponenti delle istituzioni. Stanno cercando di trattare dove verranno mandati con un rappresentante del Comune e la più grande preoccupazione che esprime il signore rom è quella della lontananza dell'ospedale e dalla possibilità di curarsi. In ogni caso, risponde un Vigile, proprio accanto al Camping River (dove sono desti-

nati) c'è un ospedale immenso e lì potranno curarsi quanto vogliono. La replica del signore è lapidaria: «Lì mi lasciano morire».

Intanto, con il “Piano nomadi” nel vivo della sua attuazione, si riunisce di nuovo il GRIS-Rom, rete che unisce diversi operatori nel settore, sia pubblici che privati (Gruppo Regionale Immigrazione e Sanità, costola della SIMM, Società Italiana per la Medicina delle Migrazioni). Il tema centrale è l'avanzamento del “Piano nomadi” del Comune, che è sottoposto a numerose critiche da parte degli operatori presenti. È presente anche il personale del Camper sanitario, al completo. È in quella occasione che questo riceve conferma che Nina è stata trasferita al Camping River. Alla riunione del GRIS interviene una dottoressa che si occupa di sanità proprio in quel campo, oltre a essere impiegata della ASL e coordinatrice del GRIS-Rom. A un certo punto del suo intervento, viene tirato in ballo proprio il caso di Nina, considerato emblematico delle nuove problematiche che a suo avviso si stanno creando. Nina ha detto alla funzionaria che, nonostante che i dottori siano d'accordo sull'urgenza dell'operazione, non opererà il suo angioma se prima non ne avrà parlato con suo figlio. Il problema è che questo figlio si trova in carcere a Caserta per tentato omicidio e il regolamento del carcere prevede che per una certa categoria di detenuti (quelli in attesa di giudizio e in caso di determinati reati) è vietata ogni comunicazione con l'esterno. Attraverso la mediazione della ASL, il direttore del carcere viene convinto ad autorizzare una deroga al regolamento: a Nina viene concessa una comunicazione telefonica con il figlio detenuto. Ma ecco che le cose non vanno secondo il previsto: il figlio le risponde esplicitamente che non si deve operare, perché poi se muore lui non avrà potuto più rivederla. Lei accetta senza pensarci due volte la volontà del figlio. «Io vivo per i miei figli», dice. Nel suo modo di porla, questa argomentazione basta a giustificare la sua scelta, ribadita con forza, di rifiutare l'operazione. È un doccia fredda, una piega degli eventi che getta lo staff del Camper – che non ne sapeva ancora niente – nello sconforto, mentre, secondo chi ha esposto la vicenda, questa è esempio, sintesi e prodotto di un errato approccio da parte del personale sanitario che si occupa di Rom.

Il campo a cui Nina è stata destinata è uno di quelli che è stato designato per accogliere i trasferiti del Casilino 900. È per questo che la dottoressa sente il bisogno e si sente nella posizione di affermare nel suo intervento, con una certa veemenza, che gli arrivati dal Casilino 900 sono molto “viziati”, dice, hanno solo pretese e pretendono che tutti i servizi vengano serviti *in loco*. L'accusa è pressoché diretta: sono stati viziati dal Camper sanitario, e lo si afferma non troppo implicitamente. Si parla di assi-

stenzialismo, in primo luogo, e ciò crea una certa tensione nell'assemblea. Il personale del Camper si trova nella posizione di dover in qualche modo controbattere, ma la scelta del Dottore è sempre stata quella, in occasioni di questo tipo, di assumere sempre una posizione che difenda la validità e la riservatezza dell'operato dell'ASL, anche quando questo vada esattamente contro la sua opinione (scelta già manifestata in altre sedi, convegni, rapporti con persone esterne all'ASL e la stampa). L'Autista prende la parola cercando di portare l'attenzione sulla situazione strutturale dei Rom nei campi. A suo avviso, l'intervento emergenziale, come quello che effettua il Camper, è la modalità più adatta per rispondere alle esigenze di una categoria di persone da cui non si può pretendere autonomia, per le condizioni in cui versano. L'autonomia deve essere una decisione politica, sostiene, non una linea di condotta di una semplice unità di assistenza sanitaria. Gran parte dei partecipanti alla riunione del GRIS ribattono con decisione che bisogna invertire la tendenza e rendere i pazienti rom autonomi, mirando a che si abituino a frequentare i centri della cura e che sappiano come farlo. Ciò che si sostiene è in sostanza la dannosità di un servizio come il Camper sanitario, pur nell'ammirazione di cui gode il Dottore grazie al suo lavoro negli anni. I giudizi fortemente negativi sull'operato del Camper non sono nuovi. Altre esperienze vengono ritenute di gran lunga migliori, pur lamentando il loro isolamento.

