

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES
TROPICALES**

*Romá macedoni e kosovari che vivono
in “campi nomadi” in italia*

**STATO DI SALUTE E CONDIZIONI DI VITA PER BAMBINI
DA ZERO A CINQUE ANNI D'ETÀ**

TESI

DOTTORATO IN EPIDEMIOLOGIA

DI

LORENZO MONASTA

Acapulco, Guerrero, 25 Ottobre 2005

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES TROPICALES

ROMÁ MACEDONI E KOSOVARI CHE VIVONO
IN “CAMPI NOMADI” IN ITALIA:
STATO DI SALUTE E CONDIZIONI DI VITA PER BAMBINI
DA ZERO A CINQUE ANNI D’ETÀ

TESI

DOTTORATO IN EPIDEMIOLOGIA

PRESENTA:

LORENZO MONASTA

ACAPULCO, GUERRERO, 25 OTTOBRE 2005

COMPENDIO

La ricerca epidemiologica che coinvolge popolazioni marginali in società urbanizzate deve affrontare due sfide importanti: le popolazioni vivono spesso in gruppi relativamente piccoli e molto dispersi e le loro caratteristiche, condizioni e bisogni sono generalmente definiti da persone esterne, spesso in modo inesatto.

In Italia, più di diciottomila *rom* stranieri, migrati da Paesi dell'Est Europa, vivono segregati in "campi nomadi" in situazioni estremamente precarie. Un campione di cinque campi di *rom* kosovari e macedoni, comprendente 167 bambini da zero a cinque anni d'età provenienti da 137 famiglie, è stato selezionato per questo studio. La ricerca si è concentrata sulle priorità espresse dai residenti stessi: la salute dei loro bambini e come questa fosse influenzata dalle condizioni di vita nei campi.

Lo studio ha confermato le preoccupazioni dei genitori *rom*. Ha rivelato una prevalenza d'asma più alta di quella documentata in bambini italiani, un'alta proporzione di casi di diarrea e bronchite e una notevole percentuale di bambini nati sotto peso. Ha mostrato, inoltre, come alcuni fattori ambientali incidano su diversi aspetti della salute dei bambini, e come questa situazione sia spesso aggravata dai lunghi periodi vissuti al campo. Fattori associati in modo significativo all'asma, la diarrea e la bronchite sono il sovraffollamento delle case e dei campi, la presenza di ratti, la presenza d'acqua stagnante, le condizioni strutturali delle abitazioni, il difficile accesso ai bagni, l'uso di fornelli e stufe a legna e la presenza di fonti d'inquinamento industriale nelle vicinanze.

Pur senza finanziamenti e nonostante l'esigua base numerica, questa tesi dimostra che la ricerca quantitativa tra minoranze disperse in piccoli gruppi può fornire dati significativi, utilizzabili dalle comunità stesse per generare processi di cambiamento, a patto che la ricerca sia disegnata a partire dalle priorità espresse dalle comunità.

COMMISSIONE

Presidente: Dr Robert J Ledogar

Segretario: Dr Anne Cockcroft

Membro: Dr Nancy Gibson

Membro: Dr Christina Zarowsky

Membro: Dr Neil Andersson

*Al pregiudizio di persone a cui voglio bene,
senza il quale non avrei percorso questa strada*

“Nel mondo moderno, coloro che in realtà odiamo sono gruppi distanti (...). Li percepiamo in modo astratto, e inganniamo noi stessi convincendoci che atti che in realtà sono incarnazioni dell’odio siano compiuti in nome della giustizia o di qualche altro parimenti nobile motivo. Solo una buona dose di scetticismo può strappar via i veli che ci nascondono questa verità. Avendo raggiunto ciò, potremo cominciare a costruire una nuova morale, basata non sull’invidia e la costrizione, ma sulla speranza di una vita piena e la convinzione che gli altri esseri umani sono un aiuto e non un ostacolo, una volta che sia stata sanata la follia dell’invidia. Questa non è una speranza Utopica (...). Potrebbe realizzarsi domani se gli uomini imparassero a perseguire la loro felicità invece che la miseria degli altri. Non si tratta di una morale incredibilmente austera, e la sua adozione trasformerebbe la nostra terra in un paradiso.”

Bertrand Russell
Sceptical Essays
1928

“(…) Dovremmo esser capaci di vedere le differenze culturali come fenomeni superficiali. Nella mia esperienza, sono le somiglianze negli innumerevoli tentativi dell’uomo di controllare la sua realtà, e non le differenze, che sono culturalmente sorprendenti. Ciascuno di noi deve agire per rettificare le disparità sociali, economiche e comportamentali e i pregiudizi che permeano il mondo. I posteri potranno giudicare se il nostro progresso sarà stato ottenuto con la scienza o con l’osservazione.”

Andreas Fuglesang
About understanding
Dag Hammarskjöld Foundation, 1982

RINGRAZIAMENTI

In primo luogo devo ringraziare i *romá* dei campi coperti da questo studio, che hanno sopportato la mia presenza e a cui spero questo studio porti qualcosa di positivo.

Sono stati un grande sostegno tutti coloro che mi hanno aiutato nella fase iniziale dello studio, quando le idee erano ancora poche e confuse: Carlotta Saletti, Giulio Taurisano del Comune di Torino, Piero Brunello, Sandro Costarelli, Piero Colacicchi dell'ADM, Pierangelo Bertoli e Radiana Grigoletto dell'ETAM di Venezia, Rosanna Marcato, Daniele Todesco, Tiziana Mori e Nicola Solimano della Fondazione Michelucci, Giovanna Lodolo, Anna Rota, Monica Rossi, Francesca Naldoni di Medici Senza Frontiere, Nando Sigona del Com.p.a.re, i ragazzi del Centro Sociale D.A.M.M. di Napoli e i "ragazzi" del Gruppo Ecclesiale tra i Rom e i Sinti di Verona.

In questa lista di ringraziamenti c'è anche Pinuccia Scaramuzzetti. Pinuccia, pur sentendola nell'aria e dentro di noi, ma con tutta la rabbia che non sia materialmente tra noi, è stata per me più che una guida e più che un'amica. Dal primo incontro, tra curiosità e scetticismo, nel giardino di Villa Buri, guardo ora con stupore il bel solco scavato dal rapporto creatosi in questi anni.

Vorrei ringraziare in modo particolare le persone che mi hanno introdotto e presentato nei campi. A Firenze, Demir Mustafa, Rufat Edjevat, Giusy Baffè del Quartiere 4, Piero Colacicchi, l'Associazione Amengia, gli operatori del Quartiere 4, Ivan e tutti i sorveglianti. A Bergamo: Cristina Suardi, Anna Carrara, e Massimo Malachini dell'associazione Migrantes. A Brescia ringrazio Giovanni Valenti dell'Ufficio Stranieri e Nomadi, Luigino Beltrami, Maria Majorana ed Elena Nodalli. Ringrazio l'Associazione Odar di Bolzano, ed in modo particolare Silvia Golino e Paola Dispoto. A Mestre/Venezia ringrazio Federico Ballarin per il suo aiuto quando era responsabile dell'Ufficio Stranieri e Nomadi e Sara Gomiero, ex-operatrice al campo di *San Giuliano*. Ringrazio inoltre il Dott. Maurizio Mauro e Maria Favaro del Comune di Venezia, Vittoria Scarpa e Gianni Boeto dell'Associazione Caracol.

Per la ricerca bibliografica, devo ringraziare Paola Trevisan che mi ha aperto la strada, mi ha dato ottimi consigli e con cui vi è stato un ricco scambio di materiali. Ringrazio Beverly Shea per il suo aiuto nell'individuare e reperire articoli a cui non avrei avuto accesso altrimenti.

Informazioni preziose e disponibilità mi sono state date dal personale sanitario delle città in cui sono stato. Daniela Caselli del Consultorio Familiare del Quartiere 4 e Paolo Zagli del Presidio Sanitario "Le Piagge" di Firenze. Il dott. Lorenzi del Dipartimento di Prevenzione di Bergamo. La dott.ssa Guizzi del Consultorio Familiare, Distretto 7, di Brescia. Amalia Vettore, assistente sanitaria del Consultorio Familiare di via San Marco a Mestre.

Non so cosa avrei fatto senza la generosità di Daniele Todesco e della sua famiglia che, prestandomi il loro camper, mi hanno consentito di andare ad abitare al *Poderaccio* per un mese. È stato di grande aiuto avere il sostegno di Alessandra Monasta, che mi ha permesso, tra le tante cose, di fare qualche prezioso bagno caldo per bilanciare le mattutine docce gelate nel freddo tagliente di quei giorni.

A Burhan Hasani un grazie per la sua amicizia, per il lavoro svolto insieme e per le cose che mi ha insegnato.

Ai miei genitori un ringraziamento per essermi stati vicini, per i commenti e le discussioni che mi hanno aiutato a ragionare meglio su questioni non sempre facili da comprendere.

Infine ringrazio i miei supervisori: la Dott.ssa Anne Cockcroft per i suoi preziosi commenti e il Prof. Leonardo Piasere per avermi seguito fornendomi materiali e consigli senza i quali non sarei andato molto lontano. È stata preziosa anche la possibilità di far parte del gruppo di ricerca coordinato dal Prof. Piasere, del cui gruppo vorrei ringraziare in modo particolare Michele Barontini, Stefania Pontrandolfo, Carlotta Saletti, Simona Sidoti, Elisabeth Tauber e Paola Trevisan. Al Direttore del Programma di Dottorato, Robert Ledogar, al Direttore del CIET, Neil Andersson, e alla Dr.ssa Christine Zarowsky e alla Dr.ssa Nancy Gibson un grazie per avermi mostrato la direzione nella fase finale di questo viaggio.

INDICE

Compendio.....	3
Commissione	5
RINGRAZIAMENTI	7
INDICE.....	9
INDICE DELLE TAVOLE E DELLE FIGURE	13
DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	17
SINTESI	19
1. INTRODUZIONE.....	23
Contesto, informazioni di base	24
Il dibattito sui “campi <i>rom</i> ” in Italia	24
Obiettivi	28
Obiettivo generale.....	28
Obiettivi specifici.....	28
2. ANALISI BIBLIOGRAFICA.....	29
Analisi critica della bibliografia medica sugli “zingari”	29
Analisi dei contenuti	30
La “razza” zingara	31
L’“origine” degli zingari.....	32
Studi sulla salute degli zingari	33
La genetica e la salute degli zingari	34
Anomalie congenite tra gli zingari.....	35
Salute preventiva tra gli zingari	36
Problemi di salute tra gli zingari in relazione alle condizioni e stili di vita	37
Antropologia e salute degli zingari	38
La salute dei bambini.....	39
Conclusioni.....	43
Comunità emarginate, ambiente, situazione abitativa e sanità.....	44
Le priorità delle comunità come elemento formale del disegno dello studio.....	47
Ricerca Partecipata con Base Comunitaria (CBPR)	47
Tempo	48
La natura riservata delle comunità rom – Costruire rapporti di fiducia	48
Metodi misti, triangolazione e contestualizzazione	49
Risorse economiche	50
Considerazioni finali.....	50
I metodi CIET	51
3. METODOLOGIA, STRUMENTI DI RICERCA E CONSIDERAZIONI ETICHE	55
Definizione del metodo, nel contesto dei campi <i>rom</i> in Italia	55
Scelta dell’oggetto della ricerca.....	56
La Scelta dei campi.....	56
Un mese passato al campo del <i>Poderaccio</i>	58
Negli altri campi	59
Strumenti di ricerca.....	59
Il questionario	60
Le interviste	60
Osservazione diretta durante il lavoro di campo casa per casa	60
Consenso libero e informato, e riservatezza	61
I gruppi focali	61
Descrizione delle riunioni	61
Consenso libero ed informato e riservatezza per i gruppi focali.....	62
Il protocollo per l’osservazione diretta	62
Interviste con operatori del Servizio Sanitario.....	62
Cronologia del lavoro di campo.....	63
Strumenti di analisi	63
Misure d’associazione e intervalli di confidenza per piccoli campioni	64
Stime asintotiche.....	64
Valore di p del test esatto di Fisher.....	65
Introduzione ai limiti esatti di confidenza.....	65

Metodo condizionato esatto della coda (approssimato)	65
Metodo simultaneo esatto condizionato	66
Limiti di confidenza esatti di Metha, Patel e Gray	67
MLE – Stime di Massima Verosimiglianza, condizionate ed incondizionate	67
Applicazione ai dati attuali	68
Scelte fatte per l'analisi	69
Feedback verso comunità, istituzioni e associazioni	70
Risposta ai bisogni individuali immediati delle famiglie intervistate	70
4. STORIA DELLE COMUNITÀ E DEI CAMPI SELEZIONATI	71
I <i>romá</i> del campo del <i>Poderaccio</i> di Firenze	71
I <i>romá</i> di <i>Via Rovelli</i> a Bergamo	72
I <i>romá</i> della cascina <i>Camafame</i> di Via Chiappa, Brescia	73
I <i>romá</i> del campo di <i>San Giuliano</i> a Mestre (Venezia)	74
I <i>romá</i> del campo di <i>Castel Firmiano</i> , Bolzano	74
5. RISULTATI	77
Osservazione diretta	77
Persone che vivevano nei cinque campi	77
Osservazioni sul campo del <i>Poderaccio</i> di Firenze	77
Osservazioni sul campo di <i>Via Rovelli</i> , Bergamo	78
Osservazioni sulla cascina di Via Chiappa, Brescia	78
Osservazioni sul campo di <i>San Giuliano</i> , Mestre (Venezia)	78
Osservazioni sul campo di <i>Castel Firmiano</i> , Bolzano	79
Osservazioni comparative	80
Accesso ai bagni e alla corrente elettrica	81
Interviste con i Servizi Sanitari	83
Servizi sanitari a Firenze	83
Servizi sanitari a Bergamo	83
Servizi sanitari a Brescia	85
Servizi sanitari a Mestre	86
Risultati dell'indagine casa per casa	87
Caratteristiche delle abitazioni e affollamento	87
Accesso all'acqua e servizi igienici	89
Corrente elettrica, frigorifero e sistema usato per scaldare l'abitazione	89
Come e dove si cucinava	89
Demografia	90
Caratteristiche delle persone intervistate	90
Età della madre	91
Anni vissuti al campo	91
Alfabetismo dell'intervistato	92
Alfabetismo della madre	92
Il fumo di sigaretta	93
La sezione sui bambini da zero a cinque anni: dati generali	93
Peso alla nascita dei bambini dello studio	94
Percezione della crescita del bambino da parte degli intervistatori	95
Sintomatologia dei bambini	95
Sulla diarrea	95
Fattori associati con diarrea	96
Sulla tosse	97
Fattori associati con tosse	97
Difficoltà respiratorie ed asma	98
Diagnosi relative alle difficoltà respiratorie	99
Malattie dermatologiche	101
Altre patologie	102
Sulla febbre	102
Analisi congiunta di tutte le patologie	102
Bambini portati a visita medica, secondo i vari sintomi	103
Bambini portati a visita medica in caso di diarrea	103
Bambini portati a visita medica in caso di tosse	104
Bambini con la febbre portati a visita medica	105
Bambini portati a visita medica, secondo i vari sintomi	105
Perché si ammalano i bambini: percezione degli intervistati	106
Risultati delle riunioni dei Gruppi Focali	107

6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI	111
Caratteristiche e limiti dello studio	111
Generare evidenza partendo dalle priorità espresse delle comunità.....	112
Ruolo della contestualizzazione.....	112
Dalle priorità comunitarie all'evidenza epidemiologica	113
Demografia e mortalità	114
La frequenza dei problemi di salute sofferti dai bambini	115
Basso peso alla nascita.....	115
Diarrea	115
Tosse.....	117
Difficoltà respiratorie ed asma.....	118
Altri sintomi e patologie	119
Fattori ambientali, abitudini e comportamenti che influiscono sulla salute dei bambini	120
L'ambiente dei campi	120
Affollamento.....	121
Il tempo vissuto dalle famiglie nei campi	122
La percezione dei residenti dei campi.....	122
Relazioni tra fattori ambientali, abitudini e comportamenti, e la salute dei bambini.....	124
Basso peso alla nascita.....	124
Diarrea	124
Tosse.....	125
Difficoltà respiratorie e asma.....	126
Accesso ed uso dei servizi sanitari da parte dei residenti dei campi in relazione alla salute dei bambini	126
Preoccupazioni, risultati epidemiologici e possibili azioni	127
7. DIVULGAZIONE DEI RISULTATI E DELL'ESPERIENZA.....	129
Il coinvolgimento delle organizzazioni <i>rom</i>	130
I ricercatori e i servizi sanitari	130
Coinvolgimento delle istituzioni locali e nazionali.....	132
8. CONCLUSIONI.....	133
Trattamento speciale	133
Le politiche sanitarie e culturali.....	135
Responsabilità e pianificazione.....	136
I costi e le conseguenze	136
La percezione e le risorse degli abitanti dei campi	137
TAVOLE	139
FIGURE.....	165
BIBLIOGRAFIA	173
ANNESSO 1. NOTE SULLA MAPPATURA DEGLI INSEDIAMENTI DI ROM STRANIERI PRESENTI IN	
ITALIA	187
Principali flussi migratori e presenze riportate da altri autori.....	188
Dati della mappatura.....	189
Insediamenti e regioni.....	190
Provenienze	191
Commento finale sul lavoro di mappatura	192
ANNESSO 2. LA METODOLOGIA DEL CIET.....	201
ANNESSO 3. LA TAVOLA AOC	203
ANNESSO 4. STRUMENTI DI RICERCA	205
Questionario per madri o per chi si prende cura dei bambini di 5 anni o meno.....	205
Gruppo Focale per madri di bambini di 5 anni o meno	206
Osservazione diretta: Condizioni di vita al campo	207
ANNESSO 5. ESEMPI DI MISURE D'ASSOCIAZIONE ED INTERVALLI DI CONFIDENZA PER PICCOLI	
CAMPIONI.....	209

INDICE DELLE TAVOLE E DELLE FIGURE

Tavole

TAVOLA 5.1. NUMERO UFFICIALE DI PRESENZE PER INSEDIAMENTO E ANNO D'APERTURA.....	139
TAVOLA 5.2. METRI QUADRI DI OGNI INSEDIAMENTO E METRI QUADRI PER PERSONA.....	139
TAVOLA 5.3. NUMERO DI FAMIGLIE INTERVISTATE, PER CITTÀ.....	139
TAVOLA 5.4. NUMERO DI PERSONE APPARTENENTI ALLE FAMIGLIE INTERVISTATE, PER CITTÀ, E DIMENSIONE MEDIA DELLE FAMIGLIE.....	139
TAVOLA 5.5. DIMENSIONI DELLE FAMIGLIE COPERTE DALLO STUDIO.....	140
TAVOLA 5.6. TIPOLOGIE ABITATIVE.....	140
TAVOLA 5.7. CONDIZIONE GENERALE E MEDIA DELL'INTERNO DELLE ABITAZIONI, PER CITTÀ.....	140
TAVOLA 5.8. ABITAZIONI PER NUMERO DI STANZE E NUMERO MEDIO DI STANZE PER ABITAZIONE.....	141
TAVOLA 5.9. NUMERO MEDIO DI PERSONE PER STANZA (CALCOLATO CASA PER CASA), PER CITTÀ.....	141
TAVOLA 5.10. NUMERO MEDIO DI PERSONE PER "POSTO LETTO" (CALCOLATO CASA PER CASA), PER CITTÀ.....	141
TAVOLA 5.11. NUMERO MEDIO DI PERSONE PER METRO QUADRO DI CAMPO, PER CITTÀ.....	141
TAVOLA 5.12. FAMIGLIE CON ACCESSO ALL'ACQUA ALL'INTERNO DELL'ABITAZIONE.....	141
TAVOLA 5.13. ACCESSO DELLE FAMIGLIE AI SERVIZI IGIENICI E ALL'ACQUA CALDA, PER CITTÀ.....	142
TAVOLA 5.14. FAMIGLIE CON ALMENO UN FRIGORIFERO NELL'ABITAZIONE, PER CITTÀ.....	142
TAVOLA 5.15. COME VENGONO SCALDATE LE ABITAZIONI DURANTE L'INVERNO, PER CITTÀ.....	142
TAVOLA 5.16. ABITUDINE DELLE FAMIGLIE A CUCINARE DENTRO O FUORI DALL'ABITAZIONE, PER CITTÀ.....	142
TAVOLA 5.17. SISTEMA USATO PER CUCINARE.....	143
TAVOLA 5.18. CLASSI DI ETÀ PER SESSO.....	143
TAVOLA 5.19. ETÀ MEDIA DEGLI APPARTENENTI ALLE FAMIGLIE INTERVISTATE, PER SESSO E CITTÀ.....	143
TAVOLA 5.20. FAMIGLIE INTERVISTATE, CON O SENZA BAMBINI.....	143
TAVOLA 5.21. NUMERO DI BAMBINI.....	144
TAVOLA 5.22. SESSO DELL'INTERVISTATO.....	144
TAVOLA 5.23. SESSO DELL'INTERVISTATO, PER FAMIGLIE CON BAMBINI.....	144
TAVOLA 5.24. RUOLO DELL'INTERVISTATO, CON RISPETTO AI BAMBINI, NEL CASO DI FAMIGLIE CON ALMENO UN BAMBINO.....	144
TAVOLA 5.25. ETÀ MEDIA DEGLI INTERVISTATI, PER CITTÀ.....	144
TAVOLA 5.26. CLASSI DI ETÀ DEL RISPONDENTE.....	145
TAVOLA 5.27. CLASSI D'ETÀ DELL'INTERVISTATO, IN FAMIGLIE CON BAMBINI, PER CITTÀ.....	145
TAVOLA 5.28. ETÀ MEDIA DELLE MADRI DI BAMBINI.....	145
TAVOLA 5.29. CLASSI D'ETÀ DELLE MADRI, PER FAMIGLIE CON BAMBINI.....	145
TAVOLA 5.30. CLASSI D'ETÀ AL PARTO DELLE MADRI.....	146
TAVOLA 5.31. ANNI VISSUTI AL CAMPO DALLE PERSONE INTERVISTATE.....	146
TAVOLA 5.32. ANNI VISSUTI AL CAMPO DAGLI INTERVISTATI, PER CITTÀ.....	146
TAVOLA 5.33. MEDIA DI ANNI TRASCORSI NEL CAMPO DAGLI INTERVISTATI, PER CITTÀ.....	146
TAVOLA 5.34. ALFABETISMO DEGLI INTERVISTATI, PER CITTÀ.....	147
TAVOLA 5.35. ALFABETISMO DEGLI INTERVISTATI, PER SESSO.....	147
TAVOLA 5.36. ALFABETISMO DELLA MADRE INTERVISTATA.....	147
TAVOLA 5.37. ALFABETISMO DELLA MADRE INTERVISTATA PER CLASSI D'ETÀ.....	147
TAVOLA 5.38. FAMIGLIE IN CUI NESSUNO FUMA E IN CUI ALMENO UNA PERSONA FUMA, PER CITTÀ.....	147
TAVOLA 5.39. QUANTE PERSONE FUMANO PER FAMIGLIA, INCLUDENDO LE FAMIGLIE IN CUI NESSUNO FUMA, PER CITTÀ.....	147
TAVOLA 5.40. QUANTI FUMANO, NELLE FAMIGLIE IN CUI ALMENO UNA PERSONA FUMA IN CASA, PER CITTÀ.....	148
TAVOLA 5.41. QUANTI FUMANO PIÙ DI 10 SIGARETTE AL GIORNO, INCLUDENDO LE FAMIGLIE IN CUI NESSUNO FUMA, PER CITTÀ.....	148
TAVOLA 5.42. QUANTI FUMANO PIÙ DI 10 SIGARETTE AL GIORNO, IN FAMIGLIE IN CUI ALMENO UNA PERSONA FUMA IN CASA, PER CITTÀ.....	148
TAVOLA 5.43. ETÀ DEI BAMBINI IN ANNI COMPIUTI, PER CITTÀ.....	149
TAVOLA 5.44. SESSO DEI BAMBINI DA ZERO A CINQUE ANNI COPERTI DALLO STUDIO, PER CITTÀ.....	149
TAVOLA 5.45. BAMBINI NATI IN ITALIA O ALL'ESTERO, PER CITTÀ.....	149
TAVOLA 5.46. LUOGHI DI NASCITA DEI BAMBINI, PER CITTÀ.....	149
TAVOLA 5.47. BAMBINI NATI IN CASA O IN OSPEDALE, IN ITALIA O ALL'ESTERO.....	149
TAVOLA 5.48. BAMBINI NATI IN CASA O IN OSPEDALE, FIRENZE.....	150
TAVOLA 5.49. BAMBINI NATI IN CASA O IN OSPEDALE, BERGAMO.....	150
TAVOLA 5.50. BAMBINI NATI IN CASA O IN OSPEDALE, BRESCIA.....	150
TAVOLA 5.51. BAMBINI NATI IN CASA O IN OSPEDALE, VENEZIA.....	150
TAVOLA 5.52. BAMBINI NATI IN CASA O IN OSPEDALE, BOLZANO.....	150
TAVOLA 5.53. PESO MEDIO ALLA NASCITA, VERIFICATO E NON, PER CITTÀ.....	151
TAVOLA 5.54. PERCENTUALI DI BASSO PESO ALLA NASCITA (SOTTO I 2,50 KG), PER CITTÀ.....	151
TAVOLA 5.55. PERCEZIONE DELL'INTERVISTATO SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO, PER CITTÀ.....	151
TAVOLA 5.56. PERCEZIONE DELL'INTERVISTATO SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO, PER ETÀ DEL BAMBINO.....	151
TAVOLA 5.57. PERCEZIONE DELL'INTERVISTATO SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO, PER SESSO DEL BAMBINO.....	151
TAVOLA 5.58. BAMBINI CHE HANNO AVUTO DIARREA NEI QUINDICI GIORNI PRIMA DELL'INTERVISTA, PER CITTÀ.....	152
TAVOLA 5.59. PROPORZIONE DI BAMBINI CON LA TOSSE NEI QUINDICI GIORNI CHE PRECEDONO L'INTERVISTA, PER CITTÀ.....	152
TAVOLA 5.60. PROPORZIONE DI BAMBINI CON LA TOSSE NEI QUINDICI GIORNI CHE PRECEDONO L'INTERVISTA, PER ETÀ.....	152

