

Rom e salute mentale: il ruolo della discriminazione

a cura di Rossella Carnevali¹, Valentina Mancini², Marzia Albanese³, Giancarlo Santone⁴

Tra le interviste raccolte nel corso di una ricerca effettuata dall'Associazione 21 luglio sulla condizione dei minori rom nel villaggio attrezzato di via Salone a Roma, un uomo rom di 32 anni dice: *“io non voglio che i miei figli rimangano qui. Se rimangono qui sono sicuro che da grandi avranno problemi mentali. Molte persone qui hanno problemi mentali [...] per i bambini è pericoloso: c'è tristezza, depressione, schizofrenia”* e ancora *“ho paura che crescendo possono stare male mentalmente. I miei figli non hanno futuro qui”* (Anzaldi e Stasolla 2010, p. 35).

Premessa

Voler dare una descrizione, seppur generale, dello stato di salute della popolazione rom presente in Europa mette inevitabilmente in luce diverse problematiche e difficoltà; prima fra tutte la metodologia con cui poter effettuare un'accurata analisi (Geraci et al 1998) su comunità con differenti caratteristiche demografiche, socioeconomiche e culturali. In Italia, ad esempio, le principali sono 22 i rom italiani immigrati in un passato non recente, suddivisi in 5 gruppi; i sinti, all'interno dei quali ci sono 9 gruppi; i rom balcanici di recente immigrazione che comprendono almeno 5 gruppi; i rom bulgari; i rom rumeni; i caminanti. Gli individui e i nuclei familiari rom residenti in Italia non sono tutti socialmente vulnerabili. Infatti, su una stima di 180.000 persone rom censite dal Consiglio d'Europa, solo 20.000 si trovano in emergenza abitativa e in condizione di povertà ed esclusione sociale (Associazione 21 luglio 2018). Questa ricerca intende concentrarsi su quei sottogruppi dell'universo rom che, a causa della povertà, della marginalità sociale e di politiche ghettizzanti e discriminatorie, vivono in baraccopoli informali e formali. Pertanto, al fine di evitare generalizzazioni, nel testo che segue quando si utilizza il termine “rom” o “comunità rom” si intende descrivere solo questa specifica porzione di una realtà più ampia ed eterogenea.

Risulta inoltre complesso impostare ricerche epidemiologiche e raccogliere dati attendibili su una popolazione che tende ad avere poco accesso (o non averne affatto) al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nonostante la malattia sia una preoccupazione spesso rilevabile nelle comunità rom ed un argomento di conversazione sempre presente in quanto momento di forte crisi, non solo per l'individuo colpito, ma anche per la famiglia e l'ampio circolo di parenti, divenendo un problema, sì individuale, ma anche e soprattutto sociale (Sutherland 1992). Molti studi evidenziano che la

¹ Psichiatra UOSD Centro SAMIFO, ASL Roma 1

² Psichiatra CSM Anzio, ASL Roma 6

³ Tirocinante UOSD Centro SAMIFO, ASL Roma 1

⁴ Direttore UOSD Centro SAMIFO, ASL Roma 1

minoranza rom ha una maggiore prevalenza di patologie croniche, tra cui i disturbi mentali (Goward et al 2006; Parry et al 2004) mentre sono rare le ricerche sulle patologie mentali nei gruppi rom rispetto alla popolazione non-rom (Pereira et al. 2016; Cemlyn et al 2009; Filadelfiová et al 2007; Parry et al 2004). La maggior parte delle analisi effettuate indicano che i problemi di salute mentale sono strettamente connessi ai determinanti sociali di salute (Robles-Ortega et al 2017; Voko et al 2009). Numerosi sono gli studi che indagano la presenza di discriminazione, pregiudizi e episodi di razzismo a diversi livelli (politiche, media, servizi, quartiere, scuola) (EUFRA 2017; Izsak-Ndiaye 2017; Associazione 21 luglio 2015; Piasere 2015; Francis 2013; Lloyd&McCluskey 2008). Una ricerca europea del 2016 evidenzia che, nei 12 mesi precedenti, i rom intervistati hanno subito episodi di discriminazione in una percentuale che va dal 14 al 48% nei diversi paesi europei (EUFRA 2017).

Le indagini che valutano l'associazione diretta tra discriminazione razziale e salute mentale sottolineano l'impatto che essa ha nelle varie fasi della vita nel determinare reazioni che in seguito possono portare allo sviluppo di psicopatologie (Heard-Garris et al 2018; Priest et al 2013; Astell Burt et al 2012; Pachter et al 2009).

Fattori di rischio per la salute mentale

Le ricerche su incidenza e prevalenza delle patologie mentali nelle comunità rom marginalizzate rispetto alla popolazione non-rom evidenziano una maggiore prevalenza di patologie croniche, tra cui appunto i disturbi mentali (Goward et al 2006; Parry et al 2004). Molte di queste ricerche prendono in considerazione la salute generale, le malattie croniche (tra cui i disturbi mentali), i loro fattori di rischio e l'influenza di questi sulla **qualità di vita** (Pappa et al 2015; Zelko et al 2015). Uno studio svolto in Serbia evidenzia come i rom oggetto della ricerca siano insoddisfatti della loro vita e infelici in misura maggiore rispetto ai non rom (Cvjetkovic et al 2017). Zelko et al in un'indagine su una comunità rom nel nord-est della Slovenia del 2015, analizzano la qualità della vita nei rom affetti da malattie croniche, utilizzando una scala autosomministrata (EQ-5D). I risultati di tale ricerca indicano che la presenza di disturbi mentali cronici determina una peggiore percezione soggettiva della qualità di vita che a sua volta si associa a una quota maggiore di ansia e depressione.

La maggior parte delle pubblicazioni prese in considerazione in questo report indicano che, così come la qualità di vita, i problemi di salute mentale sono strettamente connessi a **determinanti sociali di salute**, come le cattive condizioni abitative, la bassa scolarità, la disoccupazione, il basso livello socioeconomico, la deprivazione materiale e gli stili di vita insalubri, problematiche che nelle popolazioni rom talvolta coesistono (Robles-Ortega et al 2017; Voko et al 2009).

Tra i fattori che possono predisporre ad una maggiore incidenza di patologie croniche possiamo evidenziare, da una parte componenti che potremmo definire interne alle comunità rom oggetto del nostro studio, dall'altra elementi esterni che ne influenzano la salute. Tali condizioni di rischio non sono indipendenti le une dalle altre, bensì si articolano con effetto sinergico. I fattori cosiddetti interni sono il genere femminile, le malattie ereditarie, un basso livello di istruzione, il livello socioeconomico, alcune specificità culturali che influenzano le abitudini di vita e un differente approccio alla salute e ai servizi sanitari. Questi elementi sono strettamente correlati a quelli "esterni" come le politiche sociali e abitative, la discriminazione che emerge dai media, a scuola, nel quartiere e nei servizi (sanitari e non), la mancanza di competenza culturale nei servizi sanitari (Pappa et al 2015; Carrasco-Garrido et al 2011).

