

CONSIDERAZIONI CHIAVE: AFFRONTARE LE DISCRIMINAZIONI STRUTTURALI E LE BARRIERE AL VACCINO COVID-19 PER LE COMUNITÀ ROM IN ITALIA

Questo rapporto evidenzia come le discriminazioni strutturali e l'esclusione sociale influenzino le percezioni e gli atteggiamenti nei confronti del vaccino per il COVID-19 tra le comunità rom in Italia. Uno degli obiettivi è mettere in luce il ruolo che le autorità pubbliche e le comunità possono svolgere nel sostenere l'adozione del vaccino e nel contrasto ai più ampi processi di esclusione sociale.¹ Le risposte contraddittorie che lo Stato italiano ha fornito durante la pandemia di Covid-19, insieme alle forme di esclusione già in atto, hanno comportato un aumento della sfiducia delle comunità rom nei confronti delle iniziative statali, impattando anche sull'adesione alla campagna vaccinale.² Questo documento si propone di supportare e informare le amministrazioni locali e le istituzioni sanitarie pubbliche coinvolte nell'assistenza e nei processi di inclusione delle comunità rom in Italia.

Il presente documento si basa su una ricerca condotta di persona e a distanza dal novembre 2021 al gennaio 2022 in Italia con le comunità rom e sinti di Milano, Roma e Catania. Sebbene queste comunità si caratterizzino per diversità storica e per differenti forme di identità linguistica, geografica, religiosa, sono state individuate delle somiglianze nel modo in cui hanno vissuto la pandemia di COVID-19 e nelle decisioni a proposito del vaccino. Questo documento è stato sviluppato per SSHAP da Iliana Sarafian (LSE) con i contributi e le revisioni di Elizabeth Storer (LSE), Tabitha Hrynick (IDS), Marco Solimene (University of Iceland), Dijana Pavlovic (*Upre Roma*) e Olivia Tulloch (Anthrologica). La ricerca è stata finanziata dalla British Academy COVID-19 Recovery: G7 Fund (COVG7210058) e si è svolta presso il Firoz Lalji Institute for Africa, London School of Economics. La sintesi è di responsabilità di SSHAP.

CONSIDERAZIONI CHIAVE

- **Considerare gli intrecci tra le preesistenti disuguaglianze strutturali e sociali** e le nuove forme di marginalizzazione causate dalla pandemia di SARS-CoV-2 come punto di partenza per affrontare e risolvere le cause delle esclusioni che colpiscono le comunità rom.
- **Sensibilizzare i professionisti del settore sanitario pubblico** a proposito delle barriere e degli ostacoli sanitari, strutturali e sociali e in merito alla paura dell'impatto delle nuove forme di vulnerabilità create dalla pandemia. Le strategie di informazione e comunicazione devono considerare i più ampi determinanti socio-economici della salute per affrontare le resistenze e i timori relativi la vaccinazione.
- **Evitare le quarantene arbitrarie e "di massa"**, perché esacerbano le vulnerabilità preesistenti dei gruppi rom, tra cui la precarietà economica e la mancanza di accesso all'istruzione e all'assistenza sanitaria.
- **Garantire l'accesso ai servizi pubblici** qualora si rendano necessarie misure per lo "stato di emergenza" e misure di quarantena. Tali servizi dovrebbero includere l'accesso all'assistenza sanitaria, all'istruzione e ai sussidi sociali per contrastare la marginalità economica, lo stigma sociale e l'esclusione politica delle comunità.
- **Istituire servizi di vaccinazione in luoghi e orari raggiungibili e comodi per le persone e le loro famiglie**, come i presidi di vaccinazione itineranti. È anche necessario garantire la presenza di mezzi di trasporto accessibili e gratuiti.
- **Offrire gratuitamente i tamponi (test) per il COVID-19** per evitare ogni ulteriore ripercussione economica negativa sulle popolazioni in condizioni di povertà. Questo intervento potrebbe anche alleviare il peso delle sanzioni associate all'obbligo del vaccino che hanno contribuito a generare diffidenze e resistenze nei confronti dell'intervento pubblico in materia vaccinale.

- **Assicurarsi che venga rispettata la privacy nel trattamento dei dati sui vaccini** per mitigare i timori di conseguenze negative sugli insediamenti abitativi, come gli sgomberi e i ricollocamenti forzati, e sullo status di diritto delle persone. I partecipanti alla ricerca hanno vissuto la pandemia come una minaccia alla loro cittadinanza, stabilità e sicurezza.
- **Rendere la vaccinazione disponibile e svincolata dalla residenza e dai registri sanitari** per soddisfare le esigenze e rispondere alle preoccupazioni dei lavoratori informali e dei migranti che possono temere potenziali ripercussioni legali. Gli intervistati si sono rivolti ai servizi sanitari solamente di fronte a sintomi gravi e presso operatori sanitari privati.
- **Sostenere la continuità dei rapporti familiari e comunitari, i quali sono fondamentali e si basano sulla fiducia e la solidarietà.** Tra gli intervistati, i timori relativi allo sfratto e al ricollocamento coatto erano strettamente legati alla paura della separazione dalla propria famiglia e dalla comunità.
- **Valorizzare le relazioni di fiducia già esistenti tra le comunità rom e il personale medico,** in particolare i medici di base, i quali, in presenza di relazioni consolidate con i pazienti, hanno maggiori probabilità di essere considerati degli interlocutori credibili.
- **Coinvolgere, impiegare e valorizzare i membri stessi delle comunità** nella progettazione e nell'attuazione delle campagne di vaccinazione, nelle comunicazioni, nelle politiche e nelle iniziative di salute pubblica. Questo coinvolgimento può contribuire ad affrontare le disuguaglianze sociali e ad aumentare la copertura vaccinale.
- **Sostenere le attività rivolte alle comunità tramite il coinvolgimento di persone riconosciute e considerate fidate,** come i rappresentanti della comunità, i mediatori sanitari, gli anziani e i leader religiosi che possono promuovere cambiamenti inclusivi più ampi per rafforzare la collaborazione tra i membri della comunità e le autorità locali. Supportare le associazioni delle comunità rom (ad esempio, quelle senza scopo di lucro e/o basate sulla fede) con un accesso diretto alle risorse, tra cui la formazione e i finanziamenti, per rispondere alle loro diverse necessità.
- **Potenziare la comunicazione sui social media** (ad esempio, Facebook, WhatsApp e altri), prevedendo la creazione e la condivisione di materiali con un coinvolgimento diretto dei membri stessi della comunità con il fine di contrastare la disinformazione online sulla vaccinazione.
- **Fare ricerca per generare dati e sostenere soluzioni a lungo termine** coinvolgendo le persone delle comunità nella progettazione e nell'attuazione dei progetti di ricerca. La ricerca che affronta temi quali le barriere di accesso ai servizi socio-sanitari per i rom può contribuire alla pianificazione, in termini di *preparedness*, delle pandemie e al contrasto delle disuguaglianze sociali e sanitarie di lunga data.

