

## La condizione dei Rom in Italia

a cura di Luigi Di Noia

# Condizioni di salute e disuguaglianze di salute

Fabio Perocco

**Abstract** The chapter analyzes the general health condition of Roma in Italy, focusing particularly on measles, vaccine coverage, medical insurance coverage, pregnancy and motherhood, the unmet needs. The health condition of the Roma are differentiated on the basis of a number of variables, starting from the citizenship, the type of home and work. A very negative state of health emerges on the whole (especially in some areas of health) and a strong health inequality compared to the majority population. The risk factors and the fundamental causes of the rapid and premature deterioration of the health assets are primarily of a social nature: the serious housing problems and terribly unhealthy «living» conditions in camps, the wide exclusion from the labour market, the widespread truancy, the overall social exclusion, the ongoing institutional and media stigmatization.

**Sommario** 1. Il quadro generale. – 2. I bisogni insoddisfatti. – 3. Morbillo e copertura vaccinale. – 4. La copertura sanitaria. – 5. Gravidanza, maternità e percorso nascita. – 6. Conclusione.

## 1 Il quadro generale

Non ci sono dati nazionali, omogenei e sistematici, sulle condizioni di salute dei Rom;<sup>1</sup> la nostra indagine conferma quindi l'affermazione di Monasta, che parla di «dramatic lack of data on the health conditions of the Roma and Sinti living in Italy» (Monasta et al. 2012, p. 370). Nella letteratura si sottolinea che i Rom hanno una condizione di salute complessivamente peggiore della popolazione maggioritaria, specialmente in alcune aree di salute (speranza di vita, mortalità infantile, natimortalità infantile, mortalità neonatale, nascita sottopeso, obesità, patologie cardiovascolari, ipertensione arteriosa e diabete), tuttavia un certo numero di tali osservazioni non sono basate su specifici studi epidemiologici di vasta scala o su dati di prevalenza, bensì riportano riscontri di studi condotti molti anni fa o in altri contesti nazionali, oppure generalizzano *case-studies* realizzati in contesti locali su gruppi ristretti e su dati eterogenei.<sup>2</sup>

1 In particolare non ci sono dati specifici sulla vaccinazione infantile, sulla mortalità infantile, sulla durata di vita, sulla disabilità, sulla tossicodipendenza.

2 Questi *case-studies* sono legati prevalentemente all'attività di singoli ambulatori o servizi sanitari, oppure a micro-progetti focalizzati su specifiche aree di salute, che non hanno prodotto dati di prevalenza.

Nonostante questi limiti, dagli studi disponibili si possono individuare alcune tendenze e alcuni elementi generali relativi alla salute dei Rom, riassunti qui di seguito.

In primo luogo, le politiche pubbliche nazionali e locali adottate nei confronti dei Rom costituiscono le principali cause del cattivo stato di salute di questa popolazione e delle disuguaglianze di salute rispetto alla popolazione maggioritaria.

In secondo luogo, il grave disagio abitativo e le pesantissime condizioni di vita nei 'campi', l'esclusione dal mercato del lavoro e la condizione generale di emarginazione, sono i fattori fondamentali del deterioramento precoce del patrimonio di salute dei Rom e della presenza rilevante tra di essi di alcune specifiche malattie (malattie respiratorie; bronchiti, asma e diarrea tra i bambini; scabbia, pediculosi, verruche, dermatiti; candidi, cistiti e irritazioni vaginali tra le adolescenti), di specifici disturbi psico-fisici (depressione e disturbi dell'umore in genere, stress, astenia e inappetenza), di traumi, ustioni e intossicazioni da fumo, di patologie sociali (alcolismo e tossicodipendenza), dell'assunzione eccessiva di psicofarmaci, anti-depressivi e ansiolitici.

Terzo, le pessime condizioni abitative e la bassa scolarità, l'alta disoccupazione e la precarietà, l'isolamento e la stigmatizzazione, costituiscono i principali fattori di rischio per la salute dei Rom. Pertanto le principali determinanti di salute e di malattia non sono di carattere strettamente sanitario, ma sono soprattutto di carattere *sociale*.

Infine, ma non meno importante, le condizioni, i problemi e i bisogni di salute dei Rom sono eterogenei e differenziati, e variano a seconda di molteplici fattori: la condizione abitativa (alloggi convenzionali/alloggi non convenzionali); la tipologia dei campi (autorizzati/abusivi; attrezzati/non attrezzati); la cittadinanza (italiano/straniero; comunitario/neo-comunitario/non-comunitario); lo statuto legale (*documented/undocumented*); l'anzianità migratoria; il contesto locale di insediamento e la storia degli insediamenti.<sup>3</sup>

Due studi locali sono rappresentativi dei problemi di salute più comuni tra i Rom che vivono nei campi. La ricerca di Colombo et al. (2011) sui dati sociosanitari di 1.142 Rom presenti principalmente in 14 aree dismesse o nei campi non autorizzati di Milano, visitati tra gennaio 2009-dicembre 2010 dall'ambulatorio medico mobile dell'associazione Naga,<sup>4</sup> ha messo in luce che: a) le malattie respiratorie costituivano il 21% delle diagnosi

---

**3** È il caso dei Sinti di Casalmaggiore, presenti da secoli nel territorio, o dei Sinti di Mantova, presenti nel territorio da decenni. Seguiti regolarmente dal medico di base, questi gruppi utilizzano in modo regolare i servizi sanitari e i percorsi di cura sono controllati con attenzione (Corradi 2009; Annoni 2009).