L'influenza dell'**istruzione** sulla qualità di vita è stata ampiamente dimostrata (Voko et al 2009). Questa correlazione si evidenzia in modo significativo nella popolazione rom, dove, tra i fattori di rischio per la salute, la bassa scolarità è seconda solo alle condizioni socioeconomiche e abitative. I giovani che frequentano la scuola, infatti, riportano livelli di salute migliore, inoltre, l'istruzione è una condizione essenziale anche per il futuro benessere, per un buon lavoro e dunque per un reddito soddisfacente (Pappa et al 2015).

Differenti sono le posizioni in letteratura rispetto all'influenza del **livello socioeconomico** sulla salute dei rom. Alcuni studiosi sostengono che ci sia un'associazione diretta tra i due, attribuendo così un ruolo significativo alle condizioni economiche e sociali delle comunità rom nello sviluppo della patologia mentale (Pappa et al 2015). Altri invece concludono che l'interazione tra questi fattori, non è così influente nel determinare una differenza nella salute mentale dei rom rispetto a quella dei non rom (Kolarcik et al 2009). Emerge un'influenza significativa sulla qualità della vita, infatti è certo che una condizione alloggiativa stabile, al pari di quella degli altri cittadini, aumenta il benessere percepito nei rom (Pappa et al 2015).

Tra gli elementi che possono influenzare la salute mentale dei rom, tra i cosiddetti fattori "interni", troviamo gli **stili di vita**. Sono implicate abitudini come l'uso di alcol, il fumo di sigaretta e la nutrizione inadeguata, che, associate alle cattive condizioni abitative e all'esclusione sociale, sottopongono l'individuo ad una condizione di stress continuativo, favorendo così l'insorgenza o la slatentizzazione di patologie croniche (Sivic et al 2013; Pappa et al 2015).

Da alcuni studi svolti nelle comunità rom in Grecia e in Spagna, emerge l'importanza della **disparità di genere** come fattore di rischio per la salute (Carrasco-Garrido et al 2011; Pappa et al 2015). Qui un ruolo importante è giocato dai fattori socioeconomici che aumentano ulteriormente la disparità tra i due sessi e il divario nelle condizioni di salute. Le donne hanno una qualità di vita più bassa rispetto agli uomini, probabilmente dovuta al loro ruolo nella struttura della comunità, ad aspetti culturali e ai differenti stili di vita. Le donne rom in oggetto, infatti, fanno meno attività fisica,

consumano alcol in maniera significativa e ricorrono, meno degli uomini, ai servizi sanitari (Carrasco-Garrido et al 2011). In alcuni studi emerge che costituiscono fattori protettivi la giovane età e la presenza di un partner, che influiscono positivamente sulla qualità della vita (Pappa et al 2015).

Un interessante spunto di riflessione sul tema è la progressiva tendenza all'emancipazione femminile che determina un cambiamento del ruolo della donna all'interno della famiglia rom. Cemlyn et al (2009) suggeriscono che tale condizione in alcune famiglie può essere causa di un aumento della violenza domestica per la difficoltà che gli uomini incontrano nell'adattarsi al nuovo e nel rimodulare il loro ruolo. Ci sembra importante proporre questa questione di estrema attualità e in continua evoluzione, che meriterebbe uno studio approfondito. Infatti, nonostante il ruolo fondamentale che le donne hanno nel prendersi cura della famiglia, anche come intermediarie per l'assistenza sanitaria, ad esempio dei figli, nelle ricerche scientifiche la loro salute viene poco esplorata (Francis 2013). Gli studi presenti in letteratura evidenziano che esse subiscono una doppia discriminazione per via sia dell'appartenenza culturale che del genere (Surdu and Surdu 2006).

Patologie mentali

Per fornire un quadro sufficientemente esaustivo delle condizioni di salute mentale dei rom è necessario esplorare lo scenario europeo della ricerca in merito.

Un report sulle condizioni di salute dei rom in Slovacchia rileva che un decimo della popolazione rom soffrirebbe di disturbi mentali, percentuale molto più alta rispetto alla popolazione non rom (Filadelfiová et al 2007). Dagli studi analizzati emerge che le manifestazioni più rappresentate sono ansia, depressione, tentativi di suicidio e suicidi, uso di droghe e alcol e sintomi psicotici.

Uno studio inglese, che include anche i cosiddetti Travellers (gruppi di rom nomadi), ha rilevato la presenza di **sintomi ansiosi** in misura tre volte maggiore rispetto alla popolazione generale, di **depressione** in misura due volte maggiore e, nelle donne, un rischio doppio rispetto agli uomini di sviluppare patologie mentali (Parry et al 2004). In una ricerca svolta in Italia sulle visite di medicina generale effettuate nel territorio di Milano è stato riscontrato che il 20% del totale dei sintomi lamentati sono **disturbi aspecifici** come malessere, astenia, capogiri, inappetenza, tristezza e cefalea, che rappresentano il 9% del totale di tutte le diagnosi poste (Colombo et al 2011). L'incidenza significativa dei sintomi riportati può essere riconducibile allo stress cronico, a cui le popolazioni rom sono sottoposte per via delle condizioni ambientali e sociali e della discriminazione, che, se sottovalutato o mal diagnosticato, può, in alcuni casi, evolvere in una patologia mentale conclamata. A dimostrazione di ciò, in Portogallo, tra tutti coloro che non possiedono un'assicurazione sanitaria e, quindi, non accedono alle visite mediche, i rom hanno una prevalenza maggiore di depressione, ansia e **sintomi psicotici** (Pereira et al 2016). Lo scarso accesso alle cure

ostacola una diagnosi e una presa in carico tempestive, aumentando il rischio di esordio, acutizzazione e cronicizzazione.

Anche nel Regno Unito le comunità rom prese in esame manifestano tassi più elevati di ansia e depressione rispetto alla maggioranza della popolazione. In particolare, le ricerche hanno rilevato, in tale contesto, un aumento dell'**ideazione suicidaria** e dei tentativi di suicidio (Cemlyn et al 2009) che sono conseguenti alla depressione non trattata. I fattori che contribuiscono all'aggravamento della patologia depressiva, tanto da giungere all'ideazione suicidaria, sono l'esclusione sociale, gli episodi di razzismo subiti, lo stigma legato all'orientamento sessuale e i cambiamenti di vita significativi come il divorzio e il **lutto** non elaborato.

La condizione di vita di alcune comunità rom, caratterizzata da una convivenza in comunità i cui membri sono per la maggior parte del tempo a stretto contatto tra loro, fa sì che la morte di un parente o di un vicino venga vissuta spesso con grande intensità emotiva, tanto che alcuni raccontano difficoltà nell'elaborare il lutto che possono durare tutta la vita (Cemlyn et al 2009; Van Cleemput et al 2007; Parry et al 2004). In alcuni casi la depressione reattiva al lutto può portare a comportamenti di tipo autolesionista, che possono persino arrivare al suicidio.

A volte, inoltre, per far fronte al dolore del lutto, si fa ricorso all'uso di sostanze e di alcol come automedicazione (Van Cleemput et al, 2007), aggravando così la sintomatologia depressiva e generando una condizione di dipendenza dalla quale è difficile uscire.