I ROM E LA PANDEMIA DI COVID-19

Il presente documento si propone di analizzare la molteplicità di risposte ai vaccini, con l'obiettivo di comprenderle alla luce delle esperienze vissute dalle persone rom. Le stime indicano che in Europa ci sono fino a 12 milioni di rom.³ Le comunità rom sono diverse e sono anche riconosciute come la minoranza etnica più grande e più giovane d'Europa e per la quale la pandemia di COVID-19 è stata particolarmente critica.^{1,4} I rapporti ufficiali dello Stato e della sanità pubblica hanno rilevato un impatto sproporzionato della pandemia sui gruppi vulnerabili. Tuttavia, non esistono dati ufficiali sui tassi di infezione da COVID-19, sui ricoveri ospedalieri, sui decessi o sull'assunzione del vaccino tra i gruppi rom europei.⁴ Le comunità rom hanno sofferto di tassi più elevati di povertà, privazione ed emarginazione rispetto al resto della popolazione.⁵ L'ampiezza e la profondità della crisi pandemica hanno comportato ulteriori privazioni economiche ed espressioni di violenza strutturale nella vita quotidiana di molti rom, già in condizioni di vita precarie.^{6,7}

La narrazione pubblica della pandemia per la popolazione rom si è basata principalmente su una – presunta – riluttanza ad aderire alle norme di emergenza e di contenimento del virus e/o su mancanza di "autogoverno" da parte della popolazione rom.^{8,9} Di conseguenza, durante la pandemia le politiche sono state caratterizzate da misure di contenimento e controllo degli insediamenti abitativi.¹⁰ Queste politiche, giustificate da una narrativa legata alla prevenzione e al contenimento del virus, si sono concretizzate in misure disciplinari dettate dal timore di diffusione del virus nei cosiddetti "campi" rom e che da lì le persone diventassero vettori del contagio nel resto della società. In Italia, i lockdown hanno spesso comportato una maggiore presenza militare nei campi, formali e informali, per controllare la diffusione del virus tra gli abitanti. Nello stesso periodo sono state notificate diverse ordinanze di sgombero.¹⁰ Durante la pandemia, questo "confinamento sociale"⁹ caratterizzato dall'isolamento di interi insediamenti abitativi non ha fatto altro che esacerbare le disuguaglianze socio-economiche.

Gli alloggi sovraffollati¹⁰ e le limitate possibilità di mantenere il distanziamento fisico sono stati tra i principali fattori determinanti dell'impatto diseguale della pandemia sui rom. Molti rom vivono in condizioni igieniche precarie, senza acqua corrente né elettricità, in insediamenti isolati e privi di servizi di base. La mancanza di mascherine e di forniture igieniche durante la pandemia, insieme a malattie croniche diffuse e di lunga durata, li ha collocati tra le popolazioni più esposte alle conseguenze della pandemia in Italia.^{1,11} Sebbene a livello nazionale siano state messe in campo iniziative statali di solidarietà e di sostegno sociale per i più vulnerabili, queste sono state in gran parte limitate alle persone che lavorano nella sfera dell'economia formale.⁷ Al contrario, i rom sono spesso impiegati nel settore "informale" dell'economia caratterizzato da contratti a breve termine e da forme di occupazione stagionale e dall'assenza di contratti regolari. Durante i lockdown che si sono susseguiti, questi lavori non sono stati disponibili come prima.

Le ricerche, le politiche e le pratiche in materia di salute e sanità pubblica con le comunità rom devono tener conto degli intrecci tra le disuguaglianze strutturali e sociali preesistenti e le nuove forme di marginalizzazione create dalla pandemia di COVID-19. La considerazione di questo intreccio deve essere il punto di partenza di un impegno volto alla rimozione di fattori di esclusione ed emarginazione. Sebbene si siano susseguiti diversi tentativi, sia da parte delle istituzioni statali sia da parte del privato sociale, di mitigare la diffusione del SARS-CoV-2, sono state poche le ricerche e le politiche incentrate sulle prospettive, i vissuti e le preoccupazioni delle comunità rom durante l'intera pandemia.

Storie di disuguaglianze preesistenti

Box 1. Chi sono i Rom?

Nella legislazione dell'Unione Europea, il termine "Rom" comprende diversi gruppi, tra cui Rom, Sinti, Kale, Romanichels, Boyash/Rudari, Ashkali, Egiziani, Yenish, Dom, Lom, Rom, così come le popolazioni Traveller (gens du voyage, Gypsies, Camminanti, ecc.).

La diffusione del vaccino tra i rom non può essere compresa senza fare riferimento a disuguaglianze sociali e discriminazioni storiche, radicate e persistenti. I rom in Italia sono tra i 140.000 e i 160.000.³ Tuttavia, i rom non sono un gruppo comunitario omogeneo (vedi Box 1), né sono riconosciuti come minoranza italiana nelle politiche e nelle statistiche nazionali. I Rom sono visti in gran parte come "nomadi" e "estranei", nonostante vivano in Italia da secoli.¹² Spesso indicati con il termine dispregiativo di "zingari", alcuni rom vivono in "campi nomadi" (detti anche villaggi) o baraccopoli, di solito nelle parti più periferiche delle città.^{13,14} I

campi sono l'eredità delle normative degli enti locali e regionali del periodo 1984-1992, quando tali insediamenti erano offerti dalle autorità locali come soluzioni abitative temporanee per i rom e i sinti italiani che si presumeva praticassero uno stile di vita nomade.^{12,15} Tuttavia, sono stati soprattutto i rom non italiani in condizioni di indigenza, e in particolare quelli che fuggivano dalla guerra nei Balcani, a stabilirsi nei campi.¹⁶ La natura temporanea dell'intervento ha in seguito acquisito un carattere a tempo indeterminato, poiché negli insediamenti, formali e informali sono nate e cresciute diverse generazioni di rom. Gli insediamenti sono diventati in gran parte caratterizzati da povertà, disoccupazione e lavoro

precario nell'economia informale, nonché da un accesso inadeguato all'assistenza sanitaria e all'istruzione.

