

Avere una casa a Torino: ripercussioni crescenti sulla salute *

Le condizioni abitative a Torino: un miglioramento generalizzato

L'elemento che più di ogni altro contraddistingue le condizioni abitative del nostro paese è l'alta percentuale di abitazioni in proprietà, con un andamento crescente nel tempo a partire dal secondo dopoguerra. Secondo i dati censuari, nel 1951 le case occupate dai proprietari erano il 40%, nel 1961 il 45,8%, nel 1971 il 50,8%, nel 1981 il 58,9%, nel 1991 il 68%, nel 2001 hanno raggiunto la percentuale del 71%, toccando nel 2011 quasi il 73% (Bernardi e Poggio 2004; Istat 2012). A questo va anche sommato, per gli anni più recenti, circa un 9% di abitazioni occupate prevalentemente a titolo gratuito e in usufrutto, situazioni queste ricorrenti soprattutto tra le fasce più giovani e più anziane della popolazione (Filandri 2015).

Un altro elemento che caratterizza la realtà abitativa italiana è rappresentato da un complessivo miglioramento delle condizioni abitative (Minelli 2004). Già a partire dagli anni Settanta il numero degli alloggi disponibili ha superato il numero delle famiglie. Si sono innalzati gli *standard*, la dotazione e la qualità degli impianti nelle abitazioni. Alcune famiglie hanno anche consumi abitativi che possono essere definiti opulenti, disponendo di una o più abitazioni per le vacanze o per altri scopi ricreativi, oltre alla casa di residenza (Poggio 2009). Sebbene in generale possedere la casa in cui si vive sia associato a più alti *standard* abitativi rispetto alla locazione, la grande diffusione della proprietà non è un elemento sufficiente per ritenere chiusa la questione abitativa. Contribuiscono, infatti, a definire la qualità dell'abitare delle famiglie, non sempre in maniera univoca, diversi fattori: demografici, istituzionali, economico-sociali (Filandri e Olagnero 2014). Per fare due esempi basti pensare ai costi di accesso e mantenimento dell'abitazione per le famiglie più anziane, che sono state per lo più favorite al momento dell'acquisto, ma che si trovano in difficoltà in periodi di costi di manutenzione crescenti, oppure al progressivo modificarsi delle politiche di sostegno alla casa che sono sempre meno redistributive e sempre più orientate a sostenere la capacità di mercato degli individui, ma non assicurano loro la persistenza nel tempo di questa capacità. L'influenza di questi fattori si rispecchia spesso su altre caratteristiche della casa che non sono il titolo di godimento. Elementi rilevanti di cui tenere conto sono, infatti, la presenza di servizi igienici interni all'abitazione, nonché la presenza di un adeguato impianto di riscaldamento. La combinazione di questi elementi definisce livelli abitativi diversi, che possono essere graduati da situazioni di disagio a situazioni di agio.

Osservando l'andamento dei dati censuari relativi alla città di Torino dal 1971 al 2001 (Tabella 1), vediamo un generalizzato miglioramento delle condizioni abitative in tutti gli aspetti considerati. La diffusione della proprietà cittadina è aumentata, in linea con i dati nazionali:

Tabella 1. Condizioni abitative per fascia di età (percentuali).
Torino, 1971, 1981, 1991 e 2001. / n.d.: informazione non disponibile

	Censimento 1971		Censimento 1981		Censimento 1991		Censimento 2001	
	30-64 anni	65-84 anni	30-64 anni	65-84 anni	30-64 anni	65-84 anni	30-64 anni	65-84 anni
Superficie in mq								
Inform. mancante	1,5	2,2	3,2	6,1	1,7	3,4	0,3	0,4
<44	21,0	29,0	18,2	26,7	19,5	26,3	22,1	24,6
45-69	37,7	33,8	42,5	39,3	41,8	39,4	41,1	42,1
70-99	27,5	22,5	23,5	17,5	24,9	20,3	24,1	21,7
>100	12,4	12,5	12,6	10,5	12,1	10,6	12,4	11,2
Gabinetto								
Inform. mancante	1,5	2,2	2,6	5,6	1,7	3,4	0,3	0,4
Nessuno o esterno	9,4	14,2	5,9	8,6	3,0	3,6	1,0	1,5
Interno	89,1	83,7	78,0	76,4	78,2	80,2	76,1	80,0
Più di uno	n.d.	n.d.	13,5	9,4	17,1	12,7	22,6	18,1
Riscaldamento								
Inform. mancante	1,5	2,2	2,5	5,7	1,7	3,4	0,3	0,4
Nessuno o app. singoli	16,1	21,3	11,8	14,7	7,1	8,0	3,4	3,4
Centralizz. o autonomo	82,5	76,6	85,8	79,7	91,2	88,6	96,4	96,2
Titolo di godimento								
Inform. mancante	1,5	2,2	3,0	6,0	1,7	3,4	0,3	0,4
Proprietà	27,6	32,2	38,7	42,5	55,1	57,6	64,5	71,4
Non proprietà	70,9	65,7	58,3	51,5	43,2	39,0	35,2	28,2
N	487.040	99.651	517.735	135.179	461.111	142.814	422.916	165.477

in quarant'anni i torinesi che posseggono la casa in cui risiedono sono passati dal 27 al 65% circa per gli adulti (30-64 anni) e dal 32 al 71% per gli anziani (65-84). Sono poi diminuiti adulti e anziani con disagi legati sia alla mancanza o inadeguatezza del gabinetto sia agli impianti di riscaldamento. Un discorso più articolato sarebbe invece necessario per la superficie abitativa, con oscillazioni più contenute nel tempo, che mostrerebbe situazioni di disagio solo se messa in relazione al numero dei componenti. Possiamo tuttavia considerare la dimensione della casa come indicatore di agio/disagio nella misura in cui all'aumentare dello spazio abitativo diminuisce la probabilità di sperimentare sovraffollamento e allo stesso tempo un alloggio più ampio costituisce una misura di maggiore disponibilità economica delle famiglie.