TAVOLA 5.61. PROPORZIONE DI BAMBINI CON LA TOSSE NEI QUINDICI GIORNI CHE PRECEDONO L'INTERVISTA, PER SESSO	152
TAVOLA 5.62. BAMBINI CHE HANNO AVUTO PROBLEMI A RESPIRARE O FISCHI RESPIRATORI NEL CORSO DELLA LORO VITA.....	152
TAVOLA 5.63. PREVALENZA DI PERIODO DI PROBLEMI RESPIRATORI NEGLI ULTIMI 12 MESI, PER CITTÀ	152
TAVOLA 5.64. PREVALENZA DI PERIODO DI PROBLEMI RESPIRATORI NEGLI ULTIMI 12 MESI, PER ETÀ	152
TAVOLA 5.65. PREVALENZA DI PERIODO DI PROBLEMI RESPIRATORI NEGLI ULTIMI 12 MESI, PER SESSO	153
TAVOLA 5.66. QUANTE VOLTE IL BAMBINO HA FATTO FATICA A RESPIRARE NELL'ULTIMO ANNO, PER CITTÀ	153
TAVOLA 5.67. PREVALENZA DI PERIODO DI ALMENO QUATTRO ATTACCHI DI PROBLEMI O FISCHI RESPIRATORI NELL'ULTIMO ANNO, PER CITTÀ.....	153
TAVOLA 5.68. PREVALENZA DI PERIODO DI ALMENO QUATTRO ATTACCHI DI PROBLEMI O FISCHI RESPIRATORI NELL'ULTIMO ANNO, PER ETÀ	153
TAVOLA 5.69. PREVALENZA DI PERIODO DI ALMENO QUATTRO ATTACCHI DI PROBLEMI O FISCHI RESPIRATORI NELL'ULTIMO ANNO, PER SESSO.....	153
TAVOLA 5.70. PROPORZIONE DI BAMBINI CON PROBLEMI RESPIRATORI CHE SONO STATI PORTATI A VISITARE, PER CITTÀ	154
TAVOLA 5.71. DIAGNOSI SU PROBLEMI RESPIRATORI, PER CITTÀ	154
TAVOLA 5.72. BAMBINI CON "ASMA ATTIVA", PER CITTÀ	154
TAVOLA 5.73. BAMBINI CON "ASMA ATTIVA", PER ETÀ.....	154
TAVOLA 5.74. BAMBINI CON "ASMA ATTIVA", PER SESSO	154
TAVOLA 5.75. BAMBINI CHE HANNO SOFFERTO DI MALATTIE DERMATOLOGICHE, PER CITTÀ	154
TAVOLA 5.76. TIPI DI MALATTIE DELLA PELLE, PER CITTÀ	155
TAVOLA 5.77. BAMBINI CHE HANNO SOFFERTO DI MALATTIE DERMATOLOGICHE, PER ETÀ	155
TAVOLA 5.78. BAMBINI CHE HANNO SOFFERTO DI MALATTIE DERMATOLOGICHE, PER SESSO	155
TAVOLA 5.79. PROPORZIONE DI BAMBINI CON MALATTIE DERMATOLOGICHE CHE SONO STATI PORTATI A VISITARE, PER CITTÀ	155
TAVOLA 5.80. DOVE SONO STATI PORTATI A VISITARE I BAMBINI CON MALATTIE DELLA PELLE, PER CITTÀ	155
TAVOLA 5.81. ALTRI SINTOMI MANIFESTATI DAI BAMBINI, PER CITTÀ	155
TAVOLA 5.82. TIPI DI SINTOMI AVUTI NEGLI ULTIMI 15 GIORNI, PER CITTÀ	156
TAVOLA 5.83. BAMBINI CHE HANNO AVUTO LA FEBBRE, PER CITTÀ.....	156
TAVOLA 5.84. BAMBINI CHE HANNO AVUTO LA FEBBRE, PER SESSO	156
TAVOLA 5.85. BAMBINI CON ALMENO UN SINTOMO, PER CITTÀ	156
TAVOLA 5.86. BAMBINI CON TOSSE E ALTRE PATOLOGIE.....	157
TAVOLA 5.87. RELAZIONE TRA L'OCCORRENZA DI TOSSE E ALTRE PATOLOGIE DEGLI ULTIMI 15 GIORNI	157
TAVOLA 5.88. BAMBINI CON DIARREA E ALTRE PATOLOGIE	158
TAVOLA 5.89. RELAZIONE TRA L'OCCORRENZA DI DIARREA E ALTRE PATOLOGIE, DEGLI ULTIMI 15 GIORNI	158
TAVOLA 5.90. COMBINAZIONE DI TUTTE LE PATOLOGIE RILEVATE E PERCENTUALI DI BAMBINI VISITATI IN OGNI CATEGORIA	159
TAVOLA 5.91. BAMBINI CON DIARREA PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER CITTÀ	159
TAVOLA 5.92. BAMBINI CON DIARREA PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI.....	159
TAVOLA 5.93. DOVE SONO STATI PORTATI A VISITARE I BAMBINI CON DIARREA, PER CITTÀ	160
TAVOLA 5.94. PROPORZIONE DI BAMBINI CON LA TOSSE CHE SONO STATI PORTATI AD UNA VISITA, PER CITTÀ	160
TAVOLA 5.95. BAMBINI CON TOSSE PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI	160
TAVOLA 5.96. DOVE SONO STATI PORTATI A VISITARE I BAMBINI CON LA TOSSE, PER CITTÀ.....	160
TAVOLA 5.97. BAMBINI CON LA FEBBRE, PORTATI AD ESSERE VISITATI	160
TAVOLA 5.98. BAMBINI CON FEBBRE PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI.....	160
TAVOLA 5.99. DOVE SONO STATI PORTATI A VISITARE I BAMBINI CON LA FEBBRE, PER CITTÀ	161
TAVOLA 5.100. BAMBINI CON ALMENO UN SINTOMO, PORTATI AD ESSERE VISITATI.....	161
TAVOLA 5.101. BAMBINI CON ALMENO UN SINTOMO PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ETÀ	161
TAVOLA 5.102. RISPOSTE SULLE CAUSE DI MALATTIE DEI BAMBINI NEL CAMPO, PER CITTÀ	161
TAVOLA 5.103. CATEGORIE DI RISPOSTA PER CAUSE DI MALATTIE DEI BAMBINI AL CAMPO, PER CITTÀ	161
TAVOLA 6.1. DIFFICOLTÀ RESPIRATORIE E ASMA, CONFRONTO TRA DATI NAZIONALI SIDRIA E I DATI PROVENIENTI DAI CINQUE CAMPI	162
TAVOLA 6.2. CONFRONTO TRA I DATI DEL CENSIMENTO 2001 E I DATI RACCOLTI NEI CINQUE CAMPI, SULLE CARATTERISTICHE DELLE ABITAZIONI	162
TAVOLA 6.3. RELAZIONE TRA LE PRINCIPALI PREOCCUPAZIONI DEI ROM E FATTORI AZIONABILI	163

Figure

FIGURA 5.1. MAPPA DELLA CITTÀ DI FIRENZE E COLLOCAZIONE DEL CAMPO DI VIA DEL PODERACCIO	165
FIGURA 5.2. CAMPO DI VIA DEL PODERACCIO, FIRENZE	165
FIGURA 5.3. MAPPA DELLA CITTÀ DI BERGAMO E COLLOCAZIONE DEL CAMPO DI VIA ROVELLI 160	166
FIGURA 5.4. CAMPO DI VIA ROVELLI 160, BERGAMO	166
FIGURA 5.5. MAPPA DELLA CITTÀ DI BRESCIA E COLLOCAZIONE DEL CAMPO DI VIA CHIAPPA	167
FIGURA 5.6. MAPPA DELLA CITTÀ DI VENEZIA/MESTRE E COLLOCAZIONE DEL CAMPO DI SAN GIULIANO	167
FIGURA 5.7. MAPPA DELLA CITTÀ DI BOLZANO E COLLOCAZIONE DEL CAMPO DI CASTEL FIRMIANO	168
FIGURA 5.8. CAMPO DI CASTEL FIRMIANO, BOLZANO: AREA DESTINATA ALLE PIAZZOLE	168
FIGURA 5.9. PIRAMIDE PER ETÀ DEI MEMBRI DELLE FAMIGLIE INTERVISTATE DURANTE LO STUDIO, PER SESSO (N=737).....	169
FIGURA 5.10. ETÀ DELLA MADRE AL PARTO, PER I BAMBINI DA ZERO A CINQUE ANNI COPERTI DALLO STUDIO; INTERPOLAZIONE CON REGRESSIONE POLINOMIALE DEL 4° GRADO (N=101).....	169
FIGURA 5.11. PIRAMIDE PER ETÀ DEI BAMBINI, PER SESSO (N=167).....	170

FIGURA 5.12. PREVALENZA DI PERIODO DELLA DIARREA PER ETÀ DEL BAMBINO (N=165).....	170
FIGURA 5.13. PREVALENZA DI PERIODO DELLA TOSSE PER ETÀ DEL BAMBINO (N=165).....	170
FIGURA 5.14. PREVALENZA DI PERIODO DELLA FEBBRE PER ETÀ DEL BAMBINO (N=164).....	171
FIGURA 5.15. OCCORRENZA DI ALMENO N SINTOMO MANIFESTATOSI NEGLI ULTIMI 15 GIORNI, PER ETÀ DEL BAMBINO (N=165)	171
FIGURA 5.16. BAMBINI CON DIARREA PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI (N=53)	171
FIGURA 5.17. BAMBINI CON TOSSE PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI (N=90)	172
FIGURA 5.18. BAMBINI CON LA FEBBRE PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI (N=55)	172
FIGURA 5.19. BAMBINI CON ALMENO UN SINTOMO PORTATI AD ESSERE VISITATI, PER ANNI COMPIUTI (N=111).....	172

DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

95% CI: Intervallo di confidenza del 95%. Per un'ampia discussione sugli intervalli di confidenza, consultare il capitolo sulla metodologia.

CERD: Committee on the Elimination of Racial Discrimination (Comitato per l'Eliminazione della Discriminazione Razziale).

CIET: Il CIET, Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, è nato come centro di ricerca della Facoltà di Medicina dell'Università Autonoma del Guerrero, Messico. Come Community Information, Empowerment and Transparency, il CIET si è trasformato in un gruppo internazionale di ONG senza scopo di lucro, istituti accademici e fondazioni il cui obiettivo è di portare la voce delle comunità nella pianificazione.

Distorsione, confounder, confounding factor: Rothman (K.J. Rothman, S. Green. *Modern Epidemiology*. Lippincott-Raven, 1998) definisce *confounding* come la confusione o il miscuglio di effetti estranei all'effetto d'interesse. "Per essere un *confounder*, la variabile estranea deve avere tre caratteristiche necessarie (ma non sufficienti): 1. Deve essere un fattore di rischio per la malattia tra i non esposti (anche se non dev'essere necessariamente una causa della malattia); 2. Deve essere associato con l'esposizione studiata nella popolazione d'origine (la popolazione a rischio da cui i casi sono stati ricavati); 3. Non dev'essere influenzata dall'esposizione o dalla malattia (ma potrebbe influenzare l'esposizione). In particolare, non dev'essere un passo intermedio nel percorso causale tra l'esposizione e la malattia."

Modificatore d'effetto, modifica della misura d'effetto: "Modifica della misura d'effetto si riferisce alla variazione nell'intensità della misura d'effetto d'esposizione tra livelli di un'altra variabile. La variabile attraverso cui la misura d'effetto varia è chiamata un *modificatore d'effetto*. La modifica della misura d'effetto è anche nota come eterogeneità dell'effetto. La modifica della misura d'effetto è più un risultato da riportare che non un elemento di distorsione da evitare. Nell'analisi epidemiologica si cerca di eliminare il *confounding*, ma si cerca di individuare e stimare la modifica della misura d'effetto." (K.J. Rothman, S. Green. *Modern Epidemiology*. Lippincott-Raven, 1998).

Endogamia ed Esogamia: Da P.G. Solinas (*Popolazioni e sistemi sociali*. La nuova Italia scientifica, Roma 1992): "Una norma che vieta il matrimonio al di fuori di una determinata cerchia di persone (una tribù, una casta, un villaggio) è endogamica e definisce un gruppo endogamico. Naturalmente, il divieto può accompagnarsi alla prescrizione, più o meno esplicita, del coniuge appropriato o dell'area di scelta del coniuge più appropriata." "L'esogamia prevede che, per ciascuno dei membri d'un certo gruppo di individui, la collezione dei suoi partner potenziali di matrimonio non sia inclusa nel suo stesso gruppo." Il *tasso di endogamia* (... *tasso di esogamia* ...) è, tra tutti coloro che hanno un partner, la percentuale di coloro che hanno un partner interno (... esterno ...) al gruppo definito.

ERRC: European Roma Rights Center (Centro Europeo per i Diritti dei Rom).

Test esatto di Fisher: Per tavole di contingenza che contengono piccoli numeri, le approssimazioni di Cornfield ai limiti di confidenza esatti per il rapporto incrociato (*odds ratio*) potrebbero non essere accurati (EPI 6.04). Il test esatto di Fisher consiste nel valutare la probabilità (derivata dalla distribuzione ipergeometrica) che i dati si distribuiscano come nella tavola 2x2 osservata, così come di tutte le altre tavole aventi le stesse frequenze marginali. L'ipotesi è rigettata se la somma delle

probabilità inferiori o uguali all'osservata è inferiore o uguale al livello prespecificato di significatività. (J.L. Fleiss. *Statistical methods for rates and proportions*. Wiley, 1981). Per approfondire ulteriormente, si veda il capitolo sul metodo.

Incidenza (proporzione d'incidenza): La proporzione d'incidenza misura la proporzione di persone colpite da un evento in uno specifico intervallo di tempo. Può anche essere definita come la proporzione, di una popolazione chiusa a rischio, che diventa “malata” in un dato periodo di tempo.

Prevalenza: La prevalenza è la proporzione di casi in uno specifico istante temporale in una popolazione di individui a rischio.

Prevalenza di Periodo: La prevalenza di periodo è la proporzione dei casi che avvengono in un predeterminato periodo di tempo in una popolazione di individui a rischio.

OR (Odds Ratio): L'*odds ratio* (in italiano Rapporto Incrociato) è una misura del grado d'associazione tra un fattore antecedente e un evento risultante. Il rapporto incrociato si basa sugli *odds*. Gli *odds* sono una misura del rischio di sperimentare un evento studiato (E) quando il fattore antecedente è presente (A). Tale rischio si calcola come probabilità che l'evento si manifesti (E) quando il fattore antecedente è presente (A) divisa per la probabilità che l'evento non si manifesti ($\bar{E}$) quando il fattore antecedente è presente (A). Per studi trasversali (*cross-sectional*), i vantaggi di usare il rapporto incrociato come misura d'associazione per tavole 2x2 sono stati illustrati da F. Mosteller (*Association and estimation in contingency tables*. J. Am. Stat. Assoc. 63, 1-28; 1968), A.W.F. Edwards (*The measure of association in a 2x2 table*. J. R. Stat. Soc. Ser A, 126; 109-14; 1963) e J.L. Fleiss (*Statistical methods for rates and proportions*. Wiley; 61-75; 1981).

Rom, Romá, Xoraxané: Il termine “romá” (come sostantivo plurale) identifica popolazioni provenienti dalla ex Jugoslavia centrale e meridionale. In questo studio viene usato per le popolazioni xoraxané (cioè di cultura religiosa musulmana) kosovare e macedoni che vivono nei cinque campi selezionati. Come sostantivo singolare e aggettivo (plurale e singolare) si usa il termine “rom”, così come, per semplificazione, per identificare ogni altro gruppo *rom*, sia esso italiano o straniero.

Test di interazione: nell'analisi stratificata, il test usato per misurare se l'eterogeneità è significativa è: $\sum \{ [\ln(OR_i) - \ln(OR_d)]^2 \} / [1/W_i]$

dove: **ln** = logaritmo naturale; **OR_i** = OR semplice per ogni tavola = $(a_i * d_i) / (b_i * c_i)$;

OR_d = $(\sum W_i * OR_i) / (\sum W_i)$; **W_i** = $1 / (1/a_i) + (1/b_i) + (1/c_i) + (1/d_i)$

Questo test è comunemente noto come test di Woolf, basandosi sulla stima di Woolf del logaritmo del rapporto incrociato, $\ln(OR_d)$, dove $1/(\sum W_i)$ è la varianza di $\ln(OR_d)$ (Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research. Volume I – The analysis of case-control studies*. International Agency for Research of Cancer. IARC Scientific Publications No.32. Lyon 1980. pp.139-142).

SINTESI

La situazione dei *rom* e dei *sinti* in Italia è per molti versi critica. In modo particolare, desta preoccupazione la condizione di molti *rom* stranieri giunti da Paesi dell'Est e Sud Europa in diversi momenti degli anni Novanta. Da allora, in migliaia hanno vissuto in campi realizzati più o meno ufficialmente in tutta Italia.

I campi ufficiali sono quelli formalmente riconosciuti dalle Amministrazioni Comunali e dispongono di solito di servizi di base come l'acqua, la luce o i bagni. Il fatto di vivere in un campo ufficiale non garantisce uno standard di vita dignitoso o una protezione nel caso di famiglie senza un regolare permesso di soggiorno, ma in alcuni casi è una garanzia contro gli sgomberi. I campi non ufficiali, o abusivi, sono insediamenti illegali tollerati, spesso totalmente privi di servizi, dove nessuna protezione è offerta contro sgomberi ed espulsioni.

Le precarie condizioni di vita all'interno dei campi, i tempi molto lunghi per regolarizzare la propria posizione, la mancanza di una seria pianificazione che affronti questa situazione che coinvolge in Italia quasi 20 mila persone e la mancanza di coordinamento nelle politiche attuate dalle varie amministrazioni locali, genera una situazione che riduce la possibilità di integrazione dei *rom* stranieri nella società italiana. Ricerche estensive con base comunitaria sono necessarie per comprendere le implicazioni sociali e sanitarie di questa situazione.

L'obiettivo generale di questa tesi è dimostrare che la ricerca quantitativa su popolazioni urbane marginalizzate largamente disperse in piccoli gruppi, come quelle dei *rom* che vivono in campi in Italia, può fornire dati attendibili che le comunità stesse possano utilizzare per promuovere un cambiamento, a condizione che la ricerca sia definita a partire dalle priorità delle comunità stesse.

Dopo un'analisi preliminare delle problematiche esistenti all'interno dei campi, gli specifici obiettivi dello studio sono sorti chiaramente dalla maggiore preoccupazione espressa dai *rom* che vivono nei campi in Italia: le condizioni di salute dei loro bambini. Ciò è percepito come problema anche dalle autorità sanitarie locali. Una relazione tra lo stato di salute dei bambini d'età compresa tra zero e cinque anni e le condizioni della popolazione *rom* che vive in "campi nomadi" in Italia potrebbe fornire un'ottima motivazione per migliorarne le condizioni di vita. La quantità di risorse che vengono già spese per creare e mantenere questi campi suggerisce che fondi potrebbero essere trovati per pianificare e attuare soluzioni alternative permanenti con la partecipazione delle comunità. È stato quindi deciso che lo stato di salute dei bambini nei campi dovesse essere l'obiettivo principale di questo studio.

Come parte di questo lavoro, un'estensiva analisi bibliografica sulla "salute degli zingari" è stata portata a termine. Oltre che per studiare i risultati rilevanti in letteratura, un'analisi bibliografica è stata condotta per esaminare l'approccio con cui gli studiosi si sono avvicinati al tema della salute degli zingari. Molte delle ricerche pubblicate non tengono sufficientemente conto della grande eterogeneità presente tra gruppi di *rom*, *sinti*, *kalè*, *manush*... provenienti da diversi Paesi e inseriti in contesti diversi e con distinti stili di vita.

Una mappatura di tutti i campi di *rom* stranieri presenti in Italia è stata condotta nel 2001, prima della selezione dei campi da includere nel presente studio. Si tratta di un lavoro svolto personalmente nell'ambito del progetto europeo "*The education of the Gypsy Childhood in Europe*". La mappatura dei campi fornisce informazioni molto importanti (la collocazione geografica, le presenze rilevate e la provenienza dei *rom* che vivono in insediamenti in Italia) per contestualizzare lo studio svolto in questa tesi su cinque campi di *romá* kosovari e macedoni. La

ricerca ha individuato 155 insediamenti, in cui abitano, in totale, oltre 18 mila *rom* stranieri con una media di 115 abitanti per insediamento. I kosovari e i macedoni rappresentano rispettivamente il 16% e 11% di questa popolazione, per un totale di circa cinquemila persone.

È molto difficile calcolare il numero di *rom* stranieri che non vivono nei campi: il mancato riconoscimento delle minoranze *rom* e *sinti* in Italia e il pregiudizio contro gli *zingari* rende più conveniente, quando possibile, nascondere al mondo esterno la propria identità etnica.

Prima di iniziare la ricerca, si è ritenuto fosse necessario vivere in un campo per consolidare i rapporti e migliorare la conoscenza dall'interno e, in questo modo, elaborare con più cura l'approccio alla ricerca, le definizioni e gli strumenti da utilizzare.

Nella definizione dello studio, grande attenzione è stata posta nel collocare al centro le priorità e il modo di percepire la situazione della popolazione dei campi. Lo studio si è concentrato su cinque campi *rom* dell'Italia centro-settentrionale. Sono stati considerati solo insediamenti di *xoraxané romá* kosovari e macedoni per avere una popolazione che fosse il più possibile omogenea, con l'obiettivo di ridurre al minimo le differenze dovute a diverse abitudini e stili di vita.

I cinque insediamenti selezionati sono stati: il campo di *Via del Poderaccio* a Firenze, il campo di *Via Rovelli 160* a Bergamo, la cascina *Camafame* di *Via Chiappa* a Brescia, il campo di *San Giuliano* a Mestre/Venezia e quello di *Castel Firmiano* a Bolzano.

I cinque campi studiati erano diversi sotto vari aspetti: l'anno di nascita (dal 1990 per il campo di Firenze al 1996 per quello di Bolzano), la dimensione (dai 1500m² di Bergamo ai 7500m² di Venezia), il numero d'abitanti (dagli oltre 300 di Firenze agli 80 di Brescia), il tipo di strutture abitative (dalla struttura in muratura di Brescia, alle casette di legno autocostituite di Bolzano e le baracche di Bergamo, Venezia e Firenze) e la disponibilità di servizi igienici (servizi comuni inutilizzabili a Bergamo, servizi per gruppi di famiglie a Firenze, e unità prefabbricate per singole famiglie a Bolzano).

Vari strumenti sono stati utilizzati per la raccolta di informazioni. Lo strumento principale è stato un questionario da somministrare casa per casa, sulla salute dei bambini, la condizione abitativa e l'accesso ai servizi sanitari. Tutti gli strumenti sono stati affinati e finalizzati durante il mese vissuto al campo del *Poderaccio* di Firenze, a cavallo tra novembre e dicembre del 2001. Il lavoro sul campo nei cinque insediamenti è stato svolto dal 10 dicembre 2001 al 7 marzo 2002, per ridurre al minimo l'effetto della stagionalità sui risultati delle patologie riscontrate.

Nei cinque insediamenti sono state coperte 137 famiglie, per un totale di 737 persone di cui 167 sono bambini da zero a cinque anni.

Il peso alla nascita è stato rilevato per 147 dei 167 bambini. Il 10% dei bambini (14/147) è nato sotto i 2,5 kg. In Italia, secondo i dati riportati dall'UNICEF e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la percentuale di bambini nati sotto peso nel periodo 1995-99 era del 5%. Per fini comparativi, Paesi con il 10% di bambini nati sotto peso includono l'Egitto, l'Iran e lo Zimbabwe.*

La percentuale di bambini che ha avuto la diarrea nei 15 giorni che precedevano l'intervista è del 32% (53/165). Il rischio di diarrea è significativamente più alto in famiglie che hanno vissuto al campo per più di due anni. Bambini che vivono in case sovraffollate (più di 2,5 persone per stanza) o in campi con acqua stagnante (dovuta a pavimentazione danneggiata o a scarichi inappropriati)

* Unicef. *La condizione dell'infanzia nel mondo, 2001 – Prima infanzia*. Unicef 2000.

erano più a rischio se le loro famiglie (e non necessariamente i bambini) avevano vissuto nei campi per più di cinque anni.

La percentuale di bambini che ha avuto la tosse nelle due settimane prima dell'intervista è del 55% (90/165). I bambini erano più a rischio di avere la tosse se la famiglia non aveva accesso ad una doccia, o se vi era acqua stagnante sul fondo del campo. I bambini di famiglie che vivevano in abitazioni sovraffollate erano più a rischio di avere la tosse se, per scaldare l'abitazione, venivano usate stufe a legna, invece di sistemi a gas o elettrici.

La proporzione di bambini che ha manifestato problemi respiratori negli ultimi 12 mesi (17%, 28/165) è significativamente condizionata dall'affollamento del campo (meno di 25m² per persona), dalle condizioni abitative e dall'accesso a servizi igienici con doccia.

La prevalenza d'asma riscontrata è più alta rispetto ai dati nazionali (7% contro 5,2% per "dispnea con fischi respiratori negli ultimi 12 mesi"; 4% contro 1,4% per "almeno quattro attacchi di fischi respiratori negli ultimi 12 mesi"). Per i bambini dei campi, la prevalenza d'asma è principalmente legata alla presenza di ratti e al sovraffollamento del campo, alle condizioni dell'abitazione e al suo sovraffollamento.

La percezione degli abitanti degli insediamenti, rispetto alla relazione tra la salute dei bambini e le condizioni di vita, è molto chiara. A seconda della situazione reale dei campi in cui vivevano, le risposte degli intervistati sulle cause di malattie dei bambini variavano per numero e per tipi di cause. Gli intervistati hanno elencato più cause di malattie in campi dove le condizioni di vita erano più precarie e vi erano più elementi di rischio per la salute dei bambini.

Il campo è visto come fonte di degrado e precarietà. Tale situazione rende difficile tirare su una famiglia e aver cura dei propri bambini. La cattiva qualità delle abitazioni, l'umidità, la difficoltà nel mantenere puliti i figli e la casa, la mancanza di un luogo dove i bambini possano giocare, la difficoltà di avere un lavoro fisso vivendo in un campo, sono ostacoli con cui confrontarsi tutti i giorni.

La sintesi della *Tavola 6.3*, presentata nella seguente pagina, mostra la corrispondenza tra le preoccupazioni espresse dagli abitanti dei campi e le relazioni statistiche tra lo stato di salute dei bambini e le condizioni ambientali realmente osservate.

Le povere condizioni di vita nei campi hanno aumentato il grado di pregiudizio verso la popolazione *rom* da parte degli estranei. Vivere in un "campo nomadi" ha aggiunto un ulteriore fattore di discriminazione al fatto di essere "zingari": ha aumentato la precarietà, reso più difficile trovare un lavoro e, soprattutto, ha avuto un effetto negativo sulla possibilità di integrazione.

L'autore conclude con la raccomandazione che le famiglie *rom* attualmente residenti nei campi dovrebbero, a questo punto, essere aiutate ad integrarsi al più presto nella società italiana. Nel frattempo, i campi dovrebbero essere resi conformi alle norme ufficiali di sanità e di sicurezza. Queste richieste vengono direttamente dai *rom* intervistati prima e durante lo studio. Prima di arrivare in Italia, questa gente non aveva mai vissuto in un campo. In nessun modo, comunque, questi campi sono qualcosa che i *rom* vorrebbero conservare.

Questi risultati si possono ottenere solo con la consapevolezza che il pregiudizio è tra i principali ostacoli nell'individuazione e per l'attuazione di soluzioni definitive e dignitose. Il pregiudizio, infatti, frena la definizione di una politica nazionale che tenga conto delle reali motivazioni che hanno indotto i *rom* a migrare in Italia e che gli impediscono di tornare nei loro Paesi: tale politica è

fondamentale per favorire la regolarizzazione e l'integrazione di queste persone viste, invece, strumentalmente come "nomadi".

Mentre il pregiudizio verso i *rom* blocca la possibilità del loro coinvolgimento e della loro partecipazione nella pianificazione, questo studio conferma la ragionevolezza delle loro preoccupazioni, suggerendo un approccio partecipativo alla ricerca e sottolineando l'importanza del loro coinvolgimento diretto nella definizione di politiche di integrazione.