**4** Dei 1.142 soggetti monitorati, il 96% era rumeno, il 54% di sesso femminile. Età media 27 anni, scolarità media 4,9 anni, numero medio di figli 2,8; fumatori: il 56% degli over 12.

(con prevalenza di infezioni alle alte vie respiratorie e infezioni otorinolaringoiatriche); seguite dalle patologie dell'area ortopedica-reumatologica-traumatologica (13%, con prevalenza di dolori osteomuscolari alla colonna vertebrale), dalle malattie gastroenteriche (10%, con prevalenza di disturbi dell'apparato gastroenterico di origine infettiva e malattie peptiche), dai disturbi odontoiatrici (8%); b) il 20% dei sintomi era costituito da disturbi aspecifici: malessere, astenia, capogiri, disturbi dell'umore, cefalea; c) la maggioranza dei disturbi tra gli *under* 14 riguardava le malattie respiratorie.

La ricerca qualitativa condotta dall'Associazione 21 Luglio (2013) negli insediamenti di Roma ha evidenziato: a) la prevalenza di «patologie da ghetto», causate da povertà e condizioni igienico-ambientali molto precarie, responsabili di due ricoveri di bambini su tre (con prevalenza di bronchiti acute, faringo-tonsilliti, otiti medie e infezioni intestinali); b) forti e diffusi disagi psicologici tra i minori. Sgomberi, spostamenti forzati verso spazi marginali, demolizioni senza alternative, hanno un impatto fortissimo sulla salute mentale, provocano diversi traumi che si traducono in forti emicranie, sintomi depressivi, allucinazioni, stati d'ansia, attacchi di panico e insonnia; c) una significativa presenza di minori affetti da disabilità psico-fisica, fortemente aggravata dalla vita nel campo e sulla strada; d) un'importante incidenza della mortalità infantile, causata dal freddo, da incendi nelle abitazioni, da folgorazioni elettriche prodotte da impianti improvvisati, da incidenti stradali.

## 2 I bisogni insoddisfatti

Gran parte dell'insoddisfazione dei bisogni di salute ha origine nelle politiche pubbliche e nelle politiche sanitarie adottate verso i Rom (Monasta 2010; Motta, Geraci 2010). La concezione dei Rom come 'nomadi', con la conseguente 'politica dei campi', influenza la politica sanitaria, la quale, demandata alle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL), molto spesso coincide con la mera vigilanza igienico-sanitaria degli insediamenti, laddove la differenziazione delle condizioni presenti tra i Rom richiederebbe invece interventi diversificati. Come in Francia (Loiseau 2007), i Rom in Italia, soprattutto quelli che vivono nei campi, sono poi oggetto di un trattamento sanitario basato sull'idea di «popolazione a rischio sanitario», che mina la costruzione di un rapporto normale con i servizi sanitari. Infatti, nonostante l'esistenza nel territorio nazionale di alcuni buoni progetti animati dalla sensibilità di singoli funzionari e operatori sanitari, la politica dei campi e la conseguente politica sanitaria intralciano la prevenzione, la cura e la normale fruizione dei servizi. Gli stessi sgomberi, organici alla politica dei campi, rendono difficoltosa perfino l'attività di medicina di strada, allargando così l'area dei bisogni di salute insoddisfatti.

Se si considera l'ambito della salute percepita, ambito importante e indicativo ai fini dell'analisi dei bisogni insoddisfatti, la ricerca della Fondazione Abriani (2012) ha messo in luce che, su 1.668 Rom intervistati, il 77% ha affermato di godere di buona salute, il 15% ha segnalato alcune difficoltà, l'8% ha dichiarato di avere un cattivo stato di salute (Fondazione Abriani 2012, p. 31). Quella del 77% è una percentuale superiore a quella della popolazione maggioritaria, che nell'indagine EU-SILC 2009 - citata dalla suddetta ricerca - ha dichiarato di essere in buona salute nel 64% dei casi, tuttavia questa differenza è dovuta probabilmente alla diversa composizione per età dei due campioni.<sup>5</sup> Tra le donne Rom la percezione dello stato di salute è peggiore rispetto agli uomini; l'86,9% di esse ha dichiarato di non soffrire di alcun disturbo cronico, l'8,3% ha dichiarato la presenza di una o più patologie che non precludono il lavoro, il 4,9% ha riferito di avere malattie o invalidità che impediscono lo svolgimento di un'attività lavorativa (Fondazione Abriani 2012, p. 35).<sup>6</sup> Complessivamente da questo studio emerge che il genere, l'età, la nazionalità e la condizione lavorativa influiscono sulla condizione di salute percepita e sulla percezione dei disturbi:

le donne presentano un rischio doppio rispetto agli uomini di soffrire di qualche disturbo o disabilità che non preclude il lavoro (5% contro 11%) [...] questo rischio cresce progressivamente con l'età: sopra i cinquant'anni un intervistato su cinque dichiara patologie gravi e uno su quattro patologie non gravi [...] Rumeni e Bulgari sembrano godere di una salute migliore rispetto agli altri gruppi nazionali. I primi dichiarano di non soffrire di alcun disturbo o disabilità nel 91% dei casi, i secondi nel 97% dei casi; mentre per gli italiani e i Rom provenienti dalla ex Jugoslavia tali valori scendono all'85% [...]. Le condizioni di salute risultano piuttosto simili tra occupati, disoccupati e inattivi disponibili al lavoro [...]. Al contrario, molto più critica appare la situazione degli inattivi non disponibili: oltre un quarto di essi presenta disturbi o disabilità più o meno gravi. Tra coloro che si dichiarano non disponibili al lavoro vi è dunque una quota molto ampia di individui che non può lavorare per le proprie precarie condizioni di salute (Fondazione Abriani 2012, p. 34).