Tenendo conto simultaneamente dei quattro aspetti contenuti nei dati censuari, si è costruita una variabile che riassume il valore della condizione abitativa dei cittadini distinguendola in tre macro-categorie:

- a. abitazione 'agiata', che comprende i proprietari e gli affittuari di immobili di ampia dimensione¹ senza problemi di riscaldamento o gabinetto;
- b. 'mediamente agiata', che comprende proprietari e affittuari di alloggi di piccola e media dimensione, senza problemi abitativi;
- c. 'disagiata', che comprende affittuari sia di piccola e media dimensione sia con problemi di riscaldamento e/o gabinetto.

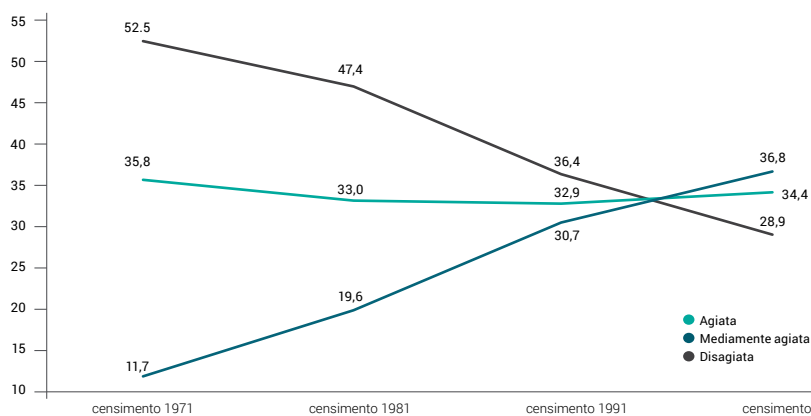
A Torino la percentuale di persone che risiedono in abitazioni 'disagiate' è passata dal 52,5% nel 1971 al 28,9% nel 2001, mentre quelle in abitazione considerate 'mediamente agiate' è salita dall'11,7% nel 1971 al 36,8% nel 2001, confermando l'andamento delle caratteristiche fisiche e di titolo di godimento descritte precedentemente (Figura 1).

Questo indicatore di tipologia abitativa ha un duplice significato per le implicazioni per la salute: da un lato rappresenta la ricchezza di beni accumulati nella vita da una persona e concorre a definirne la posizione sociale, dall'altro descrive una risorsa fondamentale per la qualità delle condizioni di vita e di salute di una persona.

A questo indicatore ne è stato affiancato uno di affollamento, elemento tra i più citati nella letteratura sul disagio abitativo (Filandri 2015). Esso rappresenta la capacità della casa di soddisfare il bisogno di abitare di quanti ci vivono e dovrebbe misurare un aspetto in parte indipendente delle condizioni abitative che possono influenzare la salute. In altre parole un alloggio può non essere piccolo o grande in sé, ma lo è in relazione al numero di componenti che vi abitano. Per definire il sovraffollamento si fa riferimento a una soglia sotto la quale si considera insufficiente il rapporto tra lo spazio disponibile e le persone residenti. Seguendo le indicazioni del rapporto 'Povertà abitativa in Italia 1989-1993' (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli affari sociali 1997) si ha sovraffollamento se la dimensione dell'abitazione di residenza risulta inferiore a 30, 50, 65, 80, 110 e 125 metri quadrati nel caso in cui i componenti conviventi siano, rispettivamente, uno, due, tre, da quattro a sei, sette e otto e oltre.

¹ La definizione di ampia dimensione è definita in termini relativi per ogni anno di censimento, per cercare di tenere conto del cambiamento nel tempo delle condizioni abitative. Per il 1971 si è adottata la soglia di oltre 70 mq per identificare gli alloggi di ampia dimensione; per il 1981 la soglia è stata elevata a 80 mq; per il 1991 e per il 2001 si è definito 84 mq.

Figura 1. Composizione della popolazione a Torino secondo la tipologia abitativa rilevata in occasione dei censimenti 1971, 1981, 1991 e 2001.



L'analisi dei dati censuari – in questo caso è stato possibile includere anche il 2011 - mostra come, per quanto riguarda i livelli di affollamento, a Torino continuano a permanere condizioni di disagio abitativo, anche se sembra essere un fenomeno, almeno considerando la parte emersa della società (quindi, non considerando gli immigrati clandestini), in diminuzione. Questo dato è di nuovo in linea con quello nazionale: secondo Baldini (2010) le curve sull'andamento di questo problema hanno seguito uno sviluppo tendenzialmente decrescente e negli ultimi decenni il problema del sovraffollamento è diventato meno diffuso. Non si può tuttavia dire che sia scomparso in quanto ancora oggi, a Torino, quasi una famiglia ogni quattro si trova in questa condizione (Figura 2).

