



Addiction Prevention within  
Roma and Sinti communities

# Understanding drug addiction in Roma and Sinti communities

## Rapporto della ricerca-azione

Deliverable nr. 8 – WP4



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union

## Understanding drug addiction in Roma communities (rapporto breve)

SRAP Network  
[www.srap-project.eu](http://www.srap-project.eu)  
gennaio 2012

A cura di: Oana Marcu (Codici|Agenzia di Ricerca), Patrizia Marani (Comune di Bologna)

Autori:

Capitolo 1,2,3,5: Oana Marcu (Codici|Agenzia di Ricerca), Massimo Conte (Codici|Agenzia di Ricerca)

Capitolo 4:

Maria Cauto, Luciano Serio (Società Dolce)

Silvia Citton, Giuseppe Menegazzo, Favaretto Alberto (Comune di Venezia)

Iskra Stoykova, Radostina Antonova, Boyan Vasilev, Eleonora Antonova, Emilia Mikova, con il contributo di: Albena Dragieva, Anelia Dimitrova, Nayden Kostadinov, Rumiana Traikova, Zornitsa Stoichkova (Health and Social Development Foundation – HESED, Bulgaria)

Daniela Mihailova (ROS Kupate, Bulgaria)

Mathilde Archambault, Olivier Peyroux, Morgane Siri (Hors la Rue Association, Francia)

Tea Sulič (RIC Novo Mesto, Slovenia)

Coro González Garrido, Katia García Guadalupe, Nuria Rodríguez Derecho (Fundación Secretariado Gitano, Spagna), con il contributo di: Natalia Gómez Fidalgo, Amparo Merodio Simón, Juan Escudero Escudero, Angela Gabarri Gabarri, Fernando García García, Ángeles Lanza Hernández, Carmen Salvador Castel (Fundación Secretariado Gitano, Spain), Cristina Padeanu (Parada Foundation, Romania)

*La presente pubblicazione nasce dal Progetto SRAP (Prevenzione delle dipendenze nelle comunità Rom e Sinti), rif. 20091218, realizzato con il finanziamento dell'Unione Europea, nell'ambito del Programma Salute Pubblica 2008-2013.*

*Questa pubblicazione riflette solo le opinioni degli autori e la Commissione non può essere ritenuta responsabile degli eventuali usi che possono essere fatti delle informazioni in essa contenute.*

## Sommario

1. I Rom in Europa: legislazione, servizi sanitari e rischi di consumo della droga.....	3
2. Metodologia .....	6
2.1. Progettare una ricerca condivisa .....	6
2.2. Reclutamento dei partecipanti e motivazione .....	9
2.3. Metodo di ricerca: gruppi di discussione con mezzi visivi e interviste approfondite.....	12
3. Risultati.....	15
3.1. Una panoramica transnazionale.....	15
3.2. Atteggiamenti culturali.....	15
3.3. Reti sociali chiuse.....	19
3.4. Divari tra servizi e comunità.....	20
3.5. Rischi per la salute e fattori di protezione.....	22
3.6. Modelli di consumo .....	23
4. Conclusioni locali.....	26
4.2. Italia – Bologna.....	31
4.3. Italia - Venezia.....	35
4.4. Bulgaria – Sofia .....	37
4.5. Francia .....	38
4.6. Slovenia – Novo Mesto .....	40
4.7. Spagna .....	41
4.8. Romania .....	45
5. Conclusioni finali .....	48
Bibliografia .....	52

## 1. I Rom<sup>1</sup> in Europa: legislazione, servizi sanitari e rischi di consumo della droga

Poiché la salute costituisce un modo per misurare le disuguaglianze sociali più comuni, è opinione diffusa che i gruppi di minoranza e i giovani che vivono in condizioni di vulnerabilità e di esclusione sperimentino maggiori rischi di consumo della droga e che abbiano in generale condizioni sanitarie peggiori.

Come suggerisce la relazione di ricerca dell'EMCDDA del 2002 sul consumo della droga e sulle minoranze in 16 Paesi europei: *“i gruppi di colore e i gruppi di minoranza sono vulnerabili al consumo della droga, allo stesso modo delle popolazioni bianche locali che sono socialmente escluse, e ciò riguarda in particolare le generazioni più giovani di alcuni gruppi. I ricercatori della maggior parte dei Paesi che hanno partecipato a questo studio hanno rilevato che il consumo della droga era maggiormente diffuso tra le generazioni più giovani di gruppi di colore e di minoranze etniche piuttosto che tra le generazioni più vecchie, e per molti ricercatori ciò è legato all'esclusione sociale”*.

La relazione del 2008 dell'EMCDDA sulla droga e sui gruppi vulnerabili di giovani sottolinea anche che il fatto che un gruppo sia esposto a svantaggi sociali o a forme di disuguaglianza può portare a una limitata libertà di scelta individuale e a un consumo più precoce, più frequente o più problematico di droga.

La presente ricerca ha studiato i processi che collegano i giovani Rom al consumo della droga, in un quadro di prevenzione, ed è stata condotta in 6 Paesi partner del progetto SRAP: Italia, Spagna, Francia, Bulgaria, Romania e Bulgaria.

In tutti i Paesi europei la legislazione sul consumo, la vendita o la produzione di droga è intrinsecamente universale e non selettiva. I gruppi identificabili come Rom, a prescindere dal fatto di essere riconosciuti come minoranza e a prescindere dal loro status di cittadinanza, sono soggetti alle stesse norme, indipendentemente dall'etnicità, sia per le sostanze legali che per quelle illegali.

La legislazione in tutti i Paesi partner affronta il tema della droga operando una distinzione tra sostanze in base alla legalità del commercio e della produzione delle stesse. Inoltre essa regola il consumo di sostanze legali, ad esempio riferendosi al consumo dell'alcool e alla guida, al consumo in locali pubblici, vietando la vendita di tabacco ai minori o applicando il filtro della prescrizione medica per utilizzare alcuni farmaci con effetto psicotropo o dopante.

Le differenze tra i Paesi partner si riferiscono ad aspetti specifici di queste norme: i livelli di conseguenze legali, secondo i criteri di pericolosità di alcune droghe, la rilevanza criminale del consumo rispetto al traffico e alla produzione, le differenze nell'applicazione di multe o sanzioni

---

<sup>1</sup> Abbiamo utilizzato il termine “Rom” per brevità per riferirci a tutti i gruppi Rom; tuttavia vogliamo sottolineare che il progetto SRAP riconosce la diversità all'interno delle varie comunità Rom in Europa. Nella presente relazione abbiamo specificato quando ci riferivamo a un gruppo preciso di Rom (Rom rumeni, Rom bulgari, Sinti, ecc.).

penali. Questi aspetti specifici si riferiscono anche alla popolazione generale in base a un approccio non selettivo.<sup>2</sup>

I pochi studi sui problemi sanitari e di dipendenza tra i membri della minoranza più vasta in Europa, i Rom, sono abbastanza preoccupanti per quanto riguarda le forme di disparità nella salute e le differenze nei livelli e nell'incidenza del consumo di sostanze. Alcune ricerche sul consumo della droga nei gruppi Rom effettuate in Irlanda (EMCDDA, 2008), Ungheria (Gerevich, Bacskai, Czobor, & Szabo, 2010), Bulgaria (EMCDDA, 2009), Finlandia, Spagna e Portogallo (EMCDDA, 2002) hanno rilevato tendenze preoccupanti come la precocità nel primo utilizzo del tabacco e nel consumo dell'alcool, una maggiore prevalenza nell'arco di tutta la vita per tutti i tipi di droga, stigmatizzazione e consumo nascosto. Dalla ricerca della Fundación Secretariado Gitano sulla salute dei Rom è emerso che ci sono alte percentuali di famiglie dove almeno un membro della famiglia ha un problema di alcool e/o di droga, specialmente in Bulgaria, Grecia e Repubblica Ceca, con una media di 11,4% delle famiglie in tutti i contesti<sup>3</sup>. Tendenzialmente si tratta di famiglie di dimensioni maggiori rispetto a quelle in cui non ci sono consumatori di droga.

Questa ricerca ha concluso che è necessario compiere sforzi urgenti per migliorare l'accesso e la fruizione dei servizi di assistenza sanitaria da parte dei Rom. A livello europeo è già stato riconosciuto che una delle caratteristiche della segregazione sperimentata dai gruppi Rom è collegata al loro scarso livello di accesso ai servizi di previdenza sociale nazionale.

Più di una volta l'Unione Europea è dovuta intervenire per richiedere politiche finalizzate a facilitare l'accesso dei Rom ai servizi. Ricerche nazionali e transnazionali condotte nell'ambito del progetto SRAP sottolineano ulteriormente lo scarso accesso dei Rom ai servizi, in particolare a quelli di assistenza sanitaria e a servizi specifici legati al consumo della droga e alla prevenzione.

Le barriere nell'accesso ai servizi sono di tre tipi:

1. Barriere amministrative. Il fatto di essere uno straniero o l'esistenza di incongruenze nella regolamentazione dello status di cittadini dell'UE (ad es. per i Rom rumeni all'estero) possono causare l'esclusione da servizi sanitari per gli interventi che non sono né necessari né urgenti. Ad esempio, lo status di straniero può limitare l'accesso a programmi di prevenzione e di promozione sanitaria. Un'altra barriera amministrativa è rappresentata dalla mancanza di assicurazione medica, come nel caso dei Rom in Bulgaria: ciò rende impossibile l'accesso all'assistenza sanitaria.

Queste barriere possono essere superate con interventi del settore delle ONG, come si nota spesso. In alternativa ci possono essere interventi governativi mirati per eliminare le barriere amministrative, seguendo i principi della discriminazione positiva nei confronti di gruppi riconosciuti come minoranze, applicando interventi selettivi per superare situazioni di esclusione sociale.

2. Barriere collegate all'orientamento nel sistema dei servizi. Molti servizi contro il consumo di droga o per la gestione di rischi sanitari connessi a tale consumo non sono servizi di primo livello ma specializzati. Ciò implica che le persone si devono orientare in un sistema di servizi che richiede abilità nell'identificare il servizio specializzato da contattare. Per una popolazione

---

<sup>2</sup> Per dettagli sulle legislazioni nazionali contro la droga, fare riferimento alle relazioni dei singoli Paesi.

<sup>3</sup> I risultati comprendevano anche la Spagna e il Portogallo.

per cui è già problematico accedere ai servizi base (universali e generali) il livello di conoscenza dei servizi specializzati potrebbe essere ancora minore.

Nei Paesi partner molti programmi di intervento, promossi da istituzioni e ONG, intendono superare questa barriera, mettendo a punto servizi di operatori sociali sul campo, e a bassa soglia, che possano accompagnare e orientare le persone verso i servizi specializzati.

Dalle esperienze della Francia, dell'Italia e della Spagna è stato osservato che alcune categorie di consumatori scoprono i servizi specializzati e vi accedono in seguito alle conseguenze del consumo delle sostanze, dopo avere sperimentato un intervento di operatori sociali sul campo. Un esempio è il caso di persone che fanno uso di eroina iniettata (come IDU<sup>4</sup>, non come Rom), le quali si rivolgono a unità mobili che lavorano nell'ambito della riduzione del danno e a servizi per le dipendenze presenti nell'area. Questo è un caso in cui la condizione specifica di utilizzo di droga per iniezione supera le barriere della segregazione e rende possibile l'accesso ai servizi.

3. Barriere connesse alla mancanza di accesso alle informazioni. I gruppi Rom che vivono nelle condizioni peggiori di segregazione e di esclusione sociale non dispongono neppure delle informazioni minime sulle conseguenze del consumo o sull'esistenza di servizi appositi. Molti partner del progetto SRAP hanno ideato azioni per sensibilizzare i Rom sulle conseguenze degli stili di vita dannosi e per una promozione più efficace in ambito sanitario tra questi gruppi.

Una delle conseguenze più negative dello scarso accesso dei Rom ai servizi connessi al consumo della droga è che si sa poco della relazione tra i Rom e la droga. In tutti i Paesi partner ci sono prove chiare secondo cui tra i gruppi Rom vi è consumo di tutti i tipi di droga presi in considerazione nella ricerca: tabacco, alcool e droghe illecite. Si sa ancora poco sulla diffusione del consumo di droga, sul profilo dei consumatori, sulla relazione con i mercati illegali e sulla distribuzione del rischio e le patologie correlate. La mancanza di tali informazioni rende difficile l'applicazione di un programma di politica sociale e sanitaria forte ed efficiente.

Inoltre non possiamo dimenticare che uno dei limiti più ovvi nell'ottenimento di tali informazioni è la mancanza di una definizione chiara, univoca e comune dei Rom.

I Rom sono considerati una minoranza nazionale in Bulgaria, Romania e Slovenia, dove sono previste istituzioni governative e politiche speciali per promuovere l'inclusione sociale delle minoranze. La Francia e la Spagna non hanno leggi specifiche per la minoranza Rom, in Italia esiste solo una legislazione a livello regionale, che propone anche soluzioni speciali, come ospitare i Rom in campi nomadi.

Non tutti i Rom presenti sul territorio di ogni Stato europeo rientrano in queste categorie definite legalmente. Ad esempio, la legge slovena protegge come minoranza solo i Rom di cittadinanza slovena, mentre in Italia i Rom dell'Europa dell'Est possono rientrare nella categoria di "emigrati irregolari" invece che nella categoria di "minoranze regionali". Subito prima dell'entrata effettiva della Romania e della Bulgaria nell'Unione Europea, la Francia, ad esempio, cambiò le leggi sulla legalità del soggiorno dei cittadini dell'UE. La Legge del 24 luglio 2006 sull'immigrazione e l'integrazione ha introdotto condizioni severe sulla concessione di diritti di soggiorno per i cittadini

---

<sup>4</sup> IDU è l'acronimo che indica il consumo/i consumatori di droga per iniezione.

dell'UE, che devono dimostrare di avere un lavoro, di essere studenti, o di avere un'assicurazione sanitaria e risorse sufficienti.

Per via del loro carattere universalistico e non selettivo, i sistemi di previdenza sociale non raccolgono dati disaggregati dal punto di vista etnico. La legislazione dell'UE in materia di protezione dei dati consente di raccogliere dati etnici purché siano attuate alcune misure cautelative per proteggere questo tipo particolare di dati personali da un utilizzo improprio. Alcuni dei Paesi che hanno partecipato alla nostra ricerca hanno norme severe riguardo alla raccolta di dati etnici, sebbene sia possibile raccogliere dati etnici disaggregati ai fini di una politica positiva. Il centro 'European Roma Rights Centre'<sup>5</sup> (2001) ha osservato che *"l'interpretazione ostinata delle leggi di protezione di dati nazionali come forma di proibizione globale della raccolta di dati basati sull'etnicità è uno degli ostacoli maggiori allo sviluppo di politiche mirate in tutti e cinque i Paesi"*. Secondo l'ERRC l'interpretazione errata delle norme di protezione dei dati porta alla mancanza di dati relativi a vari indicatori sanitari e sociali per la popolazione Rom.

Il progetto SRAP si è prefisso lo scopo di superare tali limiti aumentando il livello di informazione sui Rom e sul consumo di droga, da un punto di vista qualitativo, con l'obiettivo di descrivere ed interpretare i fenomeni in un contesto di prevenzione.

## 2. Metodologia

### 2.1. Progettare una ricerca condivisa

Una delle convinzioni principali su cui si basa il progetto SRAP è la necessità di aumentare la partecipazione dei Rom, specialmente dei giovani, alla ricerca e ai processi di intervento previsti dal progetto stesso.

L'approccio alla ricerca si è incentrato sulla produzione di conoscenza in un contesto congiunto di ricerca e intervento: la prospettiva della ricerca - azione sottolinea la necessità di raccogliere dati in una maniera pratica e di coinvolgere attivamente in questo processo tutti i gruppi target. In tal senso è stato necessario coinvolgere tutti i diversi attori, non solo nello svolgimento della ricerca, ma anche nella formulazione dei suoi obiettivi e dei suoi argomenti principali.

Prima di iniziare la progettazione della ricerca, tra settembre 2010 e febbraio 2011 abbiamo svolto una fase di consultazione al fine di coinvolgere tutte le parti interessate (le parti istituzionali e i giovani Rom) nel processo di definizione dei gruppi target e degli obiettivi per le fasi successive. Quindi abbiamo organizzato alcuni gruppi di discussione per confrontarsi con giovani, professionisti e i comitati consultivi delle parti locali interessate (LSAC – Local Stakeholders Advisory Committees) riguardo a quali aree del consumo della droga dovessero essere prese in esame dalla nostra ricerca.

---

<sup>5</sup> [N.d.T.: Centro per i diritti dei Rom Europei].

Da un lato ciò ci ha aiutato a capire quali sono le priorità di ricerca ed intervento percepite dalle diverse parti interessate. Dall'altro ci ha aiutato a creare un contesto di scambio e collaborazione, tipico di una ricerca condivisa. Sono stati organizzati sette gruppi di discussione con gruppi locali di parti interessate (in totale 41 partecipanti), otto con professionisti che lavorano nella prevenzione (in totale 62 partecipanti) e otto con giovani Rom (in totale 74 partecipanti). A questo punto il nostro scopo non era di acquisire informazioni su modelli specifici di consumo della droga, sul comportamento e atteggiamenti personali e di comunità, ma solo di identificare le priorità percepite per gestire il problema emergente del consumo della droga, come input diretto per la progettazione della nostra ricerca. Ciononostante, come si può leggere nella nostra prima relazione, la prima serie di gruppi di discussione ha fornito anche alcuni cenni sulle tendenze contestuali nel consumo della droga, ma anche sulle relazioni e le esperienze dei giovani.

I gruppi di discussione sono stati organizzati in gruppi omogenei (ragazzi e ragazze Rom, comitato consultivo delle parti locali interessate del progetto SRAP e professionisti) che affrontavano gli stessi argomenti in ognuno dei gruppi. Abbiamo utilizzato gli stessi compiti/quesiti per i tre gruppi target coinvolti, adattandoli in termini di linguaggio e complessità.

I partner del progetto SRAP hanno organizzato gruppi di discussione con giovani Rom di età compresa tra i 12 e i 28 anni, 39 ragazzi e 35 ragazze. Alcuni gruppi erano più omogenei per età e sesso dei partecipanti. Ad esempio il gruppo di discussione con giovani in Spagna era quasi omogeneo per il sesso dei partecipanti, essendo composto da 7 ragazze e un ragazzo. Il gruppo di discussione in Francia era estremamente eterogeneo per l'età (dai 12 ai 18 anni). Talvolta è risultato difficile selezionare partecipanti con una distribuzione equa in base al sesso, a causa delle caratteristiche demografiche di ogni popolazione e di altri fattori contestuali. C'è stata una partecipazione notevolmente maggiore di ragazzi in Francia e in Bulgaria, e una partecipazione maggiore di ragazze in Spagna, Italia e Romania.

I gruppi di discussione con il comitato consultivo delle parti locali interessate sono stati quelli con il minor numero di partecipanti in tutti i Paesi. Nonostante i gruppi degli stakeholder siano stati creati per fornire assistenza durante tutto il progetto SRAP, talvolta è stato difficile ottenere la loro partecipazione a questo gruppo preliminare di discussione. I motivi forniti dai gruppi stessi sono stati i seguenti: calendario pieno e difficoltà nel trovare una data comune. Il numero medio di partecipanti in questo gruppo è stato di 5,85.

I gruppi di discussione con rappresentanti dei servizi di prevenzione hanno avuto un numero maggiore di partecipanti. Solo a Venezia ci sono state difficoltà a coinvolgere professionisti dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), poiché l'amministrazione non aveva acconsentito alla loro partecipazione. In alcuni casi (ad esempio Sofia) è stato difficile identificare figure professionali che avessero esperienza con la popolazione Rom. La maggior parte dei servizi connessi ai problemi di droga erano comunità terapeutiche.

Il primo compito è stato organizzare una sessione di brainstorming sui giovani Rom e la droga, per studiare tutte le idee che per i partecipanti erano collegate ai due concetti. In questo modo abbiamo potuto studiare l'importanza attribuita al consumo tra i giovani Rom, la rappresentazione del fenomeno e le situazioni familiari o le immagini collegate a questo argomento. I temi che sono emersi sono stati raggruppati in categorie sulla base del significato e della co-occorrenza (compito della mappa concettuale).



Nella seconda parte del processo i temi principali collegati al consumo della droga tra i giovani Rom sono stati catalogati dai partecipanti in base all'importanza e all'accessibilità (applicate alla ricerca e a interventi di prevenzione). Lo scopo di quest'ultimo compito era di definire le priorità dei problemi e delle risorse, di identificare i punti critici ed esplorare gli errori possibili che devono essere evitati nel processo di ricerca.