La dipendenza può causare a sua volta condotte devianti, come furti e comportamenti violenti (compresa la violenza domestica), reati che possono portare alla **carcerazione**. La condizione depressiva, aggravata dalla permanenza in carcere, dove la disponibilità di droghe può contribuire all'aggravamento della dipendenza, può portare più facilmente a sviluppare ideazione suicidaria (Cemlyn et al 2009). In Gran Bretagna, infatti, si riscontrano tassi elevati di suicidio tra i rom in regime detentivo (Cemlyn et al 2009; Parry et al 2004). Per coloro che invece non erano affetti da un disturbo da uso di sostanze prima della carcerazione, il primo contatto con le droghe può avvenire proprio in carcere, dove i rom si possono trovare a causa di piccoli reati come il furto (Cemlyn et al 2009).

L'uso di **alcol e sostanze** è diffuso nelle comunità rom in misura maggiore rispetto alla popolazione generale (Cemlyn et al 2009). In particolar modo l'uso di alcol si verifica tra coloro che vivono in condizioni abitative degradate, che non hanno un lavoro e che soffrono di depressione (Parry et al 2004). Come nel caso del lutto, l'alcol viene spesso utilizzato in quantità elevate anche come automedicazione della depressione o dei sintomi ansiosi (Van Cleemput et al 2007). L'uso dell'automedicazione come terapia per i sintomi psichici si verifica anche attraverso l'assunzione impropria di **farmaci** prescritti. Avviene infatti che terapie psicofarmacologiche vengano autosomministrate

o distribuite ad altri membri della comunità senza alcuna indicazione medica, producendo così fenomeni di dipendenza (Castagnone et al 2015).

Le patologie mentali, così come la dipendenza, possono essere aggravate, tra i rom, da una doppia difficoltà: da una parte, la mancata richiesta di aiuto, causata dalla vergogna, legata alla convinzione che avere un problema mentale significhi essere pazzo; dall'altra la difficoltà di accesso ai servizi dedicati, che approfondiremo in seguito (Cemlyn et al 2009; Parry et al 2004).

Discriminazione

Il report EUFRA 2017 conferma come i rom siano sottoposti a livelli persistenti di marginalizzazione e discriminazione, che costituiscono fattori di rischio per la salute mentale. Nonostante le numerose ricerche svolte su episodi di discriminazione, pregiudizi e razzismo nei confronti dei rom dimostrino che l'influenza di tali fattori sulla vita di queste popolazioni è dilagante (EUFRA 2017; Izsak-Ndiaye 2017; Associazione 21 luglio 2015; Piasere 2015; Francis 2013; Lloyd&McCluskey 2008), questo tema riceve un'attenzione minima da parte dei media e della società, che, invece, al contrario incentivano i pregiudizi nei confronti degli stessi (Francis 2013).

Mentre il razzismo nei confronti degli stranieri, dei migranti e delle minoranze religiose è stato affrontato negli anni da media politica e istituzioni, quella della discriminazione contro i rom rimane una tematica poco trattata. Significativa è l'espressione che Sir Trevor Philips ha utilizzato nel 2004 all'interno della *Commission for Racial Equality* definendo questo fenomeno come "l'ultima forma di razzismo rispettabile" (CRE 2004). Il razzismo nei confronti dei rom, infatti, viene perpetrato a diversi livelli: politica, media, quartiere, scuola e servizi.

Lo stesso Parlamento europeo ha espresso preoccupazione per le discriminazioni di cui i rom sono vittime nei settori dell'istruzione, dell'alloggio, dell'occupazione e della parità di accesso ai sistemi di assistenza sanitaria e ai servizi pubblici (Colombo et al, 2011).

Come già detto, i **media** alimentano spesso i pregiudizi verso i rom. Non è raro vedere programmi televisivi o articoli di giornale che promuovono la discriminazione dando informazioni parziali o inesatte, lesive per l'immagine dei rom. Di frequente forniscono esclusivamente notizie negative che contribuiscono a creare paura e/o reazioni di odio tra i cittadini. Anche a livello di **quartiere** il razzismo può portare a reazioni di esclusione o addirittura a violenze (Cemlyn et al 2009), come è successo a Roma nel caso del trasferimento da parte del Comune di un gruppo di rom in un centro di accoglienza a Torre Maura (Internazionale 2019).

Un campo particolarmente delicato in cui si possono sviluppare e mantenere comportamenti discriminatori è quello della **scuola**, tanto che in alcuni casi si può parlare di "razzismo istituzionale"

(Lloyd&McCluskey 2008). Infatti, a scuola si verificano esclusione, bullismo e insulti razzisti da parte dei compagni, ma sembra che il pregiudizio venga agito anche dal sistema scolastico stesso. In uno studio svolto nel Regno Unito si evidenzia che gli insegnanti nella relazione con i bambini rom si arrabbiavano più facilmente, impartivano punizioni più severe e attribuivano loro votazioni più basse. Questo atteggiamento istituzionale può alimentare i comportamenti discriminatori o bullizzanti dei compagni, che si verificano anche attraverso i social (Lloyd&McCluskey 2008). Tale ambiente scolastico determina un rischio di rendimento inferiore e di abbandono scolastico. Lo scarso rendimento associato ai fattori di rischio per la salute elencati precedentemente, quali le condizioni abitative precarie, il basso livello socioeconomico, la deprivazione materiale, gli stili di vita insalubri del nucleo familiare di origine, possono determinare elevati livelli di stress e reazioni depressive (Lee et al 2014). Le esperienze discriminatorie sono pervasive al punto da determinare reazioni fisiche dell'organismo con aumento del cortisolo e di altri ormoni dello stress che possono causare comportamenti malsani come l'uso di sostanze, il fumo e condotte sessuali a rischio. La coesistenza di tale stato psicofisico fragile con i fattori di rischio sociali aumenta in maniera significativa la possibilità di insorgenza di una patologia mentale (Pascoe and Richman 2009).

Il **razzismo** può essere vissuto anche in maniera indiretta, poiché l'esperienza discriminatoria subita da una persona può influenzarne un'altra in modo **vicario**. I bambini, nel corso dello sviluppo, possono risentire delle discriminazioni patite dai genitori. Vivere nella percezione, propria e altrui, di un ambiente esterno ostile influenza la visione del mondo del bambino, riducendo il senso di fiducia in sé e negli altri, determinando una progressiva chiusura nei confronti dei rapporti sociali. Tale processo se non arginato può portare allo sviluppo in fase adolescenziale o adulta di patologie mentali (Heard-Garris 2018).

Accesso ai servizi

L'articolo 32 della Costituzione Italiana sancisce che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Il diritto alla salute, dunque, è imprescindibile per tutti i cittadini, ma prima ancora, per tutti gli esseri umani e l'accesso ai servizi è il presupposto perché sia garantito in maniera concreta.

Varie ricerche e studi condotti in Europa, Italia compresa, testimoniano come l'accesso ai servizi sanitari per i rom sia carente e necessiti di un intervento specifico che tenga conto delle variabili e difficoltà che attualmente interferiscono con esso (Francis 2013; ERRC 2006; EUMC 2003).