Preoccupazioni espresse dai Romá

Sporcizia

Rifiuti, degrado, stato dei cassonetti

Condizioni abitative precarie

Qualità è struttura dell'abitazione
Poca circolazione d'aria
Riscaldamento, aria secca
Difficoltà a scaldare l'abitazione
Infiltrazioni e muffe

Freddo e umidità

Bagni fuori dalle abitazioni
Mancanza d'acqua calda
Impossibilità di fare bagno caldo ai bambini
Bagni non riscaldati

Presenza di ratti

Cattiva qualità dell'aria, odori sgradevoli

Sovraffollamento

Spazio vivibile al campo
Spazio vivibile nelle abitazioni

Questioni non menzionate in modo esplicito:

Anni vissuti dalla famiglia al campo

Apparentemente contraddittorio:

Accesso all'acqua all'interno dell'abitazione

Associazioni significative

Acqua stagnante

Tosse (5 anni vissuti al campo) p=0.001
Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.026

Condizioni dell'abitazione

Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.010
Asma (se il campo è affollato) p=0.016

Stufe a legna

Tosse (se il campo è affollato) p=0.027

Assenza di bagni con docce

Tosse (tutti) p=0.003
Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.007

Ratti

Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.027
Asma (tutti) p=0.071

Siti industriali inquinanti

Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.003

Affollamento delle abitazioni

Asma (affollamento giorno e notte) p=0.014

Affollamento del campo

Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.001
Asma (+condizioni abitazione) p=0.016

Anni vissuti al campo

Diarrea (tutti) p=0.014
Diarrea (se l'abitazione è affollata) p=0.002
Diarrea (in campo con acqua stagnante) p=0.005

Accesso all'acqua in casa

Tosse (bambini 0-3) p=0.019

1. INTRODUZIONE

Le condizioni di vita in cui vivono migliaia di *rom* stranieri in Italia sono estremamente precarie. Coloro che vivono nei campi, siano essi regolari o irregolari, si trovano spesso in condizioni igienico-sanitarie molto critiche. Molti residenti incontrano gravi difficoltà per ottenere documenti che permetterebbero loro una completa integrazione nella società italiana.

I campi, anche quelli creati dalle istituzioni locali, non hanno servizi igienici sufficienti e nella maggior parte dei casi si trovano in aree degradate delle periferie urbane. Spesso i *rom* abitano in baracche auto-costruite con materiali di recupero, troppo calde d'estate e troppo fredde d'inverno.

Questo studio tenta di porre i *rom* al centro del processo di ricerca, adottando un approccio che parte dalle prospettive e dai timori di quelli che in realtà soffrono della presente situazione. Come sarà analizzato nella sezione seguente, una delle cause di emarginazione dei *rom* stranieri, e degli "zingari" in generale, è la mancanza di credibilità dei *rom* davanti a, e secondo le istituzioni. Ciò impedisce alle istituzioni stesse di ascoltare la voce delle comunità *rom* e di formulare una strategia comune.

Questo studio analizza i differenti aspetti che rendono possibile questo stato di cose, partendo dalle preoccupazioni delle comunità *rom* e tentando di dare a tali preoccupazioni l'oggettività che la ricerca scientifica può offrire.

Lo scopo di questa tesi è di servire da catalizzatore tra i *rom* e le istituzioni, offrendo informazioni che possano essere capite ed utilizzate da tutti gli interessati per promuovere un cambiamento. Da un lato, questo studio tenta di verificare se le preoccupazioni espresse dai *rom* possono essere dimostrate con il supporto della ricerca quantitativa. Dall'altro, è importante tentare di verificare se una ricerca che parta dalle comunità può contribuire a far sì che la voce dei *rom* entri nei processi di pianificazione. Entrambi gli elementi sono stati importanti per stabilire un punto di partenza verso la possibilità di dar forza a processi di ricerca partecipativi con base comunitaria che coinvolgano le comunità *rom*, il mondo accademico e le istituzioni.

L'obiettivo dello studio si è andato delineando nel tempo, a partire da uno dei problemi più sentiti sia dai *rom* sia da altri settori interessati della società civile, incluso le istituzioni e le associazioni. Partendo dall'ipotesi che le condizioni di vita in campi italiani autorizzati in cui vivono *rom* stranieri possano avere un impatto negativo sullo stato di salute dei bambini, lo studio analizza le relazioni tra lo stato di salute dei bambini *rom* di età inferiore ai sei anni e le condizioni di vita nei campi.

Lo studio è stato condotto in cinque campi, scelti per rappresentare il più possibile l'eterogeneità delle situazioni esistenti in Italia. I campi presi in considerazione sono abitati da *romá* di origine prevalentemente macedone e kosovara. In contrasto con l'eterogeneità delle condizioni dei campi, la popolazione coinvolta nello studio è stata deliberatamente selezionata per essere il più possibile omogenea.

Sono essenzialmente gli stessi *romá* che descrivono la salute dei loro bambini e le condizioni ambientali in cui vivono. Dato l'obiettivo primario della ricerca, lo studio si basa essenzialmente sui punti di vista e sull'esperienza delle madri dei bambini di età inferiore ai sei anni.

CONTESTO, INFORMAZIONI DI BASE

Le popolazioni *rom* provenienti dalla Macedonia e dal Kosovo sono giunte in Italia principalmente negli anni '80 e '90, spinte a migrare sia da ragioni di tipo economico sia a causa delle guerre che hanno colpito la regione balcanica. Arrivi in Italia si segnalano anche negli anni '70, ma non della consistenza di quelli che si verificheranno poi, dopo la morte di Tito (1980) e con la crescente crisi economica, che mostrerà segni evidenti verso la metà degli anni '80, e la tensione etnica sfociata nella guerra e nella disgregazione della Federazione Jugoslava.

Se si considerano tutti i *rom* stranieri che vivono attualmente in Italia, in campi ed altri insediamenti, provenienti non solo dai Paesi dell'ex Jugoslavia, ma anche da altri Paesi dell'Est Europa, si superano probabilmente le 20 mila unità. Di questi, i macedoni e kosovari rappresentano dal 25% al 30%. Questi dati sono ricavati da uno studio svolto personalmente nell'ambito del progetto OPREROMA [1, 2], coordinato dal prof. L. Piasere, e verranno esposti più estensivamente nell'Annesso 1. Il rapporto dell'ERRC (Centro Europeo per i Diritti dei Rom) per il 2000 parla di stime di alcune ONG che vanno da 45 mila a 70 mila *rom* stranieri in Italia [3]: il numero di 20 mila dato dall'autore si riferisce solo a coloro che vivono in campi ed altri insediamenti. La maggior parte di coloro che risiedono nei campi vive in condizioni precarie. Molti di loro avrebbero il diritto al riconoscimento dello status di rifugiati.

Nel marzo del 1999 il CERD (Comitato per l'Eliminazione della Discriminazione Razziale) delle Nazioni Unite pubblicò un rapporto nel quale si accusava il Governo Italiano di debolezza nel combattere la segregazione razziale e la discriminazione sociale del popolo *rom*, isolato dall'accesso ai servizi di base e dalla partecipazione economica e sociale [4]. Nonostante questo, vi sono pochi studi epidemiologici sulle patologie che colpiscono i *rom* che vivono nei campi, e sulla possibile relazione tra tali malattie e le condizioni di sovraffollamento e di igiene precaria dei campi stessi. Non sono stati neppure individuati lavori scientifici che suggeriscano quali benefici in termini di salute si potrebbero ottenere modificando tali condizioni. Inoltre, non esistono studi che analizzino il legame tra salute e condizioni di vita, a partire dal punto di vista della gente che vive nei campi.

L'opinione dei *rom* è raramente presa in considerazione, nonostante alcuni autori abbiano criticato lo stato di segregazione e di alienazione in cui i *rom* vivono nei campi e abbiano sottolineato le carenze legislative ed i comportamenti discriminatori delle istituzioni. Questo tipo di visione unilaterale ha portato, spesso, a pianificazioni che non hanno tenuto conto dei reali bisogni e della particolarità culturale di queste popolazioni. Le decisioni vengono infatti frequentemente prese sopra la testa delle persone interessate, generando quindi nei *rom* un atteggiamento fatalista, di attesa e di sospetto. La poca partecipazione alle decisioni e la poca informazione che circola nei campi, sulle possibili mosse future delle amministrazioni locali, generano frustrazione.

In molti casi, però, non vi è neppure una pianificazione e le istituzioni locali preferiscono gestire i campi con misure di emergenza. Queste misure sono spesso più costose di interventi di pianificazione, ma meno visibili e per questo meno impopolari presso la popolazione locale.

Il dibattito sui “campi *rom*” in Italia

Il dibattito sui campi *rom* in Italia rivela molti elementi di irrazionalità. Soluzioni razionali sembrano irrealizzabili a causa di pregiudizi e paure. L'esposizione che segue si riferisce specificamente al problema dei *rom* stranieri ma molto può esser applicato anche ai problemi dei *rom* e dei *sinti* italiani.

I “campi rom” italiani nascono come frutto dell’emergenza causata dal flusso migratorio dei rom dall’ex repubblica Jugoslava, dovuto a conflitti etnici e alla guerra. In molti casi, le autorità locali italiane hanno attrezzato campi per ospitare in modo più “regolare” persone che vivevano in campi illegali o occupando edifici abbandonati. Trovandosi di fronte ad insediamenti abusivi, le autorità hanno considerato necessario intervenire per tenere il problema sotto controllo.

Come affermato da Brunello nel 1986, *“l’obiettivo sul quale convergono amministratori e gruppi di volontariato, e che finisce con il catalizzare la discussione sui giornali, è l’apertura di campi attrezzati. Al fondo di questa richiesta si trovano considerazioni di ordine sanitario (chiudere luoghi malsani, assicurare un minimo di igiene) e insieme di controllo sociale (impedire la “dispersione” dei gruppi rom, centrali in un luogo).”* [5, p.15]

In molti casi questo approccio può anche sembrare giusto, specialmente laddove le eccezioni sono fatte per ospitare nei campi persone in difficoltà, anche se prive di regolari permessi di soggiorno. Spesso, tuttavia, queste persone avrebbero avuto diritto di asilo politico o del riconoscimento dello status di rifugiati. La via per regolarizzare la loro posizione, facilitando il processo di integrazione, è stata ostacolata proprio a causa di questo tipo di politiche di prima accoglienza. Infatti, raramente le autorità hanno facilitato il processo di riconoscimento dello status di queste persone, offrendo loro una vera indipendenza, una regolarizzazione, e la possibilità di ottenere un lavoro permettendo loro di circolare liberamente sul territorio nazionale. Inoltre, anche nei campi ufficiali, la mancanza di servizi, il livello di vita sotto i normali standard e la mancanza di un’efficiente politica di accoglienza hanno portato a situazioni inaccettabili.

Ronald Lee, giornalista e docente universitario canadese di etnia rom, sottolinea che l’Italia non applica la Convenzione di Ginevra sui rifugiati [6], che vi è il rischio, per un rom che richieda di regolarizzare la sua posizione, di venire espulso, che si generi immobilismo nella lunga attesa di una risposta, e che la difficoltà di ottenere permessi di lavoro spesso induce le persone a vivere di espedienti e di elemosina.

Paragonata con i vicini Paesi Europei, l’Italia è indietro nell’applicazione della legge per la concessione di asilo. Secondo il rapporto dell’UNDP sullo Sviluppo Umano del 2004, l’Italia ha riconosciuto, nel 2003, circa 12 mila rifugiati. La Francia ne ha riconosciuti 132 mila, il Regno Unito 277 mila, la Germania 960 mila. L’Italia non si è dotata di una legge quadro per l’asilo che attui la Convenzione di Ginevra. Benché la vigente normativa fissi il tempo limite di 15 giorni per la prima decisione della Commissione Centrale, la durata media della procedura è di 12/14 mesi. Durante questo periodo, chi chiede asilo non ha il permesso di lavorare, mentre la legge stabilisce un sussidio di 17,5 euro al giorno solo per i primi 45 giorni [7]. Tuttavia, questo sussidio viene erogato solo ad una piccola percentuale di richiedenti.

Ma la mancanza di una politica nazionale d’asilo non spiega a pieno il fenomeno italiano dei “campi nomadi” per i rom. Come afferma l’antropologo Piasere (1996): *“Mi sento di dire, e non credo di esagerare, che se uno dei fondamenti su cui sono costruiti gli Stati moderni è la contrapposizione con gli altri stati (i cui membri sono gli “stranieri”), un altro fondamento è allora costituito, né più né meno, dall’antiziganismo / antinomadismo. Una volta che la stragrande maggioranza dei “vagabondi” prodotta dalla società europea nell’era moderna viene costretta a forza a proletarizzarsi, gli zingari restano l’ultima di quelle che venivano considerate le “classi pericolose”, perché, come scritto da Miriam Kaprov, costituiscono gli ‘ultimi anarchici’.”* [8, p.25]

Sigona, nel 2002, conclude la sua analisi affermando: *“La coltre di pregiudizi che avvolge i Rom trova la sua espressione architettonica nelle politiche abitative elaborate da comuni e regioni*

d'Italia. [...] Il campo non è solo uno strumento di controllo (cosa che sicuramente è), ma anche il mezzo attraverso il quale si crea un target group. Si accentrano i servizi, si costruisce un'utenza speciale e dedicata per cui, paradossalmente, alla fine l'essere Rom coincide con il vivere nel campo." [9, p.12]

I "campi nomadi" in cui vivono i *rom* provenienti dalla ex Jugoslavia sono frutto del pregiudizio. Nei campi finiscono, quindi, "temporaneamente", persone considerate inaffidabili, che non dovrebbero esserci, di cui si giustifica la presenza solo per un certo periodo. L'instabilità dei campi è una proiezione dell'instabilità che viene associata ai *rom*, erede del triste *Wandertrieb*, il gene dell'istinto al nomadismo immaginato dai nazisti per giustificarne l'asocialità e quindi lo sterminio [10].

Il campo diventa, quindi, uno spazio d'eccezione, luogo senza né tempo né spazio. Dopo molti anni persone che hanno abitato nei campi e hanno lavorato, in nero o avendo strappato un permesso di soggiorno, corrono ancora il rischio di perdere quel piccolo grado di regolarità acquisita. Alcuni non hanno mai avuto un permesso di soggiorno. Il campo crea un'anomalia [11], un luogo dove i diritti non esistono più. I campi sono spesso in luoghi considerati non idonei ad ospitare alcun tipo di abitazione: zone di esondazione, o accanto a discariche tossiche, tra i tralicci dell'alta tensione o i piloni delle tangenziali. Nei campi, gli impianti sono spesso non a norma, i servizi igienici sono inadeguati, mancano spesso le uscite di sicurezza, e gli allacci di acqua e luce possono stare uno accanto all'altro.

Nelle parole di Brunello: *"Come il ghetto, il campo è un luogo di segregazione che permette la permanenza di persone fino ad allora espulse dalla città e indesiderabili; rafforza l'identità culturale di chi vi è rinchiuso; conferisce normalità a una situazione percepita come straordinaria ed eccezionale."* [5, p.17]

La mancanza di appropriati standard di igiene è la causa più frequente per lo smantellamento di campi non autorizzati. Tuttavia, le stesse condizioni esistono anche nei campi creati dalle autorità. Nel rapporto dell'ERRC, parlando di campi regolari e irregolari, si afferma: *"Non è stato trovato alcun campo che avesse un adeguato sistema fognario."* [3, p.19]

La situazione può perdurare per anni. Secondo Colacicchi, c'è *"[...] un complicato intreccio di norme giuridiche da una parte, e di stereotipi, pregiudizi, superstizioni e opinioni infondate sul 'misterioso popolo zingaro' dall'altro. [...] gli zingari sono considerati in blocco (lo zingaro) come 'quelli che vivono nei campi', e sono identificati come 'nomadi', incapaci di fissa dimora."* [12, p.29]

Nel 2000, l'ERRC ha accusato le autorità italiane di bloccare gli sforzi fatti dagli stessi *rom* per migliorare le loro condizioni di vita [3]. Questo spesso avviene attraverso il controllo e la segregazione, ignorando il dialogo, la collaborazione reciproca e la pianificazione partecipata. Secondo l'ERRC, *"la maggior parte dei campi autorizzati è circondata da muri o recinti. In molti casi un sistema di guardiani li rende dei luoghi ad accesso regolamentato, violando così la libertà di movimento. [...] Ma nei campi autorizzati, anche chi non ha pendenze penali subisce in qualche modo un controllo permanente, mentre le persone nei campi abusivi sono soggette a controlli periodici."* [3, p.18]

Il pregiudizio può essere un ostacolo notevole nel processo razionale di elaborazione che dovrebbe portare le autorità ad analizzare la situazione e a trovare soluzioni ragionevoli insieme ai *rom*. Carlisle, nel 2002, dichiara che la maggior parte dei *rom* in Italia vive in uno stato di separazione fisica dalla società, segregati dagli italiani non *rom*: *"Le energie e le risorse destinate ai rom sono*

spesso indirizzate verso la costituzione di una rete di ghetti, sponsorizzata ed organizzata dalle istituzioni. [...] Come possiamo continuare a chiamare 'nomade' una società quando i suoi componenti vivono nello stesso luogo, nel più orrendo squallore, per più di trent'anni? E come possono essere accusati di comportamenti antisociali quando [...] vediamo che persino nelle peggiori condizioni prevale la dignità umana e si costituiscono comunità?" [13, pp.XIX-XXI]

I campi finiscono per essere più che la causa della segregazione fisica. Nel 1999, il CERD delle Nazioni Unite, nelle osservazioni conclusive sull'Italia, afferma che *"[...] oltre ad una frequente mancanza di servizi di base, per i Roma, l'abitare in questi campi non porta solo ad una segregazione fisica della comunità dei Roma nella società italiana, ma anche ad un isolamento politico, economico e culturale."* [4, par.D/11]

Hasani, giovane di vent'anni, dopo aver vissuto per otto anni in un campo, ha dichiarato: *"Per due ragioni penso che sia sbagliata l'idea del campo. Primo perché ho vissuto sia in un campo sia in una casa e so cosa vuol dire la differenza. Secondo perché vivendo al campo è difficile riuscire a conservare un lavoro: il freddo, la frequente mancanza di acqua, qualcuno che non ti fa dormire... La vita al campo è sempre molto precaria."* [14, p.41]

Questa forma di segregazione va pure contro le politiche di assimilazione portate avanti da alcuni gruppi politici, che dichiarano che l'unica soluzione possibile per incorporare gli "zingari" nella società italiana, è che gli zingari abbandonino la loro cultura e il loro modo di vivere. I *rom* sono spesso accusati di non volersi integrare, non mandando per esempio i loro figli a scuola. In alcuni campi, le famiglie hanno il permesso di risiedere solo se mandano i figli a scuola. Tuttavia, mandare i bambini a scuola diventa sempre più difficile nelle condizioni dei campi. È infatti difficile tenere pulito un bambino se manca l'acqua calda, se il campo è un pantano, se la casa è una baracca da dieci anni. Può essere molto difficile per un bambino integrarsi a scuola se la sua famiglia è segregata dalla società.

Per Colacicchi, *"uomini e donne che cercano un lavoro dipendente vengono respinti perché 'nomadi', cioè perché vivono nei campi. Il vivere nel campo, sia libero che autorizzato, determina infatti la seconda serie di problemi."* [12,p.35] La prima serie di problemi nasce dal fatto che si viene esclusi in quanto *rom*, quindi "zingari" e "nomadi". Si è allora costretti a vivere in condizioni imposte dal pregiudizio. La seconda serie di problemi nasce dal fatto che i luoghi e i modi imposti dal pregiudizio definiscono l'essere zingaro e nomade. Tutto questo si solidifica nel tempo, in anni di immobilismo istituzionale, che fa in modo che per uscire da queste situazioni siano necessarie risorse enormi, sia umane sia finanziarie, che vanno sommate a quelle spese dalle istituzioni per gestire le emergenze dei campi.

Queste le parole di Piasere: *"Questi campi, costruiti sulla nostra merda, costituiscono il vero centro dell'Occidente, il centro in cui si annodano contraddizioni enormi quanto il mondo che abbiamo costruito, in cui diritti di cittadinanza e diritti dell'uomo si scontrano a muso duro, in cui Est e Ovest d'Europa rispecchiano le proprie miserie e i propri rimorsi, in cui una città riversa le proprie fragilità e le proprie finzioni, in cui, nonostante tutto, ci sono donne e uomini e bambini che vivono."* [15, p.8]

OBIETTIVI

Obiettivo generale

L'obiettivo generale di questa tesi è dimostrare che la ricerca quantitativa su popolazioni urbane marginalizzate che vivono in piccoli gruppi largamente dispersi, come i *rom* stranieri che vivono in campi in Italia, può fornire evidenza attendibile che le comunità possono usare per perorare il cambiamento – supposto che la ricerca sia basata sulle priorità stabilite dalle comunità stesse.

Gli obiettivi specifici sorgono dalla principale preoccupazione espressa dai *rom* macedoni e kosovari che vivono in cinque “campi nomadi” in Italia: le condizioni di salute dei loro bambini.

Obiettivi specifici

- Misurare la frequenza dei problemi di salute più comuni sofferti dai bambini che vivono nei campi, dalla nascita all'età di cinque anni;
- Esaminare i fattori ambientali, presenti nei campi, che potenzialmente possano influenzare lo stato di salute dei bambini.
- Descrivere abitudini e comportamenti che possano avere effetti sulla salute dei bambini;
- Studiare le possibili relazioni tra fattori ambientali, comportamenti e abitudini, e la salute dei bambini;
- Esaminare il livello di accesso dei residenti dei campi ai servizi di salute, con speciale riguardo alla salute dell'infanzia.

2. ANALISI BIBLIOGRAFICA

ANALISI CRITICA DELLA BIBLIOGRAFIA MEDICA SUGLI “ZINGARI”

Questa ricerca bibliografica ha avuto come obiettivo quello di tentare di analizzare come la salute dei vari gruppi zingari sia stata studiata, cosa sia stato effettivamente studiato e come siano stati presentati i risultati ottenuti.

La necessità di investigare questi aspetti sorge dalla convinzione che la ricerca non si sviluppi nel vuoto, e che la scienza rifletta, in termini positivi e negativi, valori e assiomi impliciti che guidano la concettualizzazione, la scelta e l'analisi dei problemi di ricerca [16]. Dati i pregiudizi che colpiscono la minoranza zingara, è importante comprendere se siano queste credenze o i bisogni in termini di salute di specifici gruppi zingari ad influenzare la ricerca epidemiologica in questioni riguardanti gli zingari. Questo sarà importante per lo sviluppo della metodologia usata in questa tesi e per identificare le priorità della ricerca, in termini di cosa è necessario investigare e come.

In questa analisi, il termine “zingaro” si utilizzerà più come categoria letteraria che come categoria di persone. Sono molte le distinzioni da fare tra i vari gruppi zingari esistenti, tra i diversi stili di vita adottati da ciascun gruppo e le condizioni in cui vivono. Fondamentalmente, in ambito scientifico, il termine “zingaro”, come il termine “Gypsy” in inglese, genera due tipi di problemi. In primo luogo, trattandosi di un eteronimo e di un termine molto generico, “zingaro” è stato utilizzato spesso a sproposito, causando un deterioramento del suo significato. Per avere un'idea del senso comune dato al termine “zingaro” si può ricercare la definizione data da comuni dizionari. La decima edizione del dizionario Zanichelli, del 1977, nella sua precisione riflette questa ambivalenza dando due definizioni: “1. Appartenente ad una popolazione originaria dell'India, diffusasi in Europa sino dal XII sec., caratterizzata da nomadismo, attività lavorative saltuarie e ricche tradizioni etniche. 2. fig. spreg. Persona sudicia e malvestita.” Il dizionario di G. Devoto e G.C. Oli (Le Monnier, XV ristampa, 1983) afferma: “1. Appartenente al gruppo etnico migrante degli Zingari, largamente incrociato con le popolazioni dei diversi Paesi di adozione (Europa danubiana e meridionale, Egitto e Africa Settentrionale), ma risalente ad un ceppo indiano (India nord-occid.), di cui reca tracce evidenti nei caratteri somatici, che contribuiscono, insieme con una certa vistosità cenciosa ed equivoca dell'abbigliamento e alle tradizionali occupazioni dei girovaghi (sonatori ambulanti, chiromanti, mercanti di cavalli, accattoni), a suscitare la diffidenza e la superstizione popolare: *sudicio, stracciato, nero come uno z.; vivere come gli z.; astuto come uno z.* 2. con valore di **agg.**, talvolta in luogo di *zingaresco*: *la musica z.* (dal gr. Mediev. (A)*tsinganoi*, tribù dell'Asia Minore.)”. In inglese, il termine “Gypsy” presenta lo stesso problema. L'Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English (A.S. Hornby, XXI impression 1986) offre due definizioni per due modi di scrivere¹: “**1 gipsy**, (scherzoso) persona attraente o maliziosa, specialmente se con occhi neri e brillanti. **2 Gypsy**, membro di genti erranti originarie dell'Asia, che si muovono in carovane e formano campi di tanto in tanto, e si guadagnano da vivere raccogliendo materiali di scarto, con il commercio di cavalli, la predizione del futuro, intrecciando canestri, ecc.” (traduzione dell'autore).

¹ Il Fowler's Modern English Usage (Oxford University Press, 1985 reprint) chiarisce la questione del doppio *spelling*: “In contrast with the words into which y has been introduced instead of the correct i, apparently from some notion that it has a decorative effect (*sylvan, syphon, syren, tyre, tyro*, etc.), there are a few from which it has been expelled for no better reason than that the display of two ys is thought an excessive indulgence in ornament. In *gypsy* and *pygmy* the first y is highly significant, reminding us that *gypsy* means Egyptian, and *pygmy* foot high (Gk. *πυγμαί*: elbow to knuckles). It is a pity that they should be thus cut away from their roots, and the maintenance of the y is desirable.”

Il secondo problema che genera la parola “zingaro”, specialmente se usata in ambito scientifico, è che troppe persone sono tentate dall’usare questo termine, che racchiude in sé popolazioni d’etnia molto diversa, per giungere a conclusioni generalizzanti sul modo di vita, sulle tradizioni e sullo stato di salute di gruppi specifici di persone. Nell’ambito della ricerca medica, e della ricerca scientifica in generale, questa approssimazione può generare risultati ambigui e poco attendibili.

Si ritiene, quindi, che l’eteronimo “zingaro” potrebbe essere utilizzato senza problemi, se non avesse assunto un’accezione negativa, dai contorni irrazionali, e fosse usato con criterio per definire un insieme di popolazioni con alcune cose in comune e molte differenze.

Per le ragioni espresse, i termini usati dai vari autori nelle loro esposizioni per definire le popolazioni oggetto di studio, sono stati riportati in corsivo, nella lingua in cui appaiono nei vari documenti.

Analisi dei contenuti

Come accennato, e come vedremo, le generalizzazioni sugli “zingari” abbondano. Molti autori affermano o considerano che i risultati di studi su comunità specifiche possano essere estesi ed applicati a tutti gli zingari. Il principale pericolo è che queste generalizzazioni possano dare origine a – o aver avuto origine da – pregiudizi su persone identificate come “zingari”, che portano la società maggioritaria ad emarginare ulteriormente queste persone.

Nella letteratura medica sono comuni i riferimenti a “zingari”, “nomadi”, “Gypsies”, “Travellers”, “itinerants”, “gitans”, spesso senza distinzione di provenienze, nazionalità o stili di vita. Alcuni autori fanno commenti generalizzanti dopo essere stati in contatto solamente con piccoli gruppi.