In ogni caso, assistenzialismo o autonomizzazione, la situazione di Nina comincia a farsi sempre più urgente e quello che emerge nelle argomentazioni che presenta al nuovo personale sanitario è un cambiamento forte nelle sue priorità, o quantomeno nella scala di fattori che tira in ballo nel discutere la sua decisione dell'operarsi o meno. In particolare, l'argomentazione forte che viene fuori e che viene presentata più volte e con una certa decisione è: «Io non mi opero se prima non parlo con mio figlio». E anche questo è qualcosa che prima del punto di rottura, dello sgombero, non era mai saltato fuori, se non in maniera assolutamente marginale e senza alcuna convinzione. Pare chiaro quanto, dal momento dello sgombero, si sia calata, nelle sue narrazioni e nelle frasi che pronuncia, in un pathos tale da crearle una sorta di gabbia etica molto rigida che in un certo modo la costringe a tenere fede alla sua nuova sensibilità post-sgombero. Il «vivere per i figli», per esempio, ovvero un'argomentazione che con lo staff che l'ha seguita precedentemente sarebbe emersa in maniera eventualmente molto più negoziabile. Dietro le parole di Nina sembrano emergere valori ed emozioni forti, eticamente connotati, che le forniscono, nel contesto del post-sgombero, nuove ragioni per pensare se stessa e il proprio ruolo. Oltre a tutto ciò, la sua situazione chiama in

causa un concetto chiave, quello del “passaggio di relazione”, ovvero la possibilità per cui una relazione virtuosa che s’instaura fra, per esempio, un Rom e il medico dell’ambulatorio, poi possa essere trasferita con lo stesso livello di virtuosità, al rapporto fra quello stesso Rom e lo specialista a cui il medico di fiducia lo ha indirizzato. Nel caso di Nina, questo passaggio è avvenuto da un campo all’altro, quindi da una forma d’intervento sanitaria emergenziale all’altra: emergenziale dunque episodica, scostante e provvisoria, ovvero strutturalmente inefficace.

Considerazioni conclusive

Esiste la tentazione di pensare tali momenti di rottura della quotidianità come occasioni per assistere a come certi processi precedentemente osservati si rimodellano e si mostrano nella loro veridicità ed essenza. Lo sgombero come improvvisa “prova del 9” di tante dinamiche considerate a loro modo assodate, oppure come una folata di vento che rimescoli tutte le carte precedentemente disposte sul tavolo, mostrando nuove possibili combinazioni prima neanche sospettabili. La tentazione è duplice: da una parte, la speranza che tutto ciò che si vuol osservare non esca mai dal segmento della stabilità, del quotidiano, dall’altra, che si arrivi un punto di rottura sul quale sperare per una sorta di verifica. Ma la dicotomia fra eccezionale e quotidiano è facilmente eludibile. Michel Foucault ha affrontato la questione dell’avvenimento attraverso l’analisi del rapporto tra questo e il governo (FOUCAULT M. 2005 [2004]). Questa analisi suggerisce un meccanismo che implica l’impossibilità di accontentarsi di vedere l’evento di rottura come un incidente di agenda politica o solo come una ennesima eccezionalità dentro uno stato d’eccezione, ma come una precisa dinamica in cui il trattamento dell’evento (quanto il suo mettere in atto le condizioni per cui possa verificarsi o non fare niente perché non si verifichi) è funzionale a un sistema di relazioni in cui la questione dei dispositivi di sicurezza è, almeno a un primo livello analitico, senz’altro molto più esplicita che nella popolazione maggioritaria. E, in questo senso, il fatto che i Rom siano soggetti a continui sforzi di normalizzazione e di forte attenzione securitaria fa pensare a “incidenti necessari”, nell’ottica del mantenimento di uno *status quo* di marginalità. E sappiamo che uno strumento prioritario nel definire i margini dello stato è proprio una «pervasiva incertezza della legge» (ASAD T. 2004: 287), incertezza e fluidità entro la quale gestire i momenti di emergenza dichiarata, quali quello che riguarda i Rom di Roma.