Durante le guerre degli anni Novanta, sono emigrate e si sono rifugiate in Italia diverse persone di etnia rom provenienti dall'ex Jugoslavia^{17,18} I rom sono arrivati anche in seguito al crollo del comunismo nell'Europa dell'Est e, più tardi, in seguito all'allargamento dell'Unione europea.¹⁸

Box 2. L'antiziganismo

La Commissione europea contro il razzismo e l'intolleranza (ECRI) del Consiglio d'Europa definisce l'antiziganismo come "una forma di razzismo specifica, un'ideologia fondata sulla superiorità razziale, una forma di deumanizzazione e di razzismo istituzionale nutrita da una discriminazione storica, che viene espressa, tra gli altri, attraverso violenza, discorsi d'odio, sfruttamento, stigmatizzazione e attraverso le più evidenti forme di discriminazione"

Negli ultimi anni, le persone arrivavano soprattutto dalla Romania e dalla Bulgaria, spesso in cerca di opportunità economiche. Sebbene l'Italia abbia una percentuale di popolazione rom e sinti tra le più basse d'Europa, le più recenti ondate migratorie nel Paese li hanno resi visibili e oggetto di demonizzazione nel discorso pubblico.^{18,19} Nel 2008, il governo italiano ha dichiarato lo "stato di emergenza" a seguito di una presunta "invasione di nomadi". I cosiddetti "nomadi", ovvero un insieme eterogeneo di rom, sinti e camminanti italiani di lunga data (come indicato nella Strategia nazionale del 2012), rom provenienti dai Paesi dell'ex Jugoslavia e rom provenienti dai nuovi Stati membri dell'UE, sono diventati il bersaglio della cosiddetta strategia di "emergenza nomadi" del governo per affrontare la "criminalità nomade".^{14,15,20}

Tuttavia, i rom e i sinti in Italia sono stati per lo più sedentari per generazioni, come in molti altri Paesi europei. Eppure l'eredità della "nomadizzazione" e della romofobia²¹ nelle politiche statali continua nonostante lo "stato di emergenza nomadi" sia stato dichiarato incostituzionale nel 2011.²² La xenofobia, l'antiziganismo (cfr. Box 2) e la discriminazione, tra cui la presa di mira dei rom in attacchi a sfondo razziale e gli innumerevoli sgomberi, sono stati direttamente collegati a questo atteggiamento di rigidità da parte dell'opinione pubblica nei confronti della mobilità dei Rom.²³ Nelle politiche, il nomadismo è considerato non solo come uno stile di vita, ma come una caratteristica intrinseca dei rom in quanto socialmente devianti.^{13,21} Questo significato e l'uso di "nomadi" nel linguaggio politico ha contribuito fortemente all'attuazione di politiche che perpetuano la nozione di rom come non-cittadini sospetti, transitori e instabili, che necessitano di essere contenuti e immobilizzati.²⁴

Con l'inizio della pandemia COVID-19, i gruppi rom e sinti, in Italia e altrove, si sono trovati in una nuova condizione di confinamento e contenimento.^{6,8} Le storie di antiziganismo, il continuo isolamento, l'esclusione e il confinamento in periferie urbane e in quartieri specifici²⁵ e i ricollocamenti forzati¹⁵ sono scontrati con delle nuove vulnerabilità. Le abitazioni situate in aree con inquinamento atmosferico, scarse condizioni igienico-sanitarie, mancanza di accesso alle cure mediche e all'istruzione, nonché alloggi non ottimali, contribuiscono ad aumentare la morbilità degli abitanti.^{26,27} Tuttavia, questi aspetti sono stati trascurati dalle iniziative di salute pubblica e dai decisori politici a causa dell'estrema marginalizzazione delle popolazioni rom.

I lockdown e la securizzazione

Gli spazi delle città in cui vivono i rom, così come i loro mezzi di sostentamento, sono costantemente presentati dalle autorità statali, dai pianificatori urbani locali e dai decisori politici come temporanei e transitori, il che significa che raramente vengono forniti loro gli stessi servizi che ricevono gli altri quartieri.^{24,28} Il carattere punitivo di queste politiche incentrate sulla temporaneità delle abitazioni e dei mezzi di sostentamento dei rom, rafforza la nozione stigmatizzante di questi ultimi come "estranei" non meritevoli.^{13,19,26} In tempi precedenti alla pandemia, gli insediamenti rom formali e informali erano visti come una minaccia per la società e i suoi valori. La loro percezione di illegalità e (in)formalità ha portato a frequenti interventi della polizia per controllare il loro effettivo confinamento rispetto al resto della popolazione.¹⁵ Questo "controllo biopolitico" e la sua normalizzazione hanno rafforzato la visione dei Rom come minaccia per la salute pubblica durante la pandemia.^{8,26} Come sappiamo, la contagiosità

dipende dal contatto e dalla vicinanza e questo elemento è andato a intrecciarsi con preesistenti pregiudizi nei confronti dei rom, esacerbando le distanze, sia fisiche sia sociali.⁹

Nel marzo 2020, nel tentativo di frenare la diffusione della pandemia, il primo ministro italiano Giuseppe Conte ha firmato un decreto per l'attuazione di un lockdown in tutta Italia. Considerati spazi di contagio, nei campi rom si sono intensificati gli interventi da parte delle forze dell'ordine per garantire la distanza fisica al loro interno e limitare la circolazione all'esterno.^{11,29} Come in altri Paesi europei,^{6,7} le misure di lockdown per i rom hanno previsto una securizzazione da parte dello Stato basata su intere porzioni di territorio e sulle comunità, piuttosto che sulle condizioni individuali.^{21,24}

La limitazione degli spostamenti ha colpito in modo sproporzionato le persone con un'occupazione informale o con lavori manuali ed essenziali al di fuori degli insediamenti abitativi. I rom hanno subito un impatto socio-economico significativo, in gran parte legato al loro impiego in diversi lavori precari, informali, temporanei e a bassa retribuzione. I rom di Milano e Roma sono stati costretti a indebitarsi e ad aggravare la loro condizione di povertà a causa della perdita di accesso al lavoro nei mercati e delle restrizioni alla raccolta dei rottami. I rom negli insediamenti formali e informali si sono trovati a lottare ancora di più per accedere a cibo, medicine, istruzione e servizi in generale. Quando una donna rom bulgara a Catania, che lavorava come badante informale per gli anziani, si è ammalata, ha fatto ricorso a un prestito ad alto tasso di interesse per coprire le spese ospedaliere sostenute a causa del limitato accesso alle cure mediche e alla sicurezza di avere un reddito. La dipendenza dal sostegno familiare e dalla solidarietà comunitaria è aumentata, anche se queste forme di sostegno comunitario interne sono diventate meno significative con il passare del tempo, man mano che le risorse familiari si esaurivano, aggravando ulteriormente le condizioni di vulnerabilità e povertà.