Infine è necessaria una riflessione *ad hoc* sulla domanda abitativa legata in modo particolare alle fasce deboli della popolazione. Il bisogno abitativo, dato sia dalla domanda primaria alimentata dalla crescita delle famiglie, sia dalla domanda generata dal disagio abitativo, è piuttosto elevato e in aumento nel tempo. A questo proposito sono emblematici alcuni dati recenti su Piemonte e Torino. Nel 2005 il fabbisogno abitativo nella Regione Piemonte era stimato in circa 40.000 alloggi, tenuto conto delle domande di edilizia popolare, degli sfratti, nonché delle situazioni di indigenza. Nel 2011, secondo i dati dell'Osservatorio sulla condizione abitativa della Regione Piemonte, il fabbisogno abitativo è salito a oltre 50.000 unità, dato peraltro in ulteriore aumento. Concentrandoci solo sulle domande inevase di accesso alle case popolari, queste sono passate da 16.000 nel 2005 a circa 22.000 nel 2011 e sono salite a 23.000 nel 2013 (Filandri e Autigna 2016). Da questo quadro si può già evincere come gli abitanti che usufruiscono dell'affitto sociale rappresentino una delle fasce più vulnerabili della popolazione e debbano essere esaminati separatamente. Rispetto alla città di Torino, un indicatore della situazione dell'affitto sociale emerge dall'analisi delle domande di alloggi di edilizia popolare. Dal 1996 tutte sono state gestite dall'Agenzia Territoriale per la Casa (ATC), e complessivamente sono state disposte, oltre 9.500 assegnazioni dal 1996 al 2012 (con una media di circa 560 assegnazioni all'anno). Questo rappresenta un indice di un disagio abitativo grave in fase di espansione a livello cittadino (Osservatorio sulla condizione abitativa 2013, p. 44). Prima del 1996, esisteva comunque sul territorio cittadino, l'affitto sociale, ma era gestito tramite altre agenzie e in particolare l'Istituto Autonomo per le Case Popolari (IACP). I dati sulla distribuzione dei residenti in affitto sociale sono infatti rilevabili dai dati censuari a partire dal 1981.

Figura 2. Famiglie che si trovano in condizione di sovraffollamento a Torino in occasione dei censimenti 1971, 1981, 1991, 2001 e 2011.

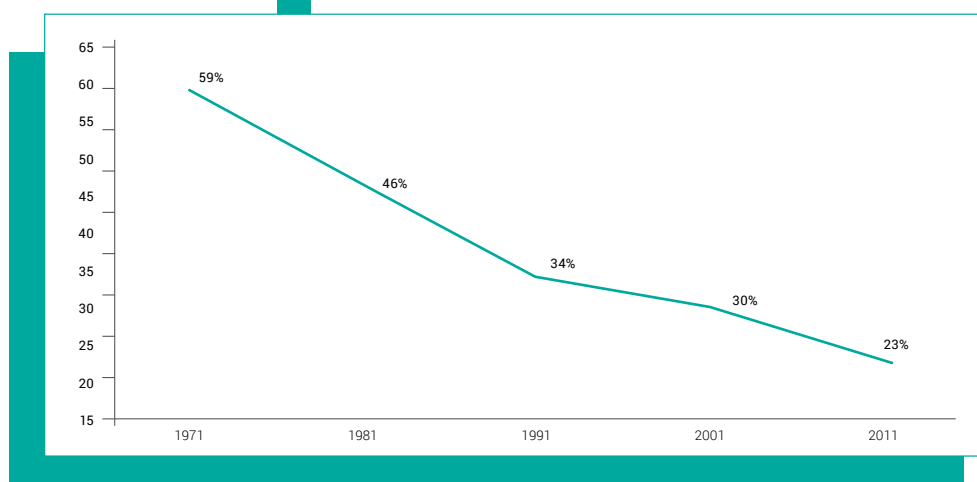


Figura 3. Rischi relativi di mortalità per tutte le cause tra i residenti in abitazioni disagiate rispetto a quelle agiate per periodo di calendario e fascia di età. Torino, 1972-2011, entrambi i sessi.