Nel trattare l'argomento del rapporto fra i Rom e le istituzioni sanitarie (e non solo), si legge fra le righe di molti discorsi l'idea di una certa "strumentalità culturale" dei Rom, ovvero la convinzione che i Rom, per esperienza storica, si aspettano di essere sempre "fregati" dalle istituzioni e, quindi, tendono loro a "fregare" prima. Questo è lo schema esemplificativo, secondo quanto espresso da molte delle figure coinvolte nella ricerca etnografica. Il rapporto con le istituzioni si presenta di conseguenza come schizofrenico e strumentale: una logica della collusione, con un rapporto fra Rom e istituzione che è sempre improntato alla tensione. In ogni caso, gli sconvolgimenti del Piano nomadi portano alla riflessione sulla misura in cui i Rom ci costringano a un confronto con la storia sanitaria loro e del Paese che li ospita. All'arrivo degli ex residenti del Casilino 900 negli altri campi, molti operatori lamentano una certa "arretratezza", da un punto di vista dell'educazione sanitaria e all'uso delle strutture sanitarie. Tuttavia si parla di campi in uno spazio urbano relativamente ristretto e abitato da persone in contatto fra loro anche al di fuori dei confini dei loro insediamenti. Ciò che si presenta è una sorta di sovrapposizione di temporalità, fra diversi livelli di capacità di ricorso alla sanità pubblica. Il confronto con la storia sanitaria italiana si esprime anche nel fatto che, secondo molti operatori coinvolti, i Rom richiamano la funzione del medico di base. Ma i Rom paiono piuttosto richiamare le funzioni di base dell'intero servizio sanitario nazionale, nel suo essere espressione di governamentalità. Non ci si può limitare a constatare la visione olistica della salute da parte dei Rom, (non parcellizzata com'è intesa dal sistema sanitario), come non si può limitare il discorso – come viene ricorrentemente fatto dalle figure coinvolte – all'invocazione di un'integrazione fra pubblico e privato. L'assistenza sanitaria ai Rom interroga l'assetto del sistema sanitario pubblico mettendone beffardamente in rilievo numerosi paradossi, incongruenze, carenze legislative e strutturali. In questo, il Camper non è una bolla, rispetto al resto delle istituzioni sanitarie. Quella adottata dal suo staff è una "strategia del sospetto", che configura strutturalmente la sua azione così come ne è configurata quella dell'intero servizio sanitario di fronte ai Rom. Si tratta di un approccio relazionale che non può essere meglio definito che con una formula pronunciata dal Dottore del Camper dopo una visita con un paziente dall'atteggiamento ambiguo: «Con i Rom devi sempre partire dal presupposto che stanno mentendo, poi si vedrà». La strategia del sospetto non è riducibile a una semplice diffidenza rispetto alla veridicità di ciò che il paziente di turno sta dicendo, ma si configura come una dimensione costantemente presente nella procedura di analisi dei casi sottoposti

dai pazienti, soprattutto quando la narrazione dei sintomi e dei problemi fisici s'intreccia con le vicende che, secondo i pazienti stessi, potrebbero averli originati. È una postura attraverso cui, in determinati contesti operativi, vengono recepite ed elaborate le informazioni presentate rispetto ai sintomi della patologia denunciata. La questione si complica nei casi in cui ci siano di mezzo situazioni di illegalità o di ambiguità nei rapporti con il Camper. Ma soprattutto si complica nel momento in cui ci si accorga che regime del sospetto e regime della compassione sono facce della stessa medaglia, attraversando simultaneamente l'approccio sanitario dello staff in questione nell'interezza delle sue pratiche e nel conformarne l'intervento.

Il rapporto con Nina, pur nella sua "normale particolarità", non sfugge a questo assetto. La sua protratta reticenza verso il rispetto del programma delle visite e delle terapie inquadra il suo caso in quella sorta di costante indefinitezza dei percorsi terapeutici indicati dal Dottore del Camper, con la costante consapevolezza della forte probabilità che non vengano rispettati. La vicenda di Nina è costituita, almeno nella sua prima parte, da visite mancate, esami scampati e farmaci prescritti ma mai assunti. Anche nel momento in cui la situazione pareva essersi sbloccata, ovvero nella fase in cui Nina avrebbe finalmente seguito le indicazioni dello staff medico, l'atteggiamento di sospetto non sarebbe mai passato. Avrebbe riguardato al massimo una valutazione degli atteggiamenti di Nina secondo una dinamica di alternata colpevolizzazione e compatimento nella sua presunta incapacità culturale di tenere il passo con una procedura medica standard: regime del sospetto e regime della compassione s'intersecano. Ma di procedure mediche standard non è possibile parlare, in uno stato d'eccezione come un campo nomadi.