L'istruzione per i bambini rom, per quanto sporadica in tempi pre-pandemici, è diventata inaccessibile durante i diversi lockdown a causa della mancanza di tecnologia e di accesso a Internet, di materiale scolastico e di servizi. Mentre le autorità locali in tutta Italia fornivano buoni alimentari per le comunità svantaggiate, questa misura non includeva i rom che vivevano negli insediamenti informali perché non erano iscritti nei registri anagrafici comunali.⁷ Inoltre, le norme e le politiche di emergenza per il contenimento della diffusione del virus COVID-19 si basavano sul presupposto che tutti gli individui avessero accesso a condizioni sanitarie di base come acqua potabile, elettricità e alloggi adeguati. I messaggi di salute pubblica che esortavano al distanziamento sociale e alle misure di igiene non avevano alcuna rilevanza e non erano applicabili per chi viveva in condizioni di sovraffollamento e di privazione dei servizi di base.

Nonostante la facilità di accesso alla vaccinazione per la popolazione italiana, quando questa ricerca è stata svolta le popolazioni rom che vivono in insediamenti informali non erano state raggiunte dalle iniziative vaccinali pubbliche. Specialmente nella prima fase della campagna vaccinale, queste iniziative non hanno tenuto in conto le popolazioni rom che vivevano lontane dai servizi pubblici e non sono stati predisposti dei centri vaccinali in spazi accessibili o itineranti. Inoltre, la campagna vaccinale è stata percepita e vissuta in relazione alle misure pubbliche punitive precedenti, come i lockdown generalizzati negli insediamenti abitativi e non limitati ai singoli nuclei familiari come previsto per il resto della popolazione.^{6,8} Questi lockdown generalizzati che coinvolgevano interi insediamenti rom sono in continuità con una storia di discriminazione istituzionale. Le esperienze passate di esclusione, le difficoltà attuali e le strategie comunitarie di sopravvivenza hanno plasmato le risposte dei rom alla vaccinazione COVID-19, non appena questa è stata resa disponibile. I rom hanno espresso sfiducia nei confronti delle iniziative vaccinali a causa delle disuguaglianze storiche e strutturali e per quelle più recenti dovute alle condizioni di vita precarie. Gli approcci top-down delle campagne di vaccinazione e comunicazione condotte dallo Stato non sono state capaci di comprendere le preoccupazioni delle comunità rom, provocando un aumento di sfiducia nei confronti del vaccino.³⁰

ESITANZA VACCINALE TRA LE COMUNITÀ ROM

Box 3. Esitanza Vaccinale

Secondo il *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, "l'esitanza vaccinale si riferisce al ritardo nell'accettazione o al rifiuto della vaccinazione nonostante la disponibilità di servizi vaccinali. L'esitanza vaccinale è complessa legata al contesto, varia a seconda del periodo, dei luoghi e del tipo di vaccino. È influenzata da fattori quali la soddisfazione, la convenienza e la fiducia"³¹

Il termine "esitazione vaccinale" (cfr. Box 3) si riferisce a un individuo o a un gruppo che è esitante nei confronti della vaccinazione. Il concetto, tuttavia, non fa riferimento al ruolo delle autorità sanitarie pubbliche nel raggiungere, informare e ottenere la fiducia di coloro che sono considerati esitanti. Inoltre, questo inquadramento non considera vari fattori non lineari, tra cui la discriminazione e le barriere strutturali, che portano a una minore adesione alla vaccinazione. La nostra ricerca ha preso in considerazione realtà complesse che richiedono il passaggio da un approccio "unidimensionale",³² a soluzioni che tengano conto delle relazioni sociali e delle strutturali disuguaglianze, discriminazioni e condizioni di povertà - i cui effetti sono stati aggravati dalle misure di contrasto alla pandemia.

Gran parte delle ricerche e delle politiche in materia di sanità pubblica concepiscono l'esitazione nei confronti dei vaccini come il risultato di un'insufficiente alfabetizzazione sanitaria tra le popolazioni vulnerabili - un argomento che domina le campagne di informazione sulla resistenza ai vaccini. A causa della loro riluttanza ad aderire alle vaccinazioni, i rom sono stati dipinti nel discorso pubblico come una minaccia per la salute pubblica, il che ha rafforzato i pregiudizi nei loro confronti.^{21,27} Come sottolineato in precedenza, le risposte non inclusive delle politiche di contrasto alla diffusione del COVID-19, associate a una storia di esclusioni e disuguaglianze sociali, hanno compromesso la fiducia dei rom nelle iniziative governative, con implicazioni per la loro partecipazione alle vaccinazioni. Laddove la copertura o l'adozione della vaccinazione è stata limitata, è importante considerare le molteplici disuguaglianze sociali e strutturali che entrano in gioco. I nostri intervistati che desideravano vaccinarsi hanno dovuto affrontare barriere strutturali come la mancanza di fondi e di accesso ai mezzi di trasporto per raggiungere i centri di vaccinazione, il timore che gli effetti collaterali del vaccino potessero avere un impatto sul loro lavoro, spesso informale e irregolare, e la preoccupazione che l'accesso del governo ai dati personali richiesti per la vaccinazione potesse mettere in pericolo il loro status di migranti e/o la loro cittadinanza. La ricerca e le politiche che inquadrano i rom come esitanti al vaccino possono alimentare i pregiudizi esistenti, tra cui la responsabilità della diffusione del virus. Adottare uno sguardo consapevole, capace di tenere in considerazione le discriminazioni strutturali e le barriere alla vaccinazione che verranno elencate di seguito, può favorire la partecipazione al vaccino e contribuire a una maggiore uguaglianza.

Identificare e affrontare gli ostacoli e le barriere alla vaccinazione

La nostra ricerca ha identificato una serie di temi riguardanti le barriere che ostacolano l'assunzione del vaccino tra le comunità rom in Italia. È importante notare che le barriere al vaccino sono risultate inestricabilmente legate ai determinanti sociali della salute, alla discriminazione strutturale e alle complesse esperienze di svantaggio sociale e di lotta comune per la sopravvivenza.