<sup>5</sup> I Rom sono mediamente più giovani della popolazione maggioritaria e ciò influisce sul livello di salute percepita: «La quota di persone che dichiara uno stato di salute buono è molto simile per Rom e non Rom fino ai trent'anni; mentre nelle classi di età successive lo svantaggio dei Rom emerge in modo evidente, fino a diventare particolarmente critico per le persone con più di cinquant'anni (solo il 27% degli ultracinquantenni è in buona salute)». (Fondazione Abriani 2012, p. 32).

<sup>6</sup> Secondo il Roma Pilot Survey 2011, in Italia «seven times more Roma than non-Roma report limitations in daily activities due to health» (FRA, UNDP 2012, p. 31).

Dall'insieme dei fattori sopracitati (politiche pubbliche, politica sanitaria e condizioni sociali generali) derivano in buona parte anche le lacune nell'attività di ricerca e di rilevazione del bisogno sanitario. Come afferma anche Monasta, c'è grande attenzione verso aspetti che non costituiscono i principali problemi di salute dei Rom e c'è poca attenzione verso le cause delle patologie più diffuse; permane una «mancanza di studi epidemiologici che associano le patologie più frequenti alle condizioni di vita nei campi, una carenza di studi sui bisogni e le priorità di salute di Rom e Sinti» (Monasta 2010, p. 1091). A questo proposito è emblematica e paradossale la questione del morbillo – esaminata in modo più approfondito nel prossimo paragrafo – sia per quanto riguarda la grande attenzione riservata alle malattie infettive a discapito delle malattie croniche, sia per quanto riguarda l'insoddisfazione dei bisogni di salute. Rispetto a questi ultimi i Rom costituiscono una popolazione vulnerabile nei confronti delle malattie infettive poiché la marginalizzazione e la mobilità forzata a cui sono sottoposti ne ostacolano l'accesso ai servizi sanitari o la raggiungibilità da parte dei servizi sanitari. Al contempo campagne vaccinali estemporanee all'insegna dell'emergenza e dell'interventismo<sup>7</sup> intralciano un normale rapporto con i servizi sanitari.<sup>8</sup>

La questione abitativa chiarifica ulteriormente come i bisogni di salute vengano disattesi e negati a monte. Gli insediamenti (autorizzati o abusivi, attrezzati o non attrezzati) sorgono di solito vicino ad aree ad alto inquinamento ambientale e acustico: discariche (autorizzate e abusive), inceneritori, impianti di smaltimento di rifiuti tossici e nocivi, vecchi siti industriali, tangenziali, raccordi autostradali, ferrovie e aeroporti. Negli insediamenti di Ponte Riccio (provincia di Napoli), situati presso una delle più grandi discariche abusive d'Europa, è stato rilevato un significativo aumento della mortalità per cancro, causata in particolare da tumori ai polmoni, alla pleura, alla laringe, alla vescica, al fegato e all'encefalo (Sigona, Monasta 2006).

L'ambiente precario e malsano dei campi è all'origine inoltre di numerosi incidenti, domestici ed extradomestici, specialmente tra i bambini; sono numerosi infatti i decessi (da soffocamento, asfissia e intossicazione) e gli infortuni (traumi e ustioni) provocati da incendi, da esalazioni di fumo

7 Ad esempio la campagna realizzata dalla Croce Rossa Italiana nel 2009 a Roma: il programma, iniziato a fine febbraio del 2009 al campo di Casilino 900, ha previsto la vaccinazione dei bambini di 54 campi – autorizzati e abusivi (CRI 2009).

8 Il progetto *Salute senza esclusione*, nato dalla campagna vaccinale realizzata nel 2002 a favore dei bambini Rom degli insediamenti di Roma, ha voluto andare oltre una logica e una pratica 'interventista', superando il solo aspetto delle vaccinazioni e sposando una logica di garanzia del diritto alla salute per tutti. Il progetto ha interessato 1.970 persone; il 77% degli over 35 è risultato iperteso (in prevalenza di lieve entità). Tale esperienza è stata valutata positivamente dal Ministero della Salute, che ne ha sostenuto l'estensione ad altre città italiane. (Baglio et al. 2008; Motta, Geraci 2010).

di fornelli e stufe a legna, da fuoriuscita di gas da bombole difettose, da corto-circuiti di stufe elettriche.