Anche nel caso dell'accesso ai servizi possiamo distinguere tra fattori interni ed esterni. Gli interni, come il basso livello di istruzione, gli aspetti culturali e le abitudini di vita, insieme agli "esterni", come le problematiche burocratiche e relative ai documenti, l'isolamento geografico di alcuni insediamenti, la collocazione dei servizi sul territorio, la mancanza di informazione e comunicazione nei campi rom, il pregiudizio degli operatori sanitari e la mancanza di competenza culturale, influenzano negativamente l'accesso. Le suddette barriere all'accesso ai servizi sanitari determinano un uso incongruo degli stessi. I rom oggetto del nostro studio si trovano spesso a non poter fruire dei percorsi di prevenzione e screening per le principali patologie, disponibili e indicati per la popolazione generale dal sistema sanitario nazionale e, in molti casi, hanno un'inadeguata copertura vaccinale e ricorrono più frequentemente ai servizi di emergenza (Castagnone et al 2015; Francis 2013; ERRC 2006).

Trai i fattori che influenzano l'accesso ai servizi ci focalizzeremo in particolar modo sulla relazione che si instaura tra gli operatori sanitari da una parte e le popolazioni rom dall'altra, volendo qui sottolineare il ruolo della discriminazione nel mancato ricorso alle cure e dunque come fattore di rischio per lo sviluppo di patologie mentali.

La mancanza di **cultural competence** rispetto alla popolazione rom e di mediatori **linguistico-culturali** nei servizi sanitari è sottolineata da diverse ricerche (Mc Fadden et al 2018; Ricordy et al 2014; Francis 2013). Gli operatori sanitari, per la carenza di una formazione adeguata, hanno un approccio che spesso non tiene conto delle differenze culturali, perciò nella relazione terapeutica tendono a dare per scontato che il paziente si conformi alle norme di comportamento usuali e alle indicazioni date, che non abbia bisogno di spiegazioni in più rispetto al paziente italiano e che abbia capito quanto gli è stato detto. Di fronte agli appuntamenti saltati, alla non puntualità, al presentarsi alle visite accompagnati da tutta la famiglia, alla non corretta assunzione della terapia farmacologica e all'interruzione della stessa alla scomparsa dei sintomi, condizioni che si possono verificare con alcuni pazienti rom, l'operatore sanitario reagisce facilmente con rabbia perché interpreta tali atteggiamenti come svalutanti rispetto al proprio ruolo. Spesso tende, inoltre, ad attribuire le difficoltà che incontra nella relazione con il paziente a quella che viene genericamente e inappropriatamente chiamata "cultura rom", non considerando l'influenza della propria origine culturale *gagé* sul suo operato (Castagnone et al 2015; Ricordy et al 2014).

Gli operatori sanitari inoltre, più o meno consapevolmente, sono influenzati dal contesto culturale in cui vivono, che è lo stesso che, come detto in precedenza, applica stereotipi negativi e promuove **pregiudizi** nei confronti dei rom. Dunque, il razzismo si annida anche nel sistema sanitario, dando luogo ad un'altra forma di discriminazione istituzionale.

Esistono, dunque, all'interno dei servizi sanitari due forme di discriminazione, una più frequente che potremmo definire **indiretta**, che si lega agli stereotipi che riguardano i rom radicati nella nostra cultura, un'altra purtroppo **diretta** che costituisce una consapevole violazione del diritto alla salute dei rom (Ricordy et al 2014; EUFRA 2013).

In un'indagine del 2009 dell'Agenzia dell'Unione Europea per i Diritti Umani (EUFRA) il 17% dei rom dichiarava di aver subito una discriminazione sanitaria nei 12 mesi precedenti. Dato confermato da studi in cui emerge che viene dedicato minor tempo ai rom nel corso delle visite e data poca disponibilità alla spiegazione accurata del significato dei sintomi, delle cure da intraprendere e del decorso della malattia (Van Cleemput 2010).

Nel rapporto dell'ERRC del 2006 condotto in Ungheria, Bulgaria e Spagna, si evidenzia una grave discriminazione diretta ai danni di persone rom nel contesto sanitario. Gli operatori sanitari metterebbero in atto, infatti, comportamenti differenti in base alla provenienza e alla cultura dei beneficiari, riservando ai rom trattamenti inadeguati sia dal punto di vista professionale che umano (Ricordy et al 2014). In particolare, i comportamenti che appaiono essere più allarmanti nei confronti di questi utenti, consistono nell'offrire loro cure inappropriate e di qualità inferiore rispetto agli altri pazienti. Dal rapporto si evidenzia che la disparità consiste in un'accoglienza separata dagli altri pazienti, un trattamento sbrigativo e incompleto, con visite più brevi, effettuate evitando contatto fisico con il paziente, delegate agli specializzandi o agli studenti di medicina, più spesso che nel caso degli utenti non rom, e l'assenza di consulenze specialistiche inerenti al problema del paziente. In alcuni casi si rileva la presenza di veri e propri abusi verbali, anche attraverso l'adozione di un linguaggio razzista (Castagnone et al 2015; EUMC 2003; ERRC 2006).

Questo atteggiamento espulsivo degli operatori sanitari determina una sfiducia, con conseguente ulteriore allontanamento dai servizi da parte delle comunità rom, che si trovano spesso a non seguire i canonici percorsi di cura. A causa di ciò le patologie si presentano spesso in acuzie, cosa che porta tali comunità a ricorrere con maggiore frequenza a prestazioni d'emergenza, tramite pronto soccorso e ambulanze. Talvolta si può verificare un abuso di tali servizi che ne determina il sovraccarico, generando frustrazione nel personale e incrementando l'espulsività nei confronti dei rom, giungendo talvolta ad ignorare persino le richieste di soccorso tramite ambulanza, violando ancora una volta il diritto alla salute (EUMC 2003; ERRC 2006).

Poiché, per quanto detto finora, spesso per i rom oggetto del nostro studio appare difficile usufruire del sistema sanitario pubblico, essi ricorrono spesso ad un tipo di assistenza diverso rispetto a quello del resto della popolazione, come ambulatori del privato sociale, organizzazioni di volontariato,

automedicazione, eccetera (Ricordy, Motta e Geraci, 2014; Van Cleemput et al., 2007; Parry et al. 2004).

Il trattamento dei rom con disturbi psichiatrici risente in maniera significativa, sia della mancanza di cultural competence nei servizi specialistici, sia dei suddetti atteggiamenti discriminatori. Si è visto, ad esempio, che i medici tendono a prescrivere in modo superficiale antidepressivi di fronte ad una richiesta di aiuto psicologico, piuttosto che incontri di counselling (Richardson et al 2007). Inoltre, gli psichiatri o psicologi privi di cultural competence, possono andare incontro più facilmente a diagnosi errate. Da una parte, possono interpretare come “culturali” espressioni di una malattia psichiatrica, fallendo nella diagnosi e nella cura, favorendo così la cronicizzazione della malattia. Dall'altra rischiano di inquadrare come patologici elementi che caratterizzano abitudini, stili di vita, modalità comunicative ed espressive dei rom, facendo diagnosi laddove non c'è malattia.