Gli intervistati hanno valutato **il rischio connesso al COVID-19 in relazione alla precarietà socio-economica**, tra cui la povertà, la disoccupazione, i lavori precari e informali, la mancanza di alloggi e sistemazioni adeguate e l'interruzione dell'accesso all'istruzione per i bambini rom a causa degli sgomberi imminenti. Queste disuguaglianze sono rimaste al centro delle vite quotidiane dei rom, per i quali il COVID-19 è diventato solo un ulteriore ostacolo da affrontare. Per molti, si trattava di un fattore marginale rispetto alla necessità di sussistenza socio-economica, spesso riassunta come una scelta tra la morte a causa del COVID-19 o la morte per fame.

Le autorità locali e nazionali dovrebbero tenere conto delle esigenze socio-economiche delle persone che si trovano in condizioni di povertà, di lavoro informale e irregolare e valutare il rischio associato al COVID-19 e la vaccinazione in relazione a queste circostanze. È necessario mitigare i molteplici effetti negativi derivanti dal COVID-19 per tutelare i gruppi rom. Ad esempio, questo può essere fatto attraverso politiche che alleviano l'impatto economico sui lavoratori a basso reddito.

I rom hanno vissuto una dimensione di **quarantena "di massa"**, la quale ha interessato intere comunità e insediamenti abitativi ed è stata percepita in continuità con i precedenti interventi statali di natura discriminatoria e volti a contenere e controllare le malattie e l'illegalità percepita. Le restrizioni sociali e l'isolamento hanno interrotto le reti comunitarie all'interno e tra le famiglie rom, impedendo loro di soddisfare le esigenze sanitarie e socio-economiche essenziali. Inoltre, i lockdown hanno richiamato alla memoria eventi storici come lo sterminio dei rom nei campi nazisti e precedenti eventi storici di maltrattamento delle comunità rom e sinti. È fondamentale individuare alternative alle quarantene arbitrarie e "di massa" e qualora si dovessero rendere necessarie è imprescindibile garantire l'accesso alle strutture, ai servizi, agli interventi di assistenza e sussidiarietà, alla sanità, all'istruzione e all'occupazione.

I partecipanti alla ricerca hanno espresso **sfiducia nel governo e nelle autorità sanitarie a causa delle politiche, passate e presenti, relative lo "stato di emergenza" e le discriminazioni**. Questi elementi sono andati a combinarsi in un atteggiamento di resistenza nei confronti della vaccinazione quando questa è stata resa disponibile. All'interno di un campo rom, la campagna di vaccinazione si è svolta contemporaneamente agli sgomberi. Di conseguenza, gli abitanti hanno visto la campagna di vaccinazione come coercitiva e connessa con lo sgombero che stavano vivendo in quel momento. Inoltre, la mancanza di un'iscrizione formale nei registri anagrafici ha impedito ad alcuni intervistati di Roma e Milano di accedere ai buoni pasto messi a disposizione dal governo per aiutare i più vulnerabili a procurarsi il cibo durante i lockdown. Nonostante le campagne di sensibilizzazione e le manifestazioni di diverse ONG e associazioni in tutta Italia, in alcune città i criteri di accesso ai buoni pasto non sono stati modificati e sono rimasti inaccessibili.⁷

L'accesso limitato ai centri di vaccinazione e la mancanza di sostegno socio-economico da parte dello Stato hanno rappresentato degli ostacoli all'accesso alla vaccinazione per i partecipanti alla ricerca che volevano vaccinarsi. Infatti, a contribuire alla sfiducia e alla distanza nei confronti della campagna vaccinale sono state anche le barriere strutturali. Vivendo per lo più nelle periferie delle città, molti dei nostri interlocutori si affidavano ai trasporti pubblici per accedere ai servizi e per andare al lavoro. L'impossibilità di guadagnare durante i lockdown (soprattutto per i lavoratori informali), la mancanza di opzioni di trasporto accessibili per raggiungere i siti di vaccinazione e la percezione del rischio di una maggiore esposizione al contagio nei mezzi pubblici, ha disincentivato la vaccinazione.

Nel luglio 2021, il governo italiano ha introdotto il **"Green Pass"** come prerequisito per l'accesso ai servizi pubblici, al lavoro e al tempo libero.³³ A coloro che non erano vaccinati è stato chiesto di dimostrare una recente guarigione da COVID-19 o di fornire un test COVID-19 negativo per accedere ai posti di lavoro, ai servizi e ai luoghi pubblici. La violazione di queste regole comportava multe e limitazioni di accesso alle strutture pubbliche. Sebbene molti dei partecipanti alla ricerca fossero vaccinati, molti non erano necessariamente favorevoli alla vaccinazione ma hanno scelto di farlo solo per poter continuare a lavorare. Molti si sono sentiti costretti a vaccinarsi e hanno espresso timori e disappunto dopo il vaccino. Per gli intervistati non vaccinati, disoccupati o con un lavoro informale o poco retribuito, il costo del test COVID-19 ha avuto l'effetto di aggravare ulteriormente la condizione di povertà. Una donna rom di Roma, che temeva gli effetti collaterali del vaccino perché soffriva di malattie cardiache, diabete e asma, ha raccontato di aver dovuto scegliere tra l'acquisto del cibo e l'acquisto del test per continuare a lavorare.

Pertanto, le campagne di sensibilizzazione devono affrontare il tema di come i più ampi determinanti socio-economici della salute si intrecciano con il rischio di infezione da COVID-19 e con la scelta di vaccinarsi o meno.^{34,35}

Le resistenze alla vaccinazione erano motivate anche dalla paura di subire sgomberi ed espulsioni nel caso il loro status di migranti o di lavoratori "in nero" fosse stato reso noto alle autorità sanitarie. Inoltre, l'impiego in lavori non regolari comportava la necessità di essere "pronti a lavorare" ogni volta che si presentava un'opportunità, e quindi c'era il timore degli effetti collaterali del vaccino poiché avrebbero potuto impedire alle persone di lavorare. Mentre il COVID-19 è stato trattato principalmente come una crisi sanitaria dagli esperti scientifici e dai politici, le comunità che hanno partecipato alla nostra ricerca hanno vissuto la pandemia anche come una minaccia alla loro cittadinanza, alla loro sicurezza, ai loro mezzi di sostentamento e al loro status. Le misure sanitarie pubbliche che richiedono

informazioni personali (tra cui il "Green Pass") sono state percepite come coercitive e hanno esacerbato le paure di sfratto e la sfiducia nelle autorità.