Insomma, le condizioni igienico-sanitarie molto precarie - mancanza o insufficienza di impianti idraulici, elettrici, fognari, di riscaldamento, di bagni; presenza di acqua stagnante e di topi; occupazione di baracche in legno, in lamiera, in plastica, di tende, di vecchie roulotte e di container - sono all'origine di una tale quantità di disturbi e di malattie, fisiche e mentali, che la condizione di salute dei Rom residenti nei campi non è neppure paragonabile con quella della popolazione maggioritaria.

Ciò nonostante i Rom danno un giudizio complessivamente positivo sui servizi socio-sanitari e dimostrano fiducia verso di essi; specialmente verso il medico di base e l'ospedale, soprattutto nel campo della salute materno-infantile.

Secondo l'indagine della Fondazione Abriani, quelli sanitari sono i servizi più conosciuti e più utilizzati dai Rom (82%), verso i quali esprime un giudizio di generale apprezzamento il 90,1% degli intervistati. Rom italiani (85,2%) e Rom jugoslavi (88,3%), i gruppi tra cui è più diffusa la tessera sanitaria, sono i gruppi che fanno maggiore ricorso ai servizi sanitari. Coloro che vivono in alloggi convenzionali utilizzano in modo più ampio i servizi (Fondazione Abriani 2012, pp. 36-41).

Al contempo emergono delle criticità nell'accesso ai servizi socio-sanitari:<sup>9</sup> a) una fruizione ancora limitata da parte dei gruppi più marginali; b) l'esistenza di servizi dedicati per i Rom, etnicamente connotati (ambulatori, ambulatori pediatrici, consultori e presidi sanitari), a scapito di una scarsa diffusione nei servizi del principio «explicit but non exclusive targeting»; c) un utilizzo improprio del pronto soccorso, soprattutto da parte di coloro che vivono nei campi abusivi, di recente immigrazione, segno di una condizione d'emergenza e di emarginazione.

A complicare l'accesso ai servizi sanitari contribuiscono poi le discriminazioni, dirette<sup>10</sup> e indirette. Per quanto concerne le seconde sono stati rilevati molti casi, tra cui a Milano e a Vicenza. Negli ospedali di Milano (a eccezione del Niguarda) nel 2012 non state accettate le prenotazioni per visite mediche specialistiche e per accertamenti diagnostici ospedalieri basate su richieste compilate su ricettari di medici privati o di medici di associazioni di volontariato, anziché su ricettario regionale. Con la conseguenza che sono stati esclusi dall'accesso alle cure i pazienti di cittadini-

---

<sup>9</sup> Monasta et al. 2012; Corradi 2009; Annoni 2009; Motta, Geraci 2010; IREF 2010; CNCA, ULS 5 Pisa 2007.

<sup>10</sup> Tra le tante, da segnalare un episodio accaduto il 12 febbraio 2013 a Bologna. Un gruppo di militanti della Lega Nord - tra i quali anche alcuni rappresentanti delle istituzioni locali - ha organizzato una ronda anti-Rom presso l'Ospedale Maggiore. Scandendo lo slogan «Il Maggiore non è il cesso degli zingari», tali militanti hanno controllato gli ingressi e i bagni, facendo uscire gli «ospiti indesiderati e irrispettosi» (Di Raimondo 2013).

za rumena e bulgara - tra cui molti sono Rom - «che hanno perso il diritto al codice STP, quando affetti da patologie croniche o quando necessitano di accertamenti di natura tale da non richiedere un accesso in Pronto Soccorso» (Naga 2012, p. 10).<sup>11</sup>

Le aziende sanitarie di Vicenza hanno negato il rinnovo dell'esenzione del ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a persone inoccupate, in applicazione del Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze dell'11 dicembre 2009 (Ministero dell'economia e delle finanze 2009). L'applicazione di tale decreto, a decorrere dal 1 maggio 2011, ha limitato l'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) alle persone disoccupate con un reddito inferiore a 8.263,31 euro, in grado di certificare il proprio stato di disoccupazione. Questa limitazione ha escluso dalle esenzioni «chi non è mai riuscito ad avere un lavoro regolare [e che], pur essendo iscritto all'ufficio per l'impiego, non può dimostrare di aver avuto, anche negli ultimi anni, un lavoro riconosciuto ai fini contributivi»<sup>12</sup> - una situazione, questa, molto comune proprio tra i Rom.

### 3 Morbillo e copertura vaccinale

I focolai di morbillo risultano essere stati legati a eventi ed elementi specifici, mentre la copertura vaccinale anti-morbillo si presenta disomogenea a seconda delle variabili della nazionalità, dello status legale, dell'alloggio, ecc.

Filia et al. (2006) hanno esaminato i focolai epidemici di morbillo verificatisi nel periodo giugno-settembre 2006 in Alto Adige,<sup>13</sup> Lazio<sup>14</sup> e Sardegna, evidenziando che: a) il focolaio è scoppiato tra la popolazione Rom e poi si è diffuso, prevalentemente per via nosocomiale, alla popolazione maggioritaria; b) nessuno dei bambini Rom dei casi riportati era stato vaccinato, ma anche tra la popolazione maggioritaria colpita e tra i sanitari la copertura vaccinale non era completa; c) tra i Rom il morbillo ha colpito prevalentemente gli *under* 15, mentre tra la popolazione maggioritaria l'età media era più alta.