Generalmente i partecipanti hanno apprezzato di avere l'occasione di incontrarsi e discutere argomenti come il consumo della droga tra i giovani Rom e hanno espresso la loro disponibilità a partecipare a sessioni future.

Il materiale raccolto nei gruppi di discussione è stato successivamente tradotto in una struttura comune che è stata alla base della ricerca nelle fasi sul campo e nelle fasi di analisi.

Abbiamo organizzato un meeting con ricercatori e rappresentanti delle organizzazioni partner a Milano (8-10 marzo 2011). Lo scopo era di lavorare insieme alla progettazione della ricerca, alle domande/agli argomenti e al metodo per svolgere la ricerca – azione, prendendo in considerazione i risultati dei gruppi di discussione.

A tal fine i partner che hanno svolto la ricerca hanno selezionato parole chiave che indicavano i temi principali emersi in ogni contesto locale. Discutendo tali argomenti abbiamo costruito una mappa concettuale che rappresentava in una forma breve e visiva le aree principali che avremmo esplorato nella nostra ricerca, e quindi i risultati principali dell'analisi dei gruppi di discussione. Pertanto le aree principali da esplorare erano:

- **ATTEGGIAMENTI CULTURALI:** si riferiscono a come viene interpretato il consumo della droga in termini culturali. Alcuni tipi di consumo sono visti come più tradizionali dai Rom, mentre altri sono visti come contaminazioni culturali. Questa categoria si riferisce anche ad atteggiamenti culturali dominanti per il consumo della droga (che è "normalizzato") e al bisogno di assumersi la responsabilità di educare i giovani sulla droga.
- **RETI SOCIALI CHIUSE:** la famiglia e gli amici, l'ambiente sociale chiuso dei giovani. Quest'area si riferisce all'influenza di tali relazioni sul consumo e a una comprensione comune delle dinamiche relazionali che caratterizzano l'esperienza dei giovani. Si riferisce anche alla violenza e alla manipolazione come rischi derivanti da relazioni chiuse.
- **DIVARI TRA SERVIZI E COMUNITÀ:** la percezione della distanza tra i servizi di prevenzione e sanitari e i giovani Rom, la consapevolezza e la capacità dei servizi.
- **RISCHI PER LA SALUTE E FATTORI DI PROTEZIONE:** si riferisce ai prerequisiti psicologici, alle conseguenze a livello individuale, alla conoscenza della droga e all'accesso alle informazioni. Questa categoria comprende anche alcune problematiche specifiche del crescere come Rom, ad esempio il passaggio veloce dall'infanzia all'età adulta. Abbiamo incluso nella categoria anche rischi correlati, come rischi di tipo sessuale o lo sfruttamento.
- **MODELLI DI CONSUMO:** abbiamo deciso di includere quest'area a posteriori, anche se non era emersa come parola chiave. Abbiamo pensato che per ideare un programma efficace di prevenzione dobbiamo anche avere un'idea chiara del tipo di droghe, delle occasioni di consumo e dell'intensità di consumo che caratterizzano i contesti di ricerca/intervento.

La nostra ricerca ha lo scopo di comprendere meglio le aree summenzionate, identificando gli attori principali, i processi del consumo di droga tra i giovani Rom e le loro interconnessioni e, di conseguenza, esplorando le possibilità e i limiti per programmi di intervento efficaci.

Dopo aver raccolto tutti i risultati della ricerca con i giovani Rom, abbiamo organizzato alcuni gruppi di discussione per analizzare il problema con professionisti. Lo scopo di tale azione era di diffondere il materiale che avevamo appena raccolto, che era mirato in particolare agli stakeholder, e di confermare la sua utilità per un intervento di prevenzione.

## 2.2. Reclutamento dei partecipanti e motivazione

Fin dalle prime discussioni tra partner abbiamo notato che non abbiamo una definizione comune di Rom. In alcuni approcci l'identità etnica dei Rom viene stabilita sulla base dell'auto-identificazione: è un Rom la persona che si definisce tale. Ciononostante sappiamo che questo modo di procedere può portare a un errore di sottovalutazione. Molte persone si possono sentire stigmatizzate a dichiararsi Rom e pertanto a volte evitano questa etichetta che spesso in ambito pubblico è associata a tratti negativi. D'altra parte altri approcci considerano che si può attribuire l'identità etnica a una persona sulla base di alcune caratteristiche di definizione. Alcuni partner hanno fatto riferimento a criteri geografici (chi vive in una comunità di Rom è un Rom) o a criteri collegati allo stile di vita (i Rom non ereditano terra, i Rom conducono una vita libera).

Tuttavia l'approccio di prevenzione selettiva sottolinea il fatto che un intervento deve essere mirato per le esigenze del gruppo target e deve considerare i rischi e le opportunità nel contesto della vita di una persona. Considerando che i Rom che vivono in diversi Paesi sperimentano rischi e opportunità specifici e contestuali che possono portare al consumo della droga, abbiamo deciso di utilizzare criteri di inclusione specifici per il contesto per definire i gruppi target locali. I criteri sono i seguenti:

- Comunità e persone che si identificano come Rom;
- Comunità territoriali identificate come Rom;
- Condizioni specifiche di vulnerabilità (ad es. giovani coinvolti in attività illegali o informali, nel traffico di droga, professionisti del sesso, bambini di strada, ecc.)

L'approccio è quello di una "galassia di gruppi di minoranza" (Dell'Agnese e Vitale 2007) le cui identità sono costruite socialmente e contestualmente. Pertanto, come sarà specificato in ogni sezione qui sotto relativa a ogni Paese, tra i gruppi locali vi sono caratteristiche comuni ma rimangono alcune differenze. Al tempo stesso non possiamo affermare che tutti i gruppi Rom hanno una base comune di tratti. Come sottolineeremo successivamente, ci sono differenze significative tra ogni gruppo locale riguardo allo status socio-economico più generale e allo status legale e ai livelli e ai modelli di consumo di droga.

In Italia, a Bologna e a Venezia, i partecipanti erano sia italiani di etnia Sinti, sia immigrati Rom di origine rumena; alcuni vivevano in campi autorizzati, altri beneficiavano di progetti abitativi di *social housing*. Vi sono molte differenze tra chi vive in condizioni di segregazione e chi usufruisce di altri

tipi di soluzioni abitative, e ciò vale sia all'interno di gruppi diversi in una stessa città (Venezia, per esempio), sia in senso trasversale, nei vari paesi.

In Francia i partecipanti erano giovani immigrati, soprattutto Rom di origine rumena, che vivevano a Parigi o nelle periferie della città in campi o in abitazioni occupate abusivamente; si trattava di ragazzi con particolari situazioni di vulnerabilità, come lo sfruttamento, la vita in strada e, per alcuni, la prostituzione e/o la microcriminalità. Alcuni sono stati contattati sul "posto di lavoro" (per esempio, alla Gare du Nord), altri al centro diurno dell'associazione *Hors la Rue*.

In Spagna i giovani partecipanti erano sia Gitani spagnoli, sia immigrati Rom originari di altri paesi. Alcuni di essi vivevano in realtà prossime all'emarginazione sociale nelle quali il problema della droga è una costante: quartieri in cui è diffuso il consumo e in prossimità di luoghi di spaccio (distretto di Cabañal a Valencia, distretti di Pan Bendito e Caño Roto a Madrid). Si tratta di contesti caratterizzati da grandi diversità culturali, con alte concentrazioni di unità abitative di *social housing* (per esempio, i distretti di Pan Bendito e di Caño Roto a Madrid, zone con molti alloggi per famiglie che prima vivevano in baracche). La maggior parte della popolazione Rom di questi distretti riceve aiuto per gli alloggi e l'assistenza sociale. Il secondo tipo di contesti presi in esame in Spagna non comprendeva situazioni di estrema emarginazione sociale; i Rom che vivevano in tali contesti appartenevano a gruppi sociali medio-bassi, sempre con alte concentrazioni di *social housing* (distretto di San Lorenzo a Castellón, distretto di Fontiñas nel Barrio Santiago de Compostela).

A Sofia, la Fondazione HESED ha operato nel distretto di Fakulteta, mentre il Centro Kupate ha realizzato la maggior parte delle attività negli insediamenti Rom di Hristo Botev (Sofia) e di Stolipinovo (Plovdiv), per un totale di 3 gruppi di discussione (Focus Groups). Tuttavia, per le interviste, il Centro Kupate si è concentrato sui quartieri periferici di Fakulteta, diversi dalla zona centrale del distretto. Il distretto di Fakulteta è il più grande insediamento Rom di tutta la Bulgaria, con oltre 40.000 abitanti stabili; esso è diviso in diversi quartieri: il centro, il quartiere Glaveva mahala, il Kambodia mahala, il Siromashka mahala, il nuovo distretto. Ogni zona è caratterizzata da condizioni sociali diverse. Per esempio, nel Glaveva mahala vivono molte famiglie estremamente povere, provenienti dalle regioni rurali (soprattutto dalla provincia del Kyustendil); nel nuovo distretto vivono famiglie relativamente ricche, con grandi case e i cui componenti lavorano in gran parte nell'Europa occidentale. Mentre la Fondazione HESED ha operato nella zona centrale del distretto, il Centro Kupate ha concentrato le ricerche nel quartiere Glaveva mahala e nel nuovo distretto; si è inoltre interessata a giovani e minori con precedenti penali (maggioresi, di oltre 18 anni, e minorenni, sotto ai 18 anni, ma già con precedenti e conosciuti dalla Polizia locale).

In Slovenia i partecipanti più giovani (11-16 anni) provenivano dagli insediamenti Rom di Brezje, nei pressi di Novo Mesto, e di Šmihel a Novo Mesto, mentre i ragazzi intervistati (17-24 anni) sono stati selezionati tra i partecipanti ai programmi educativi organizzati da RIC Novo Mesto.

La grande diversità dei contesti osservata nei Paesi partner del progetto ha evidenziato, tra l'altro, che la comunità Rom non è di per se stessa collegata a una condizione sociale o culturale fissa, che possa condurre al consumo di droga oppure prevenirlo. Diversi fattori di rischio o di protezione si verificano contestualmente e influenzano in vario modo le vite degli individui che compongono la categoria dei Rom. Come evidenziato dai risultati riportati nell'apposita sezione (soprattutto nelle

relazioni dei singoli paesi), vi sono grandi differenze tra le popolazioni Rom che vivono in aree diverse e sono caratterizzate da diversi problemi sociali.

La nostra scelta di utilizzare contesti ben definiti in ciascun paese ha consentito di operare un confronto fra gruppi diversi, soprattutto in chiave qualitativa e non quantitativa. Inoltre, è stato scelto di privilegiare quei gruppi target che erano già in contatto con organizzazioni partner, al fine di sfruttare al meglio i rapporti esistenti tra i potenziali partecipanti e gli operatori sociali; ciò si è rivelato un fattore decisivo per il successo del percorso di ricerca.

### *2.2.1. Reclutamento, relazioni e problemi etici*

I giovani partecipanti avevano già preso parte a vari programmi sociali promossi dai partner del progetto SRAP, oppure erano in contatto con gli operatori di strada. Il gruppo di ricerca ha utilizzato lettere di consenso informato che sono state lette e spiegate ai ragazzi, e che comprendevano garanzie di anonimato e riservatezza.

In tutti i contesti nei quali si è svolta la ricerca, si è rivelato cruciale il rapporto esistente tra gli operatori, i ricercatori e i partecipanti, considerando il delicato problema del consumo di droga, spesso accompagnato da emarginazione e stigmatizzazione. Ciò nonostante, in molte occasioni, è stato necessario contattare i giovani partecipanti con la mediazione di altri servizi o di altre organizzazioni; in questi casi, le interviste si sono rivelate di difficile attuazione. A causa della forte relazione pre-esistente, infatti, i partecipanti si trovavano a condividere con gli intervistatori informazioni molto intime e delicate, non solo riguardanti il consumo di droghe, ma anche altre esperienze come la prostituzione o eventuali violenze subite.

Gli operatori di strada sono stati direttamente coinvolti nella selezione e nel reclutamento dei partecipanti, e addirittura, in alcuni casi, hanno portato avanti l'intera ricerca. In Spagna, Bulgaria e Slovenia alcuni operatori di strada appartenevano alla comunità Rom. Il loro ruolo è stato estremamente importante per spiegare gli obiettivi della ricerca, per assicurarsi la collaborazione dei partecipanti e per motivarli, nonché per instaurare con loro un rapporto di fiducia.

### *2.2.2. I partecipanti nella fase della ricerca sul campo*

Contesto locale	Focus Group 11-13		Focus Group 14-16		Interviste		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
IT – BO	6	11	5	12	3	1	14	24
IT – VE	0	0	13	6	4	2	17	8
BG – HES	15	3	15	3	4	4	34	10
BG – KUP	10	9	9	9	6	4	25	22
FR	0	0	3	0	8	2	11	2
SL	7	9	5	8	6	4	18	21
ES	22	6	5	8	6	4	33	18
Totale	60	38	55	46	37	21	152	105

Contesto locale	Numero di Focus Group	Numero di interviste
IT – BO	4	4
IT – VE	3	6
BG – HES	4	8
BG – KUP	3	10
FR	1	10
SL	4	10
ES	4	10
Totale	23	58

Benché nella fase della ricerca sul campo le ragazze fossero più riluttanti a parlare dei propri problemi di consumo, e benché il numero di ragazze che consumavano droga fosse percepito come inferiore rispetto al numero di maschi, nel totale si è arrivati a una percentuale di femmine partecipanti del 41% , e del 59% di maschi. Tale distribuzione, tuttavia, non è stata uniforme nei singoli paesi: a Bologna le ragazze rappresentavano il 63%, a Novo Mesto il 50%, in Spagna il 30%, a Venezia il 32%. In Francia hanno preso parte alla ricerca pochissime ragazze, poiché nel contesto in cui opera l'associazione *Hors la Rue* i maschi sono molto più numerosi. A Bologna molte ragazze hanno preso parte alla ricerca, queste erano disponibili a partecipare, ma il consumo di droghe presso di loro era praticamente nullo.

I profili dei consumatori (fra i criteri di selezione per le interviste), sono evidenziati in dettaglio nel capitolo dedicato ai risultati (nella sezione “Modelli di consumo”).

Alcune delle difficoltà riscontrate nel reclutamento dei partecipanti sono state: tendenza all'omertà su qualunque tipo di attività connessa alla droga (per es. a Venezia), o frequenti defezioni dalle attività programmate (per esempio in Francia e in Romania); inoltre, si è rivelato alquanto difficile, se non impossibile, intervistare giovani coinvolti nello spaccio di droga.

Tali difficoltà vanno considerate al momento di attuare delle attività di prevenzione; può essere arduo, infatti, lavorare con un gruppo stabile, soprattutto in contesti nei quali la vita dei partecipanti non è affatto stabile e quando essi devono affrontare diverse situazioni di vulnerabilità (per esempio, ragazzini che vivono e lavorano per strada, come in Francia e in Romania). Nei casi in cui il contesto sia nuovo per l'ente organizzatore, occorre dedicare moltissimo tempo ed esperienza al reclutamento dei partecipanti e alla costruzione di un rapporto di fiducia con ognuno di loro.

### **2.3. Metodo di ricerca: gruppi di discussione con mezzi visivi e interviste approfondite**

I gruppi di discussione sono stati progettati per utilizzare prodotti visivi e creativi realizzati dai partecipanti stessi, che riflettessero la loro percezione del problema della droga. I metodi di ricerca creativi consentono ai ricercatori di superare in parte i limiti linguistici e di alfabetizzazione, di dare ai partecipanti più tempo per riflettere sulle proprie opinioni e di passare più tempo con loro

*facendo* qualcosa insieme. Inoltre la comunicazione visiva fa sì che le idee siano espresse simultaneamente, diversamente da quanto avviene con la comunicazione verbale, in cui le idee devono essere presentate in sequenza. La tecnica del collage è stata usata in precedenza per scopi educativi e per studiare atteggiamenti, l'identità in base al sesso e l'immagine di sé (Reavey, 2010).

Nel nostro studio pilota sulle comunità Rom e sul consumo di droga abbiamo utilizzato la tecnica del collage: i partecipanti dovevano rappresentare l'alcool, il tabacco e altre droghe tagliando e incollando pezzi di giornali e di riviste. Il collage veniva diviso in tre parti: "io e il tabacco", "io e l'alcool", "io e le altre droghe" per riconoscere il fatto che i significati associati alle varie droghe possono essere diversi.

In una seconda parte dei gruppi di discussione abbiamo chiesto ai partecipanti di esprimere quale sarebbe l'opinione della loro famiglia e dei loro amici sulle sostanze e come ciò influenza il comportamento a livello di salute. I partecipanti hanno espresso la loro opinione su un cartellone, tramite l'uso di smiley (☐ - contento, ☐ - triste, 😊 - neutrale/indifferente) per descrivere come si sentirebbero genitori, fratelli e amici e altre persone importanti se sapessero che essi fanno uso di droga, e per descrivere come si sentirebbero loro in prima persona se sapessero che i loro genitori, fratelli, amici e partner fanno uso di droga. È stata un'occasione per parlare delle loro reti e del supporto sociale, ma anche delle norme sociali e del controllo dei genitori.

Il gruppo di discussione con stimoli visivi ha coinvolto giovani Rom tra gli 11 e i 13 anni (2 gruppi di discussione per Paese) e tra i 14-16 anni (2 gruppi di discussione per Paese), sebbene in alcuni contesti locali non sia stato possibile organizzare gruppi di discussione con i partecipanti più giovani (11-13). Abbiamo favorito la partecipazione di ragazzi e ragazze di età simili nello stesso gruppo di discussione. Lo scopo dei gruppi di discussione era di affrontare soprattutto due temi della ricerca:

- Gli atteggiamenti culturali;
- Le reti sociali chiuse (famiglia e coetanei).

Le interviste semi-strutturate, il secondo strumento di ricerca utilizzato, sono state condotte adottando linee guida comuni ma lo stile consigliato per la conduzione dell'intervista era di tipo non direttivo. Abbiamo cercato, laddove possibile, un gruppo eterogeneo di giovani Rom tra i 17 e i 24 anni, con diversi modelli di consumo: alcuni partecipanti usavano il tabacco, alcuni alcool e altri altre droghe. Abbiamo anche cercato di ottenere una distribuzione del 60% di ragazzi e 40% di ragazze, ma ciò non è stato possibile in ogni contesto, per le caratteristiche della popolazione o per altre questioni legate al sesso o al consumo, che saranno descritte nel dettaglio in seguito.

La domanda iniziale era "mi puoi raccontare la tua esperienza con le sostanze?" e gli argomenti nella linea guida erano i seguenti:

- Tipologie e frequenza di consumo di droga (consumo per tutta la vita, consumo l'anno scorso)
- Primo consumo e cambiamenti
- Consumo recente
- Supporto sociale
- Tempo libero e attività non collegate al consumo di droga
- Autovalutazione e fattori di motivazione

- Problemi e modi di affrontarli
- Conoscenza dei servizi e accesso ai servizi
- Futuro
- Impressioni sull'intervista

L'obiettivo dell'intervista era di affrontare soprattutto i tre seguenti temi della ricerca:

- Divari tra il servizio e la comunità
- Rischi per la salute e fattori di protezione
- Modelli di consumo

Prima abbiamo condotto un test pilota sul metodo, per identificare i problemi e le difficoltà nello svolgimento della nostra ricerca e per proporre soluzioni. Ognuno dei partner ha organizzato uno o due gruppi di discussione, e 16 interviste (in tutti i Paesi). I risultati principali di questa fase sono discussi nella Ricerca Pilota – Rapporto Intermedio prodotto dalla rete. In seguito al test pilota, abbiamo revisionato la metodologia e proposto soluzioni in una maniera condivisa, durante il meeting che si è tenuto a Madrid (giugno 2011).

Le attività di ricerca sono state messe a punto o in ambiti scolastici (specialmente gruppi di discussione, a Venezia, in Slovenia, in Romania) o in strutture che appartenevano a organizzazioni partner (asili, classi di programmi educativi).

I gruppi di discussione si sono dimostrati abbastanza difficili da condurre. Sebbene la letteratura metodologica sottolinei il fatto che la ricerca visiva (ad es. il collage) sia più facile da capire e i partecipanti siano maggiormente coinvolti in attività che sono simili al gioco, il compito non è stato di facile comprensione per molti partecipanti, il livello di attenzione è calato dopo la prima ora ed è stato difficile controllare la dinamica di gruppo. In ogni lavoro di gruppo bisognerebbe fare attenzione al numero di partecipanti: quando il numero era eccessivo per motivi di organizzazione la dinamica si dimostrava faticosa sia per i ricercatori che per i partecipanti. Anche la familiarità dei partecipanti con il lavoro di gruppo è importante: se essi hanno scarsa esperienza con discussioni di gruppo (ad es. scuola o altri ambiti educativi) è difficile discutere e ascoltare gli altri.