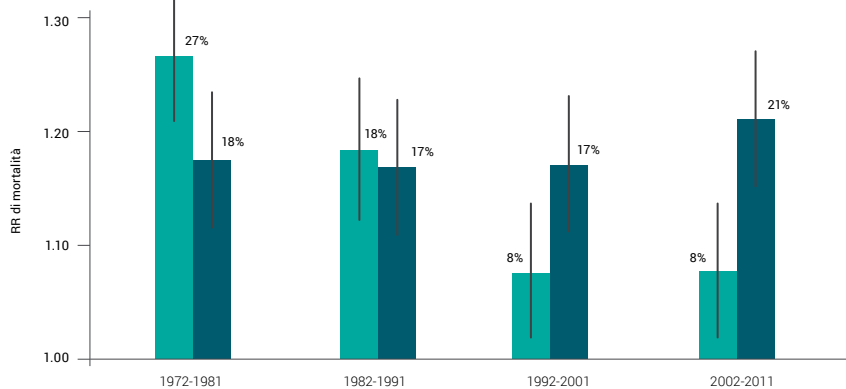
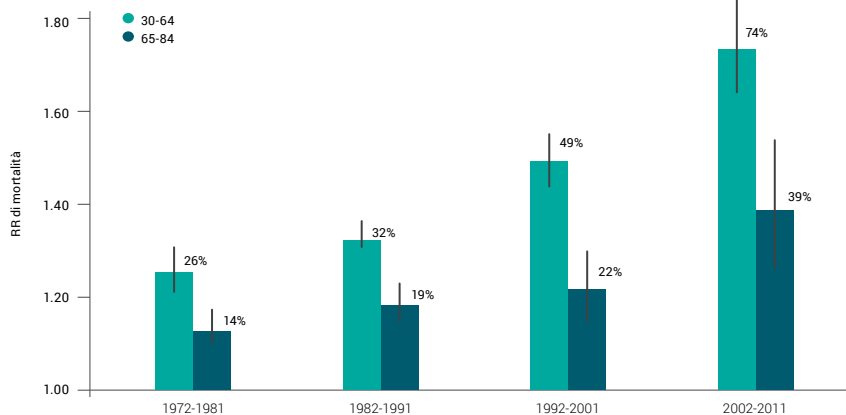


Figura 4. Rischi relativi di mortalità per tutte le cause tra gli abitanti in condizioni di sovraffollamento rispetto al non affollamento e il periodo di calendario per fascia di età. Torino, 1972-2011, entrambi i sessi.

In quest'anno la percentuale è pari a 7,6% e scende nel 1991 al 5,5%. Nel 2001 gli individui che vivono in affitto sociale sono 4,3% e arrivano al 3,5% nel 2011, caratterizzandosi per essere sempre più una fascia marginale della popolazione.

Condizioni abitative e mortalità

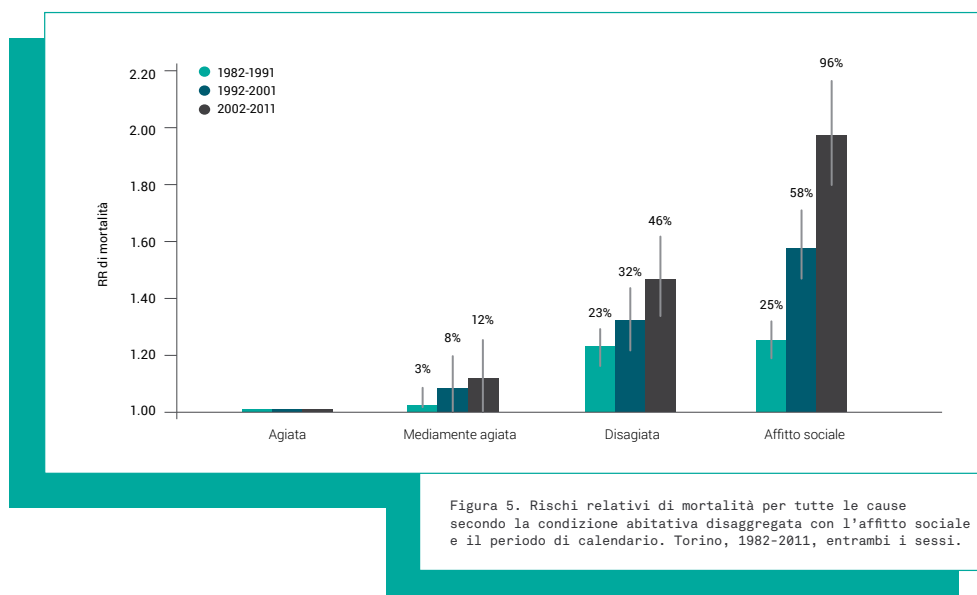
A Torino il rischio di ammalarsi e di morire cresce all'aumentare del disagio abitativo. A confermarlo sono le analisi di mortalità presentate in questo libro. Per effettuarle si è fatto ricorso alla tipologia abitativa sopra presentata, utilizzando come unità di analisi i soggetti residenti a Torino dal 1971 al 2001. Come visto, la tipologia è stata derivata dalla combinazione delle caratteristiche fisiche e del titolo di godimento dell'abitazione rilevate in occasione di ciascun censimento in corrispondenza del primo anno di ogni decennio osservato. Nelle analisi di mortalità per gruppi di cause i decenni sono stati ulteriormente

suddivisi in sotto-periodi di cinque anni. La Figura 3 rappresenta i rischi relativi di mortalità per tipologia abitativa lungo i 40 anni di osservazione e ha un'interpretazione diretta: posta a uno la probabilità di morire di chi risiede in una abitazione considerata agiata, l'altezza delle barre rappresenta l'aumento nella probabilità di morire di chi abita invece in condizioni abitative disagiate a parità di età e genere.