Curtale et al. (2010) hanno analizzato due epidemie di morbillo verificatesi in Lazio nel 2006-2007 (giugno-dicembre 2006 (Filia et al. 2006);

11 Il codice STP dà accesso ai medici di medicina generale che gestiscono le richieste di visite tramite ricettario regionale.

12 <http://www.prc-federazione.vicenza.it/comunicati-stampa/92-negata-l-esenzione-del-ticket-ai-rom-e-sinti.html> (2013-04-06).

13 Sinti stabilmente presenti a Merano da molti anni.

14 Rom romeni di recente immigrazione.

ottobre 2006-agosto 2007) che hanno interessato 499 persone, evidenziando i seguenti elementi: a) entrambe le epidemie sono iniziate in gruppi a bassa copertura vaccinale (Rom, giovani studenti della popolazione maggioritaria non vaccinati per motivi ideologici, immigrati *undocumented*); b) la trasmissione alla popolazione maggioritaria è avvenuta, quantomeno per la prima epidemia, prevalentemente per via nosocomiale; c) tra i Rom la fascia di popolazione più colpita era quella d'età 1-4 anni, mentre nella popolazione maggioritaria la fascia più colpita era di età 15-19 anni.

Vierucci et al. (2010) hanno analizzato il focolaio di morbillo verificatosi nel periodo aprile-novembre 2008 nel territorio di Pisa, mettendo in luce i seguenti elementi: a) i 10 pazienti non-Rom, in buona parte adolescenti il cui contagio era avvenuto in ambiente scolastico, erano completamente o parzialmente scoperti dalla vaccinazione antimorbillosa; b) tutti i 34 pazienti Rom, tra i quali l'insorgenza del morbillo era avvenuta prevalentemente in soggetti con un'età inferiore agli 8 anni e aveva carattere epidemico, non avevano nessuna copertura vaccinale.

#### **4 La copertura sanitaria**

Non ci sono dati precisi e completi sulla copertura sanitaria dei Rom. Il diritto sanitario segue innanzitutto la cittadinanza del soggetto interessato (italiano/straniero); nel caso dei Rom stranieri il diritto sanitario è poi legato, in quanto stranieri, alla distinzione comunitario/neo-comunitario/non comunitario, alla condizione amministrativa (*documented/undocumented*), alla essere/non essere iscritto all'anagrafe.<sup>15</sup> Sicché la copertura sanitaria e l'accesso ai servizi variano a seconda della combinazione di queste variabili.

Tra i Rom italiani e i Rom stranieri non europea con permesso di soggiorno non sono state rilevate situazioni particolarmente problematiche (essendo l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale un diritto-dovere, quindi garantita); sono state invece registrate delle criticità tra i Rom stranieri non-UE *undocumented* e i Rom stranieri neo-comunitari. Ai primi sono state garantite le cure urgenti, essenziali e continuative;<sup>16</sup> ai secondi privi di tessera Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM) (perché non hanno pagato 5 anni di contributi nel proprio paese o perché non hanno un lavoro regolare in Italia) o che non sono stati in grado di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN),<sup>17</sup> sono state garantite le prestazioni

---

15 Una raccolta della legislazione sanitaria è contenuta in Motta, Geraci 2010.

16 Tramite l'attribuzione del codice Straniero Temporaneamente Presente (STP), codice temporaneo, ma rinnovabile valido su tutto il territorio nazionale.

17 Possibilità riservata ad alcune categorie sociali.

urgenti e indifferibili. La normativa ha lasciato la gestione della materia alle Regioni, le quali però hanno adottato comportamenti e percorsi di tutela differenziati, più o meno inclusivi,<sup>18</sup> determinando talvolta tra i neo-comunitari un abbassamento del livello di assistenza sanitaria.

Secondo il Roma Pilot Survey (2011) la copertura sanitaria tra i Rom *over 18* è risultata del 79% e tra i non-Rom *over 18* dell'81%, tuttavia questa distinzione in Rom/non Rom appare un po' grossolana e poco utile poiché la copertura sanitaria è legata soprattutto alle variabili sopracitate (status legale, alloggio, ecc.). Dalla ricerca della Fondazione Abriani (2012, p. 36), da cui risulta che il 73,5% dei Rom intervistati ha dichiarato di essere in possesso della tessera sanitaria, si ricava invece una distribuzione più articolata e più realistica: ha affermato di esserne in possesso il 97,5% dei Rom italiani (residenti da molto tempo), il 75% dei Rom jugoslavi (residenti da un paio di decenni), il 37,6% dei Rom Rumeni e il 18,4% dei Rom bulgari (residenti da pochi anni). Sempre la ricerca della Fondazione Abriani (2012, p. 36) ha evidenziato che la tessera sanitaria è ampiamente diffusa tra chi abita in alloggi convenzionali o in insediamenti regolari (86,5%), è molto meno diffusa tra gli abitanti di insediamenti irregolari (35%); il possesso della tessera sanitaria è fortemente legato allo stato di occupazione, dato che esso consente di entrare in possesso di un permesso di soggiorno o di iscriversi all'anagrafe: 82,4% tra gli occupati, 63,9% tra i disoccupati.