È stato più semplice condurre le interviste individuali, data la disponibilità dei partecipanti, sebbene in alcuni casi siano state piuttosto brevi, poiché i partecipanti non avevano abbastanza fiducia o temevano che parlando dei problemi di droga nelle loro comunità potessero essere visti come spie. Nel caso di partecipanti riluttanti o che non avevano esperienza nel consumo della droga le interviste sono durate circa 8-10 minuti (ad esempio alcune interviste in Francia e Spagna). Negli altri casi le interviste sono durate circa 40-50 minuti. In alcuni contesti le attività di ricerca sono state affiancate da altre attività (ad es. mangiare una pizza a Bologna) o prima dell'intervista era previsto un momento di conversazione rilassante con l'intervistatore (ad es. in Spagna). Questa sembra una buona pratica, poiché aumenta la motivazione a partecipare e crea una buona atmosfera di condivisione.

Tutte le interviste e i gruppi di discussione sono stati registrati e trascritti dai ricercatori in ogni Paese ed è stata applicata un'analisi tematica codificando il testo in categorie e successivamente assegnando categorie ai cinque macro-temi. Le produzioni visive sono state analizzate tramite un'analisi metaforica.

Sono stati organizzati gruppi finali di discussione con professionisti dei servizi e con le parti locali interessate per discutere i risultati nazionali. Le idee, le immagini e le dichiarazioni interessanti della ricerca con giovani Rom sono state presentate a professionisti, che sono stati invitati a

parlare delle proprie impressioni, dell'utilità delle informazioni per il loro lavoro e delle loro proposte per risolvere alcuni problemi. È stata quindi un'occasione per una prima diffusione e valutazione dei risultati della ricerca. Presenteremo i risultati di queste interviste di gruppo in ogni sezione finale dei risultati locali.

### 3. Risultati

#### 3.1. Una panoramica transnazionale

La presente sezione prende in esame la situazione generale in base alla ricerca qualitativa che abbiamo condotto in ogni Paese, utilizzando strumenti comuni e una struttura analitica comune. Viene proposto un confronto tra Paesi analizzando i punti in comune e le differenze tra i contesti che hanno partecipato alla ricerca, insieme a un'interpretazione delle motivazioni degli attori coinvolti nella prevenzione. È stata prestata molta attenzione ai processi di attribuzione di significato e quindi a ciò che viene percepito come importante o decisivo per il consumo da parte degli stessi giovani Rom. L'organizzazione del capitolo segue lo schema concettuale che abbiamo elaborato in una maniera condivisa, con i cinque macro-temi summenzionati.

È importante notare che i risultati della ricerca forniscono una descrizione dei meccanismi sociali in base ai quali il consumo di droga viene compreso, affrontato e mantenuto nelle comunità, specialmente a livello discorsivo. Ci sono anche indicazioni sui comportamenti, ma le informazioni dovrebbero essere interpretate come un'illustrazione del fenomeno, che non presenta conclusioni numeriche statisticamente rappresentative. La ricerca qualitativa può dare un'idea della dimensione e della diffusione del fenomeno, ma risponde soprattutto alla domanda “come?” e non “quanti?”.

Anche le conclusioni sui numeri ottenuti sono limitate a causa della differenza tra i livelli di analisi: in alcuni contesti la ricerca è stata condotta in punti strategici, coprendo un'area nazionale (ad es. la Spagna), in altri è rimasta a livello cittadino (Venezia, Bologna) mentre in altri a livello di quartiere (ad es. la ricerca di Hesed nel quartiere Fakulteta). Un'altra situazione concettualmente diversa descrive il gruppo target di Hors la Rue a Parigi, che non è stato intercettato in un insediamento Rom ma sulla strada. Ciononostante è molto utile riflettere sulle differenze tra i contesti, in quanto ci fa capire in che modo i giovani comprendono la loro situazione sociale a livello contestuale e come questo influenzi i loro modelli di consumo.

#### 3.2. Atteggiamenti culturali

La prima categoria, come accennato sopra, si riferisce a come viene interpretato il consumo di droga in termini culturali. Alcuni tipi di consumo sono visti come più tradizionali dai Rom, mentre altri sono visti come contaminazioni culturali. Questa categoria si riferisce anche agli atteggiamenti culturali dominanti nei confronti del consumo della droga (che è “normalizzato”) e alla connotazione di consumo di droga in termini etnici o di status.



È importante sottolineare che i tratti etnici delle comunità Rom non sono le uniche convinzioni incluse, nella nostra analisi, nella categoria “atteggiamenti culturali”. Abbiamo inteso la cultura non solo come insieme di convinzioni condivise dal gruppo etnico, ma come flussi di conoscenza provenienti da diversi ambienti che vengono interpretati dagli individui. Quindi le culture sono trasmesse anche a scuola o tramite l’interazione con coetanei non Rom.

Pertanto i tratti culturali principali rilevanti o connessi al consumo della droga sono i seguenti:

**La pressione normativa della comunità nei confronti della droga, in contrasto con la permissività riguardo a tipologie specifiche di consumo.** La prima osservazione è stata trasversale a tutti i contesti in cui è stata condotta la ricerca. Molti dei partecipanti alla ricerca hanno sottolineato che gli adulti e in generale la comunità hanno una percezione negativa della droga. I giovani Rom che vivono in campi nomadi in Italia hanno affermato che non rivelerebbero mai di fare uso di droga ad adulti della comunità e a membri della famiglia per motivi di rispetto. Invece lo farebbero se gli adulti fossero *gadji*<sup>6</sup>. Allo stesso modo i giovani Rom che vivono nel quartiere segregato di Fakulteta a Sofia pensano che i membri adulti della loro famiglia abbiano una percezione molto stereotipica delle droghe illecite, indiscriminatamente negativa, perché le considerano tutte uguali, per mancanza di informazioni specifiche. Di conseguenza i giovani nasconderebbero il consumo di droga o non cercherebbero un supporto sociale da questi adulti. Tuttavia i partecipanti in Spagna hanno spiegato che fare affidamento su una famiglia allargata è ancora un forte tratto culturale.

I partecipanti Rom rumeni a Parigi hanno sottolineato che alcuni tipi di droga (come alcool o tabacco) sono ritenuti accettabili dalle comunità in cui vivono, mentre altre (come le droghe illecite) sono inaccettabili, quindi spesso il consumo di queste ultime viene tenuto nascosto.

Un partecipante in Spagna ha menzionato anche la legge sui gitani come valore culturale, mentre un altro ha fatto riferimento allo svolgimento di mestieri tradizionali. In molte famiglie ci si aspetta dai giovani che essi contribuiscano all’economia familiare. I mestieri tradizionali sono stati abbandonati dai Rom in molti Paesi (talvolta a forza) e in alcuni casi sono stati rimpiazzati da altre economie informali, altre volte invece da disoccupazione, emigrazione per motivi di lavoro o attività illegali. Nei pochi contesti in cui sono ancora presenti i mestieri tradizionali, essi possono aiutare i giovani a stare lontani dalla droga.

A Venezia un messaggio forte è stato rappresentato dal silenzio: la droga era un argomento tabù e questa posizione caratterizzava la comunità del “villaggio nomade” nella quale veniva condotta la ricerca, come una “congiura del silenzio”. Eppure ciò non si può generalizzare come tratto etnico, poiché i giovani che vivevano in appartamenti a Venezia (quindi non in una comunità etnica segregata) si sentivano molto più liberi di parlare di droga. A quanto pare la chiusura delle comunità segregate fa sì che sia difficile affrontare il problema della droga.

L’importanza della famiglia allargata e della comunità stessa sarà discussa ulteriormente nel prossimo paragrafo (rete sociale chiusa). Vorremmo però sottolineare che la convinzione che il consumo di droga sia una mancanza di rispetto nei confronti dei membri della famiglia e che quindi debba essere nascosto ha un impatto sia come fattore di rischio che di protezione. È un fattore di

---

<sup>6</sup> *Gadji* è il termine usato nella lingua Rom per riferirsi in generale alla popolazione non Rom.

rischio in quanto porta a nascondere il consumo e diminuisce la possibilità di cercare il supporto sociale degli adulti di riferimento nella gestione dei problemi di droga. D'altra parte il controllo e i limiti degli adulti possono allontanare i giovani dalla droga, sebbene, come vedremo nel prossimo paragrafo, il controllo da parte della famiglia spesso si manifesta in maniera autoritaria e a volte sia accompagnato da violenza.

In Slovenia, Spagna, Bulgaria e Francia i partecipanti hanno notato che il fumo tra i giovani è un'abitudine comune nel loro gruppo di riferimento, e che il consumo di alcool da parte dei ragazzi inizia molto presto, nel contesto di feste all'interno della comunità. Di solito i ragazzi iniziano a bere insieme ai cugini. Nonostante questa sembri un'osservazione che va al di là dei contesti, dobbiamo distinguere tra la cultura di esclusione sociale e la cultura Rom: la permissività riguardo al bere o al fumo in giovane età non è collegata alla cultura Rom tradizionale ma all'esclusione sociale e più precisamente alla mancanza di capacità di prevenzione e di conoscenza negli adulti.

**Differenze di sesso, droga come promiscuità.** In Spagna, Bulgaria e Italia (sia a Bologna che a Venezia) i partecipanti hanno parlato di forti differenze tra norme in base al sesso. Le norme sono più severe per le ragazze, che rischiano di essere stigmatizzate a livello sociale se fanno uso di droga. Nel caso del tabacco le ragazze si vergognerebbero a fumare davanti ai membri adulti della famiglia (ad es. in Italia). Nei Paesi in cui questa idea non è emersa, c'era anche un numero molto limitato di ragazze che partecipavano a gruppi di discussione e interviste e quindi le problematiche legate al sesso non sono emerse.

Nel compito visivo le immagini utilizzate per rappresentare la droga (soprattutto l'alcool e le sostanze illegali) sono spesso state associate alla promiscuità sessuale delle donne. Esempi di ragazze nude, con abiti sexy o a gambe aperte rappresentavano la mancanza di inibizione associata al consumo di alcool e al consumo di droghe illegali (in Italia e in Bulgaria). Per rappresentare le droghe illegali due partecipanti in Bulgaria hanno utilizzato una foto di "prostitute". Sembra che ci sia una chiara connessione tra consumo di droga e ciò che viene visto come comportamento sessuale deviato da parte delle donne, mentre i partecipanti non hanno utilizzato immagini di uomini con riferimenti sessuali per rappresentare la droga. Eppure il consumo esiste anche per le ragazze, nonostante il controllo da parte dei genitori e della comunità. Molto spesso le ragazze iniziano a bere alcolici alle feste, ma lo nascondono ai parenti.

Questo aspetto ha implicazioni di vario tipo per i modelli di consumo di droga, poiché la stigmatizzazione sociale può impedire l'attivazione del supporto sociale in caso di problemi di consumo di droga.

**Droga e religione.** In Bulgaria, nel quartiere Fakulteta, e in Spagna, dove la Chiesa evangelica è molto presente, alcuni partecipanti hanno fatto riferimento alla religione e alla loro fede in Dio come valori opposti al consumo di droga, ma sembra trattarsi di un fenomeno locale, poiché la religione non è stata citata in altri contesti presi in esame dalla nostra ricerca.

**Percezione di droga, moda e celebrità.** Generalmente si può dire che c'è stata una distinzione tra "droghe" intese come droghe illecite e alcool e tabacco, viste come "droghe più leggere" o non viste come droghe (come si è potuto osservare in Slovenia, Francia e Bulgaria). Ciononostante a livello pratico, specialmente durante la selezione delle immagini da includere nel collage, molti partecipanti hanno compreso la cannabis nella categoria delle droghe leggere (ad es. dipingendo la marijuana come sostanza vicina al tabacco, non ad "altre droghe"). Nello stesso compito i

partecipanti hanno rappresentato anche altre forme di dipendenza (computer, gioco d'azzardo o cioccolata). Molti tipi di droga sono stati descritti illustrando le conseguenze a livello di salute e legali (specialmente in Bulgaria) o sociali.

La droga è stata descritta utilizzando aspetti sensoriali, come l'odore pungente o il pallore. La vecchiaia, le rughe, corpi magri o immagini di persone morte indicavano le condizioni del corpo che i giovani associavano al consumo di droga.

Ma c'era anche un'immagine più glamour del consumo di droga: donne sexy, feste, modelle e passerelle. L'idea è emersa più chiaramente dalla ricerca condotta da HESED in Bulgaria ed è stata confermata dalla ricerca di Kupate, in un quartiere segregato e povero dove si fa uso di eroina. L'uso di un certo tipo di droga sembra associato agli strati sociali. I partecipanti alla ricerca hanno sottolineato che alcuni tipi di droga sono usati soprattutto da ricchi e altri da poveri, e hanno collegato la marijuana, le anfetamine e la cocaina a una vita di divertimento e lusso, come pubblicizzato nella vita di molti personaggi famosi, mentre l'eroina era collegata al degrado sociale, alla malattia e al suicidio. Queste rappresentazioni possono contribuire a rafforzare l'appeal delle droghe "trendy" ma anche ad aumentare la stigmatizzazione delle persone che fanno uso di "droghe da gente povera". I partecipanti in Bulgaria hanno fatto notare che tra i giovani va di moda fare uso di droga, e chi rifiuta di farlo rischia di passare per stupido o debole.

Un altro tipo di rappresentazione del consumo della droga era il cosiddetto "otherizing", la tendenza ad attribuirlo agli altri, prendendo le distanze dall'immagine dei consumatori di droga, descritti come diversi, insoliti, in pose o abiti stravaganti, o anche in termini razzisti, come "neri" o immigrati (soprattutto nei gruppi di discussione a Bologna). Un partecipante a Bologna ha associato le donne col burqa alla cannabis, poiché la sostanza viene dai Paesi musulmani. A Venezia un partecipante ha descritto il consumo di droga come tipico dei non Rom, i *gadji*. L'attribuzione di caratteristiche negative, come il consumo di droga, ad altri gruppi, può essere utile nel reclamare identità positive di gruppo per il proprio gruppo di appartenenza, e nell'evitare di essere stereotipizzati come consumatori di droga. È interessante notare che queste antitesi ("noi"/ "puliti", "gli altri"/ "drogati" oppure "i poveri fanno uso di eroina"/ "i ricchi fanno uso di cocaina") emergevano soprattutto in contesti segregati, dove il recupero di identità positive di gruppo è visto come necessità più pressante.

Ci sono però anche aspetti negativi del fenomeno: se alcuni tipi di droga sono associati a elementi desiderabili (celebrità, ricchezza) i giovani potrebbero avere la tendenza ad emulare questo tipo particolare di consumo per presentarsi sotto una luce più "positiva". Inoltre a Venezia alcuni partecipanti più "grandi" (ad esempio ventenni o venticinquenni) hanno iniziato a fare uso di droga con un gruppo di amici esclusivamente italiani. In questo caso il consumo della droga insieme a coetanei non Rom può voler dire uscire dallo stigma dell'essere Rom, un processo che spesso viene chiamato "assimilazione verso il basso", verso la popolazione di maggioranza.

Come abbiamo visto, la percezione della droga può essere considerata un tratto culturale, ma non è necessariamente un tratto etnico - specifico. Essa dipende dalle rappresentazioni formate in vari ambiti, tra cui ambiti misti o che comprendono i media. Anche la percezione della droga, insieme alle informazioni che le persone hanno sui suoi effetti e sulle sue conseguenze, sarà oggetto di discussione nella sezione sui fattori di rischio e di protezione.

### 3.3. Reti sociali chiuse

Questa categoria si riferisce ai partner, alla famiglia e agli amici, all'ambiente sociale chiuso dei giovani, e all'influenza di queste relazioni sul consumo, ma mira anche a comprendere in generale le dinamiche relazionali che caratterizzano l'esperienza dei giovani Rom. Si riferisce anche alla violenza e alla manipolazione come rischi che talvolta derivano dalle relazioni chiuse. Queste tematiche sono emerse sia nei gruppi di discussione (dove un compito specifico era dedicato alle reazioni della/ o nei confronti della famiglia e dei partner) che in interviste (dove abbiamo incluso domande sulle relazioni familiari, di coppia ecc.).

In generale possiamo affermare che mentre per i ragazzi più giovani i parenti più stretti sono molto importanti (madre, padre, nonni) per quelli più grandi acquistano importanza altre figure (coetanei, marito/moglie, ragazza/ragazzo).

In generale è emerso che le reazioni dei genitori alla droga sarebbero state negative. Si è riscontrata poca comunicazione con i genitori sul consumo della droga in tutti i contesti, i giovani si vergognavano di parlare di consumo di droga con la loro famiglia. Non si parlava di uso di alcool, mentre per quanto riguarda il tabacco c'era una leggera disapprovazione da parte dei genitori. Il padre era visto come figura più autoritaria, mentre a volte la madre offriva un aiuto o metteva in guardia i figli dai rischi del consumo. Ad esempio, secondo i partecipanti sloveni gran parte delle informazioni fornite da questi adulti erano fuorvianti e false.

Tuttavia la reazione più comune prevista dai giovani, se i genitori scoprissero che essi fanno uso di droga, è una reazione di violenza e rabbia (Spagna, Bulgaria, Italia). Altri cacciano di casa i figli oppure cercano di costringerli all'astinenza (Bulgaria). Per quanto riguarda il consumo di tabacco tra le reazioni c'erano discussioni o il tentativo di proibirlo all'inizio, ma spesso il controllo risultava inefficace.

Secondo i giovani solo pochi genitori sapevano che i figli fumavano, mentre con altri tipi di droga una strategia frequente era quella di nascondere il consumo. Tra le ragioni per non parlare ai genitori del consumo di droga, i partecipanti citavano il fatto che fosse un tabù o la paura di ripercussioni.

Anche il padre è stato menzionato come consumatore nella famiglia (un caso, in Spagna), i ragazzi più giovani associavano il consumo all'uso di alcolici in famiglia.

Talvolta i fratelli e le sorelle avevano un ruolo protettivo (cercavano di evitare che i fratelli più piccoli facessero uso di droga), generalmente opposto al consumo, ma nella maggior parte dei casi non c'era comunicazione con i fratelli e le sorelle. Il tema è emerso soprattutto in Francia e Bulgaria.

In Francia per i partecipanti che vivevano in situazioni di vagabondaggio o di prostituzione e che consumavano droghe diverse dal tabacco e dall'alcool, c'era un notevole divario tra loro, la loro attività e la comunità. Questi partecipanti, che risultavano essere il gruppo più a rischio, non potevano contare né sul controllo dei genitori né sul supporto sociale della famiglia in caso di problemi con la droga.

In Spagna e in Bulgaria sono emerse osservazioni interessanti sulle **relazioni di coppia**, per le persone sposate. A quanto pare si riscontrava una certa differenza tra le dinamiche di coppia a seconda di chi facesse consumo di droga, la moglie o il marito.

In Spagna il consumo da parte della moglie, anche il consumo di tabacco, veniva solitamente tenuto nascosto. Due donne intervistate hanno riferito una reazione violenta da parte del marito quando questi aveva scoperto che la moglie faceva uso di droga. A quanto pare, in Spagna le donne si possono aspettare una reazione violenta sia da parte della famiglia di origine, per le ragazze più giovani, che da parte dei mariti (per quelle più grandi).

In Bulgaria le donne sposate o fidanzate consumavano droga con gruppi di amiche, solo donne, nell'ambito di amicizie non condivise con il marito. Una partecipante ha riferito una reazione di indifferenza del marito, quando questi aveva scoperto che lei fumava marijuana, e anche se lui stesso ne faceva uso non fumavano insieme né parlavano del problema.

Nella ricerca condotta da HESED, tutti i partecipanti di sesso maschile erano sposati o fidanzati, tranne uno che era divorziato. Nel caso dei partecipanti di sesso maschile che facevano uso di droga tutte le mogli avevano scoperto il problema per caso, e si erano opposte al consumo, inizialmente cercando di aiutarli, e poi minacciando la separazione.

Un ruolo centrale veniva attribuito al **gruppo di coetanei**, che era il gruppo principale di consumo in tutti i contesti, spesso responsabile dell'iniziazione ma anche del fatto che si continuasse a consumare droga. Talvolta il consumo iniziava con i compagni a scuola, in scuole di soli Rom (Bulgaria), altre volte con coetanei gadje (Venezia). Ciò vale sia per i più giovani che per i meno giovani. I gruppi di coetanei potevano anche essere formati da cugini (ad es. Bologna) e rimanevano il gruppo principale all'interno del quale i giovani parlavano di consumo di droga.