Quanto detto finora, determina in coloro che hanno avuto esperienze dirette o indirette di questo tipo una sfiducia negli operatori della salute mentale e conseguentemente un sempre minore ricorso alle strutture psichiatriche pubbliche. Nonostante ciò, i rom intervistati non vogliono servizi di salute mentale ad hoc, ai quali possono accedere solo loro, bensì preferiscono usufruire degli stessi luoghi di cura che utilizzano tutti gli altri cittadini. Affermano, però, che in tali strutture il personale sanitario dovrebbe essere meno discriminante (Cemlyn et al 2009; Van Cleemput et al., 2004).

D'altra parte, le comunità rom marginalizzate ricorrono, già di per sé, raramente ai servizi psichiatrici a causa dello stigma legato alla malattia mentale. Essi, infatti, per parlare di un disagio utilizzano tranquillamente parole come “nervi”, “nervoso”, mentre la parola “mentale” non viene pronunciata per timore dell'associazione con la pazzia. La paura e la vergogna legate alla malattia mentale possono essere amplificate dalla svalutazione derivante dalle esperienze discriminatorie vissute. Dunque, il timore fondato di essere doppiamente stigmatizzati, per la malattia e per il fatto di essere rom, allontana ancora di più questa popolazione dalle strutture sanitarie e dalla possibilità di presa in carico della malattia. I rom affetti da patologia mentale subiscono, oltre alla doppia discriminazione da parte della società (per l'origine culturale e per la malattia), anche una discriminazione interna al gruppo per lo stigma legato alla malattia mentale.

Conclusioni

Da quanto emerso dalla nostra ricerca il razzismo agisce sulla salute mentale a vari livelli. La discriminazione, infatti, si verifica continuamente nella vita dei rom attraverso la politica, i media, le istituzioni e la società, influenzandone l'intera vita e aggravandone dell'emarginazione. Tale discriminazione continua può determinare diverse reazioni: aggressività prevalentemente autodiretta, impulsività, isolamento sociale, ansia e depressione. Come già evidenziato, le categorie

a maggior rischio sono donne e bambini: le donne poiché tendono ad essere più isolate dalla società e subiscono anche una discriminazione di genere (doppia discriminazione) (Surdu & Surdu 2006); i bambini in quanto sono esposti al razzismo vicario (Heard-Garris 2018) e, a scuola, ad episodi di discriminazione, aggressioni e bullismo che possono determinare abbandono scolastico, stress e depressione, aumentando il rischio di patologie mentali (Pereira et al. 2016; Cemlyn et al 2009).

Un bambino che nasce in una comunità frustrata dalla continua esposizione ad episodi razzisti e di esclusione sociale ed esposto egli stesso ad un ambiente esterno rifiutante e ostile, che lo tratta come inferiore, può reagire nel corso della crescita sviluppando effettivamente un senso di inferiorità. Poiché, con il perpetrarsi di tali svalutazioni, l'io subisce un progressivo indebolimento, tale reazione, prolungata nel tempo, può predisporre all'esordio di patologie mentali.

Molte ricerche hanno evidenziato, infatti, come il pregiudizio verso i rom si insinui così profondamente in queste popolazioni, da portarle a comportarsi in modo addirittura conforme allo stereotipo stesso (Goffman 1975). Questo meccanismo crea un circolo vizioso in cui azione e reazione agiscono in maniera simmetrica, rendendo difficile identificare il punto da cui partire per comprendere e risolvere il problema (Ricordy et al 2014).

Talora, alcuni tentano di uscire dal circolo vizioso, ribellandosi allo stigma. Qualcuno, dopo grandi difficoltà, ci riesce e afferma la propria identità, migliorando il proprio rendimento scolastico, trovando lavoro, integrandosi nella società (queste persone peraltro spesso evitano di rivelare le loro origini per non tornare a subire gli atteggiamenti discriminatori da cui si sono faticosamente affrancati). La maggior parte, invece, fallisce l'emancipazione dal pregiudizio, reagendo in maniera rabbiosa e a volte aggressiva, sviluppando talvolta comportamenti antisociali che ricadono in pieno nello stereotipo comune.

Da alcuni studi psicologici (Rosenthal & Jacobson 1968) si evince, infatti, come l'aspettativa altrui diventi centrale nella vita dell'individuo, che tende a realizzarla. Le persone tendono a conformarsi all'immagine che altri individui hanno di loro, sia essa un'immagine positiva o negativa. Per fare un esempio pratico, raccontiamo l'esperimento condotto da Rosenthal e dalla sua equipe. Alcuni bambini di una scuola elementare vennero sottoposti a un test d'intelligenza, al termine del quale, in modo casuale, venne fatto credere agli insegnanti che alcuni avessero un'intelligenza sopra la media. L'anno successivo Rosenthal constatò che il rendimento dei bambini selezionati era aumentato e questo perché erano stati influenzati dall'atteggiamento positivo degli insegnanti.

Tutto questo agisce anche al contrario, con aspettative negative: da una parte la persona si uniforma a tali credenze, le interiorizza e si adegua ad esse, aderendovi totalmente e, dall'altra, l'esterno (nel caso dei rom, la società intera) si conforma a tali aspettative, contribuendo alla loro effettiva realizzazione (Associazione 21 luglio 2016).

L'incapacità di opporsi alla discriminazione continua, per mancanza di strumenti, forza e risorse, oltre a determinare un adattamento al pregiudizio della società, può portare alcune comunità rom che vivono ai margini a sfruttare il pregiudizio stesso per ottenere un vantaggio ("*retour du stigmaté*" Goffman 1975 cit. in Ricordy et al 2014). Questo accade anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. Spesso in Italia i rom oggetto del nostro studio, a causa di precedenti esperienze, vissute in prima persona o raccontate da altri, di discriminazione da parte di alcuni operatori sanitari, si rivolgono per le cure ad associazioni sanitarie di volontariato che si recano nei campi. Tale modalità di assistenza, certamente necessaria, rischia di far chiudere ancor di più su sé stessa la comunità. Adattandosi a questa situazione "di comodità", i rom possono rimanere tagliati fuori dall'assistenza sanitaria pubblica (Alunni 2017). Per adeguarsi alla discriminazione da parte delle istituzioni, essi "si adattano" sfruttando quanto viene loro offerto. In questo modo si rafforza il pregiudizio nei confronti dei gruppi rom marginalizzati, già visti come "parassiti" della società, rafforzando il suddetto circolo vizioso (Ricordy et al 2014).

Possiamo affermare che, la discriminazione, nonostante quanto premesso, non causa direttamente patologia psichiatrica, ma costituisce un fattore che può slatentizzare, riacutizzare e determinare cronicità della patologia stessa. L'individuo che subisce episodi razzisti e discriminazioni ripetute, può ammalarsi se non ha sviluppato un'identità sufficientemente solida e una valida capacità relazionale nel corso della crescita. La discriminazione può, quindi, agire come uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di patologie mentali in soggetti già fragili.