I Rom dei campi nomadi si trovano in una posizione in cui è possibile solamente un intervento sanitario emergenziale e di conseguenza necessariamente assistenzialista. Ciò porta a una configurazione dei percorsi terapeutici come dispositivi estremamente vulnerabili e costantemente suscettibili di essere interrotti dalle azioni derivanti dalle politiche di sicurezza istituzionali. L'interruzione dei percorsi terapeutici conduce l'intervento medico verso due possibilità: il completo venir meno della cura o l'intraprenderla in un nuovo livello emergenziale, ancora più frammentato e generalmente più inefficace del precedente. Si tratta dunque un circolo vizioso, che contribuisce a mantenere i Rom residenti nei campi nomadi in uno stato di quotidianità che, contestando ulteriormente la tautologia, eccezionale si mostra attraverso i suoi aspetti sanitari. Se da quest'ultima considerazione si risale al fatto che la sanità pubblica, secondo

le sue definizioni classiche e correnti, è la realizzazione più completa ed esplicita del concetto di biopolitica (DOZON J. P. - FASSIN D. curr. 2001), ecco emergere la vicenda narrata in ciò che pare essere il suo valore profondo: il mostrarci come l'intervento sanitario, ogni qualvolta incroci l'intervento securitario, finisce in ogni caso per assecondare e rafforzare quello governamentale, inteso come espressione di quell'«insieme di istituzioni, procedure, analisi e riflessioni, calcoli e tattiche che permettono di esercitare questa forma specifica e assai complessa di potere, che ha nella popolazione il bersaglio principale, nell'economia politica la forma privilegiata di sapere e nei dispositivi di sicurezza lo strumento tecnico essenziale» (FOUCAULT M. 2005: 88). Questa dinamica sembra tradursi nel costituirsi come tecnica del mantenimento, da parte di quello stesso governo (per fini diversi, dal propagandistico all'ideologico), di uno stato di eccezione in cui ogni tentativo di normalizzazione passi paradossalmente per il rafforzamento di quella stessa eccezionalità. Ovvero, più circoli viziosi che s'incrociano come gli anelli di una catena, una catena che solo una nuova economia morale della scelta politica, che si manifesti attraverso un approccio decisionale di lungo raggio, potrà spezzare.

Note

⁽¹⁾ (Gogol' N. 2009 [1842]: 154) traduzione di Paolo Nori.

⁽²⁾ Indico il "Camper sanitario" con la lettera maiuscola per distinguerlo dagli altri camper presenti nei campi, come abitazioni. Allo stesso modo, uso la maiuscola per distinguere i membri del suo personale (Dottore, Infermiera, Autista/Mediatore) dalle altre figure simili coinvolte nella ricerca.

⁽³⁾ Agamben affronta criticamente le teorie della sospensione dell'ordine giuridico operata in determinati spazi e momenti storici giungendo a cogliere l'eccezionalità come fonte primaria dell'intero ordine giuridico: «Lo stato di eccezione è il dispositivo che deve, in ultima istanza, articolare e tenere insieme i due aspetti della macchina giuridico-politica, istituendo una soglia di indecidibilità fra anomia e *nomos*, fra vita e diritto, fra *auctoritas* e *potestas*. Esso si fonda sulla finzione essenziale per cui l'anomia – nella forma dell'*auctoritas*, della legge vivente o della forza-di-legge – è ancora in relazione con l'ordine giuridico e il potere di sospendere la norma è in presa immediata sulla vita» (AGAMBEN G. 2003: 110).

⁽⁴⁾ Le diverse statistiche e censimenti che quantificano la presenza rom sono problematicamente discordanti. Nel presentare il "Piano nomadi", l'Amministrazione comunale romana ha stimato quella presenza a 7.177 persone, cifra risultante dalle 2.200 persone degli 80 insediamenti informali, dalle 2.736 dei 14 campi "tollerati" e dalle 2.241 dei 7 "villaggi attrezzati", i campi ufficiali. Un'altra stima numerica è quella fornita dal VII Rapporto dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni (promosso da Caritas Diocesana, dalla Camera di Commercio e dalla Provincia di Roma, presentato il 16 dicembre 2010). La cifra complessiva è posta fra gli 8.000 e i 10.000 individui (il numero più alto in Italia), presentando di nuovo l'ampia forbice dovuta alla difficoltà di stima esatta.