Approfondendo l'analisi della copertura sanitaria tra gli abitanti dei campi, dalla ricerca di Colombo et al. (2011, p. 284) è emerso che negli insediamenti abusivi di Milano il 94% degli abitanti non era iscritto al SSN e non era in possesso della tessera TEAM o di altra assicurazione sanitaria. Negli insediamenti di Roma soltanto il 22% dei 1.494 Rom contattati aveva la tessera sanitaria e tra i non iscritti soltanto la metà possedeva un tesserino STP (Baglio et al. 2008). Nel campo autorizzato *La Favorita* di Palermo su 118 soggetti 59 erano iscritti al SSN (su 72 in possesso di permesso di soggiorno) e 33 avevano un tesserino STP (su 43 senza permesso di soggiorno) (IREF 2010, p. 18). La ricerca di Save the Children Italia sulla salute materno-infantile negli insediamenti di Roma ha messo in luce che, su 76 donne intervistate, 56 non avevano nessuna copertura sanitaria, 13 avevano una tessera STP, 8 erano iscritte al SSN, 1 aveva il codice Europeo Non Iscritto (ENI) (Bonardo 2008, p. 31).

Emerge dunque l'importanza delle variabili sopracitate sullo stato di salute e sull'accesso ai servizi sanitari. A indicazione che la *civic stratification* (Morris 2002), in quanto sistema di disuguaglianze, opera molto

18 La maggior parte delle regioni ha affrontato il problema attribuendo ai neo-comunitari un codice Europeo Non Iscritto (ENI), equiparandoli sul piano della tutela sanitaria agli stranieri STP.

intensamente anche verso i Rom e tra i Rom. Questo dato risulta molto importante ai fini della programmazione delle politiche sociali e della realizzazione degli interventi sociali, poiché è quanto mai necessario distinguere le varie situazioni e condizioni.

## **5 Gravidanza, maternità e percorso nascita**

Se le fonti statistiche nazionali non dispongono di dati generali e sistematici sulla gravidanza e sul parto tra le donne Rom, alcune ricerche locali che hanno esaminato la situazione degli abitanti dei campi hanno messo in luce che una parte significativa di esse non si sottopone a tutti i controlli sulla gravidanza previsti dai protocolli sanitari, tanto per motivi culturali (la gravidanza è considerato un evento naturale che si vuole medicalizzare eccessivamente) quanto per motivi logistici e organizzativi. Secondo la ricerca di Save the Children il 18% delle intervistate non si è sottoposto a nessun controllo (contro lo 0,5% delle donne italiane), ha eseguito tutti i controlli il 46% delle intervistate, hanno seguito corsi di preparazione al parto soltanto 3 intervistate su 76, tutte le intervistate hanno partorito in ospedale (Bonardo 2008, p. 34).

Secondo una ricerca dell'IREF condotta nella provincia di Foggia, le donne Rom hanno manifestato difficoltà ad accettare trattamenti sanitari invasivi come gli ovuli (a cui hanno preferito terapie orali) e le lavande (per l'assenza di bagni privati e interni) (IREF 2010, p. 56). La ricerca di Save the Children ha evidenziato inoltre che il 72% delle intervistate non si è mai recata al consultorio familiare prima di avere il primo figlio (tra le donne non-Rom la situazione non è molto diversa) (Bonardo 2008, p. 49).

Emerge poi una scarsa conoscenza e/o un basso utilizzo dei metodi di pianificazione familiare, anche se tra le più giovani c'è una progressiva diffusione del ricorso agli anticoncezionali. Secondo la ricerca di Save the Children, 61 donne su 76 intervistate hanno dichiarato di non farne uso; due intervistate su cinque hanno praticato l'interruzione volontaria di gravidanza almeno una volta (Bonardo 2008, pp. 33-34). Anche la ricerca dell'IREF (2010) ha registrato a Foggia un tasso di abortività triplo rispetto alla popolazione maggioritaria locale,<sup>19</sup> segno, questo, di forte disagio sociale e di utilizzo dell'Interruzione volontaria di gravidanza come sostitutivo (post-concepimento) della contraccezione.

---

**19** La contraccezione e l'interruzione volontaria di gravidanza sono argomenti che spesso creano incomprensioni e attriti tra utenti Rom e operatori sanitari, tuttavia la ricerca dell'IREF ha messo in luce che a Foggia tra servizi sanitari locali e Rom si è aperto un dialogo proficuo (prima con le donne, poi con gli uomini) sulla sterilità di coppia, sull'infertilità maschile, sulla fecondazione omologa.

L'allattamento al seno è molto diffuso, mentre sono poco regolari e a volte poco frequenti i controlli della crescita del bambino.<sup>20</sup> Secondo la ricerca di Save the Children, il 20% delle intervistate non ha vaccinato l'ultimo figlio (Bonardo 2008, p. 35), nonostante una buona copertura informativa.

## 6 Conclusione

Questo capitolo ha messo in luce le pessime condizioni di salute dei Rom – soprattutto quelle degli abitanti dei campi – e le profonde disuguaglianze di salute in confronto alla popolazione maggioritaria. Rispetto a questa situazione, sono da sottolineare due elementi.