Nel tempo si osserva, sia per gli uomini sia per le donne (considerati insieme in questa analisi), un aumento graduale dell'eccesso di rischio di mortalità per chi risiede in abitazioni disagiate rispetto a chi vive in condizione agiata. Durante il primo decennio (anni '70) l'eccesso osservato era del 26% per gli adulti e del 14% per gli anziani, mentre nell'ultimo periodo considerato l'eccesso di rischio di morire di chi abita in condizioni disagiate è salito al 74% per i primi e al 39% per i secondi a confronto con chi risiede in case agiate. Le linee nere sopra le barre rappresentano la variabilità della stima e ne indicano la significatività statistica: laddove le linee non si sovrappongono fra loro lungo i decenni, i cambiamenti nei rischi possono considerarsi statisticamente significativi (al 95%), come ad esempio tra i primi e gli ultimi decenni in osservazione. In questo caso si può quindi osservare come l'aumento rispetto al decennio precedente nella sovra mortalità di chi vive in abitazioni disagiate sia pressoché sempre statisticamente significativo.

Passiamo adesso alla relazione tra sovraffollamento e mortalità, dimensione che come si è detto è particolarmente rilevante, ma trascurata quando si considerano solo le caratteristiche fisiche della casa e il titolo di godimento che servono a definire la tipologia abitativa. La Figura 4 rappresenta i rischi relativi di mortalità di chi vive una situazione di sovraffollamento, controllando per titolo di godimento dell'abitazione.

L'affollamento è sistematicamente associato a un aumento del rischio di morte in entrambe le fasce di età e in tutti i periodi di calendario considerati. In questo caso però si osserva una diminuzione dell'intensità dell'associazione tra sovraffollamento e rischio di mortalità della popolazione adulta (30-64 anni) che passa da un eccesso del 27% durante gli anni '70, a circa l'8% negli anni 2000. Per la popolazione anziana, invece, il rischio rimane praticamente stabile intorno al 18% con un leggero aumento durante l'ultimo decennio, seppur non significativo dal punto di vista statistico.



Dunque, si conferma uno stretto legame tra le condizioni abitative e la salute per tutti i quarant'anni di osservazione dello studio; questa associazione è sempre a sfavore delle condizioni più disagiate sia per tipologia abitativa sia per sovraffollamento. Per questa ragione ci sembra opportuno osservare come cambi la mortalità per quella fascia che, come mostrato in precedenza, si caratterizza per la maggiore vulnerabilità: i residenti in alloggi di affitto sociale.

A questo fine abbiamo ulteriormente disaggregato la tipologia di agio/disagio abitativo in tre modalità, isolando gli individui che si trovano a vivere in affitto sociale, ossia spesso non in condizione di ricorrere al mercato per soddisfare il bisogno abitativo. I risultati dell'analisi sul rischio di ammalarsi e morire per la tipologia abitativa a 4 modalità sono presentati nella Figura 5.

Ciò che emerge conferma la fragilità degli individui e delle famiglie che vivono in affitto sociale, anche dal punto di vista delle disuguaglianze di salute. Questo non è purtroppo sorprendente in quanto l'accesso all'affitto sociale è sempre stato un predittore piuttosto affidabile di povertà e disagio dei residenti. Ciò che colpisce è piuttosto l'andamento negli decenni. Dagli anni '80 l'eccesso nel rischio di morire è infatti aumentato in maniera marcata per coloro che non riescono a comprare una casa o ad affittarla sul libero mercato rispetto a chi vive in una casa agiata, arrivando nel 2011 al 96%. Sembrerebbe quindi che la minore diffusione di persone residenti in alloggi di affitto sociale, che come abbiamo visto secondo i dati censuari a Torino sono passati da circa 7,6% nel 1981 al 3,5% nel 2001, abbia portato a restringere l'accesso alle case popolari a una fascia di popolazione sempre più vulnerabile.

Finora abbiamo considerato la mortalità generale, ma possiamo anche vedere il peso delle singole cause sottostanti in relazione al vivere in condizioni di agio o disagio abitativo.

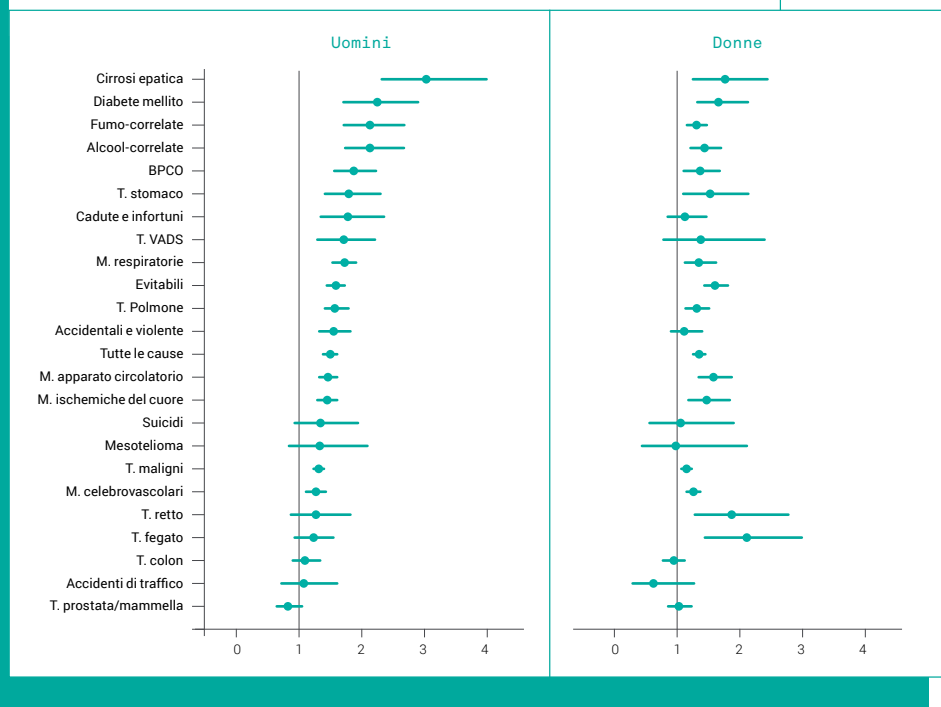
A questo proposito, per chi volesse approfondire, sono riportate nell'appendice *online* le tavole di mortalità dettagliate per fascia di età e genere dal 1972 al 2011.