Se da una parte il razzismo può avere, quindi, il ruolo di concausa nella patogenesi della malattia mentale, dall'altra è sicuramente coinvolto nell'accesso ai servizi. La discriminazione incide significativamente sull'esclusione o sulla scarsa utilizzazione da parte delle suddette comunità rom dei programmi di prevenzione e precoce individuazione delle malattie, con ritardi e difficoltà nella presa in carico e nella cura della patologia mentale. Infatti, i pregiudizi presenti all'interno dei servizi sanitari sono complici dell'esclusione dei rom dalle campagne e dai programmi di salute pubblica (European Communities 2003). È deducibile quindi, che la maggiore incidenza di ansia, depressione, abuso di sostanze e altre patologie, riscontrata negli studi sulla popolazione rom in oggetto, è legata, tra gli altri fattori, anche alle difficoltà che essi incontrano nell'accesso ai servizi psichiatrici, rispetto alla popolazione generale.

Raccomandazioni

Dalla letteratura esaminata, emergono importanti raccomandazioni a diversi livelli (politica, media, società, scuola, servizi e comunità rom) al fine di implementare la salute mentale dei gruppi rom che non hanno facilità di accesso ai servizi di base.

Sul piano politico andrebbero definite le varie competenze, in particolare a livello nazionale o generale, a livello dell'attuazione territoriale delle politiche generali e infine a livello dell'erogazione dei servizi. Tali interventi dovrebbero essere volti a migliorare le condizioni abitative, l'istruzione e l'accesso ai servizi sanitari da una parte e, dall'altra, ad identificare e rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni vulnerabili. Sono auspicabili, inoltre, ricerche epidemiologiche e descrittive sulle malattie psichiatriche nelle comunità rom vulnerabili, su cui si possano basare riforme sanitarie che consentano interventi evidence-based (Cook et al 2019).

Si riscontra l'esigenza di formare il mondo dei media all'attenzione alla comunicazione esente da pregiudizi, cosa che potrebbe migliorare in maniera significativa l'atteggiamento della società nei confronti dei rom.

A scuola possono essere messi in atto interventi di prevenzione primaria tramite corsi di formazione per gli insegnanti e incontri con gli alunni delle classi e con le famiglie sulle conseguenze psicologiche del bullismo e del razzismo; sarebbe importante intercettare precocemente atti di bullismo e promuovere una prevenzione secondaria e terziaria, ad esempio tramite l'apertura di sportelli psicologici a scuola che, grazie alla presenza di personale esperto, possano individuare iniziali segni di malattia e informare, indirizzare ed eventualmente accompagnare i ragazzi e le famiglie verso un percorso di cura.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, vista la difficoltà dei rom presi in esame, esplorate in precedenza, ad accedere ai servizi pubblici, possiamo affermare che il lavoro delle associazioni di volontariato rimane fondamentale. Tali organizzazioni dovrebbero, però, favorire l'accesso dei rom ai servizi sanitari, fungendo da ponte, senza sostituirsi ad essi, in modo tale da evitare un'ulteriore ghettizzazione delle comunità e consentire loro una migliore integrazione (Alunni 2017).

Essenziale, per combattere il pregiudizio e il conseguente atteggiamento discriminatorio nei servizi sanitari, è la formazione del personale sanitario. Per sostenere la necessità di programmi di formazione degli operatori, sarebbe opportuna un'indagine sull'indice di utilizzo dei servizi di salute mentale da parte dell'utenza straniera (Cook et al 2019). In particolar modo nei servizi di salute mentale, sono necessarie iniziative volte a implementare la cultural competence degli operatori e delle equipe, per consentire loro di trattare al meglio i diversi pazienti rom, distinguendo i segni di patologia dagli elementi culturalmente caratterizzati. Fondamentale è, inoltre, la presenza di mediatori linguistico culturali adeguatamente formati nei servizi, nonché il training degli operatori nel lavoro con i mediatori. La cultural competence degli operatori e la presenza di mediatori linguistico-culturali, inoltre, faciliterebbe ai rom marginalizzati l'accesso ai servizi, poiché

avvertirebbero un'apertura ai loro bisogni di salute. Attraverso tali modalità di gestione e organizzazione dei servizi di salute mentale, si eviterebbe la prescrizione eccessiva di farmaci, e conseguentemente il fenomeno dell'abuso, in favore di percorsi psicoterapeutici adeguati (Francis 2013).

Non sembra essere utile la creazione di servizi *ad hoc* per i gruppi rom, che, invece, potrebbe aumentare lo stigma legato alla malattia mentale (Francis 2013).

All'interno delle comunità è necessario mettere in atto iniziative di educazione sanitaria che aumentino la consapevolezza riguardo alla salute mentale e agli effetti che il razzismo ha su di essa e che riducano lo stigma, sottolineando l'importanza della diagnosi precoce e del trattamento tempestivo e continuativo (Goward et al 2006).

BIBLIOGRAFIA COMPLETA

Alunni, L. (2017), *La cura e lo sgombero. Salute e cittadinanza nei campi rom di Roma*. Argo, Roma.

Anzaldi, A., Stasolla, C. (a cura di) (2010), *Esclusi e ammassati. Rapporto di ricerca sulle condizioni dei minori rom nel villaggio attrezzato di via di Salone a Roma*. Associazione 21 luglio. <https://www.21luglio.org/2018/wp-content/uploads/2019/06/esclusi-e-ammassati.pdf>.

Associazione 21 Luglio (2018), *I margini del margine, Comunità rom negli insediamenti formali e informali di Roma*, <https://www.21luglio.org/2018/wp-content/uploads/2019/04/rapporto-annuale-2018.pdf>

Associazione 21 luglio (2016), *Ultimo banco, Analisi dei progetti di scolarizzazione rivolti ai minori rom a Roma*, http://www.21luglio.org/21luglio/wp-content/uploads/2017/08/ULTIMO-BANCO_versioneweb.compressed.pdf

Associazione 21 luglio (2015), *So Dukhalma, Quello che mi fa soffrire. Il disagio interiore dei giovani e delle famiglie rom residenti negli insediamenti istituzionali*, <https://www.21luglio.org/so-dukhalma-quello-che-mi-fa-soffrire-il-disagio-interiore-dei-giovani-e-delle-famiglie-rom-residenti-negli-insediamenti-istituzionali/>

Astell-Burt, T., Maynard, M.J., Lenguerrand, E., Harding, S. (2012), *Racism, ethnic density and psychological well-being through adolescence: evidence from the determinants of adolescent social well-being and health longitudinal study*. *Ethnicity and Health*, 17, pp.71-87.

Baglio, G., Cacciani, L., Ciuta S.T., D'Ascanio, I., Geraci, S., Grandolfo, M., Guasticchi, G., Motta, F., Napoli, P.A., Rossano, R., Trillò, M.E. (a cura di) (2003), *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma*. ASP Monografie, Roma.

Bigolino, I., Olmo, A. (2014), *La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino*. Edizioni Il Mulino, Bologna.

Brondolo, E., Brady ver Halen, N., Pencille, M., Beatty, D., Contrada, R. (2009), *Coping with racism: a selective review of the literature and a theoretical and methodological critique*. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, pp. 64-88

Carrasco-Garrido, P., López de Andrés, A., Hernández-Barrera, V., Jiménez-Trujillo, I., Jiménez-García, R. (2010), *Health status of Roma women in Spain*. *European Journal of Public Health*, 21, 6, pp. 793–798.