Il primo concerne il rapporto tra salute pubblica, «emergenza sanitaria», politiche pubbliche a sfondo securitario. Molto spesso questo rapporto, fondato sulla costruzione sociale del problema pubblico e sul ribaltamento del rapporto tra causa ed effetto, viene strumentalizzato o utilizzato come pretesto<sup>21</sup> per realizzare sgomberi forzati da campi abusivi verso villaggi attrezzati, che poi tanto attrezzati non sono come ha sottolineato anche una ricerca condotta a Roma dall'Associazione 21 Luglio:

dovrebbero tutelare maggiormente il diritto alla salute in quanto spazi più salubri rispetto ai «campi abusivi». Nonostante la dichiarazione di intenti e la spesa di 5 milioni di euro annui per il mantenimento dei «villaggi attrezzati», questi continuano a presentare condizioni igienico-sanitarie allarmanti. Nel mese di ottobre 2012 è scoppiata un'emergenza sanitaria estremamente grave presso il «villaggio attrezzato» di Salone. L'insediamento era stato inizialmente creato per ospitare circa 600 persone ma in seguito ai numerosi sgomberi avvenuti a Roma gli abitanti di Salone sono diventati più di 1.000: il sovraffollamento del «campo ha messo a serio rischio la funzionalità dell'impianto fognario con conseguente riversamento del liquame fognario sul suolo. Laddove il riversamento è più consistente è stato segnalato il primo caso di epatite A. [...] Al momento della stesura del presente rapporto, una decina di bambini Rom erano ricoverati presso diversi ospedali di Roma» (Associazione 21 Luglio 2013, p. 57).

In questo senso le gravi condizioni di salute in cui si trovano i Rom presenti nei campi vengono manipolate e sono oggetto di campagne di propaganda,

<sup>20</sup> Una ricerca condotta a Pisa ha messo in luce che spesso le donne Rom richiedono il rilascio del libretto di gravidanza (contenente certificazioni e prescrizioni mediche) anche per motivi specifici: è ritenuto utile per ottenere il permesso di soggiorno, è considerato un simbolo che attesta uno status (CNCA, ULS 5 Pisa 2007).

<sup>21</sup> Secondo il vecchio meccanismo del *victim blaming* essi vengono accusati di essere responsabili di tali condizioni, delle loro condizioni.

che, scaricando sui Rom la responsabilità del disagio sanitario, portano a interventi repressivi, espulsivi, escludenti, in nome della sicurezza sanitaria.

Il secondo elemento concerne il rapporto circolare, dialettico, tra 'povertà e salute' e 'salute e povertà', rapporto particolarmente vivo tra i Rom dato che tra questa popolazione le pessime condizioni di salute, frutto di emarginazione e povertà, costituiscono a loro volta un potente fattore di esclusione lavorativa e di ulteriore impoverimento economico e quindi dello stesso stato di salute. Riflettendo in termini generali sulla relazione fra povertà e salute, quindi non in riferimento specifico ai Rom, Cardano ha sottolineato che:

la relazione fra povertà e salute diviene circolare, tessuta da una rete di interdipendenze che coinvolgono innanzitutto la «carriera di salute» e la «carriera di povertà», ma che non si limitano ad esse, per modellare e venire modellate dagli elementi che compongono la traiettoria biografica di un individuo, primi fra tutti il genere, l'etnia, la «carriera familiare» [...]. I meccanismi che legano la transizione dalla buona alla cattiva salute alla caduta in povertà insistono prevalentemente in due ambiti di vita: il lavoro e le pratiche di cura. La compromissione dello stato di salute comporta un indebolimento della posizione nel mercato del lavoro che varia di intensità in ragione della posizione sociale di chi ne fa le spese (Cardano 2009, pp. 3, 9).

Ebbene questa riflessione sul rapporto circolare tra salute e povertà, povertà e salute, ovvero come la povertà incida negativamente sulla salute e come un cattivo stato di salute sospinga verso l'esclusione lavorativa e la povertà, risulta molto attinente alla situazione delle popolazioni Rom in Italia, anzi si può dire che calza in maniera quasi perfetta.

## **Bibliografia**

- Annoni, Alessandro (2009). *I Sinti di Mantova fra emarginazione e protagonismo*. In: Ambrosini, Maurizio; Tosi, Antonio (a cura di), *Favelas di Lombardia*. Milano: Regione Lombardia, pp. 145-167.
- Associazione 21 Luglio (2013). *Rom(a) Underground: Libro bianco sulla condizione dell'infanzia Rom a Roma* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.21luglio.org/roma-underground-libro-bianco-sulla-condizione-dellinfanzia-Rom-a-roma-2> (2013-10-12).
- Baglio, Giovanni et al. (2008). «Salute senza esclusione: Campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione Rom e sinta a Roma» [online]. *Quaderni di InformaArea*, 5. Disponibile all'indi-