In gran parte dei casi, in realtà, l’origine etnica di un gruppo è irrilevante. Tuttavia, può essere utile quando non vi sono altri elementi che riguardino le condizioni e lo stile di vita del gruppo preso in esame. “Zingaro” non può in alcun modo essere considerato un fattore di rischio per la salute propria o altrui, e ancor meno quando non viene fornita alcuna spiegazione addizionale.

Gli studi che fanno una qualche distinzione, specificando quale gruppo etnico sia stato preso in considerazione, sono molto pochi. In Italia, ad esempio, pur semplificando, abbiamo almeno quattro diversi gruppi di “zingari”: *rom* dell’Italia Meridionale, *sinti* dell’Italia Centrale e Settentrionale, *roma* sloveni e croati di nazionalità italiana, *rom* stranieri dell’ex Jugoslavia e di altri paesi dell’Europa Orientale. In grandi città come Torino o Milano, sono presenti membri di tutti questi gruppi. A seconda dei gruppi, gli stili e le condizioni di vita possono essere molto differenti. Anche all’interno di un gruppo etnico definito vi possono essere diverse condizioni di vita. Possiamo avere *sinti* che vivono in case mobili in insediamenti, in case stabili in insediamenti o in regolari appartamenti. Infine, diversi gruppi *sinti* hanno tradizioni e modi di vita differenti, possono parlare la loro lingua d’origine o meno, essere nomadi o sedentari, essere più o meno endogamici, avere diverse credenze, essere tedeschi, francesi o italiani.

Il semplice fatto di essere zingari non può giustificare a priori una predisposizione verso certe malattie. Come rilevato da R.C. Gropper [17], gran parte delle patologie che colpiscono gruppi specifici di persone sono da attribuirsi in gran parte all’ambiente in cui si vive e allo stile di vita, ed in piccola parte alle caratteristiche genetiche degli individui. In ogni caso, inoltre, è molto complicato separare le cause genetiche da quelle ambientali (che comprendono aspetti sociali, culturali e politici). È quindi di fondamentale importanza specificare sempre a quali gruppi ci si riferisce e il contesto in cui questi gruppi vivono.

Generalizzazioni inappropriate sono frequenti [18, 19], e vi sono autori che, partendo da studi accurati di altri autori su gruppi specifici, ne traggono conclusioni errate (“... *i Sinti, in Piemonte a partire dal XV Secolo, sono più evoluti [dei rom xoraxané kanjarja]*” [20, p.7]). Rabino Massa e Masali, nel 1987 [18], ad esempio, partono da un testo di E. Marcolungo pubblicato nel 1983 [21] che descrive differenti gruppi di zingari presenti a Torino, per svolgere uno studio sulla distanza biologica tra *Sinti*, *Rom Xoraxané* e *Rom Kanjarja*, senza tuttavia giungere ad alcun risultato significativo. La distanza biologica, infatti, non dovrebbe mai essere confusa con la differente appartenenza etnica.

Generalizzazioni su diversi gruppi di zingari, che a volte intendono essere utili, spesso falliscono in questa intenzione. In un articolo di Bodner e Leininger [19], su *Gypsies* del Nord Europa, pubblicato nel 1992 con lo scopo di aiutare “*il personale sanitario a capire questa cultura largamente sconosciuta, e per offrire linee guida per un’assistenza sanitaria culturalmente adeguata*” [p.17], si leggono le seguenti affermazioni: “*loro tendono ad usare, e spesso a sfruttare, le risorse naturali di altri*” o “*le donne sono istruite nell’arte del predire la fortuna*” [p.21]. Tali affermazioni non possono essere considerate utili allo scopo prefissato. Le caratteristiche descritte non identificano una cultura, né nel caso si parli di un gruppo specifico né tanto meno riferendosi a “zingari del Nord Europa”. In termini di comunicazioni interculturale, sarebbe molto più importante comprendere che le differenze culturali sono fenomeni superficiali e concentrarsi nel capire le similitudini esistenti nei comportamenti umani indirizzati allo scopo di controllare la realtà circostante [22].

Un articolo italiano interessante, pubblicato nel 2002 [23], sulle attività svolte dall’Area Sanitaria della Caritas Diocesana di Roma nei *campi zingari*, descrive lo stato di salute degli *zingari* e usa riferimenti bibliografici per descriverne i bisogni sanitari. I risultati mostrano condizioni di salute precarie, con alti tassi di infezioni respiratorie e dermatologiche (in gran parte attribuiti alla povertà), ipertensione e malattie metaboliche (in gran parte attribuite allo stile di vita), ed elevati rischi per la salute materno-infantile. L’articolo riporta i dati dell’Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, sulla percentuale di basso peso alla nascita pari a 18,4% per i bambini *nomadi*, rispetto a 5,7% per i bambini italiani. Gli autori concludono che interventi futuri tra i gruppi *zingari* dovrebbero avere come obiettivo quello di migliorare la loro qualità della vita. Tuttavia, nell’articolo non vi è alcuna reale distinzione tra diversi gruppi e diverse necessità, offrendo al lettore un’immagine generalizzante degli *zingari/nomadi*. La povertà o un certo stile di vita, ad esempio, non sono caratteristiche innate degli zingari.

La “razza” zingara

Non è raro incontrare il termine “razza” usato in modo inappropriato, anche in studi relativamente recenti [24-30]. De Amici e colleghi [26] in un articolo pubblicato in inglese nel 1998, dal titolo: “*L’influenza della razza sull’allattamento materno*”, prende in considerazione 21 donne *Gypsy* di non chiara origine, nazionalità e stile di vita e le compara con 23 donne italiane (le donne *Gypsy* sono quindi straniere?). L’articolo contiene generalizzazioni sulla cultura e lo stile di vita *Gypsy*, ma non fornisce alcun dettaglio sulla specifica appartenenza etnica o sulla nazionalità delle 21 donne selezionate. Senza fornire alcuna specificazione, l’articolo contiene affermazioni su come “*siano diffusi in tutto il continente e vivano in isolamento nomadico*”, “*preferiscano sposarsi all’interno della loro comunità per ragioni sociali e culturali: questo spiega l’alto tasso di consanguineità e l’alto tasso di anormalità congenite*”, “*conosciamo poco del loro stile di vita e delle loro abitudini alimentari a causa della barriera linguistica*” [p.413]. Tali affermazioni non sono sostenute da

alcuna evidenza, non possono essere applicate acriticamente a tutti gli zingari del continente europeo e rendono discutibile ogni possibile conclusione su pratiche di allattamento materno.

Cruz e colleghi [24], nel 1998, in uno studio prospettico *“pianificato per determinare la relazione tra questo fattore razziale e l’infezione da HBV”* [p.314], considerano la “razza Gypsy” come fattore di rischio per la contrazione del virus dell’epatite B (HBV). Gli autori spiegano che *“la caratteristica ‘Gypsy’ o ‘non-Gypsy’ è stata determinata sulla base di ben noti elementi antropologici di questa razza e, in casi di dubbio, alla persona in questione veniva chiesto direttamente di fornire questa informazione”* [p.315]. Nessun elemento viene fornito per giustificare il fatto che la “Gypsy race” sia stata considerata fattore di rischio.

Più recentemente, due articoli slovacchi e uno spagnolo usano il termine “razza” nelle seguenti affermazioni:

- *“Lo scopo di questa ricerca era lo studio della mutazione alla base della sindrome di Gitelman, in pazienti di razza Gypsy di differenti origini geografiche”* [27, p.25].
- *“I Romanies appartengono alla razza indo-europea”* [28, p.479].
- *“La popolazione Gipsy è geneticamente imparentata con gli indiani asiatici, poiché i Romanies appartengono alla razza indo-europea e la loro dimora originaria è l’India Centro-Settentrionale”* [29, p.461].

Infine, in un altro articolo spagnolo, il termine “gypsy race” è usato nella versione inglese del sommario, mentre “etnia gitana” è usato nella versione spagnola [30].

L’“origine” degli zingari

Tra i molti articoli sulla struttura genetica degli “zingari”, molti presentano teorie sulla loro origine indiana e discutono i risultati alla luce di queste teorie [31-43]. Alcuni esempi possono essere utili per illustrare la complessità di questo ambito di ricerca e la confusione che si può generare se tale complessità è sottovalutata.

Nel 1979, Barstocas e colleghi [31] comparano i risultati ottenuti su un gruppo di *gypsies* greci con quelli di altri studi svolti in India, nell’ovest del Pakistan e su *gypsies* in vari Paesi europei. Gli autori descrivono similitudini e differenze tra i risultati di un Paese o dell’altro. Mostrano come siano diverse le caratteristiche dei diversi gruppi di *gypsies* considerati. Osservano similitudini nella distribuzione dei gruppi sanguigni ABO tra i *gypsies* greci e tra soggetti studiati in popolazioni indiane e pakistane, ma non sono in grado di trarre conclusioni sul fatto che questi risultati provino l’origine dei *gypsies*.

Nel 1969, Galikova e colleghi [32] individuano una differenza significativa nella frequenza stimata del gene Hp^1 al comparare un campione di *Gypsies* slovacchi con vari campioni tratti dalla popolazione cecoslovacca. La frequenza del gene Hp^1 tra il loro campione di *Gypsies* slovacchi risulta simile a quella descritta tra popolazioni in India e Pakistan. Tuttavia, differenze significative vengono anche riscontrate al comparare due gruppi di *Gypsies* studiati: quelli della Slovacchia dell’est e quelli dell’ovest. Per stessa ammissione degli autori, i *Gypsies* studiati sono una popolazione mista di cui è difficile stimare il tasso di esogamia. Gli autori dichiarano, inoltre, che delle 360 persone studiate i “non-assimilati” (e quindi coloro che potrebbero risultare maggiormente endogamici) sono sottorappresentati.

Kalaydjieva e colleghi [35], in un articolo pubblicato nel 1996, ritengono che una malattia nota come “neuropatia motoria e sensoriale ereditaria - Lom” (HMSNL) sia causata da una singola

mutazione le cui origini sarebbero precedenti alla separazione del gruppo studiato da altri gruppi che presentano la stessa malattia ma che differiscono per identità, lingua e percorsi migratori. Tuttavia, solo in studi pubblicati successivamente dagli stessi autori abbiamo trovato riferimenti specifici alle altre popolazioni non originarie di Lom (nel nord ovest della Bulgaria).

Ogawa e colleghi [36], nel 1998, affermano che gli *Spanish Gypsies* sono diversi da popolazioni dell'Asia Orientale (sud coreani, cinesi coreani, man, han del nord, mongoli e buryat) nella distribuzione degli alleli HLA-B61 e nella loro associazione con HLA-C e DRB1. Rani e colleghi [39], in un articolo pubblicato nel 1998 sulle associazioni tra alleli HLA di classe II nella popolazione dell'India settentrionale, trovano caratteristiche comuni a quelle di *Gypsies* cecoslovacchi e suggeriscono che gli indiani potrebbero essere una popolazione caucasioide con tracce di mescolanze negre e mongoloidi.

R.C. Gropper ha fatto affermazioni interessanti sull'attenzione posta dai ricercatori alla struttura genetica di gruppi *Gypsies* [44, p.7]: *“La domanda che vorrei porre concerne principalmente la questione della comparazione genetica (e, per la stessa ragione, linguistica), anche nel caso in cui gli studi fossero condotti correttamente. Cosa significano? Che tipo di definizione antropologica di gruppo socioculturale si sta contemplando? Se il nostro interesse è socioculturale, perché stiamo sollevando una questione biologica (o linguistica)?”*

Studi sulla salute degli zingari

Nel 2000, Hajioff e McKee [45], e nel 2003, Zeman, Depken e Senchina [46], hanno pubblicato due analisi bibliografiche importanti sulla salute delle popolazioni *rom*, presentando conclusioni molto simili.

Hajioff e McKee hanno basato la loro ricerca bibliografica su 110 articoli su *Roma/Gypsies* pubblicati tra il 1966 e il 1999, escludendo studi di natura genetica. Nella loro ricerca, gli autori affermano che il risultato più sorprendente è la quasi totale assenza di ricerche su malattie non-trasmissibili. Alcune spiegazioni suggerite vanno cercate nelle difficoltà di condurre ricerche su popolazioni emarginate e nel fatto che i ricercatori possano essere trattati con ostilità. Ma gli autori suggeriscono anche spiegazioni più preoccupanti, legate ai valori da cui dipende la ricerca: *“L'attenzione volta alle malattie trasmissibili può riflettere una minore preoccupazione nei confronti dei bisogni di salute dei Roma ma maggiore nei confronti della popolazione maggioritaria”* [p.868]. Hajioff e McKee affermano che i bisogni sanitari della popolazione *Roma* mancano di visibilità, non solo a causa della carenza di ricerche ma anche per l'assenza di prese di posizione in loro difesa.

Zeman e colleghi hanno basato la loro ricerca su 129 articoli pubblicati tra il 1985 e il 2003 e disponibili in inglese. Il 50% di questi articoli tratta di questioni relative alla genetica e alle patologie congenite. Gli autori sottolineano che *“la ricerca e la consulenza in ambito genetico è molto costosa e, anche se scientificamente utile, se non viene applicata può fare pochissimo per migliorare la salute della gente Roma nella loro vita quotidiana”* [p.236]. Nella loro ricerca, gli autori hanno trovato pochi studi sullo stato di salute dei *Roma*, *“e molti di questi studi erano di natura descrittiva e solo tre erano di natura analitica o per la valutazione di ipotesi”* [p.232]. Zeman e colleghi concludono affermando che *“i Roma e altri gruppi emarginati e svantaggiati potrebbero trarre beneficio da ricerche ed azioni concertate da parte di ricercatori di salute pubblica su fattori di povertà, affrancamento e oppressione che contribuiscono ad una più alta incidenza di patologie croniche e infettive, ad esiti peggiori quando queste patologie si presentano, e comportamenti a rischio da parte di questi gruppi svantaggiati”* [p.243].

Ferrer, nel 2003, ha condotto una ricerca bibliografica sui *gitanos* spagnoli [47]. Questa ricerca si basa su 96 articoli pubblicati negli ultimi 20 anni. Di questi, 29 articoli sono di natura genetica. Nonostante il 57% degli studi riporti disuguaglianze sociali nell'ambito della salute, la comunità *gypsy* spagnola viene considerata un gruppo a rischio di salute principalmente per fattori etnici e genetici. L'autore afferma che, nonostante una generale consapevolezza che i *gitanos* spagnoli abbiano uno stato di salute più povero a causa di serie disuguaglianze socio-economiche, vi sono relativamente pochi studi che affrontino questo argomento.

La genetica e la salute degli zingari

Nel 2001, Kalaydjieva, Gresham e Calafell hanno pubblicato una revisione bibliografica specifica sugli studi genetici [48]. Di 297 articoli pubblicati tra il 1960 e il 2000, circa 124 riguardavano questioni genetiche (41 di genetica clinica, 44 di genetica molecolare su disordini genetici e 39 di genetica della popolazione).

Gli autori affermano che sono molto pochi gli studi di genetica della popolazione che parlino dell'eterogeneità delle popolazioni *Romani*. Nonostante gli studi genetici mostrino una diversità interna dei *Roma* – anche all'interno di singoli Stati – i quali appaiono molto più eterogenei delle popolazioni autoctone europee, i *Roma* sono il gruppo etnico più studiato in termini di composizione genetica in Europa. L'elemento più preoccupante è che, anche quando le informazioni sulle caratteristiche delle popolazioni *Romani* studiate potrebbero essere importanti per interventi di salute pubblica, gli studi genetici hanno spesso fallito nel riportare i possibili benefici della ricerca agli individui e alle famiglie che sono state oggetto di ricerca. Nella revisione bibliografica si afferma che i *Roma* sono ancora gli "oggetti" delle ricerche condotte da persone esterne e che *"molte pubblicazioni mostrano atteggiamenti inquisitori e paternalistici, che sarebbero considerati inaccettabili se usati nei confronti di altre popolazioni"* [p.3].

Non è intenzione dell'autore negare l'importanza dei fattori genetici nelle patologie che possano riguardare gruppi di *rom*, *sinti* o *kalè*. Tuttavia, spiegazioni genetiche non dovrebbero essere considerate come unici fattori importanti. Nel 1966, R. Dubos afferma [49]: *"Che siano africani, amerindi, europei o di origine orientale, e quale che sia la complessità della fusione razziale di cui sono composte, le popolazioni umane acquisiscono di solito il bagaglio di malattie caratteristiche dell'area geografica e del gruppo sociale nel quale sono nati e in cui vivono. In termini medici, l'uomo è, in generale, più il prodotto del suo ambiente che del suo bagaglio genetico. La salute delle persone è determinata non dalla loro razza ma dalle loro condizioni di vita"*.

Nel periodo tra il 2001 e il 2005 sono stati pubblicati due articoli sulla struttura genetica dei *Roma*, che affermano che l'informazione raccolta era utile per scopi forensi [50, 51], e ne sono stati pubblicati due sulle differenze antropometriche tra *Roma/Gypsies* e non-*Roma/Gypsies* [52, 53]. In Bulgaria, l'articolo di Zaharova e colleghi [50] analizza sette aplotipi STR² sul cromosoma Y mostrando differenze significative tra bulgari, bulgari-turchi e *Gypsies*, e suggerendo che differenziazioni nella popolazione potrebbero essere considerate nell'analisi di casi forensi o per i test di paternità in Bulgaria. In Grecia, Deligiannidis e colleghi [51] analizzano la distribuzione di frequenza degli alleli di 13 *loci* STR, comparando un campione di *Roma* greci con la popolazione greca. Il risultato, considerato dagli autori rilevante per casi forensi, mostra differenze significative in 11 *loci* su 13. Lo stesso articolo presenta un confronto tra *Roma* greci e un campione di *Roma* ungheresi, e rileva differenze significative in cinque *loci* su otto. In Ungheria, Nagy e Pap [52]

² Short Tandem Repeats: micro frammenti di DNA composti di minimo due e massimo quattro basi azotate, utilizzati come marcatori polimorfici, cioè per mostrare se vi sono delle differenze nella sequenza di DNA.

analizzano i tratti dermatoglifici di dita e impronte palmari in campioni di bambini ungheresi e *Gypsies*. Differenze significative vengono trovate in gran parte delle analisi condotte suggerendo, secondo gli autori, che la mescolanza tra ungheresi e *Gypsies* è stata limitata nonostante abbiano vissuto negli stessi territori per secoli. Madadzhieva e colleghi [53], studiando le differenze esistenti in parametri antropometrici e nella funzione polmonare in bambini bulgari e *Romany*, hanno riscontrato che i bulgari sono più alti, grassi, hanno un peso più elevato alla nascita, maggiori capacità vitale e volume espiratorio massimo nel primo secondo e migliore indice di Tiffenau. Gli autori concludono che, oltre ai fattori genetici, ve ne sono altri, tra cui gli ambientali ed economici, che possono contribuire significativamente a marcare queste differenze, ma che sarebbe difficile soppesare in modo preciso l'impatto di ciascuno di questi.

Anomalie congenite tra gli zingari

Alcuni studi sulle malformazioni congenite negli zingari sembrano dimostrare forti preconcetti. In un articolo greco pubblicato nel 1979, gli autori – che nel testo non spiegano come siano selezionati i 200 *Atzigani* del campione – affermano che l'obiettivo dello studio era di trovare individui con malformazioni. Tuttavia, essi falliscono nell'individuare soggetti *Atzigani* con malformazioni congenite o malattie ereditarie. Azzardano quindi l'ipotesi che questo sia dovuto alla pratica di lasciare i bambini con problemi di salute negli ospedali o in istituti e nel secolo XIX di ricorrere all'infanticidio nel caso di bambini con malformazioni [31]. Nessuna evidenza viene data per avallare queste affermazioni.

Alcuni studi su malattie congenite sono difficili da interpretare a causa del fatto che non specificano come il campione sia stato selezionato [54, 55] o menzionano metodi di selezione non raccomandati generalmente [56, 57]. In alcuni casi gli autori presentano conclusioni non comprovate da alcuna evidenza riportata [58, 59, 60].

Lo studio di Diez e colleghi, pubblicato nel 1998 [56], sulla mutazione 185delAG del gene BRCA1, si basa su un campione di 25 donne *Gypsy* spagnole e 25 non-*Gypsy*: gli stessi autori affermano di non sapere se il campione di donne *Gypsies* sia rappresentativo della popolazione di donne *Gypsies* spagnole. Nel campione è stata trovata una donna *Gypsy* portatrice eterozigote della mutazione. Appare azzardato, con questi numeri, trarre conclusioni sulla possibile percentuale di portatrici eterozigote nella popolazione *Gypsy* spagnola, stimata nell'1% da Stuewing (citato da Diez e colleghi) nella popolazione ebraica Ashkenazi. Tuttavia, gli autori suggeriscono che questa mutazione potrebbe essere stata trasferita dagli ebrei ai *Gypsies* al loro arrivo sul Mediterraneo. Nel 1989, Reddavid e colleghi [57], a Torino, selezionano a caso un gruppo di 22 *Rom* per uno studio sui polimorfismi dei geni β -globinici. Tuttavia, esistono vari gruppi *rom* a Torino, molto diversi tra loro e di diversa provenienza: non specificare né a quali ci si riferisca né se ci si riferisca ad un unico gruppo o a più gruppi rende difficile interpretare i risultati. Nelle conclusioni si fa confusione tra "origine genetica" e "origine etnica": tale confusione è spesso causa di pericolose ambiguità.

Vari studi sulla struttura genetica degli zingari e sulle malformazioni congenite sono basati sull'assunzione che i gruppi zingari pratichino qualche forma di endogamia. Tuttavia, l'endogamia dev'essere chiaramente definita in termini di quali gruppi la praticano, il tipo e il grado di endogamia (cioè quale gruppo è considerato "endo" e il rigore con cui si pratica) e il tasso stimato di consanguineità che ne deriva. In presenza di alti tassi di malformazioni genetiche in membri di specifiche comunità, è anche possibile cercare di individuare altre spiegazioni, che includono l'esposizione a mutageni di natura ambientale.

Alcuni studi riconoscono la potenziale multi causalità di malformazioni genetiche e includono tecniche epidemiologiche per esaminarle. Nel 1998, Kalaydjieva e colleghi hanno descritto la Neuropatia Motoria e Sensoriale Ereditaria-Lom (HMSNL) che ha colpito 35 individui di una comunità *gypsy* nel nordest della Bulgaria e quattro membri di una famiglia *gypsy* del Nord Italia suggerendo, dopo analisi dell'aplotipo e del legame di disequilibrio, che questa fosse causata da una singola mutazione che avrebbe avuto origine prima della migrazione dall'India [59]. Martinez e colleghi hanno analizzato la deficienza da MCAD (Medium Chain Acyl-Coenzyme A Dehydrogenase) nella popolazione spagnola mostrando una frequenza più elevata della mutazione G985 nella popolazione *Gypsy* spagnola in confronto con la popolazione non-*Gypsy* [60], suggerendo che tale mutazione sarebbe occorsa fuori dall'Europa e che sia stata introdotta in Europa da persone di lingua indo-europea. Gli autori hanno giustificato questa ipotesi con l'evidenza che la frequenza della mutazione fosse più alta in popolazioni non-*Gypsy* di altri Paesi del nordovest europeo (Paesi Bassi e Belgio) in confronto con la Spagna. Nel 1980, Varadi e colleghi hanno descritto sei bambini di tre famiglie *gypsy* che vivono in due colonie nell'est dell'Ungheria con una sindrome simile alla trisomia 13 e a quella di Mohr [61]. Anche se gli autori non hanno potuto dimostrare alcun grado di consanguineità tra le tre famiglie, hanno suggerito che la sindrome fosse probabilmente autosomica recessiva.

Tra i numerosi studi sulle malformazioni genetiche delle popolazioni zingare, sono pochi quelli che suggeriscono la possibilità di migliorare la salute dei gruppi studiati attraverso misure preventive, programmi di consultazione o diagnosi precoce [62-66].

Salute preventiva tra gli zingari

Gran parte degli articoli di salute preventiva tra gli zingari si concentrano sull'immunizzazione dei bambini. In alcuni casi la preoccupazione maggiore pare essere che il resto della popolazione possa essere in pericolo a causa di zingari non vaccinati, oppure che gli autori considerino gli zingari un fattore di rischio dal punto di vista sociale, economico o sanitario, senza tuttavia fornire spiegazioni ulteriori. Argomentazioni di questo tipo possono essere trovate nella lettera di Antuñez Gálvez e colleghi sull'epatite B in bambini *gitanos* [67], nel quale i *gitanos* sono considerati un gruppo a rischio senza alcuna specificazione del perché un gruppo etnico abbia una prevalenza d'infezione da HBV superiore e una copertura vaccinale inferiore al resto della popolazione. Aylward e colleghi hanno condotto uno studio sugli abitanti di un campo *Gypsy* in Italia, nel quale un caso sospetto di polio era stato notificato a novembre 1994 (studi virologici non hanno poi confermato l'infezione da poliovirus), e affermano che è alto il rischio che *Gypsies* possano reintrodurre il poliovirus selvaggio a causa delle basse coperture vaccinali e del loro stile di vita nomadico [68].

Morales e colleghi [69], nello studiare la sieroprevalenza di anticorpi anti-HAV (epatite A) in tre gruppi socio-ambientali (unità familiari bianche, unità familiari *Gypsy* e orfanotrofi), hanno mostrato che la sieroprevalenza era più alta in bambini di unità familiari *Gypsy*. Tuttavia, non è stata effettuata alcuna stratificazione per considerare fattori socio-economici.

Altri studi sembrano spinti da motivazioni come la protezione della popolazioni oggetto di studio, o intendono spiegare casi isolati o epidemie. Bell e colleghi [70], studiando la "suscettibilità alla poliomielite degli *itinerants* in Scozia", in otto siti distinti, sottolineano come i *travelling people* che vivevano in siti ben equipaggiati non rappresentassero un rischio per le vicine popolazioni sedentarie. Uno studio di 50 casi di poliomielite in Spagna nel periodo 1982-1984 [71] mostra che, a causa degli scarsi programmi di immunizzazione, le comunità *Gypsy* comprendevano un grande numero di portatori in grado di trasmettere la poliomielite, mantenendo in circolazione il virus. Uno studio su una non definita popolazione *nomade* di Roma [72] ha mostrato una copertura vaccinale

più bassa rispetto alla media italiana, ma un'alta copertura in termini di anticorpi specialmente per polio e morbillo, probabilmente a causa di "dosi di contatto" e favorita dalle precarie condizioni igieniche dei campi.

Altri studi sullo stato di immunizzazione o la prevalenza di anticorpi in gruppi zingari individuano lo status economico e il limitato accesso ai servizi sanitari di base come gli elementi che spiegano il divario esistente tra gruppi zingari e non-zingari. Cilla e colleghi [73] affermano che una più elevata prevalenza di infezioni da HAV in bambini *gypsy* spagnoli in San Sebastian (Paesi Baschi) è dovuta alle condizioni di vita sfavorevoli della popolazione *gypsy* spagnola. Feder e colleghi [74] affermano che i fattori che riducono l'accesso dei *Traveller Gypsies* all'immunizzazione nell'East London includono la mobilità involontaria, la carenza di medici di base e la mancanza d'informazione sui servizi sanitari territoriali. McKenzie identifica gli stessi fattori come responsabili di un'inferiore copertura vaccinale e della scarsa assistenza sanitaria per bambini *traveller* sotto i cinque anni a Brandford [75].