⁽⁵⁾ Considerando i modi in cui lo smantellamento è avvenuto, per il caso del Casilino 900 ritengo opportuno usare in maniera indistinta i termini “sgombero” e “trasferimento”, laddove le due parole indicherebbero un diverso grado di “irruenza”, accondiscendenza e mediazione.

⁽⁶⁾ Traduz. dal francese dell'autore.

⁽⁷⁾ Il Dottore opponeva una certa resistenza alla concessione degli antidolorifici per due ordini di ragioni: da una parte, per il loro forte impatto sulla salute di chi lo assume e per una tendenza all'eccesso del loro uso, nei campi; dall'altra parte perché, proprio durante il periodo di etnografia è emerso l'uso di quel tipo di medicinali per la preparazione di dosi di eroina spacciate nel campo.

⁽⁸⁾ Assumendo la nozione di economia morale non solamente come possibile oggetto di etnografia, ma anche come vero e proprio strumento etnografico, Didier Fassin la definisce come postura atta a cogliere e rendere conto delle azioni e discorsi che derivano dalla «produzione, ripartizione, circolazione e utilizzo dei sentimenti morali, delle emozioni e dei valori, delle norme e degli obblighi nello spazio sociale» (FASSIN D. 2009: 1257).

⁽⁹⁾ Questa dinamica si acuisce quando emerge anche il sospetto di trasmissibilità della malattia in questione, trasmissibilità che viene spesso attribuita anche a patologie tumorali.

Bibliografia

- AGAMBEN Giorgio (1995), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- AGAMBEN Giorgio (2003), *Stato di eccezione: Homo sacer II*, Bollati Boringhieri, Torino.
- ARENDT Hannah (1991 [1958]), *Vita activa: la condizione umana*, traduz. dall'inglese di Sergio FINZI, Bompiani, Milano [ediz. orig.: *The human condition*, University of Chicago Press, Chicago, 1958].
- ASAD TALAL (2004), *Where are the margins of the state?*, pp. 279-288, in DAS VEENA - POOLE Deborah (curatori) (2004), *Anthropology in the margins of the state*, School of American Research Press, - James Currey, Santa Fe - Oxford.
- BOURDIEU Pierre (2003 [1972]), *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, traduz. dal francese di Irene MAFFI, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Editions du Seuil, Paris, 1972].
- BUTT Leslie (2002), *The suffering stranger: Medical anthropology and international morality*, “Medical Anthropology”, vol. 21, n. 1, 2002, pp. 1-24.
- DANIELE Ulderico (2011a), ‘Nomads’ in the eternal city. Local policies and Roma participation in the emergency era, “Géocarrefour”, vol. 86, n. 11, 2001, pp. 15-23.
- DANIELE Ulderico (2011b), *Sono del campo e vengo dall'India. Etnografia di una comunità rom ridislocata*, Meti Edizioni, Roma.
- DOZON Jean-Pierre - FASSIN Didier (curatori) (2001), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Éditions Balland, Paris.
- FAINZANG Sylvie (1997), *Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades*, “Sciences Sociales et Santé”, vol. 15, n. 3, 1997, pp. 5-23.
- FASSIN Didier (2001), *Une double peine: la condition sociale des immigrés malades du sida*, “L'Homme. Revue Française d'Anthropologie”, vol. 160, 2001, pp. 137-162.
- FASSIN Didier (2008), *Life & times of Magda A.: Telling a story of violence in South Africa*, “Current anthropology”, vol. 49, n. 2, 2008, pp. 225-246.
- FASSIN Didier (2009), *Les économies morales revisitées. Etude critique suivie de quelques propositions*, “Annales Histoire, sciences sociales”, vol. 64 n. 6, 2009, pp. 1237-1266.
- FASSIN Didier (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Gallimard - Seuil, Paris.

- FOUCAULT Michel (2005 [2004]), *Sicurezza, territorio, popolazione : corso al Collège de France (1978-1979)*, EWALD François - FONTANA Alesandro - SENELLART Michel (curr.), traduz. dal francese di Paolo NAPOLI, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *Sécurité, territoire, population*, Gallimard, Paris, 2004].
- GOGOL' Nikolaj (2009 [1842]), *Anime morte*, traduz. dal russo di Paolo NORI, Feltrinelli, Milano [ediz. orig. 1842].
- PIASERE Leonardo (1999), *Un mondo di mondi: antropologia delle culture rom*, L'Anch'ora del Mediterraneo, Roma.
- PIASERE Leonardo (2004), *I rom d'Europa: una storia moderna*, Laterza, Roma-Bari.