Qui ci limitiamo a commentare i rischi relativi disaggregati per cause di morte negli anni più recenti e l'andamento temporale delle disuguaglianze negli ultimi 40 anni per ciascuna causa in analisi. Finora abbiamo sempre presentato i rischi di mortalità senza la distinzione di genere sotto l'assunto che la condizione abitativa riguardi nello stesso modo tutti i membri del nucleo familiare. Tuttavia l'analisi dettagliata delle cause di morte non può prescindere dalla dimensione del genere. La Figura 6 mostra come l'intensità delle disuguaglianze per chi vive in una casa disagiata in confronto a chi abita in una casa agiata vari a seconda della causa di morte.

Tra gli uomini le disuguaglianze sono maggiori quando si considerano le cause legate ai noti meccanismi di generazione, in particolare quelle legate agli stili di vita come l'abuso

Nonostante il miglioramento generale delle condizioni abitative, permangono situazioni di disagio associate a una maggiore mortalità. Il rischio di ammalarsi e di morire è maggiore tra i soggetti che si trovano a vivere in una condizione di sovraffollamento o in affitto sociale.

Figura 6. Rischi relativi di mortalità per causa di morte secondo la condizione abitativa disagiata (rispetto ad agiata=1) per genere. Torino, 2007-2011, età 30-99 anni.



di alcool (cirrosi epatica, malattie alcool-correlate e i tumori delle vie aeree e digestive superiori - VADS), fumo (malattie fumo-correlate, bronco-pneumopatia cronico-ostruttiva - BPCO - VADS, malattie respiratorie e tumore del polmone, malattie ischemiche e cerebrovascolari), accesso ai servizi sanitari e capacità di seguire i percorsi assistenziali e preventivi (diabete mellito, BPCO, e malattie potenzialmente evitabili con un ricorso appropriato e tempestivo alla cura e alla prevenzione) e per ultimo quelle riconducibili a disagio e insicurezza (lavorativa e domestica) come le cause accidentali e violente e quelle malattie in parte attribuibili alla povertà e al sovraffollamento (tumore dello stomaco e malattie respiratorie)². Tra le donne le graduatoria delle cause che più contribuiscono alle disuguaglianze è quasi sovrapponibile a quella degli uomini, con dei rischi leggermente minori e alcuni eccessi specifici come nella mortalità per i tumori del retto e del fegato per i quali è ipotizzabile per il primo una minore aderenza allo *screening* delle donne più svantaggiate e per il secondo una curva epidemica che durante gli anni 2000 risente di infezioni da virus epatitici contratte almeno 20 anni prima³. Per tutte queste cause si osserva un *trend* in aumento delle disuguaglianze in entrambi i generi particolarmente pronunciato a partire dagli anni 2000 (Figure 7 e 8). Questo fenomeno, potrebbe essere spiegato dal fatto che, a fronte di un miglioramento generale delle condizioni abitative, negli anni 2000 siano rimaste ad abitare in case disagiate le persone più vulnerabili, aumentando in questo modo le disuguaglianze relative.

² Il tumore dello stomaco riconosce come una delle principali cause l'infezione da *Helicobacter pylori*, la cui trasmissione è favorita da contatti stretti, da una scarsa igiene degli alimenti e dalla condizione di sovraffollamento (Barker et al. 1990), invece le malattie respiratorie (che comprendono, oltre ad asma e BPCO, anche le polmoniti) potrebbero essere favorite da condizioni di disagio abitativo, in particolare da un riscaldamento inadeguato, umidità e sovraffollamento (Grant et al. 2012).

³ Le disuguaglianze nella mortalità per tumore del fegato che si osservano tra le donne durante gli anni 2000, non si osservano tra gli uomini perché per questi ultimi gli eccessi di morte si sono verificati già durante gli anni '90.

Figura 7. Rischi relativi di mortalità per causa di morte secondo la condizione abitativa disagiata (rispetto ad agiata=1) e il periodo di calendario. Torino, 1972-2011. Uomini 30-99 anni.