Problemi di salute tra gli zingari in relazione alle condizioni e stili di vita

Molti autori di studi sulla relazione tra problemi di salute e condizioni di vita tra gli zingari descrivono situazioni al di sotto della media rispetto alla rispettiva popolazione maggioritaria. Tuttavia, Flynn, in un articolo sugli *Irish Travellers* [76] pubblicato nel 1986, descrive il buono stato di salute della popolazione studiata, nonostante i fattori di rischio identificati (consanguineità, matrimoni precoci, famiglie numerose, allattamento artificiale, analfabetismo, precarie condizioni abitative). In particolare egli descrive la bassa mortalità infantile e il profilo per età al decesso. L'unico problema di salute significativo è individuato nell'altro tasso di difetti congeniti, attribuiti alle pratiche endogamiche di questo gruppo. Tuttavia, l'autore non considera il possibile ruolo di fattori di rischio ambientali individuati sull'alto tasso di malformazioni, né l'impatto che le malformazioni congenite individuate pare non abbiano sul profilo di mortalità ed in particolare sulla mortalità infantile. In uno studio pubblicato nel 1988, su patologie legate all'igiene orale in un campione di bambini appartenenti alla popolazione *nomade* di Torino [20], gli autori non notano alcuna differenza particolare tra la prevalenza di queste patologie nella popolazione di bambini *nomadi* rispetto al resto della popolazione, nonostante gli autori affermino che il campione di *nomadi* fosse "per consuetudine e cultura ignaro delle più elementari misure igieniche e profilattiche orali" [p.9].

Molti studi sulla relazione tra salute e condizioni di vita negli zingari, sono stati condotti nel Regno Unito. Vari autori sostengono e giustificano il fatto che lo stato di salute critico sia dovuto all'esclusione generata dalla discriminazione e da leggi inadeguate (Caravan Sites Act, 1968) o esplicitamente discriminatorie (Criminal Justice and Public Order Act, 1994). L'esclusione a sua volta è causa di precarietà, povertà e malnutrizione, come affermato da J. Pahl e M. Vaile nel 1987 [77], P.C. Walker nel 1986 [78], I. Kargar nel 1992 [79], P. Van Cleemput nel 2000 [80]. Van Cleemput sostiene che l'ignoranza e il pregiudizio mostrato dal personale medico li rende incapaci di avere a che fare con i bisogni dei *Gypsies* e *Travellers*. Pahl e Vaile, in uno studio condotto in tutti i siti di *Travellers* nel Kent, riportano una mortalità perinatale più alta della media, specialmente nei siti con strutture inadeguate e, per i bambini, livelli inadeguati di immunizzazione e assistenza medica preventiva, specialmente tra i gruppi più mobili. Walker, che cita Pahl e Vaile e uno studio di *Save the Children Fund* condotto in East Anglia nel 1983, esprime il bisogno da parte delle autorità locali di rendere disponibili più siti per la sosta e migliorare le assegnazioni a famiglie di *travellers*. Z. Matthews [81, p.26] afferma: "L'esclusione sociale è un processo. Non si sviluppa nel vuoto, ma è radicato nella negligenza sistematica [...]. Molta dell'informazione, della ricerca e della letteratura su gruppi emarginati come i *travellers* è radicata nella tradizione biomedica e

anche se questo ha fornito una certa prospettiva, finisce inevitabilmente con il rendere patologica la stessa cultura e, forse non intenzionalmente, termina con il rinforzare i pregiudizi [...]. Più di 20 anni fa l'OMS ha sostenuto l'ipotesi che la salute fosse fondamentalmente una questione politica, chiedendo ai governi di assumersi la responsabilità della salute della loro popolazione [...] Ciò che lega la povertà con la salute e che produce le disuguaglianze sociali non è solamente un problema di distribuzione diseguale, ma piuttosto l'impotenza che emerge come diffuso fattore di rischio per la malattia."

Anche fuori dal Regno Unito si trovano esempi da segnalare sulla relazione tra la salute e le condizioni di vita negli zingari. In Francia, in un articolo pubblicato nel 1988, J.C. Guiraud [82, p.11] afferma: *"Più di vent'anni di consultazioni tra gli Tsiganes: nomadi e sedentari, Rom, Manouches, Gitans, ci hanno dato l'occasione, non tanto di fare uno studio scientifico esaustivo, ma di testimoniare gli attentati alla salute, inflitti dal gruppo maggioritario a questa minoranza resistente. Esiste una patologia specifica dell'esclusione, dello stress, e della sedentarizzazione. Le condizioni di vita imposte agli Tsiganes, ancora nel 1988, in certi 'luoghi designati' sono una provocazione permanente alle regole minime di igiene ed al rispetto delle persone."*

In Spagna, J.M. Corretger e colleghi [83] confermano che le patologie pediatriche prevalenti delle popolazione emarginate, che includono gruppi etnici di immigrati e comunità *gitanas*, sono quelle favorite da deficienze socio-economiche e igienico-sanitarie. Inoltre, le patologie d'"importazione" nei migranti hanno oramai scarsa incidenza, data la progressiva integrazione nel paese d'adozione. Nel 1991, in Ungheria, K. Joubert [84] incrocia in modo utile variabili socio-demografiche con variabili relative alle condizioni del bambino alla nascita. Il suo articolo è analizzato nella sezione relativa alla salute dei bambini.

Sfortunatamente, in molti casi nei quali sia stato riconosciuto un ruolo dei fattori socio-economici nel differente stato di salute degli zingari rispetto ai non-zingari, spesso ciò non è sostenuto da evidenza. Negli ultimi cinque anni, solo due studi hanno fatto uso esplicito di fattori socio-economici sulla differenza tra gruppi zingari e non-zingari [85, 86]. Un articolo ungherese del 2005 [85] riferisce dello scarso accesso ai servizi sanitari di persone che vivono in 767 insediamenti *Romany* emarginati, nei quali vivono 138 mila persone, incluso 21 mila bambini da zero a cinque anni. L'articolo presenta informazioni sulla condizione igienica di queste colonie – scarso accesso all'acqua, presenza di topi, vicinanza di discariche abusive e condizioni delle abitazioni – e conclude che, nella maggior parte degli insediamenti, le condizioni mettono a rischio la salute pubblica e la sicurezza epidemiologica dei loro abitanti. Sfortunatamente l'articolo non analizza l'associazione tra fattori di rischio ambientale e lo stato di salute degli abitanti delle colonie. Un articolo ceco pubblicato nel 2002 [86], sui livelli di vitamina C, E ed A nel siero ematico materno e del cordone ombelicale, raccoglie informazioni su caratteristiche personali e sociali, la salute, l'etnicità, e lo stile di vita delle madri. Gli autori osservano un livello significativamente inferiore di vitamina C in madri *Gypsies* e nei loro bambini, in confronto con madri e bambini appartenenti al gruppo etnico ceco, suggerendo che ciò può essere dovuto ad una dieta sfavorevole ed al fumo di sigaretta. Analisi più approfondite sono sicuramente necessarie.

Antropologia e salute degli zingari

Negli Stati Uniti, A. Sutherland [87-89] e J.D. Thomas [90-93] sono probabilmente i principali autori di brani medico-antropologici relativi alla salute degli zingari. Nei loro articoli, pubblicati rispettivamente dal 1977 al 1992 e dal 1985 al 1993, si concentrano soprattutto sulle patologie degli adulti e sulle spiegazioni da fornire al personale medico per evitare incomprensioni e cattivi rapporti con i pazienti *gypsy*. Su quest'ultimo argomento vanno segnalati altri due articoli americani, il

primo di F. Mandell pubblicato nel 1974 [94], e il secondo di R.C. Wetzel e colleghi [95] pubblicato nel 1983.

Mandell afferma [p.607]: “*Deliziati da bambini e pazienti stoici che intellettualizzano la malattia e glorificano il medico, il nostro apprezzamento nei confronti di altri tipi di risposte culturali è spesso minimo [...]. La comprensione medica del significato di varie pratiche culturali e la volontà di accettare altre forme di comunicazione possono aiutare a circonvenire il fenomeno di alienazione del bambino e dei suoi genitori dal medico.*”

Nel 1997, Ojanlatva e colleghi affermano che il “*fallimento della comunità medica nel comunicare in modo efficace con i membri di gruppi minoritari è un problema universale che ha bisogno di attenzione*” [96]. B. Peck [97] e A. Streetly [98], nel 1983 e nel 1987 rispettivamente, spiegano l'importanza dell'approccio integrato. Peck descrive il lavoro svolto dal Gruppo di Sostegno Gypsy di Sheffield e come, a Sheffield, la cooperazione tra diverse agenzie, incluso gli insegnanti, gli operatori volontari e gli assistenti sanitari, abbia migliorato il servizio orientato ai *gypsies*. Streetly descrive i risultati del lavoro di un anno nel ruolo di ufficiale medico responsabile per l'offerta di servizi sanitari ai *travellers* del Kent. Dopo uno studio condotto in Kent nel 1984-85, che mostrava un'alta prevalenza di mortinatalità, una bassa copertura vaccinale, le carenze strutturali (igieniche, di corrente elettrica e acqua) e la pericolosità per i bambini di molti siti destinati ai *travellers*, l'esperienza ha mostrato come fosse importante il coordinamento tra le varie agenzie per ottimizzare ogni azione portata avanti e, per gli operatori sanitari, la possibilità di riuscire a raggiungere i *travellers* di ogni età e di entrambe i sessi, mostrando rispetto per i valori culturali dei *travellers*.

E. Anderson [99] nel 1997 studia la percezione e la preoccupazione dei genitori *travellers* di Leicestershire (Regno Unito) nei confronti della salute dei loro bambini. I genitori *travellers* erano significativamente più preoccupati dei genitori non-*travellers* rispetto al rischio di bronchiti, raffreddori, diarrea e asma. L'autore afferma che i bambini erano a rischio di cattiva salute a causa di abitazioni inadeguate, scarsità di servizi, carenza d'acqua e affollamento. Secondo l'autore, il comportamento dei *travellers*, evidenziato dallo studio, contraddice l'opinione negativa sui *travellers* di gran parte della popolazione.

Studi interessanti sulla percezione e l'uso dei servizi sono stati svolti anche da D.M. Edwards e R.G. Watt [100, 101] nel 1997, i quali hanno riscontrato disuguaglianze nell'uso del servizio dentistico da parte di *Travellers* che vivono in siti non autorizzati o di transito nell'East Hertfordshire, rispetto al resto della popolazione. Per quanto riguarda gli itinerari terapeutici, in particolare dei *Roma Harvati*, è da segnalare l'articolo dell'italiana P. Trevisan [102], pubblicato nel 1996, che analizza il rapporto tra i *Roma* e il sistema sanitario, i timori, le opinioni, gli atteggiamenti, i problemi di comunicazione e di fiducia.

La salute dei bambini

La letteratura specifica sulla salute dei bambini zingari è alquanto limitata.

R. Porcu e colleghi [103], nel 1996, prendono in considerazione la popolazione *zingara* dell'area Milanese. Nell'articolo non è chiaro a quale specifico gruppo etnico si faccia riferimento. Dopo aver affermato che gli *zingari* sono divisi in varie etnie (alcune di antico insediamento, alcuni italiani e altri stranieri), dichiara che gli *zingari* si autodefiniscono *ROM*. Non tutti gli *zingari* si definiscono *rom*, ma si definiscono in modi diversi secondo la loro origine etnica. Inoltre, vari

gruppi di diversa origine si definiscono *rom*, e se gli *zingari* nello studio si definiscono *ROM*, è comunque necessario chiarire a quale specifico gruppo si faccia riferimento.

Gli autori affermano che “*gli zingari sono un popolo giovane*” sulla base dell’analisi della piramide per età e del fatto che solo l’1% supera i 64 anni. In questo caso sarebbe utile sapere quali zingari si stiano considerando, se quelli che vivono in campi o nelle case, se gli italiani o gli stranieri. Il problema di questo tipo di affermazioni è che i *rom* e i *sinti* che vivono in campi non sono, per varie ragioni, popolazioni chiuse. Per quanto riguarda i *rom* stranieri, ad esempio, è facile ipotizzare che la migrazione verso l’Italia abbia prevalentemente coinvolto persone giovani. Per quanto riguarda i *sinti*, così come altri gruppi di *rom* italiani, vi può essere una certa permeabilità tra i campi e le abitazioni che coinvolge in modo particolare gli anziani. Non si vuole escludere che i tassi di mortalità e morbidità siano più alti in queste popolazioni, anzi. Tuttavia, ciò non può essere dimostrato con un semplice sguardo alla piramide per età, senza fare un’analisi delle differenze tra i gruppi esistenti, la mobilità di questi e la presenza di cause di mortalità e morbidità.

Una volta riscontrato che “*l’incontro tra il paziente zingaro ed il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) avviene - anche per gli zingari italiani, cittadini milanesi – per lo più al Pronto Soccorso, dove viene portato qualsiasi problema di salute, in quasi completa assenza di altro riferimento sanitario*” [p.51], gli autori identificano le ragioni di tale atteggiamento nella mancanza di educazione sanitaria e nella poca informazione a disposizione degli operatori sulle condizioni degli *zingari* e sulla loro cultura.

Per i bambini da zero a 12 mesi, il tasso di ricovero è più alto per gli *zingari* che per il resto della popolazione (i dati riportati nell’articolo non sono però sufficienti a capire quali siano né le frequenze né le percentuali), e la degenza media è molto più lunga (otto giorni per i bambini *Rom* e cinque giorni per il totale dei bambini ricoverati). Un’analisi approfondita sarebbe necessaria per comprendere le cause di questi risultati: le lunghe degenze potrebbero far pensare, ad esempio, che i genitori attendano che le patologie diventino gravi prima di portare i bambini ad essere visitati e curati. Legato a questo tema, è interessante vedere come siano diverse le cause di ricovero al comparare gli *zingari* con il resto della popolazione, riportando le principali diagnosi di dimissione nei dipartimenti di pediatria della Regione Lombardia. Le prime quattro cause per i bambini *zingari* sono relative a malattie infettive (bronchite acuta 15%, infezioni intestinali 11%, faringotonsillite 7%, broncopolmonite 6%). Le prime quattro cause per il totale dei bambini sono: leucemia linfoide 6%, in osservazione per sospetta patologia 5%, broncopolmonite 4% e sintomi generali 3%. Il fatto che i bambini identificati come zingari nello studio vengano portati tardi in ospedale e per cause per cui i bambini non-zingari vengono probabilmente curati a casa o dal pediatra di base, potrebbe suggerire che vi sono barriere che ostacolano l’accesso di gruppi marginali al sistema sanitario nazionale. Un articolo che non approfondisca le cause della disuguaglianza nell’ambito della salute sarà di poca utilità ai gruppi marginali studiati. Ciò ci riconduce ad una delle domande cardine di questa ricerca: quanti degli studi sulla salute degli zingari sono di una qualche utilità agli zingari stessi?

Per quanto riguarda l’utilizzo dei servizi, S. ní Shuinéar [104] sostiene che una delle minacce per la salute delle comunità *zingare* sia la riluttanza ad affidarsi alle mani dei non *zingari*. Per questa ragione, l’intervento medico viene spesso richiesto tardi e spesso nei servizi di pronto soccorso: questo perché si tratta di un servizio visibile, accessibile, sufficientemente anonimo, che fornisce una risposta immediata. Nella sua relazione, pubblicata nel 1994 e tratta da un seminario del Centro Internazionale per lo Sviluppo del Bambino dell’UNICEF, sottolinea come la radice delle cause di tassi più elevati di malattia sia fondamentalmente ambientale, relativa a problemi abitativi ed ai luoghi in cui spesso sono costretti a vivere.

Nel 1974, F. Mandell [94], citato in precedenza, spiegava come gran parte del conflitto tra il sistema sanitario e le famiglie *Gypsy* fosse da attribuire all'incapacità del personale medico di comprendere la diversa prospettiva del paziente (o dei genitori del bambino) con rispetto alla malattia, al modo di affrontarla e alla comunicazione ad essa legata.

Un'analisi su quattro anni di interventi in un'area di sosta (l'insediamento di S.Caterina a Bologna) si trova nel testo di M. Conti e F. Petri [105], pubblicato nel 1996. I *rom* sono chiamati *nomadi*, nonostante non lo siano, visto che i *rom* bosniaci sedentari, al tempo in cui è stato scritto l'articolo, avevano vissuto in quel campo per cinque anni: 1991-1996. Il testo tratta dell'importanza della prevenzione, della promozione dell'allattamento materno, dell'esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e facoltative e delle insufficienti condizioni igieniche del campo. Si menzionano problemi avuti in passato con casi di Epatite B nel '91, di scabbia e con un'epidemia di morbillo nel '93. Gli autori descrivono un percorso svolto dal Poliambulatorio che, attraverso una politica sensibile, in cinque anni ha avuto un buon impatto diventando punto acquisito di riferimento per i *rom* slavi ed albanesi, ottenendo una generale diminuzione di tutte le patologie dermatologiche ed un aumento della richiesta spontanea di consulenza pediatrica, di vaccinazioni e di consigli relativi alla corretta alimentazione.

Anche il testo di L. Gaspari e I. Pini [106], del 1996, parla erroneamente di *nomadi* e genericamente di *zingari* provenienti dall'ex Jugoslavia. Gli autori parlano di un servizio di Pediatria di Comunità di Forlì che si è attivato per questo gruppo *rom* da ben sei anni. Nel descrivere il lavoro del servizio, gli autori parlano dello *“scarto tra ciò che lo zingaro percepisce come bisogno di salute e la risposta precodificata dei servizi”* e della *“necessità che i servizi rimodellino il loro intervento per inserire anche questi bisogni percepiti ed espressi mettendo al centro del proprio intervento il “vero” soggetto di cura, rimuovendo le rigidità culturali e strutturali dei servizi”* [p.60]. Queste stesse rigidità traspaiono, però, quando gli stessi autori affermano che *“è stata posta come condizione necessaria alla sosta che i genitori dei bambini in età scolare si impegnassero ad assolvere l'obbligo scolastico”*, segno evidente della mancanza di un dialogo sincero, non assistenzialista, nel quale risultino chiari alle parti i termini del percorso di integrazione, necessario per giustificare la provvisorietà dei campi. È inoltre esplicito che il servizio offra un tratto speciale ai pazienti *Rom* e gli autori dichiarano che si ha particolare cura *“nell'osservare scrupolosamente l'igiene ambientale nell'ambulatorio per evitare che chi accede dopo che è stato utilizzato per i nomadi non debba sentirsi a disagio, oppure utilizzando appositi spazi”* [p.60]. Il dialogo sincero sui bisogni sanitari diventa difficile quando gli autori dichiarano che *“è ovvio che gli interventi di carattere sanitario preventivi non sono facilmente comprensibili da un genitore nomade”* [p.61]: tale affermazione non è giustificabile. Dall'articolo, ad esempio, si evince che le madri abbiano partorito tutte in ospedale e che sia frequente che il neonato venga lasciato in ospedale per vari giorni pur dimettendosi loro in prima giornata. Quando ciò accade è spesso dovuto al fatto che le condizioni del campo non sono sufficientemente buone da garantire un ambiente adeguato al neonato che risulta più protetto in ospedale, pur rimanendo lontano dalla madre per qualche giorno [12]. Partorire in ospedale è certe volte umiliante, per il pregiudizio diffuso e per come le madri *rom* sono spesso trattate, eppure queste cose vengono superate a favore del bambino sapendo che in ospedale può ricevere le cure adeguate.

G. Feder e R. Hussey [107] presentano i risultati del rapporto di *Maternity Alliance* del 1990 sulla salute materno infantile dei *Travellers* in Gran Bretagna. Gli autori sostengono che la salute delle donne in gravidanza e dei loro bambini dipende in gran parte dalle condizioni di vita nelle aree di sosta. Tali aree sono inadeguate e in numero assolutamente insufficiente per ospitare la popolazione di *Travellers*. Il rapporto invita le autorità sanitarie ad includere i bisogni sanitari di questa popolazione nella pianificazione dei servizi e dichiara che l'integrazione di queste comunità è minacciata dalla discriminazione di parte del personale sanitario e dalla mobilità forzata

dall'insufficienza di aree. Tale articolo è citato da A.B. McKenzie [75] che conferma che anche la copertura vaccinale dei bambini *travellers* sotto i cinque anni è più bassa di quella dei coetanei di Bradford e sostiene che tra le cause vi è l'instabilità causata dai continui sgomberi, mentre le credenze dei *travellers* non sono risultate rilevanti. I continui sgomberi vengono motivati dalle autorità dal fatto che queste famiglie sostano in aree non autorizzate, sapendo bene che le stesse autorità sono responsabili della mancanza di aree regolari attrezzate per la sosta delle comunità di *travellers*.

Lo studio di M. Gordon e colleghi [108], pubblicato nel 1991, sulla salute di 350 bambini da zero a 16 anni *travellers* nord irlandesi, contiene un elemento importante coprendo una popolazione che vive in aree attrezzate, in aree abusive ed in appartamenti. Questo fattore non viene però valorizzato nell'analisi. Lo studio non chiarisce se si tratta di un'indagine casa per casa o se i questionari sono stati proposti a coloro che accedevano ai servizi. Lo studio si concentra sul grado di consanguineità, sullo stato abitativo, sulle anomalie congenite, sullo stato immunitario e sulle cause di ammissione ospedaliera. Per lo stato immunitario, sono stati selezionati bambini da due a cinque anni per facilitare la comparazione con i dati sul resto della popolazione: tale comparazione non appare però nell'articolo né viene citata nella bibliografia. Per quanto riguarda le anomalie congenite, lo studio parla solo di consanguineità, associando poi le pessime condizioni di vita di alcune famiglie solo alle malattie infettive. I dati sulle ammissioni ospedaliere mostrano come i bambini *Travellers* molto più frequentemente siano ammessi in ospedale per patologie infettive rispetto al resto dei bambini. I dati di basano su 106 dei 120 bambini sotto i cinque anni: di queste ammissioni, 42% sono state a causa di infezioni respiratorie e 25% per infezioni gastro-intestinali.

K. Joubert [84], già citato in precedenza, fa un'analisi dettagliata del peso e della lunghezza alla nascita e dell'età gestazionale dei bambini *gypsies* ungheresi. L'autore chiarisce che i dati provengono dai registri delle nascite, e che un bambino è stato definito *gypsy* se la madre dichiarava di parlare la lingua *gypsy*. Incrociando con dati demografici, l'autore stesso afferma che i *gypsies* che dichiarano di parlare *gypsy* sono circa 20% della popolazione totale *gypsy*. Joubert raccoglie dati su 10.108 bambini *gypsy*, nati tra il 1973 e il 1983, mentre i dati comparativi sono relativi a tutti i nati nel 1978 nella popolazione ungherese. Egli trova che i bambini *gypsies* sono significativamente più piccoli del resto della popolazione, con una differenza media di 377 grammi. La proporzione di nati sotto peso (meno di 2500 grammi) è del 26% per i *gypsies* e dell'11% per il resto della popolazione. La percentuale di nati prematuri (prima della 37esima settimana) è dell'11% per i *gypsies* e del 5% per gli altri. Joubert incrocia questi dati con il livello di scolarità della madre, scoprendo un legame significativo tra questa variabile e sia il peso sia la lunghezza alla nascita. Le madri con scolarità più alta hanno inoltre meno probabilità di avere parti prematuri e una probabilità più alta di avere un minor numero di figli.

Joubert afferma che la differenza riscontrata tra i *gypsies* e il campione nazionale potrebbe essere in parte dovuta ad una tendenza ereditaria. Tuttavia, non vi sono prove in letteratura che sostengano un'associazione indipendente tra origine etnica/razziale e nascite premature, né vi sono articoli pubblicati sulla relazione indipendente tra origine etnica/razziale e basso peso alla nascita [109, 110]. Se esistono, gli effetti di tratti genetici sul peso alla nascita, sono trascurabili. È estremamente difficile separare fattori ambientali da reali differenze di natura genetica [111]. L'ambiente in cui vive la madre è riconosciuto come il determinante più rilevante del peso alla nascita del bambino [111, 112]. Storicamente, i cambiamenti nelle condizioni socio-economiche che hanno caratterizzato gruppi di persone hanno causato grandi variazioni, interne alle popolazioni stesse, nella percentuale di bambini nati sotto peso [113]. Il basso livello di educazione formale delle madri può essere un fattore indiretto importante che incide sul basso peso [110]. L'isolamento dell'effetto di tratti ereditari richiede il controllo su altre variabili che possono spiegare gran parte della differenza osservata in termini di peso alla nascita in distinti gruppi: la differenza d'età al parto,

l'intervallo tra un parto e il successivo, la nutrizione, l'incidenza di patologie come malattie sistemiche o dell'apparato genitale, l'altezza e il peso della madre, altri indicatori socio-economici come l'occupazione o le entrate familiari, l'assistenza prenatale, abitudini potenzialmente dannose come il fumo o l'uso di alcolici [109].

In un articolo sui bambini *zingari* di Milano pubblicato nel 1995, E. Sormani [114] citando K. Joubert, afferma che il basso peso alla nascita è un dato ricorrente negli *zingari*. Sormani cita pure Gordon e colleghi trovandosi d'accordo sull'elevata incidenza di patologie a carico dell'apparato respiratorio e gastrointestinale. Tuttavia, se si vogliono fare questi confronti, è necessario fornire più elementi su cosa hanno in comune i bambini *travellers* irlandesi e non ben specificati bambini *zingari* di Milano. Parlando di bambini *zingari* o *nomadi*, l'autore non fornisce informazioni né sulle condizioni in cui vivono questi bambini né sul fatto che si tratti di italiani, stranieri, *sinti* o *rom*. Tali elementi sarebbero necessari per giustificare le affermazioni contenute nell'articolo sulle "abitudini di vita", l'"elevata parità", il "basso peso alla nascita", la "scarsa copertura vaccinale", che non sono caratteristiche comuni a tutti i gruppi zingari esistenti.

Un rapporto pubblicato nel 2003 [115] da Morrone e colleghi, descrive l'approccio seguito nel fornire assistenza sanitaria a due campi di Roma di *Rom Khorakhané* e *Kaniarija*. Vengono presentati dati clinici sui risultati delle visite condotte presso i campi da un gruppo di medici. La scelta di raccogliere dati sull'accesso ai servizi, e non casa per casa, è giustificata dagli autori sulla base della difficoltà nel raccogliere dati di incidenza e prevalenza, a causa della mancanza di dati sulla popolazione. Per i bambini da zero a cinque anni, sono state condotte 295 visite da ottobre 1999 a luglio 2001. Il 29% delle visite erano semplici controlli su bambini sani, il che rivela un buon atteggiamento verso la prevenzione da parte dei genitori. Il 51% delle visite sono state per problemi respiratori, il 6% per disturbi gastrointestinali e il 5% per problemi dermatologici. Sfortunatamente l'analisi è descrittiva e non offre quindi elementi sulle possibili cause di queste patologie.

CONCLUSIONI

Si riscontra una generale mancanza di ricerche che si concentrino su specifiche e ben definite popolazioni zingare, e che considerino – come parte dell'analisi epidemiologica – il contesto in cui queste popolazioni vivono. Sono necessarie più ricerche che si estendano su territori vasti includendo più comunità. In modo da non avere una prospettiva del tipo "loro visti da noi", più studi sono necessari che includano le opinioni e i punti di vista degli zingari coinvolti. Inoltre, eccezion fatta per il Regno Unito, in altri paesi toccati dal fenomeno dei campi, sono quasi assenti studi sugli effetti di questi sulla salute della popolazione che vi abita. Sono anche praticamente assenti ricerche sugli effetti della legislazione e dei comportamenti istituzionali, che sicuramente influiscono sia sullo stato di salute dei cittadini zingari stranieri sia su quello dei gruppi autoctoni.