Riassunto

Il mal di testa e lo sgombero. Percorsi terapeutici e percorsi securitari nei campi rom di Roma

L'articolo tratta dell'intervento sanitario nei "campi rom" di Roma. Le politiche pubbliche nei confronti dei loro residenti sono alla base di trasferimenti forzati che influenzano gli interventi sanitari specifici condotti in quegli stessi spazi urbani. I percorsi terapeutici e le dinamiche di frequentazione delle strutture di sanità pubblica da parte dei Rom e Sinti coinvolti sono di conseguenza trasformati – se non interrotti – dallo sgombero dei campi e lo spostamento dei loro abitanti. Questo tema è affrontato attraverso l'analisi etnografica di una traiettoria biografica di una paziente del campo Casilino 900, il più grande della città di Roma, ormai smantellato. Il percorso della paziente è osservato nel suo rapporto con una unità sanitaria mobile specificamente dedicata ai "campi rom" e che è stata al centro della ricerca etnografica da cui scaturisce questo testo.

Parole chiave: Rom; Roma; Italia; salute; sicurezza; sgombero.

Résumé

Les migraines et le démantèlement. Parcours thérapeutiques et parcours sécuritaires dans les camps rom de Rome

Cet article aborde la thématique des interventions sanitaires dans les «campi rom» de Rome. Les politiques publiques qui visent leurs résidents sont à l'origine de déplacements forcés affectant les interventions sanitaires spécifiques menées dans ces espaces urbains. Les parcours thérapeutiques et les dynamiques de fréquentation des structures de santé publique par les Roms et les Sintis concernés sont en conséquence transformés, voire interrompus, par le démantèlement des camps et le déplacement de leurs habitants. Cette thématique est abordée à travers l'analyse ethnographique d'une

trajectoire biographique d'une patiente du camp Casilino 900, le plus grand de Rome, désormais démantelé. Le parcours de la patiente est observé à travers son rapport avec une unité médicale mobile qui opère dans les «campi rom» et qui a été au centre de la recherche ethnographique à la base de ce texte.

Mots clés: Rom; Rome; Italie; santé; sécurité; démantèlement.

Resumen

El dolor de cabeza y el desalojo. Trayectorias terapéuticas y caminos securitarios en los campamentos rom de Roma

El presente artículo aborda la cuestión de la intervención sanitaria en los “campi rom” (los campamentos rom) de la ciudad de Roma. Las políticas públicas dirigidas a sus habitantes provocan traslados forzosos que a su vez influyen en las intervenciones sanitarias específicas llevadas a cabo en esos mismos espacios urbanos. Las trayectorias terapéuticas y las dinámicas de frecuentación de las estructuras de la salud pública por parte de los Rom y Sinti se transforman – cuando no se interrumpen – a consecuencia del desalojo de los campamentos y al desplazamiento de sus habitantes. Esta cuestión se aborda a través del análisis etnográfico de la trayectoria biográfica de una paciente del campamento Casilino 900, el más grande de la ciudad de Roma, hoy en día desmantelado. El trayecto de la paciente se observa en su relación con una unidad sanitaria móvil, específicamente dirigida a los “campi rom” y que fue el centro de la investigación etnográfica en la que se basa el presente texto.

Palabras clave: Rom; Roma; Italia; salud; seguridad; desalojo.

Abstract

Headache and eviction. Therapeutics and securitarian paths in the Roma settlements in Rome

This article concerns the sanitary interventions in the Roma settlements – the “campi rom” – in Rome. Public policies concerning their residents explain the forced displacement that affect specific actions in relation to public health facilities in these same urban areas. The therapeutic paths and the dynamics of usage patterns of these public health facilities by the Roma population have been modified or indeed disrupted by the dismantling of the camps and the eviction of their inhabitants. This issue is based on the ethnographic study of a single life trajectory of a patient living at the

Casilino 900, the biggest camp in Rome, now dismantled. The patient's path is observed in his relationship with the work of a medical mobile unit specifically dedicated to the Roma settlements, the main object of the ethnographic research this text is derived from.

Keywords: Roma; Rome; Italy; health; security; eviction.