Poiché molti partecipanti erano esclusi dal lavoro e da ambiti educativi, si riscontrava un'estensione del tempo libero, che solitamente era passato insieme a coetanei, "andando in giro" (in Bulgaria le attività del tempo libero erano collegate esplicitamente al consumo). Anche in Francia, i ragazzi più giovani (tra gli 11 e i 14 anni) erano concordi nel riferire reazioni negative da parte delle famiglie e dei fratelli in caso di consumo di droga, mentre il consumo da parte di coetanei era visto con indifferenza o persino osannato.

L'immagine del gruppo di coetanei che emerge dalle ricerche locali è prevalentemente negativa. L'importanza del gruppo di coetanei può essere vista anche come potenziale per realizzare programmi educativi tra pari.

### 3.4. Divari tra servizi e comunità

Durante la sessione preliminare di discussione un tema che è emerso come molto importante è la percezione della distanza tra i servizi e i giovani Rom; tale tema è connesso alle fasi successive del progetto SRAP, finalizzato allo sviluppo di strategie di prevenzione. I fattori inclusi in questa categoria cercano di spiegare il motivo dello scarso accesso dei Rom ai servizi sanitari e di prevenzione all'uso della droga e le barriere nell'utilizzo dei servizi, dal punto di vista dei giovani Rom.

Un aspetto che va sottolineato è che tutti i partecipanti alla nostra ricerca hanno già avuto una qualche forma di contatto con i servizi sociali, o almeno con una delle nostre organizzazioni partner (o con i suoi operatori sociali sul campo). Questa osservazione deriva dalla nostra strategia di ricerca, abbiamo scelto di basare il nostro lavoro su relazioni create precedentemente. In questo modo sono escluse quelle persone che non hanno mai avuto contatti con i servizi, quindi il nostro gruppo potrebbe essere caratterizzato da una maggiore conoscenza di queste risorse rispetto alla popolazione media. Da un lato ammettiamo questo limite, ma dall'altro bisogna sottolineare quanto sia difficile, nell'ambito della ricerca sociale, contattare persone che non hanno mai avuto contatti con alcun tipo di servizio, perché la maggior parte della ricerca sul campo comporta mediazione con gruppi target, svolta da varie organizzazioni.

Inoltre nei capitoli precedenti abbiamo visto che i servizi disponibili per chi fa uso di droga sono molto diversi da Paese a Paese, è difficile confrontare la situazione in maniera diretta nei Paesi partner, quindi li presenteremo separatamente.

L'osservazione iniziale sull'esistenza di divari tra i servizi e i Rom che fanno uso di droga è stata ampiamente confermata dall'opinione dei partecipanti. Ciò è collegato a una **mancanza di informazioni**, o a una conoscenza imprecisa o distorta del problema della droga, derivante soprattutto dal gruppo di coetanei. Alcune eccezioni sono state le seguenti: la Spagna, dove alcuni partecipanti hanno citato alcuni servizi locali specializzati nella dipendenza; Venezia, dove molti conoscevano il SERT<sup>7</sup> (ma anche perché la maggior parte degli intervistati erano già utenti di questo servizio), e la Bulgaria, dove i partecipanti erano al corrente dell'esistenza di cliniche per la somministrazione di metadone. Solamente in Slovenia i partecipanti hanno affermato di aver ricevuto informazioni sulla droga e sui suoi effetti sulla salute a scuola.

In Italia, a Bologna, i partecipanti hanno mostrato una **scarsa conoscenza dei servizi specifici** per la cura delle dipendenze, e una scarsa fiducia. A Venezia si riscontra una certa distanza e mancanza di comunicazione tra i servizi e gli utenti. I partecipanti più "anziani" conoscevano il servizio SERT, grazie alla presentazione e all'assistenza degli operatori sociali. Va sottolineata l'importanza degli operatori sociali (che a Venezia non sono Rom). L'informazione sui servizi viene trasmessa anche in gruppi di coetanei di etnia mista.

In Bulgaria, la conclusione sia di HESED che di Kupate è che i consumatori di droga per iniezione conoscono i servizi di trattamento della tossicodipendenza. Ciononostante ci sono barriere nell'accesso ai programmi di somministrazione di metadone, ad esempio i criteri per entrarvi o la scarsità di posti disponibili. I programmi per la somministrazione di metadone e i programmi di riduzione del danno per lo scambio di aghi e siringhe sono gli unici programmi conosciuti poiché sono presenti nel quartiere Fakulteta, dove sono state condotte ricerche.

HESED inoltre ha notato che i programmi di prevenzione non sono conosciuti; i giovani hanno poche informazioni corrette sulla droga.

I partecipanti in Francia hanno mostrato una scarsa conoscenza dei servizi: solo un partecipante conosceva le forme di trattamento specializzate perché le aveva già sperimentate in prima

---

<sup>7</sup> SERT (Servizio per le Tossicodipendenze) è il servizio pubblico fornito dal Sistema Sanitario Nazionale in Italia, dedicato alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione per le forme di dipendenza.

persona. Gli altri partecipanti hanno detto che per i problemi di droga si sarebbero rivolti al Pronto Soccorso.

In Slovenia i partecipanti non sapevano a chi rivolgersi per smettere di fumare, invece per i problemi di alcool hanno detto che si sarebbero rivolti al medico di base, e che avrebbero chiamato la polizia per intervenire nella comunità, per calmare persone ubriache.

In Spagna sono state menzionate l'UCA e l'UMAD (strutture per la gestione delle tossicodipendenze, rispettivamente a Santiago e Valencia), oltre alla Fundación Secretariado Gitano come fonte di sostegno. Tra i vari suggerimenti forniti, i partecipanti hanno affermato che è necessario che ci siano più informazioni sulla droga.

Una delle soluzioni proposte per risolvere il divario tra i servizi e la comunità fa riferimento all'uso di mediatori, come espresso nel dettaglio nella relazione della Fundación Secretariado Gitano.

In conclusione possiamo dire che in generale c'è bisogno di programmi di prevenzione mirata, per colmare le lacune nelle informazioni sulla droga, ma possiamo anche dire che la promozione delle risorse attuali è scarsa e deve essere migliorata.

### 3.5. Rischi per la salute e fattori di protezione

Questa categoria si riferisce ai requisiti psicologici, alle conseguenze a livello individuale, alla conoscenza della droga e all'accesso alle informazioni, e comprende anche alcune problematiche specifiche legate al crescere come ragazzo o ragazza Rom, ad esempio il passaggio veloce dall'infanzia all'età adulta. Abbiamo incluso nella categoria anche rischi correlati, come rischi di tipo sessuale o lo sfruttamento.

**La disoccupazione, l'esclusione sociale e la scarsa istruzione** influenzano notevolmente il consumo, specialmente nei contesti di emarginazione sociale. Il consumo di droga può quindi rappresentare un modo per fuggire dalle difficoltà, come hanno affermato i partecipanti.

Anche il fatto di avere molto **tempo libero**, che di solito viene trascorso con i coetanei e in molti contesti, è uno dei fattori di rischio per il consumo (come è emerso in Bulgaria e Slovenia). In Spagna alcuni hanno menzionato lo sport come attività tra coetanei che tiene lontani dalla droga.

**Conoscenza della droga e delle sue conseguenze.** In tutti i contesti i partecipanti hanno menzionato in misura diversa alcune conseguenze del consumo di droga a livello di salute, psicologico e relazionale. In Bulgaria i consumatori di droga "IDU" erano consapevoli di alcune delle conseguenze negative del consumo di eroina, perché le avevano sperimentate, ma le conseguenze del consumo di altri tipi di droga, come cocaina, anfetamine e marijuana, erano sottovalutate. La sensazione di essere dipendenti, con tendenze suicide e senza speranza, pesava nella visione negativa del futuro, condivisa dai consumatori di droga "IDU".

Anche a Bologna si è constatata una scarsa conoscenza delle conseguenze del consumo di droga. I partecipanti ritenevano che il tabacco fosse cancerogeno, che altri tipi di droga potessero portare alla pazzia, che l'alcool aumentasse la vulnerabilità e che la marijuana fosse innocua. In

Slovenia l'ansia era spesso citata come un fattore collegato al consumo di droga (uso di droga per ridurre l'ansia o l'astinenza associata all'ansia).

Sono stati citati alcuni effetti positivi della droga (ad es. a Bologna e in Francia), spesso iperbolizzandoli. In Francia le ragazze tendevano a minimizzare il loro consumo e i ragazzi tendevano a vantarsene.

Come menzionato in precedenza, il consumo solitamente era associato al gruppo di coetanei, ma la situazione era diversa per alcuni tipi di droga (ad es. l'alcool e la cannabis che venivano usati anche in solitudine). Questo aspetto può essere un fattore di rischio (ad es. la pressione dei coetanei è importante per l'iniziazione), ma il gruppo dei coetanei può essere anche la fonte principale di conoscenza della droga.

C'è differenza tra la conoscenza da parte dei partecipanti più grandi (tra i 17 e i 25 anni, reclutati come consumatori) e la rappresentazione delle conseguenze da parte dei ragazzi più giovani (tra gli 11 e i 16 anni), con meno esperienza in materia di droga. Ad esempio a Bologna i partecipanti più giovani associavano l'uso dell'alcool all'idea di impazzire, ballare e saltare, e collegavano il consumo di altri tipi di droga all'idea di qualcosa che intristisce, a persone che tremano o che sono quasi malate. Essi si basavano in gran parte sull'esperienza del consumo di adulti che conoscevano.

Spesso i bambini sono esposti al consumo degli adulti, talvolta i membri della famiglia che fanno uso di droga diventano modelli di comportamento (Italia, Spagna). In Francia un partecipante ha raccontato una storia di violenza familiare di un genitore ubriaco, mentre parlava di alcool. Le esperienze infantili di adulti ubriachi hanno anche convinto alcuni a resistere al consumo di droga.

I problemi legali e il coinvolgimento in attività illegali, come spiegato da alcuni partecipanti in Bulgaria, possono aggiungere altri rischi al consumo di droga. Alcuni partecipanti erano coinvolti o erano stati precedentemente coinvolti in attività illegali come la violazione di domicilio, il furto (Bulgaria) o la prostituzione (Francia).

La reazione della famiglia, come citato in precedenza, era spesso violenta, anche se talvolta la famiglia, tramite alcune figure familiari, offriva dialogo e informazioni.

Anche la facilità di accesso alla droga è stata sottolineata come fattore di rischio, specialmente nei casi di persone che vivono in zone soggette al traffico di droga.

Uno dei fattori di rischio e di potenziale protezione è la disponibilità e la conoscenza dei servizi, come descritto nel dettaglio in un paragrafo precedente.

### **3.6. Modelli di consumo**

La nostra convinzione iniziale, secondo cui i giovani Rom conoscono altri tipi di droga oltre al tabacco e all'alcool, è stata ampiamente confermata dai risultati. In questo paragrafo presenteremo le caratteristiche principali del consumo di droga, emerse soprattutto dalle interviste individuali con i partecipanti più grandi (intorno ai 17-15 anni) che sono stati reclutati come consumatori. Nei paragrafi precedenti abbiamo sottolineato che nei gruppi frequentati dai giovani sono conosciuti e



sono presenti vari tipi di droga, invece in questo paragrafo parleremo del consumo effettivo: primo consumo, frequenza, contesti. Poiché le dinamiche di consumo associate a ogni droga sembrano diverse, le affronteremo separatamente.

**Tabacco.** In tutti i contesti il consumo di tabacco inizia molto presto (a 11-12 anni) o un po' più tardi per le ragazze, ma la differenza era menzionata solo in alcuni contesti (13 anni, ad esempio a Bologna). Il gruppo di coetanei provvede all'iniziazione all'uso del tabacco, alcuni giovani iniziano a usare il tabacco con amici più grandi o tramite la famiglia. Di solito si ritiene che la famiglia abbia reazioni ambivalenti al consumo di tabacco: non è d'accordo ma fa poco per indurre a smettere. Il consumo di tabacco risultava presente da solo o associato a un uso occasionale di alcool e non portava necessariamente al consumo di altri tipi di droga, sebbene in alcuni casi il consumo di tabacco e il consumo di marijuana fossero considerati equivalenti.

**Alcool.** È stato riferito un consumo occasione di alcool, sia da parte di ragazzi che di ragazze, senza ricorrere ad altre droghe. Nelle occasioni sociali o nelle riunioni tra amici la maggior parte delle persone beve, ma i casi sono diversi: si va da un paio di drink a casi gravi di "binge-drinking"<sup>8</sup>. Mentre nella maggior parte dei contesti l'età del primo consumo era di 13-14 anni (per i ragazzi), a Venezia i giovani sostenevano di avere iniziato a bere già a 9-10 anni, mentre in Bulgaria a 11 anni. In Spagna i ricercatori hanno sottolineato un consumo maggiore durante i fine settimana (si tratta di un modello molto diffuso in contesti diversi dalle comunità Rom). In Slovenia i partecipanti hanno sottolineato alcune caratteristiche specifiche del consumo da parte di ragazze (il fatto che le ragazze consumino spesso i cocktail) e a Bologna (dove le ragazze iniziano a bere più tardi dei ragazzi e il consumo è tenuto nascosto e avviene all'interno di gruppi di sole ragazze).

Alcuni partecipanti a Venezia hanno sottolineato il consumo eccessivo da parte di adulti che vivono nel paese, a feste, dove spesso era associato al consumo di cocaina.

**Cannabis.** La cannabis risultava essere la droga più conosciuta dopo l'alcool e il tabacco, e si riteneva che il suo consumo fosse diffuso (sebbene talvolta non venisse identificata come droga).

In alcuni casi il consumo di cannabis è collegato all'idea di estendere le amicizie al di fuori della comunità (come a Bologna e a Venezia). In queste situazioni i giovani Rom fumano con gli amici gadji fuori dal campo nomadi.

Nel caso di immigrati Rom, come in Francia, l'iniziazione alla droga è avvenuta dopo l'arrivo in Francia, in contesti di gruppi di coetanei.

In generale, si ritiene che la cannabis sia innocua, e i partecipanti che ne facevano uso non si ritenevano dipendenti, tranne che in qualche caso. In Bulgaria molti partecipanti hanno affermato di farne uso più di tre volte al giorno, ma solo una consumatrice si è identificata come dipendente dalla sostanza, e ha cercato per vari mesi di smettere.

Il consumo di cannabis avveniva in gruppo o individualmente ed era descritto come un modo di gestire l'ansia, per calmarsi, rilassarsi o dormire.

---

<sup>8</sup> [N.d.T.: termine che indica l'assunzione di un numero consistente di bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve, con lo scopo di ubriacarsi o di perdere il controllo].

**Eroina.** Il consumo di eroina è emerso come fenomeno problematico in Bulgaria, specialmente nel quartiere Fakulteta, ma anche a Venezia e in Spagna. Ciò non è una novità per gli assistenti sociali, poiché molti di questi partecipanti hanno cercato aiuto o hanno utilizzato programmi per la riduzione del danno. Come accennato in precedenza, c'è un programma di scambio di aghi nel quartiere Fakulteta, a Sofia.

Molti consumatori di droga in Bulgaria (HESED) hanno iniziato a usare direttamente l'eroina, intorno ai 14-15 anni, la preferiscono ad altre droghe e a volte la utilizzano insieme alle anfetamine. Il consumo della sostanza è iniziato come consumo di eroina fumata, ma andando avanti la mancanza di denaro e i problemi di tolleranza hanno portato a un consumo per via endovenosa. Il consumo abituale era di 2-3 volte al giorno, per endovena. Si rinunciava all'uso di droga solo se il consumatore non aveva soldi, e talvolta in mancanza della sostanza si ricorreva a medicine con effetti simili (metadone, diazepam).

Alcuni partecipanti alla ricerca svolta da Kupate in Bulgaria hanno affermato di fare uso di piccole dosi per evitare l'overdose, inoltre hanno sottolineato che l'eroina è molto diffusa (oltre ad altre droghe) nel loro quartiere.

Anche a Venezia si è riscontrata una presenza preoccupante dell'eroina nella comunità oggetto della ricerca. Alcuni hanno affermato di avere utilizzato prima la marijuana e poi l'eroina, senza cercare altre droghe, né essere interessati ad altre droghe.

I consumatori di eroina solitamente sono molto consapevoli della loro dipendenza e hanno cercato di smettere, ma solo per brevi periodi. Inoltre ritengono che l'unico modo per uscire dal consumo di questo tipo di droga sia di avere più opportunità di fare una vita "normale" (ad esempio avere un lavoro o una famiglia).

**Cocaina e altre droghe.** In Spagna, a Bologna e a Venezia è stato riferito l'uso della cocaina per divertimento. In Bulgaria si faceva uso di anfetamine, in Bulgaria e in Spagna si utilizzavano benzodiazepine, e in Spagna ecstasy e funghi allucinogeni. La maggior parte di queste droghe erano utilizzate per divertimento, a feste, con gruppi di amici, e molto spesso erano usate in forma mista. Di solito venivano sottovalutate le conseguenze di queste sostanze. Alcuni hanno detto di "aver provato di tutto" ma di non utilizzare regolarmente nessuna sostanza.

**Misti.** Il poli-consumo di droga era diffuso tra tutti i consumatori intervistati, e poteva essere simultaneo o non simultaneo. Le forme miste di consumo citate dai partecipanti sono state le seguenti:

- Consumo di tabacco, talvolta associato a un consumo occasionale di alcool;
- Sigarette e marijuana o entrambe associate all'alcool (Francia);
- Benzodiazepine e alcool (Spagna)
- Anfetamine, una volta al mese, a feste, associate ad alcool e marijuana (Bulgaria).

Va sottolineata l'importanza dell'autovalutazione e dell'auto-riflessione. Tranne che nel caso dei consumatori di eroina, la maggior parte dei consumatori non si consideravano dipendenti.

Quindi abbiamo notato che c'è una notevole variabilità non solo tra i contesti, ma anche all'interno delle comunità, riguardo ai modelli di consumo. Da un lato abbiamo considerato il consumo di

eroina, che sembrava un modello a sé stante per le sue conseguenze e le sue implicazioni devastanti, e che è presente soprattutto in Bulgaria e in parte in Italia. Mentre il consumo di eroina veniva in qualche modo affrontato dai servizi ed era accompagnato da una maggiore consapevolezza dei consumatori (sebbene essi si considerassero senza speranza), l'uso di altre droghe, per quanto molto presenti in tutti i contesti, non veniva affrontato dai servizi e nella maggior parte dei casi i consumatori non erano consapevoli delle conseguenze né si ritenevano dipendenti. Un altro modello collega il consumo di cannabis (specialmente in Italia) alle amicizie che non sono esclusivamente del gruppo etnico, dando quindi un significato di integrazione nel contesto al di là dei confini etnici. L'uso ricreativo della droga e il "binge drinking" nei weekend e ai party era un altro modello che non era esclusivamente collegato ad ambienti specificatamente Rom, ma che era molto presente in altri contesti sociali. L'uso del tabacco e dell'alcool è problematico soprattutto per l'età di inizio e la relativa permissività del gruppo.

## 4. Conclusioni locali

### 4.1. Italia

In Italia le minoranze linguistiche sono tutelate dalla Costituzione (Articolo 6), ma nella legislazione nazionale in vigore (legge 482/1999) non viene inclusa la lingua *Romaní* o *Romanes*, malgrado diverse raccomandazioni internazionali (Dell'Agnese e Vitale, 2007). In termini istituzionali, ci si riferisce ai Rom o ai Sinti come "nomadi", senza chiarire o specificare cosa esattamente significhi questa definizione o a chi si riferisca.

Spinelli (2003, citando Liegeois, 1998), propone una stima di 150.000 Rom e Sinti presenti in Italia. In base a tale stima, il 50% è formato da cittadini italiani, mentre la restante percentuale è costituita da immigrati arrivati in Italia in diverse ondate migratorie a partire dagli anni sessanta e provenienti dalla ex Jugoslavia, dall'Albania, dalla Serbia e dalla Romania. Gli arrivi più recenti sono quelli di cittadini rumeni, e il picco si è raggiunto nel 2000. Pertanto, è lecito supporre che la cifra di cui sopra debba essere leggermente aumentata.

In Italia, a livello istituzionale, il carattere pluralistico delle etnie Rom non viene riconosciuto, e ciò ha generato molti problemi. L'eterogeneità della popolazione Rom, unitamente alla diffusa discriminazione nei suoi confronti, a livello italiano ed europeo, ha portato a gravi difficoltà nelle proposte di politiche a favore della popolazione stessa. Un problema riguarda il campo degli interventi pubblici: non esistono norme, a livello europeo, per la tutela delle comunità Rom, ma sono state formulate soltanto raccomandazioni e risoluzioni. In Italia la strategia generale è stata quella di sviluppare politiche locali sulla base di politiche regionali; tuttavia, si registra la carenza di una politica a livello nazionale riguardante i Rom e i Sinti (Dell'Agnese & Vitale, 2007).