In generale, molta della letteratura raccolta è caratterizzata da analisi superficiali degli aspetti culturali e antropologici dei gruppi studiati e del contesto socio-economico nel quale questi gruppi vivono. Ciò limita l'utilità della ricerca se non è, addirittura, d'ostacolo alla comunicazione e alla comprensione tra i vari gruppi di zingari studiati e il personale medico.

Per evitare l'errata comparazione tra "zingari malati a causa del loro essere zingari" e "maggioranze sane", vi è un forte bisogno di studi che comparino, all'interno di un campione omogeneo formato da una specifica popolazione zingara, gruppi esposti a diversi fattori di rischio potenziali e/o a differenti livelli di rischio. In questo modo, una condizione di salute potrà essere attribuita più chiaramente a specifici fattori di rischio, e non ad una generica debolezza della "razza zingara".

Considerato che gli zingari sono la minoranza europea più numerosa e, in generale, la più discriminata e marginalizzata [116], sarebbe auspicabile vedere più ricerche partecipative sugli effetti diretti ed indiretti di forme di esclusione che, in molti casi e in molti Paesi, hanno un serio impatto sulla loro qualità della vita.

Sfortunatamente, molti studi che sostengono le cause degli zingari sono di tipo descrittivo o qualitativo, e offrono poca evidenza sugli effetti dell'emarginazione, delle condizioni di vita e della percezione del razzismo [117] sulla salute degli zingari. Non sono stati individuati esempi di ricerca partecipata, mentre sono stati trovati solo pochi esempi di ricerca basata sulle comunità.

Come sottolineato da Hajioff e McKee [45], già citati in questo testo, la mancanza di sostegno alla causa degli zingari è uno degli elementi più significativi che traspare dall'analisi bibliografica sulla salute degli zingari. L'indifferenza sistematica verso le priorità, la percezione e la partecipazione degli zingari, e la scarsità di ricerche sugli effetti del pregiudizio sullo stato di salute di gruppi emarginati devono essere prese in considerazione.

Tuttavia, riconoscendo che le ipotesi e le teorie si formano, in modo più o meno sottile, a partire da ideologie dominanti [118, 119], e sentendo la necessità di controbilanciare il fatto che coloro che non sono né in salute né al potere vengono raramente consultati e informati rispetto alle politiche che li riguardano [120], non dovremmo essere indotti a sacrificare l'obiettività della scienza ricorrendo ad emotività e moralismi [121].

Nelle parole di Krieger, *“la scienza (la ricerca su problemi irrisolti con l'uso di metodi definiti, rigorosi e replicabili per valutare proposizioni refutabili) e il sostegno di cause (raccomandazioni per affrontare problemi irrisolti, nell'ambito di pratiche, politiche o teorie) hanno entrambe continuamente bisogno di valutare criticamente i modelli d'interpretazione che competono sul piano teoretico e ideologico e l'evidenza che questi modelli generano”* [16, p.1152].

COMUNITÀ EMARGINATE, AMBIENTE, SITUAZIONE ABITATIVA E SANITÀ

In questo lavoro si è posta la massima attenzione ai fattori di rischio individuati dai *romá* rispetto alla salute dei loro bambini. Tuttavia, prima di procedere ulteriormente, è necessario considerare l'aspetto più ampio degli elementi di rischio cui è soggetta ogni popolazione emarginata che viva in condizioni abitative precarie.

Uno dei problemi che colpiscono i gruppi a basso reddito ed etnicamente discriminati che vivono in aree urbane è la disuguaglianza legata alla collocazione delle abitazioni, elemento che contribuisce a determinare differenze sostanziali in termini di salute tra diversi gruppi umani [122, 123, 124]. In termini di esposizione a minacce ambientali che colpiscono gruppi di popolazione in modo diseguale, l'etnia tende ad essere un determinante più forte se comparato con l'appartenenza alla classe socio-economica [117]. L'evidenza mostra che i quartieri con più alta percentuale di residenti appartenenti ad una minoranza tendono ad esser più vicini a siti indesiderati, e ad essere più esposti all'inquinamento atmosferico.

Una crescente quantità di evidenza scientifica dimostra la relazione tra qualità abitativa e salute, e si continuano a scoprire nuovi modi in cui le condizioni abitative inferiori a standard minimi influiscono sulla salute fisica e mentale dei residenti – e dei bambini in particolare [124, 126]. L'aver vissuto in abitazioni inadeguate durante l'infanzia si associa con una maggiore frequenza di ricoveri ospedalieri e con una maggiore morbidità e mortalità nell'età adulta [127, 128, 129].

Le caratteristiche di un'abitazione inadeguata includono: mancanza di acqua calda per lavarsi, gabinetti danneggiati o non funzionanti, permeabilità o perdite di acqua, sistemi di raccolta dell'immondizia inadeguati, presenza di topi/scarafaggi, presenza di umidità e di muffe, mancanza di adeguata ventilazione e di riscaldamento, problemi di isolamento, grandi variazioni di temperatura e materiali da costruzione scadenti [122, 124, 130, 131].

Il sovraffollamento può influenzare il livello di tensione nel bambino ed esser correlato a ritardi di sviluppo, a malattie cardiache [131] e ad infezioni gastro-intestinali [132]. Il sovraffollamento causa anche problemi alla salute mentale delle madri [124] e ciò è considerato un importante fattore per la salute del bambino.

Non sono stati fatti molti studi sulla relazione tra asma/rinite allergica e allergeni di topo. Tuttavia, la presenza di allergeni di topo può essere ricorrente all'interno di abitazioni in contesti urbani ed è provato che i bambini hanno maggior probabilità di esser sensibilizzati ai topi se c'è evidenza della presenza di topi in casa [133, 134].

Le case della gente a basso reddito hanno maggior probabilità di esser poco isolate [124, 131]. Le case con scarso isolamento tendono ad esser troppo calde o troppo fredde. Le variazioni della temperatura all'interno dell'abitazione, oltre un certo intervallo, sono associate ad un incremento del rischio di malattie cardiovascolari [135], mentre il fatto di vivere in case fredde è associato ad un peggiore stato di salute generale [136], dispnea e rinite [127].

La mancanza di ventilazione e il sovraffollamento, così come materiali di costruzione scadenti e la mancanza di manutenzione, possono aumentare il livello di umidità e generare problemi di muffe [137, 138]. È molto complesso studiare il microclima dell'abitazione perché si devono considerare molti fattori come i materiali da costruzione, la ventilazione, il contenuto d'acqua e gli effetti del riscaldamento e del raffreddamento [139]. Tuttavia, è stato dimostrato che la presenza di umidità e muffe è associata alla prevalenza di fischi respiratori, mal di gola, rinite, tosse, febbre e cefalea nei bambini [127, 139, 140]. Sono state anche osservate relazioni dose-risposta tra l'aumento di umidità e muffe, la frequenza media dei sintomi (per tutti e per ogni bambino), e lo stato generale di salute dei bambini [127].

Nel caso in cui il riscaldamento venga tenuto alto per compensare lo scarso isolamento, possono sorgere problemi di salute dovuti all'uso intensivo di stufe a gas o a legna. In abitazioni che usano stufe a gas per riscaldare, misurazioni di biossido di azoto hanno mostrato livelli da quattro a sette volte più alti rispetto ad abitazioni che usano stufe elettriche [141]. L'esposizione al biossido d'azoto all'interno dell'abitazione è stata associata, nei bambini, a disfunzioni polmonari – come a sintomi riconducibili all'asma – a bassi volumi di espirazione forzata (FEV1) e di capacità vitale forzata (FVC) [124, 138, 141, 142]. L'uso di stufe a legna può aumentare in modo significativo la concentrazione di monossido di carbonio e di particelle di idrocarburi aromatici policiclici. Gli effetti di tutto ciò sulla prevalenza di infezioni respiratorie sono stati ampiamente studiati [131, 138, 143].

L'effetto del fumo passivo sulle malattie respiratorie dei bambini è stato ben documentato [124, 138]. Il fatto che i genitori fumino è stato associato con diverse malattie respiratorie e diversi sintomi, con livelli significativamente più bassi di FEV1 [142], e con basso peso alla nascita [144]. È importante tener conto dell'aderenza al modello sociale del fumo di sigaretta, e considerare che il fumo passivo che respirano i bambini è un fattore socialmente mediato [145]. La disuguaglianza, sia essa materiale o sociale, è associata ad alte percentuali di persone che fumano, e basse percentuali di persone che smettono di fumare [146].

Alcuni ricercatori hanno studiato l'importanza psicologica dell'abitazione come punto di riferimento e una sorgente di identità [147]. Lo stress imposto, su bambini e genitori, dalla mancanza di una casa o dallo stato abitativo precario, aumenta il rischio di malattie fisiche e mentali [147]. Studi su bambini senza casa o che vivevano in case inadeguate hanno mostrato, rispetto alla popolazione generale, una più alta frequenza di sintomi di malattie (specialmente febbre, tosse, raffreddore, vomito, diarrea, bronchite e fischi respiratori), di giorni di inabilità e di letto, e percentuali più elevate di genitori preoccupati per la loro salute [126].

In società relativamente benestanti, il grado di disuguaglianza sociale ed economica all'interno della società stessa (disuguaglianza relativa) – più che le semplici condizioni di povertà (disuguaglianza assoluta) – è spesso associato all'aumento del rischio di malattia in gruppi emarginati [148]. Questa scoperta è conosciuta come teoria del *gap* o del gradiente sociale. Considerato che le disuguaglianze in termini di salute sono maggiori in società con maggiori differenze di reddito e maggiori livelli di privazione relativa, nel 1997 Wilkinson, citando la teoria del capitale sociale di Putnam [149, 150], ha affermato che “l'importanza di standard relativi implica che i percorsi psicosociali possono essere particolarmente influenti” [151, p.591] e che “gli effetti psicosociali della posizione sociale sono responsabili in larga misura delle disuguaglianze in termini di salute” [p.591]. Un lungo dibattito è sorto, principalmente da una critica di Lynch e colleghi [152], sulla definizione di capitale sociale da applicare al campo della salute pubblica, sul ruolo delle reti sociali e sulla percezione della disuguaglianza in contrapposizione alle cause strutturali della disuguaglianza e le sue manifestazioni materiali [153-168]. Nel 2004, Szreter e Woolcock [169] hanno tentato di riconciliare i diversi punti di vista, sulla base della considerazione che “il volume e la diversità dell'evidenza empirica indicano che il capitale sociale è probabilmente il determinante significativo di almeno alcune importanti risultanze di salute” [p.652], e hanno sostenuto con enfasi che il dibattito non era “sul fatto che la disuguaglianza fosse o meno molto significativa nel determinare le variazioni di classe in esperienze di salute in società economicamente avanzate, ma sulla natura dei *principali* percorsi di causalità coinvolti” [p.653]. Szreter e Woolcock si sono concentrati sulla definizione di capitale sociale nella determinazione di condizioni di malattia, tenendo conto sia del ruolo diretto delle privazioni materiali, sia della percezione di “vivere in una società iniqua e scorretta”.

La disuguaglianza può assumere le forme del vivere in abitazioni scadenti o temporanee, in condizioni difficili o instabili o dell'avere lavori precari [170]. Include anche l'esposizione a comportamenti a rischio legati a stress psicosociale, come fumare, mangiare e bere “per conforto” [151]. Anche il tempo deve esser tenuto in considerazione: più a lungo le persone vivono in situazioni svantaggiate, maggiore sarà il detrimento per la loro salute fisica e mentale, con serie ripercussioni a lungo termine [146].

In questo lavoro, data la decisione dell'autore di concentrarsi su un campione di campi, non sono stati considerati alcuni elementi che sarebbero stati importanti per un paragone tra i *rom* che vivono nei campi e i *rom* e/o i non-*rom* che vivono in case normali. Tuttavia, è importante menzionarli qui. La teoria del *gap*, ad esempio, avrebbe avuto bisogno di un campione che includesse persone che vivono in situazioni migliori e più stabili. In ogni caso, la dimensione temporale sarà presa in considerazione in termini di anni passati dalle famiglie a vivere nelle precarie condizioni dei campi.

Un altro importante elemento che dovrebbe essere considerato, e sul quale questo lavoro non si focalizzerà, è l'impatto sulla salute del razzismo e dell'emarginazione sociale [146], che è strettamente legato alla teoria del *gap* [171]. Minoranze etniche, rifugiati e gente senza casa sono particolarmente a rischio. Persone che vivono in comunità emarginate si sentono – e sono – spesso incapaci di compiere cambiamenti [172]. Questo senso di impotenza causa frustrazione e stress,

specialmente se le persone sono sistematicamente escluse dai processi decisionali riguardanti le loro prospettive future. Comprendere il razzismo è fondamentale per capire le disuguaglianze in termini di salute. Tuttavia, per calcolare l'impatto del razzismo si dovrebbe prendere in considerazione la complessità delle disuguaglianze sociali ed economiche sofferte [173]. Il razzismo può essere attitudinale (pregiudizi – attitudini o credenze che denigrano individui o gruppi), comportamentale (discriminazione – atti che negano a individui o a gruppi un giusto trattamento), e può giocare un ruolo di razzismo percepito (il modo in cui un individuo percepisce che lui, o lei, è oggetto di pregiudizio e di discriminazione) [174]. Le minoranze possono soffrire di forme multigenerazionali di oppressione, di impotenza indotta, di ricollocazioni forzate e di assimilazione [175]. Questa complessità richiederebbe uno studio specifico sull'impatto delle varie forme di razzismo sulle condizioni di salute di gruppi ben definiti di *rom*.

LE PRIORITÀ DELLE COMUNITÀ COME ELEMENTO FORMALE DEL DISEGNO DELLO STUDIO

L'obiettivo generale di questo lavoro obbliga l'autore a porre le priorità delle comunità al centro del disegno della ricerca. Diventa necessario, perciò, esaminare i metodi di ricerca che incorporano formalmente le priorità della comunità nel processo di definizione di uno studio.

Abbiamo trovato nella letteratura due approcci metodologici che fanno questo. Uno è chiamato ricerca partecipata con base comunitaria (*Community-Based Participatory Research - CBPR*) e l'altro è noto come *metodi CIET*.

Ricerca Partecipata con Base Comunitaria (CBPR)

La CBPR può essere definita come un processo collaborativo di ricerca, in cui i ricercatori e i rappresentanti della comunità lavorano insieme nell'identificare un problema che affligge la comunità, nella raccolta dei dati e nell'interpretazione dei risultati [176, 177]. Questo può essere ottenuto con un accordo sull'equilibrio tra lo sviluppo di conoscenze valide e generalizzabili e il beneficio per la comunità oggetto della ricerca [178]. I tre elementi fondamentali della ricerca partecipata sono la collaborazione, l'educazione e l'azione [179]. Per educazione s'intende un processo che coinvolga tutti gli attori, il cui scopo sia di ottenere una migliore conoscenza dell'ambiente comune incorporando, in special modo, conoscenze locali e speciali per la comprensione di problemi di salute e la pianificazione di interventi. Questo può essere fatto quando i rappresentanti della comunità e i ricercatori condividono decisioni e responsabilità [178, 180].

A causa delle sue caratteristiche, l'approccio CBPR tende ad essere meno assorbito dalla necessità di una larga generalizzabilità e diffusione dei risultati di quanto lo siano altri tipi di ricerca, e più incentrato, invece, sul potenziamento delle capacità analitiche e di azione degli individui e delle comunità attraverso il processo di ricerca. Per la stessa ragione, tale approccio aiuta a ridurre il divario esistente tra i ricercatori e i membri della comunità [181]. Si dà importanza al coinvolgimento attivo dei partecipanti della comunità nel processo di creazione di conoscenza e cambiamento [182, 183]. L'importanza della partecipazione di membri della comunità nel processo di ricerca è espressa dalla convinzione che i membri della comunità siano esperti qualificati nella comprensione del contesto e delle dinamiche in cui vivono [184]. Per questa ragione, tale partecipazione stimola il miglioramento della qualità del processo di ricerca [185, 186].

La maggior differenza con ciò che è comunemente conosciuto come “ricerca con base comunitaria”, che è ricerca effettuata in un luogo o in un ambiente comunitario, è che quest'ultima implica di

solito, al più, il coinvolgimento di membri della comunità nel corso del processo di ricerca, rimanendo fondamentalmente pilotata dal ricercatore [182].

Il processo di collaborazione, stimolato dall'approccio CBPR, coinvolgendo i membri della comunità e utilizzando la conoscenza locale per la comprensione di problemi di salute e la pianificazione degli interventi [176], è particolarmente utile quando l'interesse di salute pubblica è incentrato sulle disuguaglianze sociali, strutturali e fisico-ambientali [182].

Per ottenere questi risultati, la CBPR ha bisogno di tempo, di fiducia, di relazioni solide tra tutti partner, di essere, possibilmente, un processo continuo di cicli ripetuti di ricerca, di usare un approccio di metodi misti, e di fare affidamento su fondi "speciali". Tutti questi elementi, che saranno ora descritti, sono legati gli uni agli altri e sono punti chiave da considerarsi nella definizione della metodologia da usare nel contesto dei campi *rom* in Italia.

Tempo

Ci vuole molto tempo per costruire relazioni di fiducia e partenariato, per costituire un progetto di tipo partecipativo e per poter mostrare riduzioni nelle ingiustizie sociali o miglioramenti nella salute [187]. La CBPR richiede un processo e un impegno di lungo termine [186]. Ha bisogno di tempo per trasferire e generare meccanismi di controllo [188] e per consolidare processi di ricerca e insegnamento. Un approccio CBPR dovrebbe considerare la possibilità di un graduale passaggio verso crescenti livelli di partecipazione della gente locale [189], valutando sempre quale sia il miglior livello possibile di partecipazione ad ogni scalino del processo di ricerca e relazione [190]. Inoltre, anche nelle migliori condizioni, ci vuol tempo perché la ricerca finalizzata all'azione produca i suoi effetti [188].

La ricerca finalizzata all'azione è un complesso processo a lungo termine che richiede un impegno continuo da parte dei partner coinvolti [188]. Per i membri della comunità, in special modo, il tempo che essi investono nella ricerca partecipata è tempo sottratto a quello dedicato ad altri bisogni della loro organizzazione e della loro comunità [191]. Questo problema è particolarmente rilevante per individui coinvolti in progetti CBPR che non possano liberarsi da altre responsabilità [182] e in situazioni nelle quali vi sono scarse risorse umane ed economiche.

La natura riservata delle comunità rom – Costruire rapporti di fiducia

Alcune comunità *rom* sono scarsamente disposte ad accettare la presenza di persone che non fanno parte della comunità e che vogliono studiare loro, i loro problemi e le loro dinamiche culturali. L'autore ha affrontato questo problema quando visitava i campi e coinvolgeva i residenti dei campi nella discussione sulle priorità della ricerca. Questa mancanza di fiducia è comprensibile, dato che in passato è spesso mancato il tatto ai ricercatori e alcuni di loro possono aver mostrato poca abilità nell'ascoltare e nei rapporti interpersonali. Come è stato detto all'autore da *rom* che vivono nei campi e da ricercatori e attivisti non-*rom*, i *rom* spesso hanno la percezione di essere osservati come se fossero in uno "zoo".

Nella rassegna bibliografica sulla "salute degli zingari" si è visto come molti studi fatti sui *rom* sono stati di poca o di nessuna utilità per il miglioramento delle condizioni di vita dei *rom*. Peggio ancora, poiché ci possono essere pregiudizi anti-*rom* tra gli stessi ricercatori, i loro studi possono essere presentati in modo da enfatizzare i tratti negativi dei *rom* e produrre detrimento ai valori della loro cultura.

In aggiunta, il pregiudizio verso i *rom* è spesso ricambiato dai *rom*, cosicché essi possono avere opinioni negative dei ricercatori *gadjé* (non-*rom*).

Il sentimento di sfiducia dei gruppi emarginati verso l'accademia è ben documentato in letteratura. Negli insediamenti urbani economicamente svantaggiati e per le minoranze etniche, la mancanza di fiducia e la scarsa disponibilità a partecipare a progetti di ricerca sono basate su una lunga storia di ricerche che non sono state in grado di rivolgersi a questioni di utilità pratica o sociale per le comunità, con poco o nessun ritorno dei risultati ai partecipanti coinvolti e che hanno spesso causato ulteriore stigmatizzazione [179, 182, 192].

Le persone, nelle loro comunità, non vogliono essere usate come “oggetti di ricerca”, specie quando la ricerca è di importanza secondaria rispetto ad interventi di sviluppo che portino benefici alla comunità [191]. Anche negli approcci partecipati, si possono sviluppare relazioni problematiche tra ricercatori e comunità dovute a mutua incapacità di capire priorità, valori, responsabilità e prospettive [172].

Gli approcci CBPR possono avere il potenziale per superare la mancanza di fiducia che spesso esiste tra membri di comunità economicamente e socialmente svantaggiate e le istituzioni di ricerca, controbilanciando il potere e stimolando la qualità, la rilevanza e la realizzazione di ricerche indirizzate più concretamente verso i bisogni identificati dalle comunità [192, 176].

Metodi misti, triangolazione e contestualizzazione

I fattori ambientali e socio culturali che hanno un'influenza sullo stato di salute delle comunità urbane emarginate hanno bisogno di essere inclusi nel processo di ricerca, allo scopo di aumentare la validità della ricerca sulla salute pubblica, attraverso il riconoscimento e l'integrazione di tutta l'informazione rilevante [179]. In particolare, l'ambiente abitativo ha un ruolo considerevole nel determinare lo stato di salute delle popolazioni emarginate [175]. Un approccio di ricerca con metodi misti, con base comunitaria può essere particolarmente utile per comprendere la complessità dell'ambiente urbano emarginato e la sua influenza sulla salute degli individui [175].

L'uso di un approccio che utilizzi metodi misti può aumentare la validità dell'informazione raccolta, allargando la base per la raccolta dei dati e per l'inclusione di fattori contestuali [193]. I metodi qualitativi possono essere molto utili per meglio comprendere la comunità e il suo ambiente [176]. La validità del contenuto può essere ottenuta attraverso la varietà dei dati raccolti, mentre l'affidabilità può essere misurata attraverso la triangolazione dei dati provenienti da più di una fonte [179, 194]. I risultati spesso convalidano, e sono convalidati dalla percezione che i residenti stessi delle comunità hanno dei rischi che esistono nel contesto in cui vivono [193].

La componente di partecipazione è pure necessaria per stabilire buoni rapporti con la comunità, anche al di fuori del contesto formale della ricerca. Ci vuole rispetto per entrare nella comunità e questo passo dovrebbe essere fatto con il sostegno di membri riconosciuti della comunità che introducano il ricercatore in modo appropriato [176]. Se per raggiungere gli obiettivi della ricerca è necessario, tra le altre cose, comprendere il contesto complesso e articolato della vita delle persone, è fondamentale lavorare per ridurre il divario tra i ricercatori e le comunità, in termini di metodi di ricerca e di relazioni sincere.

La ricerca partecipata che utilizzi un approccio di metodi misti può aumentare la validità della ricerca sanitaria, assicurando l'inclusione di gran parte dei fattori che compongono il contesto di vita delle persone [179].

Se uno degli obiettivi della CBPR è di comprendere le eziologie sottostanti, e identificare strategie per ridurre le disuguaglianze, sarebbe di scarso aiuto concentrarsi su una singola priorità di ricerca. Date le complesse situazioni nelle quali vivono le comunità emarginate, e le interazioni tra fattori politici, sociali, ambientali e sanitari, è difficile immaginare che un singolo progetto di ricerca possa ridurre le disuguaglianze nel campo della salute. Si raccomanda, piuttosto, un approccio alla ricerca che richieda tempo per esser sviluppato e un processo ciclico finalizzato a risolvere i problemi, che includa diagnostica, pianificazione dell'azione, azione e valutazione [188, 192, 172].

Risorse economiche

Poiché due degli elementi centrali della CBPR sono la costruzione di un partenariato tra ricercatori e membri delle comunità e il concentrarsi sulle cause delle disuguaglianze nella sfera della salute, il finanziamento dovrebbe sostenere lo sviluppo dell'infrastruttura richiesta per attuare questo tipo di ricerca. Un lungo periodo di tempo sarebbe necessario anche solo per portare a termine una singola ricerca e/o un intervento su tali questioni. Costruire relazioni di fiducia implica automaticamente aumentare le aspettative delle comunità, mentre lavorare sulle complesse relazioni tra salute ed emarginazione in contesti comunitari richiede tempo [182].

Le agenzie finanziatrici devono offrire garanzie di fondi per un lungo periodo, in cambio, ovviamente, di garanzie che lo stesso partenariato dovrebbe offrire. Ci dovremmo aspettare che le iniziative di un programma CBPR abbiano fondi assegnati per almeno cinque anni, comprendenti un periodo di un anno per la pianificazione [182]. Dopo il primo anno, i donatori e i revisori valuteranno il raggiungimento degli obiettivi pre-specificati nell'accordo CBPR tra i donatori e i membri del partenariato (ossia ricercatori e rappresentanti della comunità). Dato che la definizione delle priorità è parte integrante del processo di partecipazione, le agenzie finanziatrici dovranno concentrarsi più sul processo che sul tema specifico di singoli cicli di ricerca [176].

Il finanziamento a lungo termine è particolarmente importante quando sono coinvolte comunità emarginate, nelle quali la mancanza di risorse è spesso cronica e le persone possono dedicare poco tempo ai progetti comunitari, dovendo già lottare per sostenere la propria famiglia. Per i membri della comunità, dedicare una notevole quantità di tempo alla CBPR può significare dover abbandonare altre fonti di guadagno, e questa decisione può esser presa solo se il processo ha il potenziale per essere ben finanziato e solido.

Considerazioni finali

In una valutazione di CBPR relativi alla salute, fatta su un'ampia rassegna della letteratura, Viswanathan e colleghi [177] sottolineano che la CBPR è un approccio che può adottare differenti metodi di ricerca: “Per ottenere livelli di ricerca ottimali, i ricercatori” – insieme alle comunità – “devono selezionare il disegno di studio, l'approccio alle misurazioni, il piano di raccolta dati, e la strategia di analisi migliori possibili per poter affrontare i loro obiettivi specifici di ricerca” [p.81]. Gli stessi autori rilevano come progressi nell'uso della CBPR saranno ottenuti cercando, in ogni occasione, il “miglior equilibrio possibile tra metodologia della ricerca e partecipazione comunitaria” [p.130].

Nella loro rassegna della letteratura sulla CBPR, Viswanathan e colleghi hanno trovato pochissimi studi “ che descrivano un intervento completo ed interamente valutato o uno studio epidemiologico che potesse essere generalizzabile al di là dei partecipanti coinvolti...” [p.96].

Dato che i *romá* macedoni e kosovari in Italia sono molto dispersi in piccoli gruppi, un'informazione che possa essere utilizzata per promuovere miglioramenti deve essere

generalizzabile a tutti i campi nei quali i *rom* sono stati segregati. Un perfezionamento della CBPR che possa superare le limitazioni riportate nella rassegna di Viswanathan e produrre evidenza che sia comparabile tra diverse comunità *rom* si trova nella letteratura sui metodi CIET.

I metodi CIET

Il CIET è un'organizzazione *no-profit*, non governativa, che si dedica a “dar voce alle comunità nella pianificazione e nell'autogoverno” (www.ciet.org) (Annesso 2). L'obiettivo principale del CIET è di stimolare la partecipazione delle comunità alle decisioni che le riguardano, portando i metodi scientifici di ricerca a livello comunitario [195].