La paura degli sgomberi è associata **alla paura di essere separati dalle proprie famiglie, dai mezzi di sostentamento e dalle reti di solidarietà**. Le famiglie che abbiamo incontrato tendevano a essere numerose e multigenerazionali, con un alto numero di bambini piccoli. In ambienti in cui l'occupazione, l'alloggio e l'accesso ai servizi sanitari sono limitati, queste strutture familiari e sociali e i modelli di formazione dei nuclei familiari rappresentano strategie comunitarie fondamentali per affrontare la povertà e garantire la sopravvivenza socio-economica e culturale. È necessario garantire la disponibilità e l'accesso a un alloggio adeguato, a buone condizioni di vita, all'occupazione, all'istruzione e alla salute, in modo da preservare le relazioni comunitarie che rivestono un'importanza vitale. Tali politiche favorirebbero una crescente inclusione dei rom e una maggiore fiducia nello Stato, nelle autorità sanitarie pubbliche e nella società in generale.

Il timore di **effetti collaterali** dovuti a patologie croniche preesistenti e a circostanze socioeconomiche trasversali è stato un tema comune nelle narrazioni dei partecipanti. Gli intervistati hanno espresso preoccupazione per gli elevati tassi di malattie preesistenti tra le comunità rom e per gli eventuali effetti che il vaccino avrebbe potuto provocare sulle loro condizioni di salute a lungo termine. In media, i rom in Italia rischiano di morire da dieci a quindici anni prima rispetto al resto della popolazione.³⁴ Vivendo in insediamenti socio-economicamente svantaggiati, i rom hanno tassi più elevati di fattori di rischio dal punto di vista clinico che aumentano la gravità e la mortalità del COVID-19.³⁶ È fondamentale che le strategie di informazione e comunicazione sanitaria considerino i più ampi determinanti socio-economici della salute che colpiscono in modo sproporzionato i rom, per contrastare i timori relativi ai possibili effetti collaterali. Insieme alle strategie di riduzione della povertà, le autorità sanitarie devono fornire opportunità di dialogo e confronto aperto sui benefici e gli effetti collaterali del vaccino attraverso la sensibilizzazione a livello locale con soggetti che godano della fiducia della comunità.

Per iscriversi al Servizio sanitario nazionale italiano e avere diritto a un medico di base, il principale punto di accesso ai servizi sanitari, **è necessario un certificato di residenza formale e codice fiscale**. Alcuni dei partecipanti alla ricerca erano privi di documenti e di contratti di lavoro regolari e questo ha compromesso l'accesso ai servizi sanitari, ai sostegni al reddito e agli aiuti sociali. L'assenza di documenti e dei certificati di residenza ha limitato l'accesso ai servizi sanitari pubblici e alle vaccinazioni. La paura delle autorità, compresi gli operatori sanitari, ha portato i nostri interlocutori a cercare assistenza sanitaria solo in caso di malattie gravi, di solito attraverso costose prestazioni sanitarie private. L'accesso all'assistenza sanitaria privata, tuttavia, non consentiva loro di accedere alla vaccinazione, poiché la vaccinazione per il COVID-19 non era disponibile privatamente.

I rom che avevano **accesso e un rapporto consolidato con il loro medico di base** avevano maggiori probabilità di considerare gli operatori sanitari come interlocutori credibili e affidabili per quanto riguarda la vaccinazione. È importante che i medici di base siano maggiormente coinvolti nelle campagne vaccinali per fornire messaggi coerenti e pertinenti e potenziare gli interventi di sensibilizzazione nella comunità rom. Questo include la comprensione dei loro bisogni, delle loro preoccupazioni e delle disuguaglianze che vivono quotidianamente.

È incoraggiante notare come in passato, in Italia e altrove, delle campagne per la salute pubblica rivolte ai bambini rom siano riuscite ad aumentare i tassi di vaccinazione, pertanto invitiamo a trarre ispirazione da questi esempi.³⁷

Il processo di vaccinazione è stato visto come "esclusivamente riservato ai non rom", a causa della **mancanza di partecipazione delle comunità alle campagne vaccinali e alla definizione delle politiche**. La mancanza di comunicazione e di impegno da parte degli operatori sanitari nei confronti dei membri delle comunità rom, dei mediatori, dei rappresentanti delle comunità è associata alla sfiducia nei confronti delle iniziative governative. Tenendo presente l'eterogeneità delle comunità rom, gli approcci per affrontare la tematica del coinvolgimento nei programmi vaccinali possono richiedere diverse strategie di partecipazione comunitaria. Laddove c'è stato un coinvolgimento della comunità, l'adesione al vaccino è aumentata. Per esempio, la disponibilità di un mediatore sanitario rom, sostenuto da una ONG in un insediamento a Roma, ha portato a un aumento dei tassi di vaccinazione in quella comunità. Anche a Catania i leader religiosi e i circoli di fede hanno svolto un ruolo importante, in quanto le discussioni in chiesa e nelle riunioni comunali si sono interrogate su come le credenze

religiose andavano a intrecciarsi con il tema della vaccinazione. A Milano, i membri della comunità hanno rispettato l'autorità degli anziani rom e la volontà di proteggere gli anziani ha aumentato il tasso di vaccinazione nelle famiglie.

Gli intervistati hanno dichiarato di utilizzare di più i social media dei media tradizionali e dei siti web governativi. All'interno delle famiglie rom, quasi tutte le generazioni accedono frequentemente ai media digitali (piattaforme Facebook, WhatsApp, TikTok e Instagram). Tutti i partecipanti alla ricerca hanno avuto accesso ai social media e alcuni sono stati esposti alla **disinformazione online**, che ha definito la pandemia come una bufala o come uno strumento di controllo della popolazione da parte delle élite. È quindi importante progettare strategie di comunicazione che facciano leva sui social media. Un uso migliore dei social media e dei media tradizionali da parte di chi implementa le campagne vaccinali può contrastare la disinformazione e la sfiducia nella vaccinazione, specialmente se viene prevista la creazione di contenuti coinvolgendo direttamente i membri delle comunità. Infatti, molti dei nostri interlocutori hanno riferito di aver ricevuto informazioni sull'emergenza COVID-19 e sulle misure di prevenzione e protezione dai social media e di essere stati influenzati dalle proteste e dalle iniziative digitali del movimento “no-vax” in Italia.

Oltre a esaminare le barriere che ostacolano l'assunzione del vaccino tra le popolazioni rom, la nostra ricerca ha cercato di identificare le geografie delle relazioni di fiducia all'interno delle comunità e il loro impatto sull'assunzione del vaccino. Abbiamo scoperto che la fiducia risiede principalmente nelle relazioni familiari e comunitarie. **È fondamentale che le campagne di salute pubblica includano un'attività di sensibilizzazione guidata dalle stesse comunità e che sappiano coinvolgere persone in cui viene riposta fiducia**, come i rappresentanti delle comunità, i mediatori culturali e sanitari, i leader religiosi, in modo tale da promuovere cambiamenti inclusivi di portata più ampia volti a rafforzare la collaborazione tra i membri della comunità e le autorità locali.