I cosiddetti "campi nomadi" furono istituiti all'inizio degli anni ottanta con l'intenzione di tutelare il diritto dei gruppi nomadi di fermarsi e di sostare sul territorio. Istituiti in base alle leggi locali e regionali, essi sono rimasti l'unica risposta prevalente alla presenza di Rom e Sinti, anche dopo l'arrivo di popolazioni immigrate che presentano caratteristiche diverse e sono decisamente non nomadi. Oggi i campi nomadi ospitano infatti popolazioni stanziali di nazionalità diverse. Nella maggior parte delle città e delle regioni italiane vi sono campi gestiti dalle autorità municipali e dai

servizi sociali (i cosiddetti “campi nomadi autorizzati”); tuttavia, è frequente trovare “campi nomadi abusivi”, cioè terreni occupati in modo abusivo o altre aree occupate in cui vivono illegalmente immigrati Rom.

Nella Regione Emilia-Romagna vi sono 14 campi nomadi autorizzati, in cui vivono Sinti italiani (82%) e Rom originari dell’Europa dell’Est (16%). La legge regionale 47 del 23/11/88, stabilisce le regole per le minoranze etniche in Emilia-Romagna. A tutela delle minoranze etniche sul proprio territorio, la Regione disciplina e tutela il diritto dei nomadi al transito e alla sosta e agevola inoltre la loro integrazione nella comunità regionale. Tali finalità vengono perseguite attraverso:

- a) attività volte a favorire la tutela delle forme espressive, delle tradizioni culturali, delle produzioni artistiche ed artigianali tipiche delle popolazioni nomadi;
- b) realizzazione di aree - sosta attrezzate;
- c) realizzazione di aree di transito;
- d) realizzazione di aree - sosta attrezzate a destinazione particolare;
- e) attività di formazione professionale e di attuazione del diritto allo studio;
- f) iniziative di sostegno all’esercizio di attività artigiane.

Al raggiungimento delle finalità predette la Regione Emilia-Romagna concorre mediante l’erogazione di contributi ai Comuni singoli e associati per l’acquisto delle aree sosta e delle aree di transito o per la realizzazione delle infrastrutture in tali aree.

Nella Regione Veneto, invece, la legge che regola i campi nomadi è la numero 54 del 22/12/89. La città di Venezia ospita un “villaggio nomadi” con 120 abitanti; in tutta la regione vi sono circa 15 campi nelle province di Venezia, Padova, Verona e Vicenza.

Nei campi è di primaria importanza l’accesso dei bambini all’istruzione (a Bologna, per esempio, il 91% dei bambini tra i 6 e i 14 anni frequenta la scuola). Tuttavia, i campi nomadi rimangono luoghi in cui persiste la segregazione etnica, e sono pertanto preferibili soluzioni abitative alternative, come gli alloggi sociali o altre sistemazioni. La nostra ricerca ha coinvolto anche famiglie che vivono in appartamenti, che usufruiscono di progetti integrativi di *social housing* e che presentano situazioni sociali diverse da quelle che vivono nei campi.

Non esistono politiche sanitarie nazionali specifiche per le popolazioni Rom e Sinti, essendo il Sistema Sanitario Nazionale “a carattere solidale e universale” (Ministero della Salute, 2008). Tuttavia, l’accesso ai servizi sanitari per i non-cittadini è determinato in base allo status legale della persona: migrante regolare o irregolare, residente o non-residente. I cittadini Rom e Sinti residenti possono accedere in modo completo ai servizi del SSN: ricoveri ospedalieri, accesso ai centri medico-diagnostici, medici di base, specialisti e servizi del SERT per le tossicodipendenze.

I cittadini non-residenti<sup>9</sup>, invece, hanno solo diritto ai servizi di pronto soccorso, e possono accedere a servizi privati, a strutture di beneficenza/volontariato o a servizi di intervento a bassa soglia. A Bologna, per esempio, possono accedere a un ambulatorio ad accesso libero che conta circa 145 pazienti all'anno. Inoltre, sia a Bologna sia a Venezia, vi sono servizi per le tossicodipendenze "in strada" e di intervento "a bassa soglia".

L'accesso ai servizi sociali è inoltre condizionato al possesso della residenza nel Comune, fatta eccezione per casi urgenti o interventi che non possano essere direttamente effettuati dallo Stato o dalla Regione di residenza. Alcuni servizi disponibili anche per i non-residenti sono le case protette, i centri di prima accoglienza, i centri per minori allontanati dalle famiglie, le unità di strada sul territorio.

Il pregiudizio che attribuisce ai Rom uno scarso accesso alle strutture sanitarie per ragioni culturali non è stato confermato dalle ricerche svolte in Italia. Le persone sembrano ben consapevoli dei propri problemi di salute e vorrebbero poter beneficiare di un accesso più facile alle cure sanitarie (Monasta, 2010).

Sono pochi gli studi disponibili sulle condizioni di salute dei Rom che vivono nei campi nomadi in Italia, ma tutti ne sottolineano la precaria situazione sanitaria. La durata media della vita è generalmente più breve, le persone sono soggette a maggiori rischi di malattie cardiovascolari e di pressione alta (si veda lo studio condotto da Gualdi-Russo tra il 2000 e il 2003 a Bologna). In Lazio, l'Osservatorio Epidemiologico indica che, tra le popolazioni nomadi, il 18,4% dei neonati è sotto peso (rispetto al 5,7% tra la popolazione generale), la mortalità infantile è del 9% (rispetto al 5,6%) e la mortalità nel primo anno di vita è del 24,2% (rispetto al 9,4%). I dati raccolti dall'Istituto San Gallicano di Roma tra il 1999 e il 2000 hanno evidenziato diverse tendenze preoccupanti registrate presso le popolazioni Rom e Sinti: la diffusione di malattie infettive, di infezioni da HIV, di malattie a trasmissione sessuale, di tossicodipendenze, di cure prenatali e di aborto procurato.

I pochi interventi realizzati in Italia a favore della salute delle popolazioni Rom e Sinti non hanno come obiettivo specifico le tossicodipendenze, essendo piuttosto incentrati su campagne di vaccinazione e sul miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie. A tutt'oggi, non si hanno cifre disponibili provenienti da studi e ricerche a livello nazionale sul consumo di sostanze legali e illegali (marijuana, cocaina, alcol, ecc.) presso le comunità Rom e Sinti presenti in Italia.

La ricerca condotta in Italia dal progetto SRAP mirava a colmare questo vuoto di informazioni per i professionisti nel campo della prevenzione delle tossicodipendenze. Essa si è svolta in due aree: a Venezia e a Bologna. A Venezia, la ricerca è stata condotta in un villaggio nomadi del Comune che comprende 40 abitazioni, e con 30 famiglie che erano state trasferite in appartamenti di *social housing*; i partecipanti erano Rom di nazionalità croata, tedesca e italiana.

---

<sup>9</sup> In base alla legge sull'immigrazione (Decreto legge 286 del 25/7/1998, Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e la circolare del Ministero della Salute 5 del 24/3/2000 – Indicazioni applicative del Decreto legislativo 286 del 25/7/1998 – Disposizioni in materia di assistenza sanitaria), il diritto all'assistenza medica (che è solo una delle possibili declinazioni del diritto alla salute) è garantito agli immigrati e alle loro famiglie che siano registrati presso il Servizio Sanitario Nazionale e che siano regolarmente presenti sul territorio italiano. La registrazione presso il SSN è peraltro subordinata all'ottenimento di un lavoro regolare. La situazione diviene ancora più complessa, con differenze fra le diverse regioni italiane, per i Rom che sono cittadini di uno Stato europeo ma non sono registrati presso il SSN.

A Bologna la ricerca è stata condotta in un campo Sinti che ospita 29 famiglie, e con alcune famiglie che vivono in abitazioni di *social housing*. In questa fase del progetto, non sono state analizzate situazioni di irregolarità o di occupazione abusiva di alloggi, anche se un gruppo di operatori a Bologna ha preso contatto con alcune famiglie che vivevano abusivamente su dei terreni agricoli, e questo potrebbe essere un contesto dove effettuare futuri interventi.

In entrambi i contesti, uno dei fattori più importanti nello svolgimento della ricerca era l'esistenza di un precedente rapporto di fiducia con i partecipanti. La costruzione di tale rapporto richiede tempo e, in mancanza di fiducia, affrontare simili argomenti e problemi può risultare lento e difficile, se non impossibile. A Venezia, alcuni dei partecipanti sono stati reclutati con la mediazione di altri servizi, il che ha creato delle difficoltà nell'ottenimento di informazioni esaustive sulle esperienze legate al consumo di droga. Talvolta i partecipanti avevano un atteggiamento di difesa nei confronti dell'uso di sostanze presso la propria comunità, e minimizzavano la presenza di tali sostanze, compreso l'alcol. Ciò può essere dovuto alla generale disapprovazione rispetto all'uso di droga in questi contesti e può portare al consumo nascosto o alla mancata richiesta di aiuto per i problemi ad esso correlati.

A Bologna, molte ragazze hanno preso parte alla ricerca, al contrario degli altri contesti. Le ragazze erano anche più disponibili a parlare dei problemi connessi al consumo di droga, e sembravano aperte e ben disposte. Ciò era anche dovuto alle caratteristiche del contesto, infatti nel campo nomadi di Bologna i ragazzi sono generalmente meno numerosi.

Il raggiungimento del numero stabilito di partecipanti si è rivelato in genere difficoltoso e la selezione è stata in gran parte condizionata dalla disponibilità dei soggetti che accettavano di essere intervistati.

In Italia, per quanto riguarda gli atteggiamenti culturali dei Rom nei confronti delle droghe, entrambi i contesti erano accomunati da una generale disapprovazione verso il loro consumo e abuso, essendo l'argomento stesso tabù. Tuttavia, è diffuso il consumo di alcol, soprattutto durante gli eventi celebrativi all'interno della comunità. L'atteggiamento di disapprovazione è più forte nei confronti delle ragazze, che arrivano a consumare sostanze di nascosto, con gravi implicazioni sulle dipendenze e sulla loro prevenzione e cura.

I ragazzi che vivono in contesti non emarginati (per esempio, in abitazioni di *social housing*), in genere si sentono più liberi di parlare dell'argomento droghe, perciò risulta più facile pianificare eventuali interventi e indirizzarli verso programmi di prevenzione. Il consumo, da parte dei ragazzi che vivono in questi contesti, appare collegato a quello dei gruppi di coetanei non-Rom, mentre per i giovani che vivono in contesti di emarginazione, le esperienze di consumo avvengono solitamente al loro interno, per esempio con i cugini. L'importanza dei gruppi di coetanei è, ancora una volta, basilare per l'inizio delle esperienze di consumo e per il loro proseguimento.

La famiglia viene vista come la risorsa principale in caso di problemi di droga e, solo nel caso in cui questa venisse a mancare, si farebbe eventualmente ricorso ad aiuti esterni. Ciò ha evidenziato l'importanza di coinvolgere le famiglie nei programmi di prevenzione, per valutarne la capacità di far fronte ai problemi di dipendenza dei propri membri.

A Bologna, la Chiesa Evangelica svolge un ruolo molto importante, soprattutto nella prevenzione del primo uso di droghe.

Il divario esistente tra i servizi specialistici e le comunità Rom e Sinti è da attribuirsi, in parte, alle scarse conoscenze che hanno i giovani di ciò che tali servizi possono offrire, ma anche alle limitate capacità interculturali dei servizi stessi. D'altro canto, i giovani che hanno già avuto contatti con i SERT (i servizi specializzati nelle tossicodipendenze), ne sottolineano l'utilità e li consiglierebbero ad altri in caso di bisogno.

Le conoscenze in materie di droga e di dipendenza sono generalmente scarse; le sostanze vengono conosciute attraverso i miti e l'immaginario collettivo e i loro effetti positivi (allentamento dei freni inibitori, socializzazione, divertimento, energia e forza) sono spesso sopravvalutati.

Per quanto riguarda i modelli di consumo fra i giovani Rom e Sinti a Bologna e a Venezia, è risultato evidente che l'età del primo consumo, soprattutto di tabacco e alcol, è molto bassa; i ragazzi e le ragazze iniziano a fumare a 11 o 12 anni, mentre i maschi iniziano a bere alcolici già a 9 – 10 anni (Venezia) e a 13 – 14 anni (Bologna). Fra le ragazze, il consumo di alcol può iniziare leggermente più tardi, verso i 16 anni.

Quando si parla di modelli di consumo, le differenze di genere sono molto rilevanti, e sono influenzate sia da comportamenti sociali, sia dal controllo che i genitori esercitano sulle ragazze. Mentre per i ragazzi il consumo di alcol comincia con l'iniziazione di un maschio adulto, per le ragazze esso avviene di solito all'interno di un gruppo di amiche, e per lo più di nascosto. Raramente le ragazze proseguono sperimentando altre sostanze, mentre i ragazzi spesso lo fanno, con la cannabis o altro. Il consumo di cannabis si diffonde in contesti e secondo modalità simili a quelle dei ragazzi non Rom, mentre l'ecstasy e la cocaina vengono sperimentate con gli amici durante feste private o sulla spiaggia.

A Venezia, oltre all'uso di cocaina e di cannabis (quest'ultima più diffusa e vista come innocua), è stato rilevato anche l'utilizzo di eroina, assunta per inalazione, mentre le droghe sintetiche non sono state menzionate. Anche in questo contesto, l'uso di cannabis avviene in gruppi etnicamente misti di giovani coetanei, e può essere visto come un modello di consumo che i Rom hanno acquisito per contaminazione dai giovani gadji.

Per concludere, i programmi di prevenzione a Venezia e a Bologna devono prendere in giusta considerazione tutti gli elementi che seguono:

- La giovane età dei ragazzi che iniziano a fare uso di sostanze.
- Il fatto che il problema del consumo è un argomento tabù e, pertanto, la non disponibilità ad affrontarlo in alcune situazioni. Ne deriva che chi opera nel campo della prevenzione deve attivare un sistema di ascolto non giudicante; anche se i rapporti di fiducia sono necessari alla costruzione di interventi efficaci, il fatto che gli operatori non siano membri della comunità può essere utile alla gestione della rete di relazioni, tra gli abitanti delle comunità o all'interno delle famiglie allargate, che il giovane consumatore spesso associa alla paura di venire emarginato.
- L'importanza di trasmettere informazioni precise e accurate sulle sostanze, sulle conseguenze del loro consumo e sui servizi esistenti.
- Laddove il consumo di droga è visto come assimilazione di abitudini di gruppi non Rom, è importante proporre contesti di non emarginazione e attività di interazione tra giovani Rom e

Sinti e giovani non Rom. In questi casi, sarebbe opportuno organizzare interventi al di fuori dei campi.

- Rafforzare le potenzialità dei servizi a lavorare con questi gruppi target, utilizzando la mediazione di peer operators e offrendo loro una formazione specifica.
- I canali tradizionali di prevenzione (per esempio, i programmi di prevenzione delle scuole superiori) potrebbero non risultare efficaci quando si devono raggiungere giovani di età superiore ai 14 anni, che registrano una bassa frequenza scolastica. I programmi di prevenzione dovrebbero partire sin dalla scuola secondaria di primo grado.
- Prendere in giusta considerazione le differenze tra i vari contesti abitativi (campi nomadi o appartamenti), per quanto riguarda le abitudini al consumo, senza trascurare la volontà dei giovani di essere coinvolti in programmi di prevenzione e nel dialogo sulle droghe in generale.

## 4.2. Italia – Bologna<sup>10</sup>

### 4.2.1. Conclusioni formulate da professionisti

Il gruppo di discussione di servizi e professionisti ha visto la partecipazione di 19 operatori dei servizi dedicati ai Rom, alla prevenzione della droga o alla cura della dipendenza. Nonostante l'alto numero di partecipanti sia stato di ostacolo alla dinamica, sono emerse conclusioni molto interessanti sui risultati della nostra ricerca.

Per i professionisti è stato interessante notare che molti aspetti emersi sul consumo di droga nelle comunità Rom sono molto simili a quelli di giovani non Rom. I contesti e i tipi di gruppi nei quali i giovani entrano in contatto con la droga sono stati considerati simili a quelli dei loro coetanei non Rom, quindi si è concluso che i servizi che svolgono attività educative tra pari devono includere i giovani Rom nei loro obiettivi.

Sebbene vi fossero forti similitudini con la situazione dei giovani non Rom, c'erano comunque alcuni aspetti specifici relativi ai giovani nelle comunità Rom, ad esempio il forte legame con la famiglia, le differenze più marcate tra i sessi e la tendenza a entrare presto nell'età adulta, associata alla creazione di giovani famiglie.

Un aspetto importante è stata la risposta positiva dei genitori, tutti hanno acconsentito alla ricerca e firmato il consenso informato per partecipare alla ricerca. Questa è stata una sorpresa per i professionisti, che credevano che alcune comunità fossero molto chiuse e poco disponibili a una collaborazione, specialmente sul tema delicato della droga.

I professionisti si sono resi conto che molte barriere erano dovute agli stereotipi e ai pregiudizi e che i Sinti e i Rom non hanno bisogno di "servizi speciali" ma dovrebbero essere incoraggiati ad accedere ai servizi al di fuori dello spazio segregato in cui vivono (i campi). Inoltre i professionisti

---

<sup>10</sup> Ricerca e rapporto realizzati da Società Cooperativa Società Dolce



hanno notato che anche le campagne di prevenzione dei media potrebbero essere efficaci, poiché i giovani Rom utilizzano i nuovi media.

In conclusione per i professionisti è stato più utile analizzare la situazione basandosi sulle similitudini con altri gruppi piuttosto che sulle differenze, che spesso erano stereotipizzate. Per la maggior parte di loro gli interventi dovrebbero essere svolti fuori dai campi e i professionisti dovrebbero essere formati in modo da superare i pregiudizi.

Come gruppo che soffre per le stigmatizzazioni a cui è soggetto, i giovani Rom dovrebbero trarre vantaggio da programmi che hanno anche l'obiettivo di aumentare la loro autostima.

Va sottolineato che è molto difficile creare e applicare strategie di prevenzione quando la situazione delle comunità è problematica sotto vari aspetti: l'istruzione, l'occupazione e la povertà in generale sono tra le priorità di intervento in queste comunità. Pertanto i problemi sociali dovrebbero essere affrontati in una maniera olistica, ma un partecipante ha notato che spesso i problemi sono affrontati in una struttura di previdenza sociale che presta poca attenzione alla collaborazione tra i Rom e i servizi.

Nonostante l'esperienza precedente di interventi educativi in comunità Sinti e Rom e soprattutto all'interno di campi, luoghi nei quali l'intervento è più complesso poiché avviene in un spazio privato, il lavoro svolto nell'ambito del progetto SRAP ha confermato le buone pratiche e ha fatto emergere aspetti molto interessanti da prendere in considerazione per interventi futuri di prevenzione.

Le tematiche affrontate dal progetto, ossia il consumo di sostanze, sono molto complesse e delicate per essere trattate all'interno di campi nei quali sono diffusi il consumo e il traffico di droga, che spesso rappresentano una fonte di guadagno per molte famiglie. Alla luce di ciò il nostro intervento ha richiesto maggiori sforzi allo staff per poter essere accettati, ascoltati e rispettati da questa comunità.

In primo luogo ciò conferma la priorità di stabilire una "buona relazione" in poco tempo, dando spazio alla convivialità e alla comprensione reciproca. Non è sufficiente conoscere le persone che vivono nei campi, come spesso accade. Gli assistenti sociali devono farsi conoscere e raccontare le loro storie senza dare informazioni personali, tuttavia essi entrano nella casa di qualcuno e quindi si devono presentare. L'assistente sociale deve dimostrare di essere vicino alle persone, di essere utile ma non come amico, non dovrebbe essere considerato una persona alla pari o un parente. Per creare un rapporto di fiducia è fondamentale prestare molta attenzione a questi equilibri.

Per i Sinti e i Rom l'ospitalità è importante e a volte essi tendono a creare "relazioni amichevoli" in poco tempo. Dobbiamo però ricordare che in questa fase del progetto SRAP essi sono molto attenti e studiano l'operatore, vogliono conoscerlo e vedere se possono fidarsi o chiedono un certo tipo di aiuto, sulla base della relazione che si è appena creata.

**Mediazione.** Quando avviene un conflitto bisognerebbe cercare di mediare, capire le critiche ed evitare di giudicare.

Potrebbe essere molto compromettente esporre un'altra persona. Accade esattamente quello che accade tra gadj, ma in queste comunità le dinamiche sono amplificate, tenendo conto

dell'importanza della famiglia. L'assistente sociale dovrebbe formare relazioni forti, al contempo mantenendo una certa distanza, mostrandosi assertivo.