Nella definizione dei metodi CIET e per aiutare a definire in quali contesti questi metodi siano stati sviluppati e possano essere di maggiore utilità, “la pianificazione basata sull'evidenza” rappresenta un concetto chiave [195-197]. Ciò può essere meglio compreso se accettiamo che, nella pianificazione basata sull'evidenza, “l'evidenza dovrebbe contribuire allo sviluppo” [195, p.9]. I metodi CIET possono anche essere descritti come un approccio alla ricerca con base comunitaria, nel quale il processo di elaborazione dell'evidenza è usato “per promuovere una crescente partecipazione comunitaria attraverso la ricerca locale” [195, p.38].

Quindi, per contribuire allo sviluppo, la pianificazione dovrebbe non solo essere basata sull'evidenza, ma dovrebbe anche risultare utile e poggiare attivamente sulla specifica evidenza di coloro che hanno maggiormente bisogno di questo sviluppo [198]. Coloro che hanno maggiormente bisogno, tuttavia, sono spesso comunità emarginate e gruppi minoritari esclusi dalle decisioni che li riguardano. Inoltre, l'esclusione spesso porta ad assumere un'attitudine passiva e fatalista [195]. La distanza tra coloro che prendono le decisioni e le comunità può facilmente defraudare ogni forma di politica di pianificazione e di sviluppo.

I metodi CIET sono disegnati tenendo in considerazione che, in se stesso, il processo di raccolta ed elaborazione dell'evidenza “può contribuire allo sviluppo anche attraverso la sua dimensione attiva” [195, p.11]. Se le persone sono attivamente coinvolte nei percorsi di ricerca e decisionali che le riguardano, il processo di pianificazione basato sull'evidenza sarà più accurato e sostenibile, e avrà più possibilità di contribuire allo sviluppo [199, 200].

Nei metodi CIET, il campionamento è basato su una selezione di gruppi (grappoli, o siti sentinella) [195, 201]. La stratificazione secondo fattori di interesse per la ricerca facilita la selezione dei siti. La rappresentatività è ottenuta sia con un campione casuale di grappoli (quando sono a disposizione abbastanza informazioni per la stratificazione, abbastanza risorse e un adeguato schema di campionamento) o selezionando di proposito i siti sentinella con l'aiuto di tutta l'informazione disponibile che possa essere usata per ridurre l'errore di selezione [202].

Nel micro-universo specifico del grappolo/sito, tutte le abitazioni sono incluse nell'indagine. Questa soluzione rafforza la possibilità di vincolare i dati relativi alle famiglie, i dati istituzionali e le discussioni a livello di comunità, facilitando la partecipazione comunitaria e la pianificazione locale [195, 203]. Questo aspetto può rappresentare un vantaggio quando si ha a che fare con un campione di diverse comunità relativamente piccole disperse su di un territorio vasto, come nel caso dei campi di *rom* stranieri in Italia. Dal punto di vista logistico ed economico, coprire tutte le abitazioni in un gruppo selezionato di siti aumenta la possibilità di coprire un numero maggiore di famiglie ottenendo un campione più grande rispetto ad altre forme di campionamento [201].

Le comunità rappresentano una dimensione ideale poiché formano un universo relativamente omogeneo nel quale si sviluppano i processi sociali ed i cambiamenti possono essere monitorati [195, 198]. Misurando e discutendo le informazioni a livello locale e paragonando l'informazione raccolta tra le comunità o a livello aggregato, le conoscenze acquisite possono stimolare la partecipazione comunitaria nei processi decisionali [195].

Investire risorse su temi chiaramente definiti, concentrare l'attenzione su questioni specifiche, aiuta a "generare informazione più dettagliata ed affidabile" [195, p.18]. Per potersi concentrare su problemi specifici di sviluppo e produrre dati per l'azione, "non si dovrebbe raccogliere né più né meno evidenza di quanta ne sia richiesta" [p.9]. "I dati raccolti dovrebbero essere semplici e pochi, aumentando in quantità e sofisticazione solo quando le potenzialità aumentano" [p.18]. Per questa ragione, il questionario disegnato per raccogliere informazioni epidemiologiche quantitative dev'essere breve, semplice e centrato. Stabiliti gli obiettivi della ricerca, si procede con la definizione di un piano d'analisi: ciò consente di disegnare strumenti che raccoglieranno solo le informazioni quantitative e qualitative necessarie [198].

Come affermato da Andersson, "andare oltre le semplici frequenze, verso l'identificazione della *causalità* non è solo auspicabile. È necessario" [195, p.27]. Ciò che rende le informazioni che raccogliamo utili per l'azione, è la possibilità di capire i legami tra i fattori su cui possiamo lavorare e i risultati o le conseguenze prodotte da questi fattori. In questa logica, l'analisi del rischio può essere uno strumento molto utile per misurare le dinamiche di causa ed effetto [204]. L'analisi del rischio, e l'uso di tavole di contingenza stratificate, aiuta l'investigatore a stare in contatto diretto con i dati durante l'analisi, facilitando perciò l'interpretazione e la comunicazione dei risultati a comunità, organizzazioni e istituzioni [204, 195]. Inoltre, i concetti di rischio e di rischio differenziale sono nozioni universali e, per essere comunicati, hanno solo bisogno di una traduzione adeguata al contesto culturale in cui si opera [195].

La stratificazione viene utilizzata per identificare come i fattori di rischio agiscano su specifici sotto-gruppi della popolazione [205]: per esempio, l'incidenza della diarrea nei bambini potrebbe essere associata a differenti fattori in sotto-gruppi differenti di bambini. Questa analisi permette la misurazione del rischio individuale (Rapporto Incrociato o Odds Ratios: un bambino in una specifica situazione è più a rischio di un bambino non in quella situazione), e dei benefici collettivi potenziali di azioni associate con il fattore di rischio (Rischio Differenza: beneficio, in termini di ridotta incidenza di una malattia, ottenuto eliminando un fattore di rischio dalla porzione di popolazione colpita) [206].

Questo tuttavia non è abbastanza. L'uso di un approccio *cross-design*, che mescoli tecniche epidemiologiche e antropologiche rapide, è anche necessario se consideriamo che i fattori che possono essere associati con l'*outcome* a cui siamo interessati, potrebbero esser parte di una "complessa rete specifico-situazionale di conoscenze, attitudini e pratiche mediate da cultura, educazione, ambiente e clima" [195, p.27].

L'uso congiunto di metodi quantitativi e qualitativi facilita la comprensione di dinamiche a livello comunitario. Quando necessario, vengono raccolte informazioni da diverse fonti, compreso le famiglie, gli informatori chiave, i profili di comunità e le discussioni in gruppi focali. Questa "sintesi di metodi *cross-design*" [195, p.7] aiuta ad incorporare le conoscenze locali e a rafforzare l'informazione a livello locale. Facilita l'interpretazione dell'evidenza, l'identificazione di soluzioni sostenibili e stimola la partecipazione comunitaria nella pianificazione basata sull'evidenza. Nel CIET, questo approccio viene chiamato "meso-analisi".

Le informazioni qualitative possono essere utili per esplorare punti di vista e opinioni, per disegnare strumenti quantitativi e nell'interpretazione dei risultati [203, 207-211]. L'importanza di un approccio che utilizzi metodi misti, per contestualizzare e triangolare le informazioni, è stata precedentemente discussa nella descrizione dell'approccio CBPR.

Tuttavia, il valore aggiunto della meso-analisi, rispetto ad un approccio che utilizzi metodi misti, è la possibilità di mescolare le informazioni nei micro-universi rappresentati dai siti, dove i dati delle famiglie e le informazioni provenienti dalla comunità o l'ambiente locale possono essere combinati e discussi [195]. Paragoni tra siti omogenei ed eterogenei saranno allora possibili, rafforzando l'analisi stratificata e la pianificazione.

I metodi di ricerca del CIET sono disegnati attorno a questa filosofia, tenendo a mente che non esiste uno schema prefissato che possa essere applicato in ogni circostanza e che il metodo di ricerca deve sempre essere definito e/o adattato in accordo al contesto nel quale operano gli attori coinvolti [198].

I metodi CIET sono stati applicati in Paesi in via di sviluppo e in Paesi ricchi come gli Stati Uniti e il Canada, con procedimenti che hanno coinvolto istituzioni, organizzazioni locali e gruppi minoritari. Ricerche partecipate con base comunitaria, utilizzando questi metodi, sono state condotte in contesti urbani, con comunità emarginate e gruppi minoritari [212, 215].

3. METODOLOGIA, STRUMENTI DI RICERCA E CONSIDERAZIONI ETICHE

DEFINIZIONE DEL METODO, NEL CONTESTO DEI CAMPI *ROM* IN ITALIA

Nel caso dei campi *rom* in Italia, sia i metodi CIET sia la CBPR hanno offerto una base solida per iniziare a definire ciò che era necessario e ciò che si sarebbe potuto ottenere in termini di ricerca epidemiologica. Questo studio cerca di partire dalle priorità definite dai *rom* che vivono nei campi e di generare informazioni raccolte direttamente dalle comunità, che comprendano l'opinione dei residenti. L'intenzione era, quindi, di iniziare a costruire una base di discussione con le autorità di pianificazione, e suggerire un possibile approccio partecipativo alla ricerca insieme alle comunità *rom*.

Durante la definizione del progetto per lo studio di dottorato, si è dovuta prendere una decisione a proposito delle risorse finanziarie. Nel corso delle prime visite ai campi, e discutendo con i *rom*, la mancanza di fiducia nella ricerca di tipo sanitario era evidente, ed era chiara l'idea che le persone che svolgono tali ricerche di solito fanno soldi studiando lo stato di salute dei *rom*. L'autore ha anche percepito che la mancanza di fiducia delle comunità *rom*, e la distanza tra il mondo accademico e i *rom*, erano seri ostacoli per la possibilità di generare un processo partecipativo di ricerca e di ottenere fondi per un simile progetto.

Per queste ragioni, lo studio è stato intrapreso senza fondi esterni. Questa decisione ha avuto implicazioni sull'approccio e sui metodi che potevano essere utilizzati. Tuttavia, è servito a creare relazioni di fiducia nei campi, poiché era chiaro che i finanziamenti non erano parte di ciò che aveva determinato l'interesse del ricercatore.

Senza fondi, il tempo che l'autore ha potuto dedicare al progetto è stato relativamente limitato. Il coinvolgimento dei membri della comunità in ogni fase del processo di ricerca, come stabilito dall'approccio CBPR, sarebbe stato impossibile perché l'autore non avrebbe potuto dare garanzie sulle prospettive future, e non aveva fondi per coprire il tempo dedicato al progetto da parte dei membri delle comunità. Inoltre, al tempo in cui lo studio è stato disegnato e condotto, era molto ridotto il numero di membri delle comunità coinvolti in organizzazioni *rom*, poiché la situazione era particolarmente precaria. Anche tenendo a mente il quadro ideale della ricerca partecipata, e di un approccio di tipo ciclico, anche quest'ultimo ha dovuto essere sacrificato, non potendo garantire il prolungamento del progetto di ricerca oltre questo studio.

La decisione di definire un approccio di ricerca che fosse con base comunitaria ma diretto dal ricercatore è stata giustificata considerando che era necessario fare un primo passo per iniziare a sviluppare un approccio alla ricerca che potesse essere applicato alle comunità emarginate *rom*. Con la convinzione che un approccio CBPR con l'utilizzazione dei metodi CIET avrebbe rappresentato la giusta strada da percorrere, l'autore ha deciso di cominciare tenendo in considerazione le priorità dei *rom*, investendo tempo a discutere con i *rom* i loro punti di vista, andando a vivere in un campo per un mese per comprenderne difficoltà e rischi e stabilire una più stretta relazione con i *rom*, e usando un approccio di metodi misti per triangolare e contestualizzare le informazioni raccolte.

Gli scopi dell'autore erano, in primo luogo, di tentare di verificare se la percezione dei *rom* rispetto al legame tra salute e condizioni di vita potesse esser accertato in un modo semplice ma effettivo dando, in questo modo, più autorità alla voce dei *rom* quando esplicitano le loro priorità. Secondo, tentare di dimostrare ai *rom* che vivono nei campi che un certo tipo di ricerca epidemiologica può essere utile a dar valore e forza alle loro preoccupazioni. Terzo, con un metodo compreso e

condiviso dal mondo accademico, cercare di dimostrare che, non solo è possibile la ricerca comunitaria, ma che i *rom* possono e devono essere parte attiva e sono una risorsa imprescindibile nel processo di ricerca. Infine, e come conseguenza dei primi tre obiettivi, ridurre la distanza tra le comunità *rom*, il mondo accademico e le istituzioni locali.

Mentre si consideravano tutti i più importanti fattori relativi allo stato di salute dei bambini, la necessità di semplificare gli strumenti di ricerca è stata ritenuta centrale per la sostenibilità del processo e per mantenerlo il più vicino possibile alla dimensione della comunità. Per esempio, il timore espresso dai *rom* a proposito delle stufe a legna e a gas e la sua relazione con le malattie respiratorie dei bambini in case con poca ventilazione, avrebbe potuto essere studiato, come si è visto nella recensione della letteratura, misurando i livelli di NO₂, la presenza di particolato, di anidride carbonica e di idrocarburi policiclici aromatici. Tuttavia, ciò non è stato fatto considerando che tali misurazioni sarebbero state molto costose e invasive, e che le misurazioni stesse e i risultati ottenuti sarebbero stati più difficili da spiegare. Paragoni tra i dati ottenuti da questo studio e quelli trovati in letteratura saranno fatti nel capitolo della discussione.

L'autore ha preferito tentare di collegare le percezioni dei *romá* sulle cause del rischio con i fattori incorporati negli strumenti della ricerca quantitativa e, con l'aiuto della letteratura, ottenere conferme sulla plausibilità delle relazioni tra fattori ambientali e comportamentali, e stato di salute dei bambini. Ciò ha aiutato a triangolare e a rafforzare i risultati qualitativi e quantitativi.

SCELTA DELL'OGGETTO DELLA RICERCA

L'oggetto della ricerca è stato scelto, deliberatamente, per riflettere una delle preoccupazioni prioritarie dei *rom* che vivono nei campi.

L'argomento dello studio è stato scelto sulla base di:

- Priorità espresse dai *rom*;
- Priorità delle istituzioni che fornivano servizi ai campi;
- Possibilità di generare cambiamenti nella situazione, sulla base dei risultati dello studio.

L'oggetto della ricerca (lo stato di salute dei bambini di *rom* stranieri che vivono nei campi in Italia) è stato inizialmente individuato dall'autore e discusso con *Leonardo Piasere*, allora professore di Antropologia Culturale dell'Università di Firenze, in quanto preoccupazione principale per i *rom*. Successivamente, l'autore ha discusso con i residenti dei campi in diverse città, e con operatori sociali di associazioni e istituzioni. Questo scambio di idee è servito a confermare che l'argomento dello studio aveva un'alta priorità per la comunità *rom* e per iniziare a porre alcuni punti fermi per la definizione della struttura di ricerca.

I residenti dei campi hanno confermato che la salute dei loro bambini era per loro molto importante. Hanno anche indicato la relazione tra le condizioni di vita nei campi e la salute dei bambini, e hanno mostrato interesse verso la possibilità di uno studio incentrato su questo tema.

LA SCELTA DEI CAMPI

I campi scelti per questo studio non vanno considerati un campione rappresentativo che rifletta le condizioni in cui vivono, in Italia, i *rom* non italiani. I risultati ottenuti non possono essere estesi all'intera popolazione *rom* in Italia.

I campi sono stati deliberatamente scelti sulla base delle caratteristiche che illustravano le varie condizioni esistenti in Italia. L'intenzione è stata di permettere un'analisi, in diversi ambienti, delle relazioni tra le condizioni di vita e lo stato di salute dei bambini.

Un paragone con famiglie *rom* degli stessi gruppi etnici che non vivevano nei campi sarebbe stato utile, ma è stato considerato troppo dispendioso e complicato da effettuare, poiché era difficile identificare, senza essere invadenti, famiglie *rom* che vivevano in abitazioni normali. L'autore conosce diverse famiglie *rom* del Kosovo e della Macedonia che vivono in case regolari. In alcuni casi queste famiglie hanno avuto accesso a abitazioni regolari dopo aver vissuto un certo tempo nei campi. In altri casi, esse hanno seguito altre vie di integrazione e sono riuscite ad evitare i campi. È molto difficile, tuttavia, stimare il numero di queste famiglie perché, a causa dei pregiudizi sugli zingari, queste famiglie tendono spesso a non dichiararsi *rom*.

Un paragone con famiglie non-*rom* che vivevano in condizioni di vita simili è stato escluso: in realtà, non ci sono famiglie italiane che vivano in un contesto simile a quello dei campi, mentre altri gruppi stranieri che vivono in un contesto simile spesso non condividono questa situazione con le loro famiglie. Inoltre, l'inclusione, nel campione, di altre dimensioni (campi/no campi; *rom*/non-*rom*) avrebbe reso necessario il controllo su di un campione più complesso. Sarebbero state, quindi, necessarie più variabili e un campione più vasto.

Il lavoro dettagliato di mappatura di tutti gli insediamenti di *rom* non italiani in Italia (vedi l'Annesso 1) ha fornito una lista di campi possibili dai quali sono stati selezionati i campi da includere nello studio. I criteri usati per la selezione dei campi sono qui sotto descritti.

Tutti i campi selezionati erano situati in città capoluoghi di provincia dell'Italia centrale o settentrionale. La scelta di restringere lo studio all'Italia centrale e settentrionale è stata dettata dalla mancanza di risorse e dalla necessità di coprire i campi selezionati in un ragionevole lasso di tempo. Tutti i campi selezionati erano abitati da *romá* di nazionalità macedone o kosovara.

I cinque campi scelti sono stati selezionati in modo da avere:

- Differenti anni dalla loro costruzione (dal 1990 di Firenze, al 1996 di Bolzano),
- Differente dimensione (dai 1500m² di Bergamo, ai 7500m² di Venezia),
- Differente numero di residenti (dagli oltre 300 a Firenze, agli 80 a Brescia),
- Differenti strutture abitative (da quelle in muratura di Brescia, alle baracche di legno autocostruite di Bolzano, alle baracche di Bergamo, Venezia e Firenze)
- Differente disponibilità di servizi igienici (dai gabinetti inservibili di Bergamo, a quelli in comune di Venezia, da quelli per gruppi di famiglie a Firenze, a quelli per singole famiglie, prefabbricati o in muratura, di Bolzano e Brescia).

I campi, selezionati con questi criteri, erano:

- Il campo di *Via del Poderaccio* a Firenze,
- Il campo di *Via Rovelli 160* a Bergamo,
- La cascina *Camafame* di *Via Chiappa* a Brescia,
- Il campo di *San Giuliano* a Mestre/Venezia,
- Il campo di *Castel Firmiano* a Bolzano.

UN MESE PASSATO AL CAMPO DEL *PODERACCIO*

Era stato concordato con il prof. *Piasere* che sarebbe stato appropriato che io, prima di definire la struttura finale della ricerca e gli strumenti da utilizzare, vivessi un mese al campo del *Poderaccio*, a Firenze. Lo scopo era di facilitare il lavoro su vari aspetti, tra cui:

- Una reciproca familiarità tra le parti;
- L'acquisizione da parte mia di un comportamento corretto;
- Una conoscenza delle difficoltà generali e particolari della vita nei campi;
- Una sintonizzazione e una semplificazione degli strumenti di ricerca, considerando sia le informazioni da raccogliere sia il linguaggio da usare;
- L'acquisizione della confidenza necessaria a condurre il compito di intervistatore in questo campo e nei campi da studiare successivamente.

Prima di trasferirmi al campo, ho contattato e ho chiesto l'autorizzazione ai rappresentanti della comunità e ai supervisori istituzionali del campo (*Quartiere 4*). Durante il mese vissuto al *Poderaccio*, ho mantenuto contatti e ho avuto continui scambi con membri di associazioni ed in particolare con l'*ADM* (Associazione per la Difesa dei Diritti delle Minoranze) e con *Amengiá*, formata da giovani *rom* (alcuni dei quali residenti nel campo) e non-*rom* fiorentini.

Mi sono stabilito al campo a metà novembre 2001, con un camper prestatomi da Daniele Todesco, esperto di problemi *rom* e *sinti* e amico di Verona. Con Giusy Baffè, del Quartiere 4 responsabile del campo, abbiamo discusso la mia collocazione all'interno dell'area. Ho posteggiato il camper all'interno della recinzione metallica che delimitava il campo, di fronte alla casetta del portierato, sul lato opposto al cancello dell'entrata. Per accedere all'area "residenziale", cioè al campo propriamente detto, vi era una rampa in salita di circa 15 metri. L'area abitata era affollata e non sarebbe stato corretto, da parte mia, occupare spazi preziosi per le famiglie. Nonostante non fossi sistemato completamente all'interno della comunità, mi sono trovato in una situazione intermedia che mi ha consentito di essere presente senza interferire. Inoltre, l'entrata del campo era il luogo dove quasi tutti passavano un po' di tempo: le mamme per accompagnare i loro figli al pulmino della scuola, i bambini per giocare e gli adulti per stare insieme a chiacchierare.

Il mese trascorso al campo è stato, in generale, apprezzato dagli abitanti che hanno considerato la mia presenza come un'opportunità per condividere alcune difficoltà, dando il senso di "essere sulla stessa barca". Personalmente, non ho avuto particolari difficoltà. Sono stato trattato con grande rispetto e ospitalità. Ogni volta che sono poi tornato al campo, dopo la conclusione della ricerca, sono stato sempre salutato con affetto.

Indagini effettuate poco prima su un traffico di droga avevano fatto nascere, all'inizio, il sospetto che io fossi un investigatore in borghese. Tuttavia, col tempo, tale argomento è diventato oggetto di scherzo. Ovviamente non sembrava "normale" che un *gadjo* andasse a vivere in un campo e una qualche spiegazione andava trovata.

Il tempo passato a Firenze mi ha anche dato l'opportunità di esser coinvolto in altre attività. Insieme a Burhan Hasani, ragazzo *rom* ventenne che ha vissuto otto anni al *Poderaccio*, abbiamo pianificato e realizzato un libro fotografico [14] che mostra come sia la vita all'interno di un campo, le difficoltà di condurre una vita normale, ma anche come nascano spazi di vita per le famiglie, nonostante tutti i problemi e i disagi. Il campo è un luogo dove nessuno vorrebbe far crescere i propri figli ma, nonostante ciò, finisce per essere lo spazio della propria casa, dove giocare, lavorare e tessere relazioni.

NEGLI ALTRI CAMPI

La fondamentale esperienza fatta durante il mese vissuto al *Poderaccio* mi ha dato la possibilità di procedere con la ricerca, specialmente in termini di affinamento degli strumenti di ricerca e per aumentare il grado di fiducia in me stesso.

È stata anche utile come garanzia: il fatto che io avessi vissuto al *Poderaccio* e che fossi in confidenza con altri campi, e in alcuni casi conoscessi parenti e amici, è stato un elemento positivo per i *romá* e fonte d'interesse.

In media, ho poi passato una settimana in ognuno degli altri campi. Non è stato necessario passare un mese in ogni campo anche perché, una volta iniziato, era importante completare il lavoro di campo nel più breve tempo possibile, per garantire la massima omogeneità dei dati.

La procedura descritta qui sotto è stata seguita in tutti i campi prima di iniziare il lavoro di ricerca:

- Un contatto con gli operatori sociali non-*rom* che fossero ben conosciuti al campo;
- Una prima visita accompagnata per spiegare le ragioni dello studio;
- Visite successive (sempre accompagnate da operatori sociali o da membri della comunità) per continuare il lavoro.

L'essere accompagnato mostrava che la mia presenza al campo era garantita da persone conosciute all'interno della comunità.

Avevo già visitato i campi di Bergamo, Bolzano e Venezia per discutere dello studio, nella sua fase preliminare. A quel tempo avevo già preso contatto con *romá* e personale delle istituzioni e delle associazioni.

STRUMENTI DI RICERCA

Lo studio ha utilizzato un questionario per le famiglie, linee guida per le discussioni in gruppi focali e schede per la registrazione dei dati osservati e delle informazioni fornite da informatori chiave.

In base agli obiettivi, prima di iniziare a disegnare gli strumenti di ricerca, è stato preparato un piano d'analisi (Annesso 3). Il piano d'analisi è uno strumento che risponde al principio, insegnato nei corsi di base per l'analisi di dati provenienti da ricerche sociali ed epidemiologiche, di ottimizzare le informazioni raccolte definendo *a priori* come saranno usate. Aiuta ad identificare quali informazioni siano necessarie per raggiungere gli obiettivi dello studio e il ruolo che ogni variabile giocherà nell'analisi. Per questa ragione, è un elemento chiave per la definizione degli strumenti della ricerca.

Parte delle informazioni raccolte erano quantitative e parte qualitative. L'intenzione era di ottenere una visione completa dell'interazione tra fattori e comportamenti che influenzano la relazione tra salute e ambiente.

Gli strumenti di ricerca sono stati deliberatamente mantenuti il più possibile semplici e brevi, e hanno seguito una linea logica di ragionamento nella sequela delle domande. Tutti gli strumenti erano in lingua italiana perché, dopo la visita ai campi e dopo aver vissuto al *Poderaccio* un mese, era chiaro all'autore che gran parte delle persone parlavano un buon italiano. Nonostante l'emarginazione, ci sono molte occasioni, per le persone che vivono nei campi, di interagire con l'esterno. La lingua non ha mai rappresentato un problema durante le interviste.

L'autore ha personalmente condotto tutte le interviste, e ha facilitato e verbalizzato tutte le riunioni dei gruppi focali. Le riunioni dei gruppi focali vengono, di solito, facilitate e verbalizzate da due differenti persone: la ragione per la quale l'autore ha svolto sia il ruolo di facilitatore sia di verbalizzatore è spiegata in seguito.

Il questionario

Le informazioni epidemiologiche sullo stato di salute dei bambini, e i dati sulle abitudini e le condizioni di vita delle famiglie, sono stati raccolti con un questionario (Annesso 4) somministrato casa per casa a tutte le famiglie nei cinque campi.

Le interviste

In ogni famiglia, nel caso vi fossero bambini sotto i sei anni, l'intervistatore ha cercato di intervistare la madre di questi bambini. Se la madre era assente, l'intervistatore ha invece parlato con il parente più prossimo che potesse fornire risposte alle domande sui bambini, e a tutte le altre domande.

Nel caso in cui non vi fossero bambini di cinque anni o più piccoli, nella famiglia, l'intervistatore ha posto solo le domande della prima parte del questionario.

In ogni città l'intervistatore ha condotto tutte le interviste in due o tre giorni in modo che il periodo di riferimento (per esempio, per la prevalenza di periodo della diarrea) fosse lo stesso per tutti i bambini.

L'autore/intervistatore è stato sempre accompagnato da persone che conoscevano le famiglie, che avevano buoni rapporti con queste e che erano, da queste, considerate credibili. A Firenze, l'autore è stato accompagnato dal personale delle cooperative che gestivano il campo e da persone residenti al campo. A Bergamo e a Brescia, hanno accompagnato l'autore volontari e operatori di vari gruppi e associazioni. Una mediatrice culturale che aveva vissuto al campo ha accompagnato l'autore presso le famiglie di Venezia. A Bolzano l'autore è stato accompagnato sia da personale dell'associazione Odar che da gente che abitava al campo.