Castagnone, E., Cingolani, P., Ferero, L., Olmo, A., Vargas, A.C. (2015), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*. Il Mulino, Bologna.

Cemlyn, S., Greenfields, M., Burnett, S., Matthews, Z., Whitwell, C. (a cura di) (2009), *Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: A review*. Equality and Human Rights Commission Research Report Series, https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research_report_12inequalities_experienced_by_gypsy_and_traveller_communities_a_review.pdf

Cingolani, P. (a cura di) (2011), *(Rom)eni tra Italia e territori di partenza. Vita quotidiana, rappresentazioni e politiche pubbliche*, *Forum internazionale ed europeo di ricerche sull'immigrazione*, <http://fieri.it/wp-content/uploads/2011/12/Romeni-tra-italia-e-territori-di-partenza.pdf>.

Clark, C. (2007), *Introduction Themed Section Care or Control? Gypsies, Travellers and the State*. *Social Policy & Society*, 71, pp. 65–71.

Colombo, C., Galli, A., Pero, M., Giani, R., Jucker, S., Oreste, P., Giommarini, C., Aiolfi, E., Judica, E. (2011), *Situazione sociodemografica e condizioni di salute della popolazione rom di Milano*. *Epidemiologia e prevenzione*, 35, 5-6, pp.282-291.

Cook, B.L., Progovac, A., Tran, N. (2019), *Improving the mental health of Roma through research and policies that cross multiple social sectors*. *International Journal of Public Health*, 64, 7, pp. 979-980.

Cook, B., Wayne, G.F., Valentine, A., Lessios, A., Yeh, E. (2013), *Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012*. *International Journal of Public Health*, 58, pp. 885–911.

Commission for Racial Equality, CRE (2006), *Common ground: Equality, good relations and sites for Gypsies and Irish Travellers*. London, England: Commission for Racial Equality.

Corneau, S., Stergiopoulos, V. (2012), *More than being against it: Anti-racism and anti-oppression in mental health services*. *Transcultural Psychiatry*, 49, 2, pp. 261-282.

Costituzione della Repubblica Italiana (1947), articolo 32.

Cvjetković, S., Janković, J., Bjegović-Mikanović, V. (2017), *Differences in predictors of subjective well-being among Roma and non-Roma young adults in Serbia*. *European Journal of Public Health*, 27, pp. 374-375.

De Vito, D., Palvarini, P., Pisano, C., Gusmeroli, A. (a cura di) (2013), *EU inclusive: Rapporto nazionale sull'inclusione lavorativa e sociale dei rom in Italia*. Fondazione Casa della Carità “Angelo Abriani”, Roma.

http://www.cestim.it/argomenti/03rom-sinti/2012-Casa-Carita-Rapporto_nazionale_sull_inclusione_lavorativa_e_sociale_dei_Rom_in_Italia.pdf

European Commission (2014), *Roma Health Report, Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of European Union*. Health and Consumers, European Union, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf.

European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (2003), *Breaking the Barriers – romani women and access to Public Health Care*. Office for Official Publications of the European Communities, Lussemburgo, <https://fra.europa.eu/en/publication/2003/breaking-barriers-romani-women-and-access-public-health-care>.

European Roma Rights Centre (2006), *Ambulance not on the way. The disgrace of health care for Roma in Europe*. Westimprim bt, Budapest, www.errc.org/reports-and-submissions/ambulance-not-on-the-way-the-disgrace-of-health-care-for-roma-in-europe.

Filadelfiová, J., Gerbery, D., & Skobla, D. (2007), *Report on the living conditions of Roma in Slovakia*. Friedrich-Ebert Stiftung (ed.), UNDP, Bratislava.

European Union Agency for Fundamental rights, EUFRA (2017), *Second European Union Minorities and Discrimination Survey*. Bietlot, Belgio.

Foldes. M.E., Covaci, A. (2012), *Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges*. International Journal of Public Health, 57, pp. 37-39.

Francis, G., (2013), *Developing the Cultural Competence of Health Professional Working with Gypsy Travellers*, Journal of Psychological Issues in Organizational Culture, 3, S1, pp. 64-77.

Geraci, S. (2007), *La salute degli immigrati: luci ed ombre*, ASI, 44, pp. 2-15.

Geraci, S., Motta, F., Ricordy, A., Caritas Diocesana, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (a cura di) (2009), *Salute senza esclusione: sperimentazione di interventi per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia*, Quaderni di informaArea, 6, Roma.

Geraci, S., Maisano, B., Motta, F. (a cura di) (1998), *Salute zingara*, Caritas diocesana di Roma, Edizioni Anterem, Roma, http://www2.caritasroma.it/wp-content/uploads/pubblicazioni/1998_VOL_SALUTE_ZINGARA.pdf.

Goffman, I. (1975), *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps*. Minuit, Parigi.

Goward, P., Repper, J., Appleton, L., Hagan, T. (2006), *Crossing boundaries. Identifying and meeting the mental health needs of Gypsies and Travellers*. Journal of Mental Health, 15, 3, pp. 315-327.

Hajioff, S., McKee, M. (2000), *The health of the Roma people: a review of the published literature*. Journal of Epidemiology and Community Health, 54, pp. 864–869.

Heard-Garris, N.J., Cale, M., Camaj, L., Hamati, M.C., Dominguez, T.P. (2018), *Transmitting Trauma: A systematic review of vicarious racism and child health*. Social Science & Medicine, 199, pp. 230-240.

Harding, S., Read U.M., Molaodi, O.R., Cassidy, A., Maynard, M.J., Lenguerrand E., Astell-Burt, T., Teyhan, A., Whitrow, M., Enayat, Z.E. (2015), *The Determinants of young Adult Social well-being and*

Health (DASH) study: diversity, psychosocial determinants and health. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50, pp. 1173-88.

Heaslip, V., Hean, S., Parker, J. (2016), *Lived experience of vulnerability from a Gypsy Roma Traveller perspective.* Journal of Clinical Nursing, 25, pp. 1987-98.

Heaslip, V., Hean, S., Parker, J. (2016), *The etemic model of Gypsy Roma Traveller community vulnerability: is it time to rethink our understanding of vulnerability?* Journal of Clinical Nursing, 27, pp. 3426-35.

Internazionale (2019), *Cosa è successo a Torre Maura e perchè Roma esclude i rom.* Internazionale online. <https://www.internazionale.it/bloc-notes/2019/04/04/rom-torre-maura-roma>.

Izsák-Ndiaye, R. (2017), *Romani Global Diaspora: Implementation of the Right to Health.* Health and Human Rights Journal, 19, 2, pp. 1-3.

Kolarcik, P., Geckova, A.M., Orosova, O., van Dijk, J.P., Reijneveld, S.A. (2009), *To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?* Social Science and Medicine, 68, pp. 1279-84.

Lau, Y. A., Ridge, M. (2011), *Addressing the impact of social exclusion on mental health in Gypsy, Roma, and Traveller communities.* Mental Health and Social Inclusion, 15, 3, pp. 129-137.