**L'autorità** è un altro aspetto importante, che talvolta è difficile combinare con i legami forti, ma per ottenere il supporto della comunità non bisogna essere né intimiditi né esitanti. È fondamentale tenere la testa alta, con umiltà e rispetto nei confronti delle persone con cui ci si relaziona!

**Buona conoscenza dei temi che devono essere affrontati.** Con il progetto SRAP gli operatori hanno conquistato la fiducia, mostrando di conoscere le sostanze, i loro effetti, i luoghi del consumo e le modalità comuni di consumo.

I partecipanti che sono stati intervistati hanno fatto largo uso di vari tipi di sostanze. Alcuni sono usciti da quel mondo ma lo conoscono molto bene, e sarebbe interessante coinvolgerli come mediatori in un lavoro di prevenzione. Comunque l'educatore "alla pari" è una figura delicata, che non acquisisce necessariamente più credibilità e autorità agli occhi dei compagni.

Gli stessi ragazzi intervistati hanno mostrato un certo scetticismo quando abbiamo proposto una collaborazione, perché si sarebbero potuti trovare in una posizione scomoda, continuando a vivere nel campo, a metà tra l'operatore, la figura istituzionale e i consumatori Sinti/ Rom di sostanze.

In ogni caso un confronto con loro sarebbe molto utile per gli assistenti sociali, per studiare il modo migliore per informare e prevenire. Come ha detto un ragazzo Sinti durante un'intervista: *"non è necessario che sia un compagno a parlare di certe cose, può anche essere un gadjo e forse è anche meglio, ma deve sapere di cosa sta parlando."* (Interviste Sinto "Becks", maschio, 21 e intervista con "Timoteo", maschio, 23). Se l'operatore sociale non conosce le sostanze e i metodi di approccio non acquista credibilità agli occhi dei consumatori.

È necessario essere in grado di arrivare ai giovani, conoscere le loro dinamiche relazionali, i loro luoghi, capire il loro approccio alle sostanze. Più precisamente, è necessario conoscere gli adolescenti, poiché nella ricerca non sono emerse differenze significative tra i gadji e i Sinti.

Le paure, le modalità di relazione, le ragioni del primo approccio, ovvero il desiderio di sentirsi più grandi, l'aspetto, il desiderio di integrarsi nel gruppo, sono esattamente le stesse cose che emergono in qualsiasi gruppo di adolescenti.

Tuttavia la conoscenza delle sostanze da parte dei giovani è molto superficiale, anche tra quelli che le hanno provate. I ragazzi non sanno esattamente quali ingredienti sono contenuti nelle droghe, cosa sono le droghe, e tanto meno i danni provocati dal consumo.

I più giovani fanno riferimento a stereotipi e a quello che hanno sentito dire, anche le ragazze. I più grandi, che hanno provato l'ecstasy, la cocaina e l'hashish, generalmente fanno riferimento solo alle sensazioni o agli effetti collaterali che hanno sperimentato.

Un primo modo di fare prevenzione è iniziare a parlare di queste problematiche, informare, creare curiosità. Diversamente da quanto suggerito dagli stereotipi, i Sinti hanno mostrato di accettare con piacere gli interventi per la salute dei loro figli.

Si è rivelato molto importante coinvolgere i bambini dagli undici anni in su, poiché a quell'età essi iniziano a fumare sigarette. Nei campi e sulla strada i ragazzi di 13 o 14 anni hanno già provato l'alcool e qualcuno anche qualcosa di più. I partecipanti di quest'età hanno identificato il bisogno di conoscere aspetti relativi all'uso/ abuso di nuove droghe, sostanze sulle quali hanno poche

informazioni, e hanno menzionato anche droghe come la Red Bull, facendo riferimento al consumo diffuso di tali sostanze.

Gli interventi di prevenzione dovrebbero essere svolti fuori dai campi, oltre a molte altre attività. I bambini e i giovani vogliono e devono lasciare il campo, fare nuove esperienze, giocare. Tutte le ragazze hanno accettato di partecipare al progetto soprattutto perché avevamo intenzione di uscire dai campi, dove sono confinate ogni giorno! I genitori erano contenti del fatto che i figli fossero coinvolti in qualcosa di diverso. Una volta che abbiamo creato la fiducia i genitori erano felici che i loro figli e le loro figlie potessero vivere esperienze diverse dalla vita nei campi.

In ogni caso, dobbiamo garantire una continuità nell'azione per evitare il senso di abbandono una volta che il progetto è finito, come spesso accade, purtroppo. Queste comunità si sentono già emarginate, quindi sarebbe auspicabile evitare di creare un senso di esclusione e di abbandono quando il progetto giunge al termine.

**La famiglia** è emersa come elemento centrale nella vita dei giovani, poiché essi si rivolgerebbero ai servizi solo in mancanza di un sostegno forte da parte della famiglia. Alla luce di queste affermazioni sarebbe importante innanzitutto informare le famiglie sui servizi territoriali e su come essi lavorano.

Bisognerebbe fornire strumenti alle famiglie sensibilizzando maggiormente gli adulti sugli interventi di prevenzione, coinvolgendo i genitori e tutta la famiglia. Solitamente i problemi sono affrontati in famiglia e i giovani si rivolgono soprattutto alla famiglia per chiedere aiuto.

I giovani Rom iniziano a bere, a fumare e fare uso di droga in situazioni di sofferenza, come i gadji. A volte iniziano se non sanno cosa fare nella vita, se non hanno possibilità di scelta o un progetto di vita. Sfortunatamente gli interventi per l'occupazione sono a breve termine e caratterizzati da una mancanza di progettazione. Ci sono alti livelli di disoccupazione tra i Sinti, per cui alcuni sono costretti a lavorare in mercati informali e illegali. La scarsa conoscenza dei loro diritti e doveri in quanto lavoratori li spinge verso il mercato nero del lavoro e a volte li induce a lavorare nel mercato illegale della droga.

Nella nostra ricerca i partecipanti hanno espresso con forza i propri sogni e il desiderio di essere in grado di costruire un "futuro normale", che per loro significa avere una casa, una famiglia e un lavoro.

---

Nel corso del progetto SRAP siamo entrati in contatto con altre realtà che non avevamo previsto come obiettivo. All'interno della comunità Sinti a Bologna c'è una parte della popolazione che non vive nei campi aperti dal Comune. Si tratta di famiglie allargate che si riconoscono nella categoria di "nomadi" o "Sinti" ma vivono al di fuori delle aree che il Comune ha messo a loro disposizione. Esse hanno comprato con mezzi propri alcune parti di terreno agricolo su cui hanno costruito case mobili e hanno parcheggiato le loro roulotte.

Ci sono circa una dozzina di queste "micro-aree": famiglie che vivono in roulotte e lavorano come venditori ambulanti, personale di giostre, venditori di hamburger e di prodotti alimentari. Lavorano poco lontano da Bologna con le loro giostre e di solito vendono hamburger con le loro roulotte durante le fiere paesane o i concerti.

Vivere in queste zone è illegale poiché sono spazi riservati alle attività agricole.

Per parlare di dipendenza, uso e abuso di droga era necessario innanzitutto affrontare il problema delle condizioni di vita. Uno dei punti più importanti del progetto SRAP è la salute, che significa anche “vivere bene, in una situazione di sicurezza”, e non si può vivere bene se ci si sente a rischio di perdere la casa perché è illegale. Allo stesso modo non si può parlare di prevenzione dell’uso della droga se una persona è preoccupata per la propria abitazione.

Quindi nell’ambito del progetto SRAP abbiamo deciso di dedicare del tempo per conoscere meglio queste famiglie; grazie all’occasione offerta dal progetto di lavorare in modo più incisivo con questa popolazione, ci si è impegnati per risolvere insieme i problemi legati alle condizioni delle loro abitazioni.

### 4.3. Italia - Venezia<sup>11</sup>

Il gruppo di discussione con professionisti si è tenuto al Consiglio del Municipio di Venezia. La prima parte del meeting ha fatto capire ai partecipanti, in generale, in che modo i Sinti e i Rom spesso accedono ai servizi e come si vogliono presentare agli occhi degli altri.

Per i Rom del Kosovo il matrimonio è visto come soluzione ai loro problemi, il momento che segna il passaggio da una vita di divertimenti a una vita di responsabilità. Essi non vogliono essere identificati come Sinti o Rom ma danno molta importanza all’integrazione e spesso nascondono le proprie origini, specialmente le donne, come se fossero un attributo negativo, e le rivelano solo per ragioni strumentali.

Invece i Sinti italiani spesso sono molto orgogliosi della loro appartenenza etnica e tendono a sottolinearla. È anche il caso di molte ragazze e molti ragazzi nati in famiglie di etnia mista, che usano l’appartenenza etnica per evocare tratti di bullismo maschile.

I dati del Serd indicano che molti giovani Rom arrivano al Serd in seguito a segnalazioni della Prefettura per possesso di sostanze illegali. Spesso si tratta di ragazzi accompagnati da tutta la famiglia, che insiste affinché i giovani siano sottoposti a una cura. Questo metodo fa sì che il trattamento sia seguito nelle fasi iniziali, ma la famiglia tende a non partecipare nelle fasi successive o nei gruppi di terapia familiare. Un altro motivo di accesso al Serd è la possibilità di alleggerire o attenuare una sanzione penale, anche quando il consumo di alcool non è percepito come problematico in maniera reale ma strumentale.

Nella zona di Chirignago (Circus) l’abitudine dei giovani di fumare la cannabis è vista come comportamento sbagliato e ci sono solo pochi trasgressori, secondo i professionisti. Al contrario, nella nostra ricerca abbiamo riscontrato che la cannabis è una droga utilizzata per sembrare più grandi ed è diffusa come le sigarette.

I professionisti ritengono che le ragazze non siano soggette al consumo, tranne che per il consumo di tabacco. I problemi principali che si notano nelle ragazze sono i matrimoni e le gravidanze in

---

<sup>11</sup> Ricerca condotta dal Comune di Venezia

giovane età. Grazie al gruppo di discussione abbiamo potuto indagare su come le ragazze vedono se stesse, il proprio ambiente e la droga, anche se talvolta si sentono più bloccate rispetto ai ragazzi in situazioni in cui devono ragionare su se stesse.

I professionisti hanno sottolineato che per creare una relazione di fiducia con gli utenti dei servizi è importante essere presenti sul territorio. Molto spesso gli assistenti sociali propongono accordi: “Ti posso aiutare se entri a far parte di un programma”.

Per quanto riguarda i risultati della nostra ricerca, i professionisti hanno concluso quanto segue:

- Non vedono grandi differenze tra il comportamento dei Sinti/ Rom e dei gadji nel modo in cui essi hanno partecipato ai gruppi di discussione. Forse lo strumento è troppo strutturato.
- C'è una forte protezione da parte della comunità Sinti/ Rom, soprattutto nei confronti delle donne.
- I professionisti confermano i risultati della nostra ricerca, che riconoscono come tipici della loro esperienza lavorativa.

Il gruppo non ha proposto azioni urgenti, l'unico consiglio è stato dato dagli operatori sociali sul campo e ha fatto riferimento all'importanza di progettare interventi sulla strada, dove gli assistenti sociali cercherebbero di incontrare i giovani Rom “spesso può essere più facile raccogliere informazioni e studiare gli stati emotivi fuori da un supermercato”, piuttosto che aspettare che i giovani accedano ai servizi. Tutti sono concordi nell'affermare che i servizi specifici progettati per i Rom e i Sinti non possono funzionare. Sembra che l'immagine che abbiamo evocato con i risultati della nostra ricerca sia più chiara delle loro impressioni precedenti.

I partecipanti erano anche concordi sul fatto che nel valutare i fenomeni da affrontare lavorando con i giovani Rom il consumo di droga non sarebbe la priorità principale, piuttosto lavorerebbero sul dialogo intergenerazionale e sull'adolescenza.

A Venezia abbiamo notato che alcuni aspetti culturali sono molto simili a quelli degli italiani, i Rom sono riservati quando parlano di droga e certamente non amano pubblicizzare la loro “sfortuna”. La rappresentazione delle droghe illegali è collegata soprattutto alla malattia, i Rom cercano soluzioni all'interno delle reti più vicine. Nel caso dell'ambiente del villaggio, la paura di rappresentazioni ancora più negative nei confronti di una comunità molto stigmatizzata porta a un mondo sommerso nel quale è difficile vedere i problemi.

C'è sicuramente molta fiducia nei servizi, nonostante tutti gli anni di lavoro all'interno del villaggio. I servizi che hanno lavorato nel villaggio nel corso degli anni si sono occupati di aspetti logistici, di mediazione di conflitti, di sostegno economico, piuttosto che di supporto scolastico, e non hanno creato un terreno fertile per chiarire altre problematiche. Più che nei servizi c'è una chiara fiducia nelle persone: secondo gli assistenti sociali in futuro dobbiamo utilizzare mediatori che abbiano già un forte legame con il gruppo target, per poter affrontare i problemi, usare le risorse esistenti e garantire continuità dopo il progetto. D'altra parte è fondamentale il coinvolgimento dei compagni nella condivisione degli obiettivi del progetto, almeno nelle prime fasi operative. Abbiamo capito che i canali ordinari di prevenzione di questi problemi non hanno raggiunto questo gruppo target. Se pensiamo che la scuola e soprattutto la scuola superiore sono state oggetto di metodi preventivi o di altri stimoli e forme di dialogo sulla droga, capiamo che chi non affronta l'argomento nella scuola superiore non viene coinvolto. Solo di recente alcune (pochissime) scuole hanno introdotto il tema della prevenzione del consumo di alcool e tabacco.

Certamente nel nostro prossimo intervento non considereremo la scuola superiore un luogo di contatto con i giovani. Per i giovani della fascia di età tra i 13 e 15 anni dovremo creare una separazione o una situazione meno strutturata all'interno della quale ci sia un modo per "agganciare" l'attenzione, non necessariamente partendo dal problema della droga.

Nonostante il villaggio, per via della sua cultura interna, sembri un ambiente più "protetto" rispetto a chi ha scelto l'integrazione in appartamenti e la "contaminazione" culturale, non siamo sicuri che ciò valga anche per il consumo. Certamente l'adolescente che è fuori dal villaggio ha una mentalità leggermente più aperta e ha meno timore della famiglia, intesa in senso lato, ma ciò non significa che chi vive nel villaggio non sia in contatto con le abitudini e le usanze della zona. Tra la popolazione giovanile è molto semplice avere accesso a qualsiasi tipo di sostanza, sebbene alcuni gruppi di giovani si mescolino e frequentino luoghi di divertimento comuni a tutta la popolazione, dove esistono già programmi di prevenzione. Per questi motivi riteniamo che non dovremmo costringere gli adolescenti (tra i 15 e 18 anni) a partecipare alle attività (difficili da gestire) ma piuttosto dovremmo fornire loro materiale informativo, se possibile scritto o revisionato insieme ad alcuni loro compagni, e dovremmo mettere a disposizione assistenti sociali che li conoscano meglio e che possano lavorare in interviste e/o incontri speciali.

Per i ragazzi più giovani che vanno ancora alla scuola superiore, il contesto della scuola può essere utilizzato come luogo per affrontare in generale il problema della droga in una modalità di gioco, con lo scopo preciso di liberare l'argomento dai tabù culturali a cui è connesso.

Per facilitare il dialogo e far sì che emergano eventuali problemi legati al consumo, a nostro avviso potrebbe essere utile e interessante formare servizi coinvolti con questo obiettivo, che non siano incentrati nello specifico sul problema. Spesso la mancanza di conoscenza o l'esistenza di stereotipi tra gli assistenti sociali non facilita il dialogo.

I servizi per la droga sono strutturati e riconosciuti nella nostra zona, quindi è utile proporli a un gruppo target di una fascia di età maggiore, in modo che i genitori possano usufruirne per i figli o per se stessi o in modo che possano fare più attenzione se si creano situazioni problematiche. Per la sfiducia che emerge è più utile discutere il problema della prevenzione, come fanno gli operatori del progetto che incoraggiano e mantengono relazioni di fiducia e poi introducono il problema.

Attualmente la conoscenza dei servizi e di quello che essi offrono riguardo ai problemi della droga deve essere un'opportunità in caso di bisogno e non una risposta a una necessità che altri hanno definito sommersa, altrimenti c'è anche un alto rischio di chiusura da parte dei giovani e delle famiglie.

#### 4.4. Bulgaria – Sofia<sup>12</sup>

Riassumendo i principali risultati della ricerca e analizzando la sintesi dei dati ottenuti, è opportuno seguire i seguenti suggerimenti e raccomandazioni.

---

12

Ricerca e rapporto realizzati da Health and Social Development Foundation - HESED

- È necessario incrementare la consapevolezza dei giovani Rom su tutti gli aspetti dei comportamenti a rischio che possono indurre dipendenza. Occorre attuare attività di gruppo e individuali necessarie allo sviluppo di:
  - 1) *skills* per l'auto-consapevolezza, l'auto-riflessione e l'auto-controllo;
  - 2) strategie più efficaci per far fronte a situazioni di frustrazione nella vita di tutti i giorni;
  - 3) motivazioni personali per abbandonare il consumo di droga e superare la dipendenza;
  - 4) *skills* per pianificare e raggiungere obiettivi a lungo termine.
- Il cambiamento più efficace nel comportamento degli adolescenti può essere raggiunto modificando le regole all'interno del loro giro di amicizie e sviluppando adeguate capacità comunicative riguardanti questo problema all'interno delle loro famiglie - fra genitori e figli, ma anche fra marito e moglie.
- In materia di prevenzione delle dipendenze presso le comunità Rom, è cruciale incrementare il livello di conoscenza sull'impatto che possono avere alcool, droga e altre sostanze sulla salute, sia a livello fisico, sia a livello mentale.
- I servizi per la cura delle tossicodipendenze sono noti soltanto ai partecipanti con dipendenze da eroina (IDU, utilizzatori di droghe iniettabili). Gli unici programmi ben conosciuti sono quelli per la somministrazione di metadone, per la riduzione del danno, per lo scambio di aghi e siringhe, anche perché sono attivi all'interno del distretto Rom di Fakulteta.
- L'importanza del supporto psicologico nel processo di cura delle tossicodipendenze è scarsamente conosciuta e sottovalutata; è perciò fondamentale incrementare la conoscenza dell'intero processo, nonché dei servizi di cura delle tossicodipendenze esistenti e dei professionisti che vi operano.
- La scelta di modelli e di ruoli positivi fra le celebrità e gli idoli dei ragazzi può rappresentare una forma di intervento efficace nel processo di sviluppo dell'identità dei giovani Rom.

#### 4.5. Francia<sup>13</sup>

Durante gli incontri finali organizzati per discutere i risultati della ricerca con i professionisti dei vari servizi, abbiamo iniziato con l'esaminare il vocabolario che i giovani usano per parlare delle tossicodipendenze e dei concetti correlati.

I partecipanti hanno osservato che i concetti di droghe pesanti e di droghe leggere sono ormai superati. Per essere più precisi, sono pertanto preferibili i termini di "consumo pesante" e "consumo leggero".

Per quanto riguarda i giovani che lavorano alla Gare du Nord, i partecipanti hanno affermato di non aver visto consumo di droghe in quel luogo e che il consumo non è comunque solo limitato ai giovani; essi assimilano inoltre il comportamento dei giovani Rom a quello dei giovani non Rom che vivono nelle periferie.

---

<sup>13</sup> Ricerca e rapporto realizzati da Hors La Rue

I partecipanti dell'associazione *Rue et cité* hanno osservato che i giovani Rom fanno uso di hashish, ma non proseguono con l'introduzione di altre sostanze, come invece avviene per gli altri giovani. È però vero che i ragazzi Rom iniziano molto presto a fumare e a bere alcolici; addirittura, durante le feste di famiglia, per esempio, i bambini più piccoli aprono le birre e accendono le sigarette agli adulti. Gli unici casi di consumo di cocaina o di altre sostanze sono limitati a piccoli gruppi coinvolti nella microcriminalità.

Per quanto riguarda le diverse prospettive e l'attuazione dei programmi di prevenzione, è opportuno seguire le raccomandazioni seguenti:

- Stabilire un codice semantico comune per meglio descrivere il fenomeno.
- Lavorare con gruppi che rispondano ai vari temi (dipendenza, salute...).
- Attuare un processo di mediazione efficace con i rappresentanti dei servizi e dei centri che incontrano i giovani nei luoghi in cui stazionano.
- Necessità di sostenere, soprattutto nella fase iniziale, i giovani che si presentano ai centri di assistenza, nell'eventualità che in seguito vi si possano poi recare autonomamente; due luoghi sembrano particolarmente appropriati: il centro *Tête à tête*, presso lo shopping center di Rosny 2, e il centro sanitario nel quartiere *Goutte d'Or*.
- Infine, i partecipanti si sono detti interessati a ricevere informazioni sulla nostra ricerca, a livello locale e internazionale.