- rizzo <http://www.integrazionemigranti.gov.it/Normativa/Documents/Servizi%20Essenziali/Salute%20senza%20esclusione.pdf> (2013-10-12).
- Bonardo, Daniela (a cura di) (2008). *Studio sulla salute materno infantile nella comunità Rom: Il caso di Roma* [online], Save the Children Italia, disponibile all'indirizzo [http://images.savethechildren.it/IT/f/img\\_pubblicazioni/img47\\_b.pdf](http://images.savethechildren.it/IT/f/img_pubblicazioni/img47_b.pdf) (2013-10-12).
- Cardano, Mario (2009). *Disuguaglianze sociali, povertà e salute*. In: Brandolini, Andrea; Saraceno, Chiara; Schizzerotto, Antonio (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Bologna: Il Mulino, pp. 121-138.
- CNCA, ULS 5 Pisa (2007). *Comunità Rom e salute in Italia* [online]. Disponibile all'indirizzo [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action3/docs/2004\\_3\\_01\\_manuals\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_it.pdf) (2013-10-12).
- Colombo, Cinzia et al. (2011). «Situazione sociodemografica e condizioni di salute della popolazione Rom di Milano» [online]. *Epidemiologia e Prevenzione*, 35 (5-6), pp. 282-291. Disponibile all'indirizzo [http://www.epiprev.it/articolo\\_scientifico/situazione-sociodemografica-e-condizioni-di-salute-della-popolazione-Rom-di-mil](http://www.epiprev.it/articolo_scientifico/situazione-sociodemografica-e-condizioni-di-salute-della-popolazione-Rom-di-mil) (2013-10-12).
- Corradi, Alessandro (2009). *L'integrazione possibile: I Sintì di Casalmaggiore tra partecipazione e mediazione culturale*. In: Ambrosini, Maurizio; Tosi, Antonio (a cura di), *Favelas di Lombardia*. Milano: Regione Lombardia, pp. 119-143.
- CRI (2009). *Linee guida nazionali per campagna di vaccinazione delle popolazioni Rom* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://cri.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1968> (2013-01-02).
- Curtale, Filippo et al. (2010). «Description of two measles outbreaks in the Lazio Region, Italy (2006-2007): Importance of pockets of low vaccine coverage in sustaining the infection» [online]. *BMC Infection Diseases*, 10 (62). Disponibile all'indirizzo <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/62> (2013-10-12).
- Di Raimondo, Rosario (2013). «La ronda anti-Rom della Lega». *La Repubblica*, 13 febbraio.
- Filia, Antonietta et. al (2006). «Cluster of measles cases in the Roma/Sintì population, Italy, June-September 2006» [online]. *Euro Surveillance*, 11 (41). Disponibile all'indirizzo <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3062> (2013-10-12).
- Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani (2012). *Eu Inclusive: Rapporto nazionale sull'inclusione lavorativa e sociale dei Rom in Italia* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.casadellacarita.org/eu-inclusive/rapporto.html> (2013-10-12).
- FRA, UNDP (2012). *The situation of Roma in 11 EU Member States: Survey results at a glance* [online]. Disponibile all'indirizzo [http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance\\_EN.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf) (2013-10-12).

- IREF (2010). *Rom, Sinti, Caminanti e comunità locali: Studio sulle condizioni di vita e sull'inserimento nella rete dei servizi socio-assistenziali nel Mezzogiorno* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.irefricerche.it/File/File/REPORT/Report%20finale%20ricerca%20Iref%20su%20Rom%20CIG%200382566771.pdf> (2013-10-12).
- Loiseau, Gaëlle (2007). *L'accès aux droits relatifs à la santé et aux prestations sociales*. In: Liégeois, Jean-Pierre (dir.). *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France*. Rennes: Editions ENSP, pp. 153-193.
- Ministero dell'economia e delle finanze (2009). d.l. 11 dicembre 2009. «Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria. (09A15575)», pubblicato in *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, n. 302 del 30 dicembre 2009.
- Monasta, Lorenzo (2010). *La condizione di salute delle persone Rom e Sinti nei campi nomadi*. In: Bonetti, Paolo; Simoni, Alessandro; Vitale, Tommaso (a cura di), *La condizione giuridica dei Rom e Sinti in Italia*. Milano: Giuffrè, pp. 1081-1095.
- Monasta, Lorenzo et al. (2012). «Review of the Scientific Literature on the Health of the Roma and Sinti in Italy». *Ethnicity & disease*, 22 (3), pp. 367-371.
- Morris, Lydia (2002). *Managed Migration: Civic stratification and migrants' rights*, Routledge: London.
- Motta, Fulvia; Geraci, Salvatore (2010). *L'accesso di Rom e Sinti al diritto e alla tutela della salute*. In: Bonetti, Paolo; Simoni, Alessandro; Vitale, Tommaso (a cura di), *La condizione giuridica dei Rom e Sinti in Italia*. Milano: Giuffrè, pp. 1065-1079.
- Naga (2012). *Comunitari Senza Copertura Sanitaria: Indagine sul difficile accesso alle cure per cittadini Rumeni e bulgari a Milano e in Lombardia: quando essere comunitari è uno svantaggio* [online]. Disponibile all'indirizzo [http://www.naga.it/tl\\_files/naga/documenti/CSCS\\_rapporto.pdf](http://www.naga.it/tl_files/naga/documenti/CSCS_rapporto.pdf) (2013-10-12).
- Sigona, Nando; Monasta, Lorenzo (2006). *Cittadinanze imperfette: Rapporto sulla discriminazione razziale di Rom e Sinti in Italia*. Santa Maria Capua Vetere: Edizioni Spartaco.
- Vierucci, Francesco et al. (2010). «Focolai di morbillo nell'area pisana». *Medico e bambino*, 13 (1) [online]. Disponibile all'indirizzo [http://www.medicoebambino.com/?id=RI1001\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RI1001_10.html) (2013-10-12).