La comunicazione pubblica così come le iniziative di sostegno socio-economico devono coinvolgere le comunità ed essere capaci di co-creare strategie per implementare la copertura vaccinale insieme alle comunità e alle loro associazioni (ad esempio, organizzazioni no-profit e religiose). Per farlo è necessario mettere a disposizione delle risorse, sia finanziarie sia formative, così da rispondere alle diverse esigenze e ai diversi bisogni delle comunità.

Infine, è importante perseguire **un'agenda di ricerca che sia in grado di comprendere e analizzare più adeguatamente i bisogni delle comunità rom**. Il coinvolgimento dei rom nella progettazione e nell'attuazione di tali progetti di ricerca può contribuire a una migliore comprensione delle loro esigenze. Studi precedenti sulle disuguaglianze sanitarie vissute dalle comunità rom europee hanno messo in luce la necessità di produrre e raccogliere maggiori dati sulla salute dei rom. Questa necessità è stata espressa alla luce dei tassi di morbilità più elevati, delle barriere di accesso ai servizi sanitari e del legame con i determinanti sociali di salute.^{34,38} La pandemia COVID-19 ha messo in evidenza la sottorappresentazione dei rom nella ricerca sanitaria e la mancanza di dati sulle disparità sanitarie causate dalle barriere strutturali di accesso ai servizi e dalle discriminazioni. La ricerca, sia qualitativa che quantitativa, non solo può contribuire a garantire una migliore “preparazione” alle future pandemie, ma è in grado di sostenere l'identificazione dei fattori, molteplici e tra loro intersecati, alla base delle disuguaglianze sanitarie dei Rom.

CONCLUSIONI

Tra le comunità rom, le disuguaglianze sociali e i loro effetti hanno un impatto diretto sull'adesione alla campagna vaccinale. L'attenzione alla emergenza causata dal COVID-19, sebbene immediata e senza precedenti, non deve distogliere l'attenzione dalle disuguaglianze, sia quelle più recenti che quelle di lunga durata. Le disuguaglianze preesistenti e i problemi strutturali sono stati normalizzati, se non invisibilizzati, nel discorso pubblico a proposito della campagna vaccinale contro il COVID-19. Questo documento ha messo in luce come la povertà, le discriminazioni e le disparità socio-economiche abbiano un legame diretto con la scelta di vaccinarsi o meno.

L'impatto del COVID-19 ha anche esacerbato la sfiducia tra le comunità rom, le autorità pubbliche e gli operatori sanitari. Un accesso equo alle vaccinazioni richiede il ripensamento delle risposte statali e la necessità di affrontare le questioni sottese, di lunga data e quotidiane che caratterizzano la vita delle

comunità rom. Le ricerche in campo sanitario, le politiche e il coinvolgimento delle comunità rom, se capaci di comprendere gli intrecci tra le disuguaglianze strutturali e preesistenti con le nuove forme di svantaggio e vulnerabilità, sono elementi necessari per affrontare il tema della sfiducia e dell'accesso ridotto ai vaccini.

I provvedimenti che prevedono l'obbligatorietà della vaccinazione sono anche la conseguenza delle carenze della sanità pubblica nel raggiungere, comunicare, assicurare e coinvolgere i gruppi vulnerabili. Le narrazioni riguardanti l'esitazione nei confronti del vaccino tendono ad attribuire le responsabilità ai singoli individui. Al contrario, queste dovrebbero essere riformulate in modo da includere il riconoscimento dei molteplici fattori, compresi quelli sociali e strutturali, che costituiscono un ostacolo nella scelta di vaccinarsi. È fondamentale che le istituzioni sanitarie pubbliche si impegnino in modo trasparente con le comunità rom. E infine, cosa più importante, la partecipazione delle comunità rom e la co-produzione di soluzioni, compresa l'assegnazione di risorse mirate a interventi socio-economici e culturali, dovrebbero essere parte integrante degli sforzi per incrementare l'adozione dei vaccini e l'uguaglianza.