Nei giovani intervistati, i comportamenti che portano a dipendenza sembrano essere collegati ad ambienti precisi: il consumo di alcol e sigarette avviene essenzialmente in ambiente familiare, mentre la marijuana viene consumata fra coetanei e tale consumo è comunque spesso rifiutato dalla comunità. Il consumo è prima di tutto un'attività sociale che determina l'appartenenza a un gruppo; esso non viene pertanto percepito come un comportamento individuale correlato a qualche forma di disagio. Quando si parlava dei servizi di assistenza, i giovani sembravano preoccupati per le conseguenze fisiche del consumo di droga; menzionavano gli ospedali, i servizi di pronto-soccorso e i medici, ma mai gli psicologi o gli educatori. Talvolta, assimilavano le conseguenze fisiche a quelle delle malattie a trasmissione sessuale ("Ho fatto gli esami, è tutto a posto"). Per i giovani che praticano la prostituzione, il consumo di marijuana diventa spesso un pretesto usato dalla comunità per rifiutarli, in quanto individui dall'identità sessuale incerta e soggetti a matrimoni tardivi. Il fare uso di marijuana in gruppo diventa in questi casi un mezzo per evadere sia dalla pratica della prostituzione, sia dalle pressioni della famiglia, che spingono verso il successo materiale e familiare e che spesso sono fra le principali motivazioni che spingono i giovani a emigrare. Fra questi giovani, il cui consumo di droghe li classifica come "falliti", tale presunto fallimento viene spesso interiorizzato (non vogliono cioè coinvolgere i propri familiari nel loro percorso). Indirizzare questi giovani verso le strutture di accoglienza esistenti significa lavorare con il gruppo, non solo con il singolo soggetto, e occorre coinvolgere esperti qualificati nella mediazione culturale. L'aspetto familiare è spesso un'informazione basilare che gli operatori devono considerare. La categoria più vulnerabile è quella dei giovani non sposati che si prostituiscono per denaro.



#### 4.6. Slovenia<sup>14</sup> – Novo Mesto

Al *focus group* conclusivo hanno preso parte 12 professionisti. La discussione è iniziata con la decisione dei partecipanti di commentare la presentazione della ricerca; da essa sono emerse le idee seguenti.

##### **Cosa ci ha insegnato la ricerca**

- La *conditio sine qua non* per lavorare con i giovani Rom è la fiducia reciproca.
- L'approccio individuale con i ragazzi Rom più grandi può essere una buona decisione, ma occorre prestare attenzione al timing.
- La durata del focus deve essere molto basso (30 minuti).
- È positivo ricorrere ad aiuti durante le attività, ad esempio per i problemi di traduzione.
- I ragazzi hanno difficoltà a sviluppare associazioni o hanno problemi a seguire le istruzioni.
- Tendono a rifugiarsi in risposte veloci, scontate e socialmente accettate.
- Richiedono molta attenzione.

I partecipanti hanno confermato che questi sette punti di partenza costituiscono la base di ogni tipo di attività con i giovani Rom.

Si è aperto un vivace dibattito circa il primo punto: la condizione primaria per lavorare con i Rom è la fiducia reciproca. Qualsiasi tentativo di prevaricazione sui Rom da parte dei non Rom aumenta inevitabilmente il divario e l'impossibilità a collaborare. Ecco perché dovremmo lasciare che i Rom decidano se vogliono che gli altri interferiscano o meno nelle loro vite.

Uno dei partecipanti ha suggerito che lo stesso tipo di ricerca (*focus group* e interviste) venisse realizzata anche fra la locale popolazione non Rom, partendo dal presupposto che non vi siano differenze negli atteggiamenti verso le sostanze legali e illegali fra i giovani Rom e non Rom.

I partecipanti hanno fatto notare che vi sono enormi differenze tra i vari insediamenti Rom situati nei pressi di Novo Mesto, che si evidenziano a livello sociale ed economico. Forti differenze economiche esistono anche, sempre secondo i partecipanti, all'interno di una stessa comunità Rom. Nei singoli insediamenti, la principale disparità è fra le famiglie povere e le famiglie che si sono conquistate una situazione economica più solida (anche con l'aiuto di manipolazioni finanziarie di vario tipo).

Lo Stato ha messo in atto strategie sbagliate per il supporto finanziario delle comunità Rom; tali strategie non prevedono infatti la partecipazione attiva della popolazione Rom coinvolta e non contribuiscono pertanto al suo "*empowerment*", o processo di crescita. Ne consegue che i Rom si aspettano "l'aiuto" dello Stato, ma non sentono il bisogno di partecipare attivamente al cambiamento.

Non vi sono state particolari reazioni da parte dei partecipanti del gruppo alla visione di foto e di dati relativi al fumo, al consumo di alcol e di altre sostanze illegali. Hanno confermato che i Rom iniziano a fumare molto presto e che hanno cominciato a scoprire che l'alcol può creare loro molti

---

<sup>14</sup> Ricerca e rapporto realizzati da RIC Novo Mesto

problemi. Affermano che le madri Rom teoricamente proibiscono ai loro figli di fumare e di bere, ma che comunque questi divieti presto si perdono per strada e non sono molto incisivi.

Il gruppo ha inoltre discusso sulle eventuali influenze esercitate sui giovani Rom dai gruppi di coetanei. I partecipanti si sono detti d'accordo sul fatto che l'intervento di eventuali *peer educators* non è possibile fra i giovani Rom; le famiglie sono comunità chiuse, molto spesso in lite con altri gruppi familiari, e i rapporti tra le famiglie si riflettono sui rapporti tra i rispettivi figli. La fiducia reciproca è limitata ai membri interni di una stessa famiglia.

I partecipanti hanno anche sottolineato il problema del "tempo libero" presso i giovani Rom. Hanno scoperto che le loro vite sono "prive di obiettivi". Trascorrere il tempo libero in modo così inattivo e destrutturato può rappresentare un fattore di minaccia. Al contempo, hanno notato una maggiore tendenza da parte dei giovani Rom a inserirsi in gruppi di giovani non Rom (sono in aumento le coppie miste). Il desiderio dei giovani Rom di mescolarsi con i non Rom può portare sia dei vantaggi (tendenza a identificarsi con i non Rom, a prendere parte agli stessi programmi educativi e a parteciparvi in modo più stabile), sia degli svantaggi (acquisizione più veloce degli attuali modelli consumistici, attribuzione di maggiore importanza ai beni materiali).

#### 4.7. Spagna<sup>15</sup>

Ai due *focus group* finali hanno preso parte 6 membri del comitato dei gruppi d'interesse locali e 8 esperti dei programmi di prevenzione. Di seguito verranno esaminati gli argomenti principali e le conclusioni discusse con loro durante la presentazione dei risultati finali della ricerca.

Gli esperti hanno osservato che la popolazione Rom presenta caratteristiche così eterogenee da rendere difficoltoso ogni eventuale intervento.

In situazioni di emarginazione sociale, i profili dei soggetti possono essere molto diversi; vi sono anche differenze fra i vari ambienti: nelle città vi è una maggiore consapevolezza verso il problema delle tossicodipendenze.

**I servizi esistenti.** Tradizionalmente, le risorse e le strutture disponibili si orientano verso la cura delle tossicodipendenze, e praticamente non vi sono attività di prevenzione mirate alla popolazione più giovane; il lavoro di prevenzione è soprattutto affidato alle strutture private. Normalmente, quando una persona aveva dei problemi di droga, bastava accedere a una struttura e il consumo semplicemente "spariva"; l'immagine dei servizi era quello di strutture esterne e "disintossicanti".

Questo è tradizionalmente un argomento tabù, con connotazioni negative anche in campo politico (risvolti sociali negativi dei centri per tossicodipendenti); le molte difficoltà esistenti in passato persistono oggi e possono essere la causa delle scarse risorse che vengono attribuite alla soluzione del problema.

Le risorse disponibili sono invisibili per la popolazione target; parte del problema dell'approccio tradizionale è di natura sociale, nel senso che i cittadini temono che un gran numero di tossicodipendenti frequenterà il loro quartiere, con il conseguente aumento della criminalità,

---

<sup>15</sup> Ricerca e rapporto realizzati da Fundación Secretariado Gitano

nonostante il fatto che il profilo dei consumatori sarebbe diverso da quello dei tradizionali consumatori di eroina. La dislocazione dei centri di assistenza dovrebbe essere meglio distribuita, in modo da avere più centri, ciascuno specializzato in problemi diversi e quindi frequentato da meno persone. Occorre pertanto ricorrere a delle risorse più flessibili e meno stereotipate.

Il carattere emarginante dei centri di cura ha ostacolato per decenni un approccio tradizionale alle risorse. Attualmente, il rifiuto generalizzato degli stessi e la loro scarsa visibilità fanno sì che la popolazione, soprattutto i più giovani, ne ignori l'esistenza.

Tali centri hanno inoltre molte difficoltà a collaborare con gli altri servizi, in mancanza di adeguamento delle risorse destinate alla cura della popolazione Rom. A causa dell'attuale crisi economica, infatti, le attività di prevenzione e di cura delle tossicodipendenze non ricoprono un ruolo prioritario.

Va inoltre segnalata come grave barriera l'ignoranza, da parte degli operatori del settore, di alcuni codici culturali che caratterizzano le popolazioni Rom (quelle di origine rumena, per esempio); le strutture non sono preparate ad adattarsi alle caratteristiche dei vari gruppi etnici.

Gli operatori danno per scontato che le popolazioni Rom siano diverse, ma vi sono barriere culturali che devono essere abbattute (per esempio, prima i centri per le tossicodipendenze non erano preparati ad accogliere le ragazze); la preparazione culturale in questo caso è di fondamentale importanza.

**La mediazione** è ciò che occorre per colmare questo divario. Nel lavoro di prevenzione devono interagire professionisti della mediazione capaci di fornire l'apporto della conoscenza e della cultura necessarie. Non vi sono requisiti particolarmente rigidi da osservare, ma la mediazione deve essere garantita se si vuole lavorare in modo coerente con le diverse culture.

**La fiducia.** Il lavoro volto a soddisfare le richieste dei ragazzi deve essere basato soprattutto su un rapporto di fiducia; non devono esserci problemi di performance o di protocollo, perché ciò che realmente conta è il rapporto personale che si instaura tra l'operatore e il soggetto da aiutare. È necessario conquistarsi la sua fiducia in maniera diretta o indiretta; è basilare che la persona da curare si senta rispettata. L'importante requisito della fiducia, inoltre, deve essere raggiunto prima di ogni intervento di cura; ogni intervento clinico diviene, cioè, subordinato al rapporto di fiducia e i professionisti devono ascoltare in modo attivo e trasmettere empatia.

**La flessibilità.** I protocolli tendono a essere troppo rigidi, e nelle cure è necessaria una certa flessibilità. Senza affidarsi troppo al protocollo, occorre attivare anche in questo caso dei meccanismi di mediazione; interventi troppo rigidi tendono a diventare dei fattori di rischio nei programmi di prevenzione e non delle potenziali risorse. Gli interventi devono pertanto essere più flessibili e specializzati, il che richiede a volte di bypassare i protocolli.

**Le strategie di prevenzione.** Il lavoro di prevenzione deve essere incentrato sulle aspettative dei giovani. Quando si opera in un contesto di emarginazione sociale, inoltre, nei singoli casi può essere utile estendere gli interventi anche alle famiglie, che sono responsabili delle carenze educative in materia di salute e dei relativi comportamenti. Tali comportamenti possono essere modificati soltanto lavorando con le persone del gruppo familiare (per esempio, i nonni); la figura degli anziani (che i giovani rispettano) può esercitare sui giovani sia un'influenza negativa e quindi rappresentare un fattore di rischio, sia, talvolta, un'influenza positiva e un fattore di protezione. I

bambini tendono a considerare negativamente chi fa uso di droga all'interno della propria famiglia; tuttavia, in mancanza di prevenzione e con il passare del tempo, questo esempio spesso porta loro stessi a diventare consumatori di droga.

I risultati migliori nell'attività di prevenzione si ottengono con interventi individuali, mentre quelli di gruppo vanno tenuti come seconda possibilità. Gli interventi devono contemplare situazioni più concrete e mostrare visivamente le azioni da intraprendere.

Inoltre, è importante che gli interventi di prevenzione vengano mantenuti con costanza nel tempo; la presenza continuativa di riferimenti professionali è altresì necessaria, laddove i professionisti sono tenuti collettivamente a coordinare i messaggi che vogliono trasmettere.

L'eventuale intervento con i *peer educators* deve avvenire presso i servizi e nel luogo in cui si trova il gruppo. In questo caso, i gruppi d'intervento possono non essere omogenei per quanto riguarda l'età e l'esperienza, ma devono esserlo nel livello culturale.

Un ulteriore aspetto importante per il futuro è il miglioramento del livello di consapevolezza, sia presso gli operatori sanitari, che necessitano di una migliore capacità interculturale, sia presso i Rom, che necessitano di una migliore conoscenza dei servizi sanitari. Tale miglioramento deve essere esteso anche alle famiglie e all'intera comunità.

L'esperienza ci insegna che le attività di gruppo e i laboratori incoraggiano i giovani a chiedere aiuto ai servizi in caso di necessità.

Le attività di prevenzione nelle scuole possono portare alla riduzione del danno e a normalizzare l'assistenza verso i giovani; si osserva infatti che i ragazzi più giovani sono restii a rivolgersi ai servizi di assistenza. Per incrementarne l'accesso, occorre migliorare l'offerta sanitaria e la collaborazione fra le varie strutture, nonché inserire programmi più specifici e mirati per i giovani Rom. Occorre insomma fare un passo avanti verso la prevenzione presso gli adolescenti, sviluppando capacità interdisciplinari e mettendole a disposizione dei vari servizi.

**Il consumo effettivo.** Non sono disponibili dati statistici e stime ufficiali per valutare il consumo effettivo di sostanze presso la popolazione Rom. In contesti di emarginazione sociale, il consumo è a livelli standard, ma, per quanto riguarda alcune sostanze, ciò vale anche per la popolazione generale. Esiste una percezione del rischio nei confronti della cannabis, e i messaggi di conferma forniti da chi ne fa uso possono aver influenzato la normalizzazione del consumo. Occorre sfatare i miti legati al consumo di droghe, agendo in modo tempestivo per trasformare tali miti prima che divengano radicati; i giovani Rom dispongono di moltissimo tempo libero e di molta libertà di movimento, soprattutto i maschi. È importante quindi lavorare sulla gestione del tempo e sulla costruzione di attività alternative.

**Nuovi orientamenti per gli operatori della prevenzione.** Nelle abitudini legate al consumo, occorre considerare le differenze di genere: talvolta le donne o le ragazze giustificano il consumo di alcol e di cannabis dei loro partner e spesso usano tale giustificazione per nascondere il fatto che loro stesse ne fanno uso.

Le attività di prevenzione non devono solo mirare a raggiungere determinati obiettivi, ma devono avere una prospettiva più ampia. Gli obiettivi, inoltre, devono essere realistici, ed è molto

importante che si instauri un ottimo rapporto tra il professionista e l'utente; il professionista deve essere motivato e credere in ciò che sta facendo.

Gli interventi devono essere bilanciati e progettati su base continuativa, con un'attenzione costante verso i problemi di razzismo e di iniquità sociale; allo stesso tempo, gli operatori devono sempre tenere presente che i Rom sono una comunità molto unita, percezione che spesso manca al pubblico in generale.

Come citato in precedenza in questo rapporto, il fenomeno della diversità all'interno della popolazione Rom è in continua crescita. Le stesse variabili che sottolineano le differenze all'interno della società in generale, si manifestano all'interno della popolazione Rom e ne influenzano la composizione: età, sesso, costrizioni di genere, area di residenza, situazione economica, tipo di lavoro, livello di istruzione e di cultura, ecc. Pertanto, risulta difficile trarre conclusioni che siano valide e applicabili a tutti i Rom; vi sono molti problemi comuni, ma in termini di opportunità e di vita reale, essi risultano diversi e hanno conseguenze diverse per le varie persone. Occorre inoltre fare riferimento agli altri aspetti seguenti:

**Prospettiva di genere:** il ruolo delle donne all'interno della comunità Rom (rispetto a quello degli uomini) influenza i problemi collegati alla salute e deve essere considerato nella prevenzione delle tossicodipendenze. Le donne sono le educatrici, le dispensatrici di cure per gli anziani e coloro che trasmettono le regole sociali alla comunità. Ciò fa sì che debbano essere tutelate e protette in quanto depositarie dell'identità culturale della loro società. Per questa ragione, è pratica comune che le donne che fanno uso di droga lo tengano nascosto al resto della comunità, e ciò non fa che aumentare i fattori di rischio. D'altro canto, le donne devono sottostare ad alcune regole tradizionali che vietano loro l'uso di tabacco o alcol, come anche i rapporti sessuali prima del matrimonio, e che funzionano da fattori deterrenti (considerazioni etiche a parte); ciò nonostante, il consumo di droga fra la popolazione femminile è comunque presente.

**Età:** se si confrontano i dati a livello nazionale sul fumo e sul consumo di alcol da parte dei ragazzi spagnoli con quelli della popolazione dei giovani Rom, si può osservare che questi ultimi iniziano a fumare e a bere alcolici in età più precoce.

Un ulteriore aspetto da considerare è che caratterizza i giovani Rom è l'assunzione di ruoli da adulti in età molto più precoce rispetto alla popolazione generale: è infatti frequente che i ragazzi Rom svolgano un lavoro o un'attività per il mantenimento del nucleo familiare (per esempio, quella di venditori ambulanti), mentre le ragazze spesso si occupano dei lavori di casa e dei bambini piccoli; questo può essere considerato sia un deterrente, sia un fattore di rischio. Come accennato più volte in precedenza, l'età deve essere presa in giusta considerazione parlando del tempo di risposta o del sostegno sociale che i giovani ricevono dalle famiglie, insieme al fatto che il consumo è accessibile più ai maschi che alle femmine.

Diversi contesti fanno la differenza: la vita stessa, come il consumo di sostanze, vengono percepiti in modi diversi a seconda del contesto dei partecipanti, il che vale per la popolazione in generale. Di conseguenza, occorre operare una distinzione tra:

- Contesti sociali vicini all'emarginazione, nei quali l'accesso alle sostanze e al loro consumo è regolare e costante. In questi casi, il consumo di sostanze è legato a fattori sociali che influenzano l'individuo, piuttosto che a fattori personali.

- Contesti di maggiore normalità, nei quali il consumo, se presente, è più influenzato da fattori personali che sociali, essendo questi ultimi presenti ma di minor impatto.

**La vicinanza e l'empatia:** la qualità del lavoro svolto e l'empatia percepita, sentirsi ascoltati e compresi, sono tra i criteri principali che i giovani Rom hanno evidenziato nel valutare la qualità dell'assistenza ricevuta.

**Garanzie di anonimato, intimità, vicinanza ed empatia:** sono estremamente importanti per assicurare la difesa della privacy e per migliorare la qualità degli interventi, che ne traggono beneficio anche in termini quantitativi.

#### 4.8. Romania<sup>16</sup>

Sulla base delle informazioni disponibili circa i progetti e i programmi di prevenzione sviluppati in questo paese, nonché le ricerche qualitative portate avanti in base al progetto, sono state elaborate alcune conclusioni e raccomandazioni.

##### Conclusioni

Legislazione e contesto nazionale: è presente una legislazione sulla riduzione del consumo di droga, nell'ambito delle strategie nazionali in materia antidroga.

Sono presenti servizi di cura delle tossicodipendenze a livello di organizzazioni e istituzioni pubbliche e private, ma con criteri di accesso diversi per chi ne ha necessità, che tuttavia non discriminano in base all'etnia o al genere.

Sono disponibili nel paese progetti e programmi di prevenzione a livello nazionale o locale, che tuttavia non raggiungono i giovani che vivono per strada, i bambini disagiati e non scolarizzati e, in generale, tutti coloro che non hanno contatti con gli operatori sanitari. Esistono comunque delle attività di strada per la riduzione del danno gestite da organizzazioni no profit e non governative, e molte di queste persone possono quindi venire in contatto con specialisti che lavorano per tali organizzazioni.

Inoltre, molti dei progetti e dei programmi di prevenzione disponibili non sono continuativi e non seguono i bambini / giovani nel corso degli anni, a causa della mancanza di fondi. Tali progetti / programmi, essendo per lo più svolti in ambito scolastico, non sono accessibili ai giovani che non frequentano la scuola. Per questi ultimi, vi sono solo alcune attività di *counseling* per l'educazione e la prevenzione svolti dalle ONG nell'ambito di programmi per la riduzione del danno.