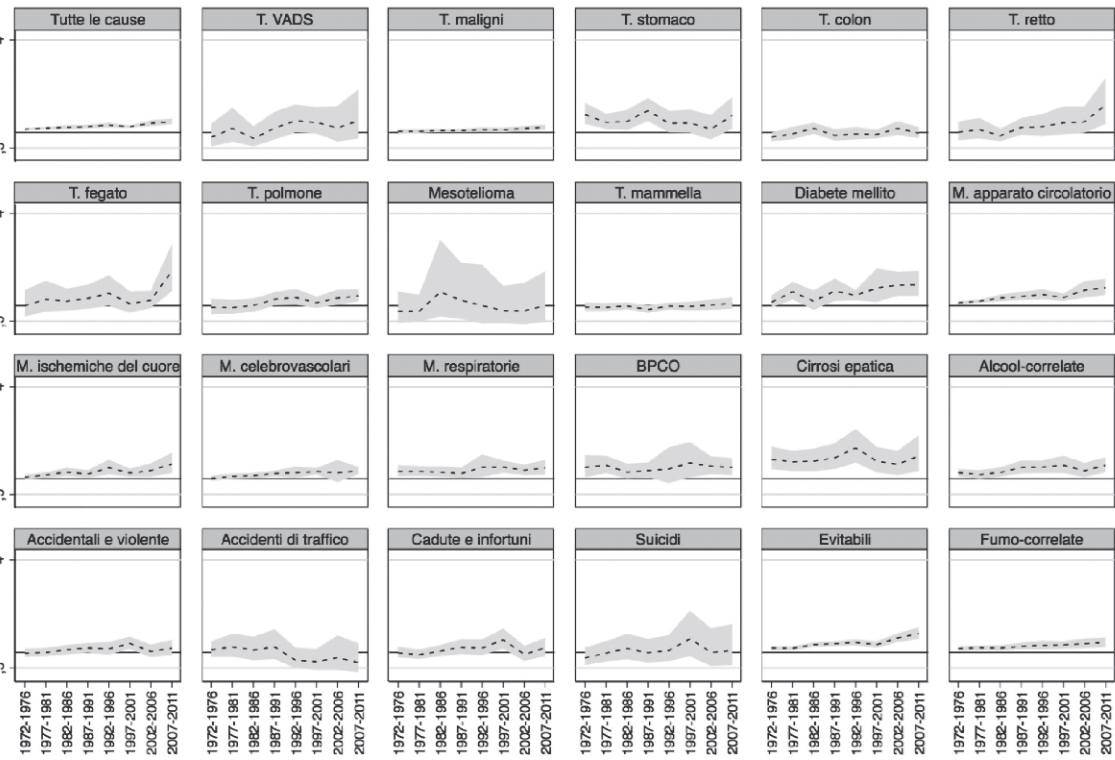
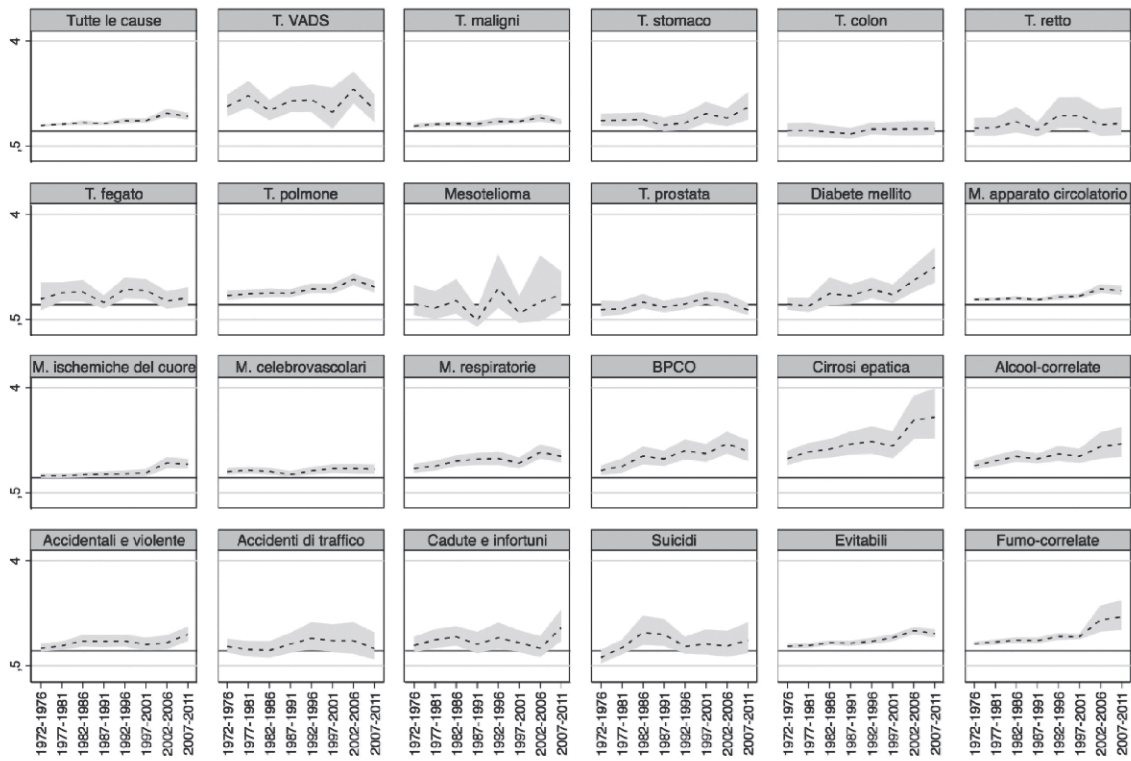


Figura 8. Rischi relativi di mortalità per causa di morte secondo la condizione abitativa disagiata (rispetto ad agiata=1) e il periodo di calendario. Torino, 1972-2011. Donne 30-99 anni.