Lee, E.J., Keyes, K., Bitfoi, A., Mihova, Z., Pez, O., Yoon, E., Kovess-Masfety, V. (2014), *Mental health disparities between Roma and non-Roma children in Romania and Bulgaria, Bulgaria,* <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/297>.

Lethi, A., Mattson, B. (2001), *Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women-a general practice prospective.* Family Practice, 18, 4, pp. 445-448.

Ljujic, V., Vedder, P., Dekker, H., Van Geel, M. (2012), *Romaphobia: A unique phenomenon?* Romani Studies, 5, 22, 2, pp. 141-152.

Lloyd, G., McCluskey, G. (2008), *Education and Gypsies/Travellers: 'contradictions and significant silences'.* International Journal of Inclusive Education, 12, 4, pp. 331-345.

McCaffery, J. (2009), *Gypsies and Travellers: literacy, discourse and communicative practices.* Compare, 39, 5, pp. 643-657.

McFadden, A., Siebelt, L., Gavine, A., Atkin, K., Bell, K., Innes, N., Jones, H., Jackson, C., Haggi, H., MacGillivray, S. (2018), *Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review.* European Journal of Public Health, 28, 1, pp. 74-81.

Monasta, L., Erenbourg, A., Stefano Restaino, S., Lutje, V., Luca Ronfani, L. (2012), *Review of the Scientific Literature on the Health of the Roma and Sinti in Italy.* Ethnicity & Disease, 22, pp. 367-371.

Morrone, A., Spinelli, A., Geraci, S., Toma, L., Andreozzi, S. (a cura di) (2003), *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 03/4, Roma, <http://old.iss.it/binary/publ/publi/0304.II09071999.pdf>.

Nazroo, J.Y. (2003), *The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism*. American Journal of Public Health, 93, 2, pp. 277–84.

Pachter, L.M., García Coll, C. (2009), *Racism and Child Health: A Review of the Literature and Future Directions*. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 30, 3, pp. 255–263.

Pappa, E., Chatzikonstantinidou, S., Chalkiopoulos, G., Papadopoulos, A., Niakas, D. (2015), *Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 6, pp. 6669–81.

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., Gee, G. (2015), *Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 10, 9, pp. 1-48.

Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Moore, J., Thomas, K., Cooper, C. (2004) *The health status of Gypsies and Travellers in England: Report of Department of Health Inequalities in Health Research Initiative*, The University of Sheffield School of Health and Related Research, Sheffield.

Parry, G., Van Cleemput, P., Peters, J., Walters, S., Thomas, K., Cooper, C. (2007), *Health status of Gypsies and Travellers in England*. Journal of Epidemiology and Community Health, 61, 3, pp. 198-204.

Pascoe, E.A., Richman, L.S. (2009), *Perceived discrimination and health: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 135, 4, pp. 531-554.

Pereira, H., Amaral, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R.M., Loureiro^[1]_{SEP}, M. (2016), *Mental Health Disparities Between Roma and Non-Roma Unemployment Insurance Beneficiaries in Portugal*. Diversity and Equality in Health and Care, 13, 3, pp. 246-250.

Perocco, F. (2016), *Condizioni di salute e disuguaglianze di salute*, in Di Noia, L. (2016), *La condizione dei Rom in Italia*. Edizioni Ca'Foscari, Venezia.

Piasere, L. (1999), *Un mondo di mondi: antropologia delle culture rom*. L'Ancora del Mediterraneo, Napoli.

Piasere, L. (2015), *L'antiziganismo*. Quodlibet Studio, Macerata.

- Priest, N., Paradies, Y., Trenerry, B., Truong, M., Karlsen, S., Kelly Y. (2013), *A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people*. *Social Science and Medicine*, 95, pp. 115–27.
- Richardson, J. Bloxson, J. & Greenfields, M. (2007) *East Kent Sub-Regional Gypsy and Traveller Accommodation Assessment Report (2007-2012)*. Leicester: De Montfort University.
- Ricordy, A., Motta, F., Geraci, S. (a cura di) (2014), *saluteRom. Itinerari possibili*. Edizioni Pendragon, Bologna.
- Ricordy, A., Trevisani, C., Motta, F., Casagrande, S., Geraci, S., Baglio, G. (a cura di) (2012), *La salute per i rom. Tra mediazione e partecipazione*. Edizioni Pendragon, Bologna, http://www.romsintimemory.it/assets/files/discriminazione/inclusione_sociale/lavoro/III.2.C%20ALL EGATO%209%20La_salute_per_i_rom_giugno2012.pdf.
- Robles-Ortega, H., Guerra, P., González-Usera, I., Mata-Martín, J.L., Fernández-Santaella, M.C., Vila, J., Bolívar-Muñoz, J., Bernal-Solano, M., Mateo-Rodríguez, I., Daponte-Codina, A. (2017), *Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology in People affected by Home Eviction in Spain*. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, e57, pp. 1–8.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968), *Pygmalion in the classroom*. *The urban review*, 3(1), 16-20.
- Rubovits, P.C., & Maehr, M.L. (1971), *Pygmalion analyzed: Toward an explanation of the Rosenthal-Jacobson findings*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 19(2), 197–203.
- Sándor, J., Kósa, K., Boruzs, K., Boros, J., Tokaji, I., McKee, M., Ádány, R. (2017), *The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services?*. *International Journal of Public Health*, 62, pp. 803–815.
- Sepkowitz, K.A. (2006), *Health of the world's Roma population*. *Lancet*, 367, pp. 1707-8.
- Singh, S.P., Burns, T. (2006), *Race and mental health: there is more to race than racism*. *British Medical Journal*, 333, pp.648-651.
- Singh, S.P., Greenwood, N., White, S., Churchill, R. (2007), *Ethnicity and the Mental Health Act 1983*. *British Journal of Psychiatry*, 191, pp. 99-105.
- Surdu, L., Surdu, M. (a cura di) (2006), *Broadening the Agenda: The Status of Romani Women in Romania*. Open Society Institute, New York.
<https://www.opensocietyfoundations.org/publications/broadening-agenda-status-romani-women-romania>.

Thorndike, R.L. (1968), Reviews: Rosenthal, Robert, and Jacobson, Lenore. *Pygmalion in the Classroom*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968. *American Educational Research Journal*, 5(4), 708-711.

Trevisan, P. (2004), *La "salute" dei rom: una questione piuttosto ingarbugliata: Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli zingari*. *La Ricerca Folklorica*, 50, pp. 53-73.

Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J., Cooper, C. (2007), *Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, pp. 205–210.

Versey, H.S., Cogburn, C.C., Wilkins, C.L., Joseph, N. (2019), *Appropriated racial oppression and its role for health in whites and blacks*. *Social Science and Medicine*, 230, pp. 295-302.

Zoltán Vokó, Péter Csépe, Renáta Németh, Karolina Kósa, Zsigmond Kósa, et al.. *Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary?*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, BMJ Publishing Group, 2009, 63 (6), pp.455-n/a.

Watson, H, and Downe, S. (2017), *Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review*. *Reproductive Health*, 14, 1, pp. 1-16.

Zelko, E., Svab, I., Pavlic, D.R. (2015), *Quality of life and patient satisfaction with family practice care in a Roma Population with chronic conditions in northea*