I dati sul consumo di sostanze fra la popolazione o presso gruppi specifici (utilizzatori di droghe iniettabili, adolescenti a rischio, ecc.) vengono raccolti ed elaborati senza che siano state poste domande specifiche sull'etnia.

---

<sup>16</sup> Ricerca a cura di Fundatia Parada

Tuttavia, il rapporto nazionale sulle droghe pubblicato nel 2011 (Agenzia Nazionale Antidroga) ha rivelato che il consumo di droghe fra la popolazione è aumentato, mentre è leggermente diminuito quello di tabacco e alcol.

In questo contesto, i dati raccolti in base alla ricerca qualitativa del progetto SRAP sono importanti perché forniscono informazioni specifiche sulla percezione, sulle abitudini e sui comportamenti dei giovani Rom nei confronti del consumo di droghe. Nell'analisi dei dati raccolti è importante considerare il fatto che le deduzioni che se ne possono trarre riguardano solo esclusivamente i soggetti coinvolti nella ricerca e non sono estendibili a un gruppo più vasto; pertanto, in base a questo tipo di ricerca, non si possono formulare conclusioni generali.

Per quanto riguarda l'approccio, la percezione delle droghe non è molto diversa tra gli intervistati e i partecipanti del *focus group* (giovani Rom) rispetto a quella dei giovani nella stessa fascia d'età (senza distinzioni di etnia) avvicinati dai professionisti della Fondazione PARADA. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che i giovani coinvolti vivono in città per strada, appartengono a famiglie disagiate o vivono in centri di accoglienza, e in questo modo si mescolano con altri giovani dei quali adottano abitudini e stili di vita. È probabile che i giovani Rom che vivono invece in famiglie molto chiuse e tradizionalistiche, in zone agricole e rurali, penserebbero / agirebbero in modo diverso.

Per i giovani, l'influenza dei coetanei nell'ambiente quotidiano è molto importante per iniziare il consumo.

Fra i giovani intervistati, si registra una carenza di informazioni circa la disponibilità di cure per le tossicodipendenze, unitamente alla scarsa disponibilità a chiedere aiuto ai servizi sanitari da parte dei ragazzi che vivono per strada o che appartengono a famiglie disagiate, causate dalla scarsa consapevolezza e dalla mancata informazione sulle conseguenze degli effetti negativi sulla salute di droga, tabacco e alcol, insieme al tipico atteggiamento "tanto a me non può succedere, posso controllare il mio consumo".

La maggior parte degli intervistati aveva ricevuto cure mediche non specialistiche di pronto soccorso, perché nessuno aveva chiesto cure specifiche; soltanto un intervistato aveva ricevuto un trattamento sostitutivo.

I disegni elaborati dai partecipanti durante i *focus group*, hanno evidenziato l'impatto dei media nella creazione di modelli di vita da seguire come esempi. La maggior parte dei bambini ha utilizzato immagini di attori famosi, cantanti e presentatori televisivi per esprimere la loro idea di abitudini come fumare, bere alcolici e consumare sostanze. Oltre a queste, i bambini hanno fatto ricorso a immagini /parole che esprimono stereotipi riguardanti gli effetti negativi delle droghe sulla salute, senza però apparirne convinti. Tuttavia, dalle discussioni di gruppo, è emerso che questi bambini vivono in realtà nelle quali l'opportunità di bere alcolici, fumare e consumare droga è sempre presente (fra compagni di scuola, genitori, fratelli, sorelle e altri parenti, conoscenti vari che ne fanno uso; inoltre, in tutti i loro quartieri, sono facilmente reperibili sostanze legali, tabacco e alcol).

Sulla base della ricerca qualitativa e del lavoro svolto dalla Fondazione PARADA, si possono formulare le seguenti raccomandazioni in materia di prevenzione delle tossicodipendenze fra i giovani:

- È molto importante organizzare attività di prevenzione mirate per i gruppi disagiati, con incontri informativi organizzati presso i punti d'incontro dei giovani che non frequentano la scuola o che vivono in zone ad alta concentrazione di tossicodipendenze.
- Le attività di prevenzione devono porre enfasi sullo sviluppo delle *life skills* (quali la capacità di rifiuto e l'assertività), ricorrendo a una versione riveduta e "semplificata" per i giovani che vivono per strada, in case abbandonate o in rifugi improvvisati, dove i formatori dovranno essere gli operatori di strada e dove è molto difficile attuare un lavoro interattivo.
- Disponibilità di attività di prevenzione a lungo termine, che possano cioè essere continuative e ripetute per alcuni anni.
- Disponibilità di materiale sulla prevenzione con informazioni riguardanti i servizi accessibili e il personale da contattare per chiedere/ricevere aiuto.
- I corsi sulla prevenzione devono essere interattivi e sottolineare il fatto che una sostanza non può venire usata per smaltire l'effetto di un'altra.
- Per quanto possibile, i progetti sulla prevenzione devono comprendere corsi per informare i genitori e gruppi di supporto per i coetanei. L'ignoranza e la carenza di informazioni sugli effetti dannosi delle sostanze fra i genitori, compresa la loro accettazione del fatto che i figli consumino alcol e tabacco, non fa che incoraggiare il consumo di droghe fra i giovani.



## 5. Conclusioni finali

La fase di ricerca - azione prevista nel progetto SRAP intendeva fare luce sulla situazione relativa al consumo di droga e alla tossicodipendenza nelle comunità Rom in 6 Paesi partner (Italia, Bulgaria, Romania, Spagna, Slovenia e Francia), prendendo in considerazione diverse popolazioni Rom, alcune delle quali vivevano in condizioni di segregazione.

La ricerca ha avuto come oggetto giovani tra gli 11 e i 25 anni, e ha utilizzato diversi strumenti di ricerca che ci hanno consentito di ricostruire una serie di processi psicologici, sociali e culturali che spiegano il consumo di droga a quest'età. Nella sua dinamica di base il consumo di droga da parte dei giovani Rom non è molto diverso da quello delle controparti in tutta la popolazione. Tuttavia la povertà, la segregazione, lo scarso accesso all'istruzione, all'occupazione e ai servizi sanitari li pongono in una condizione di rischio maggiore.

Abbiamo anche studiato i valori culturali che hanno influenzato la percezione della droga e della tossicodipendenza nelle comunità Rom considerate nel nostro studio. È importante notare che tali convinzioni e valori non sono sempre solo di tipo "etnico" (limitati alla cultura Rom), ma si sono formati anche tramite l'interazione con compagni non di etnia Rom, a scuola o tramite i mass media. Ciononostante in alcune comunità chiuse il problema della droga era un tabù e le persone, nei loro discorsi, tendevano a distanziarsi dalla loro comunità e dal consumo di droga.

Sembra che profonde differenze tra i sessi caratterizzino l'esperienza della sfera sociale da parte dei giovani Rom. Sono applicate norme diverse per i ragazzi e per le ragazze, l'inizio, la frequenza e i contesti del consumo sono diversi tra ragazzi e ragazze. La promiscuità è un tratto che è facilmente associato alle ragazze che fanno uso di droga, le quali sono soggette alla stigmatizzazione e temono il rifiuto o reazioni violente della famiglia e della comunità.

L'utilizzo di metodi di ricerca visiva ci ha permesso di comprendere in maniera vivida le immagini che i giovani Rom (tra gli 11 e i 16 anni) associano al consumo di droga. I partecipanti hanno associato le immagini che si riferivano soprattutto a implicazioni mediche e fisiche del consumo di droga (vecchiaia, pallore, morte, perdita di peso) ma hanno associato la droga anche al glamour, alle celebrità, alle modelle e al divertimento. Queste dimensioni antitetiche della rappresentazione della droga apparivano anche in altre contrapposizioni: la droga per i ricchi (cocaina, marijuana) contrapposta alla droga per i poveri (eroina), il consumo di droga come emblema per i ragazzi e stigma per le ragazze, o attribuire il consumo di droga a gruppi esterni (la droga nelle comunità Rom come contaminazione culturale proveniente da un "altro" antitetico). Pertanto i discorsi sulla droga nelle comunità Rom prendono in considerazione il sesso, le disuguaglianze economiche e l'età e danno definizioni implicite di appartenenza al gruppo e del gruppo esterno. Al tempo stesso, come la ricerca qualitativa ha ampiamente documentato, la droga ha significati sia positivi che negativi per i giovani. La conseguenza per la prevenzione, come hanno affermato alcuni partecipanti, è che non è sufficiente affrontare le conseguenze negative della droga nei programmi di prevenzione, bisognerebbe affrontare anche la percezione positiva della droga come fattore importante all'inizio del consumo. Inoltre i programmi di prevenzione dovrebbero proporre alternative per i giovani, in modo che essi possano sperimentare gli effetti positivi associati ai vari contesti del consumo di droga (ad esempio l'interazione con un gruppo di compagni) anche in attività sane.

Ci si aspettava che la famiglia di origine influenzasse notevolmente la vita dei giovani, ma le relazioni, la comunicazione e le strategie di controllo da parte dei genitori spesso non sono adeguate a creare un clima di comprensione reciproca e di aiuto. Spesso i partecipanti hanno fatto riferimento alla paura della violenza dei genitori o di reazioni estreme. Dai discorsi dei partecipanti alla nostra ricerca è emersa una spiccata tendenza a nascondere il consumo per mantenere l'immagine richiesta di brava ragazza o moglie Rom. È necessaria una riflessione sulle differenze tra generazioni, sulla paura di “rivelarsi” come consumatori e sul tabù, per valutare se coinvolgere le famiglie.

La ricerca ha portato a ulteriori riflessioni sulla dinamica del consumo di droga nelle famiglie acquisite, tra marito e moglie e in generale nelle giovani coppie. Mentre la moglie può esercitare pressione sul marito per convincerlo a smettere, quando sono sia il marito che la moglie a fare uso di droga il consumo rimane solitario o avviene in gruppi dello stesso sesso.

Il ruolo del gruppo dei compagni nei processi collegati al consumo di droga rimane di cruciale importanza per i giovani Rom, e per gli adolescenti in generale, un'indicazione che supporta l'idea di creare programmi educativi di prevenzione tra pari.

Le campagne di sensibilizzazione e di mediazione dovrebbero mirare ad aumentare la conoscenza dei servizi specializzati per la salute o per la dipendenza, mentre il lavoro di operatori sociali sul campo e la mediazione dovrebbero essere alla base dei programmi di intervento per la salute dei Rom. I servizi degli operatori sociali spesso entrano in contatto con i consumatori Rom, ma più che altro si limitano alla riduzione del danno per i consumatori “IDU” o al trattamento degli stessi, mentre spesso lo status legale (per gli immigrati Rom), la mancanza di assicurazione medica o la scarsa frequenza scolastica escludono i giovani Rom dalla prevenzione generale o dai programmi di promozione sanitaria.

Abbiamo notato che c'è una notevole variabilità non solo tra i contesti, ma anche all'interno delle comunità, riguardo ai modelli di consumo. Da un lato abbiamo considerato il consumo di eroina, che sembrava un modello a sé stante per le sue conseguenze e le sue implicazioni devastanti, e che è presente soprattutto in Bulgaria e in parte in Italia. Mentre il consumo di eroina veniva in qualche modo affrontato dai servizi ed era accompagnato da una maggiore consapevolezza dei consumatori (sebbene essi si considerassero senza speranza), l'uso di altre droghe, per quanto presenti in tutti i contesti, non veniva affrontato dai servizi e nella maggior parte dei casi i consumatori non erano consapevoli delle conseguenze né si ritenevano dipendenti. Un altro modello collega il consumo di cannabis (specialmente in Italia) alle amicizie che non sono esclusivamente del gruppo etnico, il che significa un contesto di integrazione al di là dei confini etnici. L'uso ricreativo della droga e il “binge drinking” nei weekend e ai party era un altro modello che non era collegato esclusivamente ad ambienti di soli Rom, ma che era molto presente in altri contesti sociali.

Tra le tendenze preoccupanti identificate nei modelli di consumo degli adolescenti Rom, si sono riscontrate le seguenti: la precocità nell'inizio del consumo del tabacco (11-12 anni), l'esposizione al consumo dell'alcool a causa degli adulti (“binge drinking” o alcolismo), la tendenza a sottovalutare le conseguenze di molte droghe (a partire dalla cannabis, diffusa e considerata innocua, la cocaina o le anfetamine), il consumo di eroina per endovena in contesti specifici (quartiere di Fakulteta a Sofia, Venezia, Spagna). L'uso della droga per divertimento e il “binge

drinking” nei weekend erano un modello che avvicinava i giovani Rom alla cultura giovanile della droga in generale, e in alcuni casi il consumo della droga significava entrare a far parte di gruppi gadji.

Questi risultati sui modelli di consumo dei giovani Rom supportano l'idea di interventi mirati, dedicati a queste comunità, per quanto riguarda gli interventi volti a sensibilizzare, facilitare l'accesso ed eliminare le barriere nella fruizione di servizi sanitari e sociali. Inoltre la nostra ricerca indica la necessità di utilizzare strumenti specifici per “agganciare” i giovani Rom e metterli in contatto con i servizi (gruppi di operatori sociali sul campo, mediazione). Tuttavia i modelli di consumo generalizzato nelle comunità che abbiamo studiato si riferiscono solo al tabacco, all'alcool e alla cannabis, mentre per le altre droghe c'è una notevole variabilità tra contesti e all'interno di contesti, nella disponibilità delle sostanze e nell'intensità di consumo. Ad esempio in Spagna l'uso di funghi magici per divertimento ha significati e dinamiche diverse per i consumatori rispetto al consumo di droga per iniezione (eroina) a Sofia. Allo stesso modo, l'uso ricreativo delle anfetamine e dell'alcool ai party (emerso a Sofia) è estremamente diverso dalla dipendenza da eroina, nello stesso contesto. Mentre il primo è associato al desiderio di emulazione del divertimento dei “ricchi” e a una mancanza di consapevolezza riguardo alle conseguenze, il secondo è collegato ai sentimenti di disperazione e di dolorosa consapevolezza delle implicazioni fisiche. I programmi di prevenzione dovrebbero attingere dalle specificità locali e attivare risorse contestuali dal sistema dei servizi, dalla famiglia, dalla comunità e da gruppi di giovani, per ottenere risultati sostenibili a lungo termine.

La presente ricerca ha contribuito, a livello locale, ad aumentare la conoscenza dei tipi di droga, dei livelli e dei contesti di consumo e delle credenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti personali e della comunità riguardo alla droga e ai servizi relativi alla droga. A livello transnazionale ci ha aiutato a comprendere le idee sull'intersezione tra la cultura, intesa come senso di appartenenza etnica (rappresentata soprattutto dalla famiglia e dalla comunità), e le culture della droga, le culture legate al sesso, le culture della scuola o dei mass media. I paragoni multipli tra diversi contesti (a livello di politica e a livello pratico) ci hanno consentito di esplicitare alcuni dei meccanismi di inclusione ed esclusione relativamente ai servizi sanitari e ai servizi per la droga.

Ulteriori ricerche devono collegare l'inclusione sociale a processi e a dinamiche del consumo di droga, esplorarne i punti di contatto e le implicazioni reciproche. È interessante notare che la nostra ricerca ha rilevato che l'accesso dei giovani Rom alla droga è collegato all'uscire dalla segregazione e alla partecipazione a gruppi di compagni non Rom. Peraltro ci mancano informazioni su come i mercati illegali e il coinvolgimento nel traffico di droga contribuiscono a facilitare il consumo, moltiplicando le conseguenze negative per gli individui. La ricerca futura dovrebbe anche comprendere meglio il modo in cui l'interazione non segregata influenza la consapevolezza dei servizi, i tassi di accesso, la competenza e i capitali di conoscenza.

Un altro punto centrale di interesse riguarda lo stigma e la segretezza e la loro influenza sulla possibilità di mettere a punto interventi a livello di famiglia e di comunità. La ricerca futura dovrebbe anche riflettere su come programmare l'accesso individuale ai servizi specializzati in modo che sia un'opportunità per affrontare altri problemi nelle famiglie, in un approccio olistico, moltiplicando quindi l'impatto degli interventi individuali. Come abbiamo ampiamente sperimentato

nella nostra ricerca sul campo, il contatto individuale con i servizi può portare a relazioni di fiducia, su cui costruire ulteriori interventi coinvolgendo altri membri della comunità.

## Bibliografia

Dell'Agnese, E., & Vitale, T. (2007). Rom e sinti, una galassia di minoranze senza territorio. In A. Rosina, & G. Amiotti, *Identità ed integrazione. Passato e presente delle minoranze nell'Europa mediterranea* (pp. 123-145). Milano: Franco Angeli.

FSG and Ministry of Health. (2006) *Guide to the Roma community action on health services*. Madrid.

Healthcare. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/). (Acquired: 1<sup>st</sup> March 2011).

Inequalities in health in Slovenia. (2011). Available at: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=1& 1 Filename=2923.pdf& 1 MediaId=2923& 1 AutoResize=false&pl=0-1.3>. (Acquired: 23<sup>rd</sup> February 2011).

Ministero della Salute. (2008, febbraio 19). *Precisazione concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari soggiornati in Italia*. Retrieved 08 20, 2008, from Ministero della Salute: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1514\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1514_allegato.pdf).

Ministry of Health and FSG. (2008) *Roma community and health. The situation of the Roma community in Spain in relation to health and access to health services. Conclusions, recommendations and proposals*, Madrid.

Ministry of Health, FSG and State Council of the Roma (2008) *Roma Community and Health. The situation of the Roma community in Spain in relation to health and access to health services*. Madrid.

Ministry of Health and Social Policy and FSG. (2009) *Toward Equity in Health. Reduce the gap in a generation to the Roma community*. Madrid.

Monasta, L. (16-18 Giugno 2010). La conditione di salute delle persone rom e sinti nei campi nomadi. *Conference Proceedings: La Condizione Giuridica dei Rom e Sinti in Italia*. Milano.

National report 2010 about the condition in the area of illicit drugs in the Republic of Slovenia. (2010). Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.

National program of actions for Roma people of the Government of the Republic of Slovenia for the years 2010-2015. (2010). Available at: [http://www.uvn.gov.si/fileadmin/uvn.gov.si/pageuploads/pdf\\_datoteke/Program\\_ukrepov.pdf](http://www.uvn.gov.si/fileadmin/uvn.gov.si/pageuploads/pdf_datoteke/Program_ukrepov.pdf) (Acquired: 22<sup>nd</sup> February 2011).

Roma people and health: anthology of contributions of national conferences. (2010). Ljubljana: The Ministry of Health, Sector for healthcare of jeopardized groups of population.

Roma community. Office for National Minorities of the Republic of Slovenia (2011). Available at: [http://www.uvn.gov.si/si/manjsine/romska\\_skupnost/](http://www.uvn.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/) (Acquired: 22<sup>nd</sup> February 2011).

Social care services. Available at: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/socialnovarstvene\\_storitve](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve) (Acquired: 1<sup>st</sup> March 2011).

Spinelli, S. A. (2003). *Baro romano drom. La lunga strada dei rom, sinti, kale, manouches e romanichals*. Roma: Meltemi.

The Roma Community Act in the Republic of Slovenia /ZRomaS-1) (2007). Official Gazette of the Republic of Slovenia Nr. 33/2007 from 13<sup>th</sup> April 2007. Available at: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200733&stevilka=1762>. (Acquired: 21<sup>st</sup> February 2011).

Urh, Š. (2009). Etnično občutljivo socialno delo z Romi (Ethnically sensitive social work with Roma people). Doctoral dissertation. Ljubljana. University of Ljubljana. Faculty of social work.

Vidmar Romič, M. (2004). Vzroki za naraščanje odvisnosti od prepovedanih drog med Romi. (Reasons for the increasing illicit drug addiction among Roma people). Kočevje. University of Ljubljana. Faculty of Medicine.

Yearly reports of the Human Rights Ombudsman. Available at: <http://www.varuh-rs.si/> (Acquired: 2<sup>nd</sup> March 2011).

Zelko, E. (2010). *Sastipe-zdravje: zbornik* (Sastipe-health: anthology). Ljubljana. Institute for the development of family medicine.

Zupančič-Tisovec, B. (2010). *Izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev za Rome na področju Dolenjske* (Improvement of accessibility to health services for Roma people in the Dolenjska region). Ljubljana. University of Ljubljana. Faculty of social work. Specialized studies of management in social work.

Žnidarič, V. (2010). *Zakonski okviri izobraževanja romskih otrok* (Legislative framework of education of Roma people). Maribor. University of Maribor. Faculty of Law.