Le disuguaglianze di mortalità secondo le condizioni abitative che abbiamo visto in questo capitolo sottolineano l'importanza della casa come dimensione di benessere fisico e del ruolo che possono assumere le politiche abitative⁴.

Queste ultime, storicamente, si caratterizzano per essere uno dei cosiddetti *wobbly pillar* del *welfare state*, ovvero la colonna debole, incerta, soprattutto a livello di risorse, sulla quale dovrebbero essere rinforzati gli investimenti, soprattutto in questa fase di recessione. La forte disoccupazione e la sempre maggiore instabilità lavorativa portano all'incremento di famiglie incapaci di accedere e mantenere un'abitazione in maniera autonoma, evitando così condizioni di disagio abitativo che, come visto, sono fortemente associate a conseguenze sfavorevoli per la salute. A questo proposito, l'analisi delle cause di mortalità porta a considerare il vivere in una condizione abitativa disagiata non solo come indicatore in sé di vulnerabilità (case più piccole, meno salubri, ecc.), ma anche come indicatore di svantaggio legato a comportamenti rischiosi (consumo di alcool, fumo) o di mancanza di accesso ai servizi. Si può quindi parlare di situazioni di svantaggio cumulativo che colpiscono le famiglie in condizione di maggiore fragilità.

Anche alla luce delle ricadute sulla salute, sarebbe inoltre auspicabile un aggiornamento di rotta delle tradizionali politiche abitative. Quelle che sono state implementate in Italia dal dopoguerra si caratterizzano prevalentemente per avere incentivato la proprietà privata, agendo sia sul lato dell'offerta, sia sul lato della domanda (Filandri 2015). L'attenzione delle politiche della casa dovrebbe invece orientarsi a sostenere le famiglie in affitto, in particolare nei casi di affitto sociale, che hanno maggiore probabilità di soffrire di disagio abitativo e di un maggior rischio di mortalità.

4 Nelle nostre analisi sulla relazione tra condizioni abitative e casa non abbiamo considerato il rischio di mortalità di coloro che non hanno una abitazione, i senza fissa dimora, e di coloro che vivono nei campi nomadi, ad esempio rom e sinti. In questa sede ci limitiamo a ricordare, come - secondo studi precedenti - i primi abbiano rischi altissimi legati alle malattie mentali e alla dipendenza da sostanze date le condizioni di disagio sociale estremo in cui vivono (cfr. Forchuk et al. 2011). Ad alto rischio di salute sono anche i secondi, coloro che vivono nei campi, a causa sia delle precarie condizioni di vita sia delle ragioni culturali che determinano una scarsa cura della persona (cfr. Monasta et al. 2008).

BIBLIOGRAFIA

Barker D.J., Coggon D., Osmond C., Wickham C. (1990), Poor housing in childhood and high rates of stomach cancer in England and Wales, *Brit J Cancer*, 61: 575-578.

Bernardi F. e Poggio T. (2004), Home Ownership and Social Inequality in Italy, in Blossfeld H.-P. e Kürz K. (a cura di), *Home Ownership and Social Inequality in Comparative Perspective*, Stanford University Press, California.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli affari sociali, Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione (1997), *Povertà abitativa in Italia 1989-1993*, http://siti.arscheologici.lavoro.gov.it/Documents/Resources/Lavoro/CIES/Poverta_abitativa_1997.pdf 11 novembre 2016.

Filandri M. e Olagnero M. (2014), Housing Inequality and Social Class in Europe, *Housing Studies*, 7: 977-993.

Filandri M. (2015), *Proprietari a tutti i costi*, Carocci Editore, Roma.

Filandri M. e Autigna L.P. (2015), Disuguaglianze di accesso alla casa. Le politiche di housing sociale in Piemonte, *La Rivista delle Politiche Pubbliche*, 3: 339-364.

Forchuk C., Csiernik R., Jensen E. (2011), *Homelessness, Housing, and Mental Health: Finding Truths, Creating Change*, Canadian Scholars' Press, Toronto.

Grant C.C., Emery D., Milne T., Coster G., Forrest C.B., Wall C.R., Scragg R. et al. (2012), Risk Factors for Community-Acquired Pneumonia in Pre-School-Aged Children, *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(5): 402-12.

Istat (2012), *Annuario Statistico Italiano 2012*, Istat, Roma.

Minelli A. (2004), *La politica per la casa*, Il Mulino, Bologna.

Monasta L., Andersson N., Ledogar R.J., Cockcroft A. (2008), Minority Health and Small Numbers Epidemiology: A Case Study of Living Conditions and the Health of Children in 5 Foreign Romá Camps in Italy, *American Journal of Public Health*, 98(11): 2035-2041

Osservatorio sulla Condizione Abitativa (2013), *X Rapporto - Anno 2013*, Comune di Torino, Torino.

Poggio T. (2009), Le principali dimensioni della disuguaglianza abitativa, in Brandolini A., Saraceno C. e Schizzerotto A. (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, abitazione, salute*, Il Mulino, Bologna.