REFERENCES

1. European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *Implications of COVID-19 pandemic on Roma and Travellers communities (Country: Italy)*. EUFRA. <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/covid19-rights-impact-september-1>
2. Sarafian, I. (2022, March). Protect and Punish: How Italy rolled out vaccines while evicting Roma [LSE]. *Protect and Punish: How Italy Rolled out Vaccines While Evicting Roma*. <https://blogs.lse.ac.uk/covid19/2022/03/10/protect-and-punish-how-italy-rolled-out-vaccines-while-evicting-roma/>
3. Council of Europe. (2020). Roma and Traveller Inclusion. COE.
4. Holt, E. (2021). COVID-19 vaccination among Roma populations in Europe. *The Lancet Microbe*, 2(7), e289. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00155-5](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00155-5)
5. Ivanov, A., Keller, S., & Till-Tentschert, U. (2015). *Roma poverty and deprivation: The need for multidimensional anti-poverty measures*.
6. Korunovska, N., & Jovanovic, Z. (2020). *ROMA IN THE COVID-19 CRISIS*: Open Society Foundations.
7. EU FRA. (2020). *Coronavirus Pandemic in the EU - Impact on Roma and Travellers*. European Union Fundamental Rights Agency.
8. Gay y Blasco, P., & Fotta, M. (Eds.). (2022). *Romani Chronicles of COVID-19*. Berghahn Books.
9. Aradau, C., & Tazzioli, M. (2021). Covid-19 and rebordering the world. *Radical Philosophy*, 2.
10. European Roma Rights Centre. (2020). *Roma Rights in Times of Covid*.
11. Stasolla, P., & Vitale, T. (2020). #IStayCamp. Health Conditions, Food Deprivation and Solidarity Problems in the First Days of Lockdown in the Roma Villages of Rome. *Metropolis.Org*. <https://metropolitics.org/IStayCamp-Health-Conditions-Food-Deprivation-and-Solidarity-Problems-in-the.html>
12. Piasere, L. (2004). *I rom d'Europa. Una storia moderna*. Rome-Bari: Laterza.
13. Solimene, M. (2018). Romani (im)Mobility, Between Camps, Evictions and Ambivalent Repressions of 'Nomads' in the Eternal City. *Nomadic Peoples*, 22(1), 65–82. JSTOR.
14. Ivasiuc, A. (2019). Reassembling Insecurity: The Power of Materiality. *Conceptualizing Power in Dynamics of Securitization*, 367.
15. Marinaro, I. C., & Solimene, M. (2020). Navigating the (in)formal city: Roma, urban life and governance in Rome. *Cities*, 96, 102402. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2019.102402>
16. Piasere, L. (2006). Che cos'è un campo nomadi. *Rivista di Antropologia*, 8, 8–16.
17. Fraser, A. (1992). *The Gypsies*. Oxford: Blackwell.
18. Clough Marinaro, I., & Sigona, N. (2011). Introduction Anti-Gypsyism and the politics of exclusion: Roma and Sinti in contemporary Italy. *Journal of Modern Italian Studies*, 16(5), 583–589. <https://doi.org/10.1080/1354571X.2011.622467>
19. Sigona, N. (2008). *The 'Latest' Public Enemy: Romanian Roma in Italy. The Case Studies of Milan, Bologna, Rome and Naples*. Deakin Research.
20. Picker, G. (2017). *Racial cities: Governance and the segregation of Romani people in urban Europe*. Taylor & Francis.
21. van Baar, H. (2011). Europe's Romaphobia: Problematization, Securitization, Nomadization. In *Environment and Planning Society and Space*. EP.
22. Amnesty International. (2011). Italy: Decrees that discriminated against Roma are ruled unlawful. *Italy: Decrees That Discriminated against Roma Are Ruled Unlawful*. <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2011/11/italy-decrees-discriminated-against-roma-are-ruled-unlawful-2/#:~:text=The%20Italian%20Council%20of%20State,declared%2C%E2%80%9D%20said%20Nicola%20Duckworth%2C>
23. De Genova, N. (2019). The securitization of Roma mobilities and the re-bordering of Europe. In *The securitization of the Roma in Europe* (pp. 29–44). Springer.
24. van Baar, H. (2018). Contained mobility and the racialization of poverty in Europe: The Roma at the development–security nexus. *Social Identities*, 24(4), 442–458. <https://doi.org/10.1080/13504630.2017.1335826>
25. Picker, G. (2016). 'That neighbourhood is an ethnic bomb!' The emergence of an urban governance apparatus in Western Europe. *European Urban and Regional Studies*, 23(2), 136–148.
26. Clough Marinaro, I. (2009). Between surveillance & exile: Biopolitics and the Roma in Italy. *Bulletin of Italian Politics*, 1(2), 265–287.
27. Alunni, L. (2017). Obituaries Without Biographies: Death and Health Care in Roma Camps in Rome. *Anthropological Quarterly*, 90(3), 581–604. JSTOR.
28. van Baar, H., Ivasiuc, A., & Kreide, R. (2019). *The securitization of the Roma in Europe*. Springer.
29. Matache, M., & Bhabha, J. (2020). Anti-Roma racism is spiraling during COVID-19. *Health and Human Rights*, 22(1), 379.

30. Karafillakis, E., Damme, P. V., Hendrickx, G., & Larson, H. J. (2022). COVID-19 in Europe: New challenges for addressing vaccine hesitancy. *The Lancet*, 399(10326), 699–701. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00150-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00150-7)
31. MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
32. Gutiérrez-Martínez, A., Alés Álvarez, S. G., Protasio, T., & Miranda, D. (2020). COVID-19: How one-size-fits-all policies negatively impact the Roma population. *European Public Health Alliance (EPHA)*. European Public Health Alliance. <https://epha.org/wp-content/uploads/2021/12/hi-casestudy-romaadvocacy.pdf>.
33. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, (2021). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/06/17/21A03739/sg>
34. Földes, 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(1), 37–39. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0312-2>
35. Burström, B., & Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*, 30(4), 617–618. PubMed. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa095>
36. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
37. Dyson, L., Bedford, H., Condon, L., Emslie, C., Ireland, L., Mytton, J., Overend, K., Redsell, S., Richardson, Z., & Jackson, C. (2020). Identifying interventions with Gypsies, Roma and Travellers to promote immunisation uptake: Methodological approach and findings. *BMC Public Health*, 20(1), 1574. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09614-4>
38. McDonald, C., & Negrin, K. (2010). *No Data, No Progress: Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion 2005–2015*.
39. Storer, E. (2022). Ethnographies of (Dis)Engagement [LSE]. *Ethnographies of (Dis)Engagement*. <https://www.lse.ac.uk/africa/research/Ethnographies-of-Disengagement>

ACKNOWLEDGEMENTS

This brief draws primarily on ethnographic evidence collected through interviews and observations with Roma community individuals in Milan, Rome and Catania, Italy along with civil society representatives and health workers between November 2021 and January 2022. The brief was developed for SSHAP by Iliana Sarafian (London School of Economics and Political Science), with contributions and reviews from Elizabeth Storer (LSE), Tabitha Hrynicky (IDS), Dr Marco Solimene (University of Iceland), Dijana Pavlovic (*Upre Roma*) and Olivia Tulloch (Anthrologica). The brief can be read in conjunction with a forthcoming report by Elizabeth Storer and Iliana Sarafian as part of The British Academy funded project 'Ethnographies of Dis-Engagement': <https://www.lse.ac.uk/africa/research/Ethnographies-of-Disengagement>.³⁹ The research was funded through the British Academy COVID-19 Recovery: G7 Fund (COVG7210058).

CONTACT

If you have a direct request concerning the brief, tools, additional technical expertise or remote analysis, or should you like to be considered for the network of advisers, please contact the Social Science in Humanitarian Action Platform by emailing Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) or Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com).

The Social Science in Humanitarian Action is a partnership between the Institute of Development Studies, Anthrologica and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. This work was supported by the UK Foreign, Commonwealth and Development Office and Wellcome Trust Grant Number 219169/Z/19/Z. The views expressed are those of the authors and do not necessarily reflect those of the funders, or the views or policies of IDS, Anthrologica or LSHTM.



Anthrologica



KEEP IN TOUCH

@SSHAP_Action info@socialscience.org www.socialscienceinaction.org SSHAP newsletter

Suggested citation: Sarafian, I. (2022) Key Considerations: Tackling Structural Discrimination and COVID-19 Vaccine Barriers for Roma Communities in Italy. *Social Science in Humanitarian Action (SSHAP)* DOI: [10.19088/SSHAP.2022.024](https://doi.org/10.19088/SSHAP.2022.024)

Published May 2022

© Institute of Development Studies 2022



This is an Open Access paper distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International licence (CC BY), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and source are credited and any modifications or adaptations are indicated. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>