Ovunque fosse possibile, si è tentato di verificare il peso dei bambini alla nascita indicato dalle intervistate, utilizzando i dati del consultorio pediatrico o i certificati in mano ai genitori. All'unico scopo di esaminare i dati del consultorio, è stato chiesto all'intervistata di fornire il nome del bambino: per garantire la riservatezza dei dati, i nomi sono stati eliminati dal questionario appena ottenuta la verifica.

Osservazione diretta durante il lavoro di campo casa per casa

Durante lo svolgimento delle interviste casa per casa, l'autore ha valutato le condizioni interne di ogni abitazione. Benché la valutazione si possa considerare soggettiva, l'autore è stato l'unica persona a fare tali valutazioni. Si può quindi sostenere che i giudizi siano, almeno, stati omogenei. Inoltre, è stato fatto ogni sforzo per evitare condizionamenti da parte dell'ambiente esterno e delle condizioni generali del campo.

Nella valutazione delle condizioni interne della casa, una struttura abitativa è stata considerata "regolare" se non c'erano segni di degrado o di sporcizia, ma se non c'era neppure particolare

attenzione alla cura e alla pulizia, caratteristiche che altrimenti implicavano una diversa valutazione (“buona” o “scadente”).

Consenso libero e informato, e riservatezza

L’obiettivo della ricerca è stato spiegato all’inizio di ogni intervista. Agli intervistati e alle loro famiglie è stata garantita l’anonimità e data l’assicurazione che le informazioni raccolte sarebbero state usate solo in modo aggregato e senza evidenziare singoli casi. È stato spiegato che l’intervista sarebbe durata da dieci a quindici minuti, secondo il numero di figli fino a cinque anni di età, e si è menzionato che, se necessario, l’intervista avrebbe potuto esser svolta più tardi.

Lasciando l’intervistato, l’intervistatore ha ringraziato la persona per il tempo, la cortesia e le informazioni messe a disposizione, sottolineando l’importanza della collaborazione per la raccolta di dati che avrebbero potuto migliorare le condizioni di vita e la salute dei bambini.

I gruppi focali

L’autore ha facilitato, in ogni città, discussioni di gruppi focali con le madri dei bambini sotto i sei anni. È stata usata una guida composta da sei domande (Annesso 4).

Queste riunioni si sono tenute in ogni campo, dopo che il lavoro delle interviste era stato totalmente completato. Le madri dei bambini erano state identificate durante le interviste, ed erano state quindi invitate a prendere parte alla riunione.

L’intenzione delle discussioni era di esaminare più da vicino le definizioni date dalle madri rispetto alle buone o cattive condizioni di salute del bambino, e i loro comportamenti di fronte alla malattia del bambino.

Il numero ideale di partecipanti in una riunione di un gruppo focale è di 8-10 persone. Questo numero di partecipanti favorisce dinamiche di gruppo e permette a tutti di partecipare [195, 207, 216].

Prima di iniziare il lavoro di campo, alcune persone – ricercatori *rom* e non-*rom* e attivisti che l’autore aveva in precedenza consultato – avevano espresso la loro preoccupazione rispetto alla possibilità di condurre riunioni di gruppi focali nei campi *rom*. Avevano considerato che le persone in oggetto non avevano l’abitudine a discussioni di gruppo ordinate, che avrebbe potuto manifestarsi una certa impazienza e che avrebbe potuto prevalere lo scetticismo. Per queste preoccupazioni, l’autore ha pensato che sarebbe stato meglio avere una sola persona esterna al gruppo e ha deciso di facilitare e di verbalizzare le riunioni personalmente.

Descrizione delle riunioni

Solo due donne hanno partecipato alla riunione di Firenze che ha avuto luogo il 19 dicembre 2001, alle 14:30. A Bergamo la riunione si è tenuta il 29 gennaio, alle 16:00 e vi hanno partecipato tre madri. La riunione di Brescia si è svolta il 14 febbraio 2002, alle 10:50 e vi hanno partecipato quattro madri. Tre donne erano presenti alla riunione di Venezia, il 28 febbraio 2002 alle 10:00. Cinque madri erano presenti alla riunione di Bolzano, tenutasi il 7 marzo 2002 alle 10:50.

Le riunioni sono durate mezz’ora in tutte le città ad eccezione di Bolzano (40 minuti). Sono state generalmente condotte nella casa di una delle donne partecipanti. La riunione di Venezia si è svolta

invece in un prefabbricato usato dalle educatrici di una cooperativa che gestiva il campo. A Bolzano, la riunione si è tenuta in una stanza del centro polifunzionale.

Nonostante le madri che hanno partecipato alle riunioni siano state poche, questo non ha impedito a coloro che erano presenti di prender parte alle discussioni.

Consenso libero ed informato e riservatezza per i gruppi focali

Tutte le donne che hanno partecipato alle riunioni dei gruppi focali avevano già risposto al questionario.

Invitando le donne alla sessione del gruppo focale, l'intervistatore ha spiegato che l'obiettivo della riunione era di discutere e di ottenere, con un piccolo numero di madri, una più approfondita conoscenza dei problemi già trattati durante l'intervista. È stato chiarito che la riunione sarebbe durata dai 20 ai 40 minuti.

Si era concordato, tra tutti coloro che erano stati invitati a partecipare, l'ora e il luogo appropriati per la riunione.

Durante le sessioni, non sono mai stati richiesti i nomi delle persone. Alla fine della sessione, i partecipanti sono stati ringraziati per il loro contributo ed è stata sottolineata in modo specifico l'importanza degli elementi emersi durante la riunione.

Il protocollo per l'osservazione diretta

Un formato speciale (Annesso 4) è stato utilizzato per registrare informazioni sulle caratteristiche del campo, lo stato dei servizi utilizzati in comune, gli elementi positivi e negativi presenti nell'ambiente circostante e la facilità d'accesso ai servizi di base.

Questi dati sono stati raccolti con l'osservazione diretta e con la collaborazione di informatori chiave (persone delle istituzioni, di cooperative e associazioni, e persone residenti nei vari campi).

Considerato che i campi più grandi sono più difficili da gestire e che più frequentemente presentano problemi strutturali, sono state create variabili dicotomiche sul numero di persone e sul numero di famiglie che vivevano nei campi: queste variabili sono state usate nell'analisi del rischio. Per misurare il sovraffollamento dei campi, altre variabili dicotomiche sono state create calcolando i metri quadrati disponibili per persona.

È stata registrata anche la presenza di ratti, tenendo conto delle preoccupazioni dei residenti nei campi, e considerando che i topi sono pericolosi sia dal punto di vista igienico, sia perché avevano già morso alcuni bambini.

Interviste con operatori del Servizio Sanitario

Le interviste con gli operatori del servizio sanitario erano basate su di una lista di problemi che dovevano essere affrontati: un breve compendio delle relazioni tra i *romá* e le istituzioni sanitarie, l'esistenza di servizi specifici per i *romá* (e in particolare per i bambini sotto i sei anni), l'esistenza di difficoltà relative alla copertura vaccinale, l'uso di tessere sanitarie e stato legale dei singoli

residenti, accesso ai servizi sanitari, principali patologie riscontrate nei bambini sotto i sei anni di età, opinioni sulle condizioni del campo.

Ogni città aveva un diverso tipo di organizzazione e un approccio diverso. A Bolzano non sono state fatte interviste per la mancanza di un portavoce ufficiale dei servizi sanitari: i residenti del campo hanno affermato che andavano dal loro medico di famiglia, dal loro pediatra o direttamente in ospedale.

A Firenze, all'inizio del 1999, l'autore aveva contattato, in diverse occasioni, il personale del Consultorio Pediatrico. L'ultima intervista ha avuto luogo il 30 novembre 2001, con la richiesta di vedere i registri pediatrici e prender nota del peso alla nascita dei bambini coinvolti nello studio.

A Bergamo, le informazioni sui servizi sanitari sono state ottenute il 29 e 30 gennaio 2002 al dipartimento di prevenzione dell'ASL e da operatori comunitari della Cooperativa *Migrantes* che gestivano il servizio sanitario e sociale per conto del Comune.

Le informazioni registrate a Brescia sorgono da due incontri avuti tra gennaio e febbraio del 2002 con l'Ufficio Stranieri e Nomadi del Comune di Brescia e con il personale del 7° distretto dell'ASL di Brescia.

A Mestre, il contatto iniziale con il servizio sanitario del distretto risale al novembre del 1999. Le informazioni erano state raccolte, lungo un certo periodo di tempo, sia da assistenti sociali e educatori di comunità che avevano lavorato all'interno del campo, sia dal personale medico del Consultorio Familiare e Pediatrico.

CRONOLOGIA DEL LAVORO DI CAMPO

Il lavoro di campo in tutti e cinque insediamenti è stato fatto d'inverno al fine di evitare possibili distorsioni dovute agli effetti stagionali sulla salute dei bambini.

Il lavoro è iniziato a metà novembre del 2001 a Firenze, quando mi sono trasferito al *Poderaccio* con il camper. Le interviste, a Firenze, sono cominciate il 10 dicembre e il lavoro è stato completato, nell'ultimo campo, a Bolzano, il 7 marzo 2002.

Poiché la ricerca è stata condotta durante l'inverno, il tipo di malattie è stato tipico di questa stagione. Probabilmente, in estate avremmo riscontrato un'incidenza meno elevata di malattie respiratorie e una maggiore incidenza di problemi gastro-intestinali.

STRUMENTI DI ANALISI

I metodi CIET sono disegnati per campioni consistenti, sia in termini di siti coperti sia di persone intervistate in ogni sito. Uno dei limiti di questo studio, causato dalla mancanza di fondi, è stato la dimensione relativamente piccola del campione. I piccoli numeri e il fatto che tutti i partecipanti vivessero nei campi ha limitato, in certa misura, l'analisi. Tuttavia, considerando che la mancanza di risorse e le difficoltà nel raggiungere piccoli gruppi sparsi su di un vasto territorio possono essere problemi usuali quando si tratta di gruppi emarginati, è importante sviluppare modi per condurre ricerche in queste condizioni, ed ottenere dati di buona qualità da poter usare nella pianificazione, includendo una componente quantitativa. Per questa ragione l'autore ha esaminato in dettaglio gli aspetti statistici del problema. Nei seguenti paragrafi si eseguirà una valutazione dei metodi che

possono essere usati per misurare associazioni e per calcolare intervalli di confidenza, nel contesto specifico di questo studio.

Nell'analisi del rischio, il rapporto incrociato (*odds ratio*, *OR*) è stato utilizzato come misura dell'associazione tra risultati d'interesse e cause potenziali. Poiché anche i modelli logistici generano il rapporto incrociato come misura d'associazione, l'*OR* è utile per creare funzioni di probabilità e per testare ipotesi, così come per la possibilità di proseguire l'analisi stratificata del rischio con la regressione logistica. Nel caso di questo studio, tuttavia, come vedremo in seguito, i piccoli numeri non ci hanno permesso di continuare con modelli di regressione logistica.

Misure d'associazione e intervalli di confidenza per piccoli campioni

Stime asintotiche

Gli intervalli di confidenza che si basano sulla teoria dei grandi campioni sono più facili da calcolare degli intervalli esatti di confidenza, ma devono rispettare condizioni imposte dalla teoria asintotica sulla quale si basano.

La stima di Mantel-Haenszel (MH) della varianza del rapporto incrociato (*OR*) – necessaria per calcolare la distribuzione X^2 – è consistente all'aumentare di k (numero degli strati), nel caso in cui $2n$ (la numerosità campionaria in ogni tavola) rimanga stabile [217]. È stato dimostrato che, per tavole 2×2 stratificate, tra i diversi candidati, la stima puntuale dell'*OR* di Mantel-Haenszel (1959) [205], per una serie di tavole 2×2 , insieme alla stima della varianza di Robins e colleghi (1986) [218], ha buone proprietà di copertura sia quando k è piccolo ma (m_i, n_i) sono grandi, sia quando k è grande ma (m_i, n_i) sono piccoli [219]: utile, quindi, per modelli limite sia con dati sparsi sia con numerosi strati.

Un problema con l'approccio di Mantel-Haenszel è che sia la stima dell'*OR* sia quella della $var[\log(OR)]$ sono indefinite quando la distribuzione condizionata S è uguale a $s_{min} = \sum_i [\max(0, t_i - m_i)]$ o $s_{max} = \sum_i [\min(t_i, n_i)]$: in queste situazioni estreme la procedura di Mantel-Haenszel non può fornire alcun intervallo [219].

Nel 1976, Miettinen [206] ha elaborato un metodo test semplice ed ingegnoso per la costruzione di limiti di confidenza, usando solamente la stima puntuale e la statistica test X^2 (usando preferibilmente il X^2 di MH, calcolato senza correzione di continuità, per evitare che la varianza sia sovrastimata) [220]:

- $X^2 = \log^2(OR)/var[\log(OR)] \Rightarrow OR_L, OR_U = OR^{(1 \pm Z_{\alpha/2}/\chi)}$

Tuttavia, quando nel campione il numero di casi e controlli è uguale, la varianza di *OR* per valori diversi da uno è sistematicamente sottostimata da questo approccio, la vera probabilità media è inferiore alla nominale $100(1 - \alpha)\%$, e i limiti di confidenza risultano troppo stretti [220]. Nonostante questo, il grande vantaggio dei limiti basati su questo test rimane la loro semplicità di calcolo.

Nel 1999, Agresti [221] affermò che, a meno che il vero rapporto incrociato fosse molto grande, il metodo asintotico (fondato sul fatto che la stima di $\log(OR)$ sia asintoticamente normale) basato sull'intervallo di confidenza che si ottiene esponenziando i punti limite di $\log(OR) \pm z_{\alpha/2} var[\log(OR)]$, dove $z_{\alpha/2}$ è il quantile $\alpha/2$ della normale standard (Woolf, 1955, citato da Agresti), sembrava accettabile anche per campioni di ridotte dimensioni.

Tuttavia, poiché la probabilità di osservare un risultato estremo con grandi rapporti incrociati (in pratica l'unica situazione in cui sono giustificabili piccoli studi) può essere rilevante in studi di ridotte dimensioni, preferiamo cercare altre soluzioni.

Per singole tavole 2x2, la “legge del 5” suggerisce che le approssimazioni a livelli di significatività intorno allo 0,05 o più ampi sono ragionevolmente buone se le frequenze attese per le quattro celle della tavola 2x2 sono almeno 5 sotto l'ipotesi nulla [222]. Per una serie di tavole 2x2, Mantel e Fleiss [223] hanno suggerito l'applicazione della “legge del 5” per valutare l'adeguatezza dell'approssimazione al valore di p esatto ottenuto dalla statistica riassuntiva X^2 . Prima hanno calcolato i valori massimo e minimo che il numero totale di casi esposti $\sum(a_i)$ possono raggiungere, vincolando i marginali in ognuna delle tavole 2x2. Questi sono $\sum[\min(m_{1i}, n_{1i})]$ per il massimo e $\sum[\max(0, m_{1i} - n_{0i})]$ per il minimo. Considerato che il valore medio calcolato sotto l'ipotesi nulla $\sum(A_i)$ disti almeno cinque unità da entrambi questi estremi, il valore esatto e approssimato di p dovrebbero essere ragionevolmente vicini per valori di p che siano attorno a 0,05 o superiori.

Valore di p del test esatto di Fisher

La teoria di base della distribuzione condizionata per analizzare proporzioni binomiali indipendenti è stata elaborata da Fisher nel 1935 [224]. Fisher ha calcolato un test condizionato esatto e ha ricavato la distribuzione non-centrale come funzione del rapporto incrociato. Nel 1956, Cornfield ha fornito espressioni specifiche per i limiti di confidenza degli OR [225]. Thomas – 1971 per una singola tabella 2x2 [226] e 1975 per tabelle stratificate 2x2 [227] – ha sviluppato algoritmi software per implementare questo metodo.

Introduzione ai limiti esatti di confidenza

I limiti esatti di confidenza sono chiamati “esatti” perché la procedura si basa sulla teoria della distribuzione esatta. I metodi esatti danno limiti di confidenza conservatori: cioè l'intervallo di confidenza coprirà il vero OR più frequentemente di quanto gli venga richiesto. A causa della distribuzione discreta, la copertura del rapporto incrociato esattamente il $100(1 - \alpha)\%$ del tempo non può essere garantita. Tuttavia, il vantaggio è che la probabilità di copertura calcolata in questo modo è forzatamente tenuta sotto il livello di confidenza nominale.

Idealmente, si vorrebbe poter sempre mostrare intervalli di confidenza esatti, specialmente in situazioni in cui la probabilità di copertura desiderata – indipendentemente dallo sparpagliamento e dalla scarsità dei dati – ha bisogno di essere garantita. Tuttavia, il tempo necessario per i calcoli è ciò che ha reso questo approccio non desiderabile per grandi campioni.

Per lottare contro il conservatorismo, il metodo di correzione *Mid-p* riduce l'ampiezza dell'intervallo di confidenza esatto con una correzione di continuità, e spesso si ritiene che lo faccia preservandone l'accuratezza. Tuttavia, non c'è alcuna garanzia teorica che l'approccio *Mid-p* fornisca la copertura desiderata [219]. Infatti, la correzione viene chiamata *Mid-p* perché il valore più alto e il valore più basso di *Mid-p* sono definiti come la probabilità, sotto l'ipotesi test, che la statistica test Y sia più grande (per il più alto) o più piccola (per il più basso) del suo valore osservato, più, per entrambi i limiti, metà della probabilità che Y uguagli il suo valore osservato [228].

Metodo condizionato esatto della coda (approssimato)

Gli intervalli esatti di confidenza di Cornfield [225] per l' OR consistono nell'insieme dei valori di

OR_0 per i quali il valore di p eccede $\alpha/2$ in ciascuno dei due test esatti ad una coda di H_0 : $OR=OR_0$, usando la distribuzione condizionata ipergeometrica non-nulla derivata dal condizionamento dei totali di riga e di colonna. L'esattezza si riferisce al fatto che la distribuzione condizionata è libera da parametri di disturbo [221]. Tuttavia, il metodo Cornfield è approssimato.

Per l'approssimazione dell'intervallo di confidenza esatto di Cornfield al $100(1 - \alpha)\%$, Cornfield [225] e Fisher [229] hanno proposto un intervallo composto dagli OR che risultano dalle frequenze attese aventi gli stessi marginali dei dati osservati (per questa ragione viene chiamato "condizionato").

L'algoritmo di Thomas [226, 227] usa una tecnica iterativa per stimare i due test esatti ad una coda al livello di significatività $\alpha/2$, dove, dato a nella prima cella e m come marginale di colonna, la prima equazione è la somma delle funzioni ipergeometriche, $f(i | m; OR)$ per i da 0 ad a , e i da a a m , entrambi uguali a $\alpha/2$ [230].

L'intervallo così definito contiene tutti i valori di OR non rigettati dai test esatti ad una coda, per un livello di significatività di $\alpha/2$. Per questa ragione, questo metodo è chiamato "metodo della coda" (*tail method*).

Il metodo della coda offre un intervallo di confidenza (IC) al 95% condizionatamente esatto ed è calcolato con l'algoritmo di Thomas. Questo intervallo può avvicinarsi a contenere il valore nullo (1) anche per valori piccoli del p di Fisher osservati. La discrepanza apparente tra il valore esatto di p e l'esatto IC è spiegata dalla marcata asimmetria della distribuzione della statistica test. In molti casi in cui questo accade, il valore esatto di p di Fisher ad una coda risulta lo stesso del valore esatto di p di Fisher a due code (Troendle e Frank, 2001) [231].

Nonostante molti autori chiamino questo metodo "esatto", a causa del fatto che questi limiti offrono una buona approssimazione ai limiti esatti e arrivano ad essere i più vicini ad ottenere le specificazioni nominali, è pur sempre calcolato tramite un'approssimazione normale della media e della varianza. Per questa ragione è ancora soggetto alla "legge del 5" e sarebbe più corretto chiamarlo: "approssimazione Cornfield ai limiti esatti di confidenza". L'approssimazione dei limiti descritti da Thomas è abbastanza buona [232]. Il software *Epi Info* utilizza la "legge del 5" di Mantel e Fleiss, e nel caso in cui questa non sia rispettata, i risultati sono etichettati come "non accurati".

Limiti di confidenza più accurati si ottengono ovviamente utilizzando la media e la varianza della distribuzione esatta condizionata [220]. Questi limiti hanno bisogno di soluzioni di equazioni polinomiali ma, come vedremo in seguito, sono calcolate da Metha, Patel e Gray.

Metodo simultaneo esatto condizionato

Nel 2001, Agresti e Min [233], e Troendle e Frank [231] hanno dimostrato che per costruire intervalli di confidenza con distribuzioni discrete era meglio invertire un test singolo bilaterale che due test unilaterali distinti. "Meglio" nel senso che gli intervalli tendono ad essere più corti e la probabilità di copertura tende ad essere più vicina al livello nominale. Ovviamente, in questo modo il livello nominale $1 - \alpha/2$ per una singola coda non viene garantito.

Basandosi sull'approccio di Sterne (1954) [234], nel 1977 Baptista e Pike hanno elaborato un algoritmo per un metodo simultaneo (bilaterale) esatto condizionato [235].

Limiti di confidenza esatti di Metha, Patel e Gray

Nel 1985, Metha, Patel e Gray [236] hanno migliorato i limiti di confidenza esatti suggeriti da Cornfield (1956) e implementati da Gart (1970) e Thomas (1975). Vollset, Hirji ed Elashoff hanno ulteriormente modificato questo metodo nel 1991 [237].

Metha e colleghi hanno suggerito un algoritmo a rete ricorsiva (*recursive network algorithm*) per ottenere limiti di confidenza esatti. Gli autori hanno affermato che il metodo poteva essere usato con relativa facilità per numerosità fino a $2nk=1000$, oltre la quale ci si attende che i risultati asintotici siano attendibili.

Considerato che l'accuratezza degli *IC* asintotici sarebbe messa in discussione quando solo piccole proporzioni della popolazione cadono nella categoria degli esposti, anche nel caso di numerosi k (strati) e n , visto che l'asimmetria nella configurazione marginale di ogni tavola diventa molto pronunciata (le distribuzioni asintotiche aderirebbero molto male in questa situazione, specialmente nel caso in cui gli *OR* fossero grandi), in questi casi sarebbe preferibile riportare gli *IC* esatti.

Fortunatamente questo è proprio il caso in cui il problema dei calcoli sottostanti è semplice. Più i marginali delle tavole risulteranno asimmetrici, e più sarà considerevole il tempo guadagnato dalla CPU [236].

MLE – Stime di Massima Verosimiglianza, condizionate ed incondizionate

La *MLE* dell'*OR* ordinario si ricava eguagliando i totali dei casi esposti osservati e attesi: $\sum(a_i) = E(a_i | \text{marginali}; OR)$.

Per la *CMLE* (stima condizionata di massima verosimiglianza dell'*OR* ordinario, derivata dal modello ipergeometrico), gli $E(a_i)$ attesi sono calcolati secondo distribuzioni ipergeometriche non-centrali [220], attraverso equazioni polinomiali di alto grado. L'uso abituale di queste stime è scoraggiato dal peso dei calcoli, ma Thomas ha reso disponibile un algoritmo [227].

La *UMLE* (stima incondizionata di massima verosimiglianza) si basa sulla distribuzione di tutti i dati senza assumere i marginali fissi per ciascuna delle tavole 2x2. La *UMLE* è una statistica binomiale di verosimiglianza, con una *MLE* di *OR* derivata da due modelli binomiali [228]. Le $E(a_i)$ sono quelle del modello normale approssimato. Quindi, la procedura di stima richiede di trovare frequenze attese per tutte le celle, in modo che il totale dei casi esposti osservati coincida con il totale dei casi esposti attesi. Mentre anche in questo caso si richiedono calcoli iterativi, questi risultano essere meno dispendiosi di quelli per le stime esatte e non diventano più complicati all'aumentare dei numeri in ciascuna cella.

Quando vi sono molti strati, ciascuno contenente un piccolo numero di casi e controlli, la *UMLE* è distorta nel senso che fornisce valori di *OR* che sono sistematicamente più estremi (più lontani dall'unità) rispetto al vero *OR* [220].

Secondo Rothman e Greenland [228], sia le *MLE* condizionate sia le incondizionate hanno bisogno di un campione "grande", al sommare i numeri attraverso gli strati, suggerendo che solo i metodi esatti non hanno alcuna necessità legata alla dimensione del campione. Poiché la *UMLE* di *OR* richiede, in aggiunta, grandi numeri negli strati, mentre *CMLE* no, ci si potrebbe chiedere perché la *UMLE* viene anche solo presa in considerazione. Secondo Rothman e Greenland, vi sono due ragioni principali: 1) i calcoli per la *CMLE* sono più pesanti, e quando i numeri negli strati sono

grandi ($N_{1i} > 10$ e $N_{0i} > 10$) le due stime sono praticamente uguali; 2) solo la *UMLE* è disponibile anche per stime di quantità diverse dall'*OR*.

La stima del rapporto incrociato per tavole 2x2 stratificate. Nel caso di campioni finiti, la *CMLE* del rapporto incrociato è superiore all'*UMLE*. Asintoticamente, le due *MLE* sono equivalenti nel caso in cui il numero di strati sia fisso, mentre la *MLE* incondizionata non è consistente nel caso in cui aumenti il numero di strati [238, 239]. Secondo Hauck [240], in campioni finiti, la *CMLE* è uguale o superiore alla stima MH, mentre asintoticamente la stima MH è generalmente meno efficiente eccetto che per $OR=1$. Comparando le stime di *UMLE*, *CMLE*, e MH per il rapporto incrociato, la *CMLE* è risultata superiore in termini di distorsione e precisione, nel caso in cui vi fossero 5 e 10 strati e marginali da 10 a 50 in ogni strato [240].

Applicazione ai dati attuali

Nell'Annesso 5 mostriamo diversi *IC* calcolati per una selezione di tavole, usando intervalli di confidenza asintotici, approssimati ed esatti. Per singole tavole 2x2, abbiamo usato funzioni del valore di p per confrontare le curve generate da Miettinen (metodo test asintotico) e intervalli di confidenza esatti al 95%, come quelli forniti da *Episheet* di Rothman [241]. Per le tavole stratificate, abbiamo confrontato le funzioni del valore di p di Robins e colleghi con quelle generate usando il metodo esatto.

Come riportato, i metodi esatti sono più affidabili nel caso di piccoli campioni. Tuttavia, confrontando i diversi *IC*, e dalle funzioni del valore di p , possiamo vedere quanto siano simili le indicazioni fornite dai diversi metodi usati se andiamo, ovviamente, oltre la semplice idea di significatività. Più piccoli sono i numeri coinvolti, più risulta importante provare a mettere a fuoco il quadro generale. Per questa ragione, le funzioni del valore di p sono utili nel nostro caso, e in modo particolare per comparare due diversi approcci agli intervalli di confidenza.

Il test esatto di Fisher a due code può essere calcolato in due diversi modi. *Epi Info* lo calcola in modo simultaneo, con il problema che in alcuni casi risulta lo stesso del test ad una coda, a causa dell'asimmetria della distribuzione della statistica test [231], come già accennato. Per evitare questo problema, l'*Episheet* di Rothman calcola il test a due code usando due singoli test unilaterali [228], ottenendo valori di p più conservatori, e in alcuni casi valori di p che superano l'unità. Nell'Annesso 5 riportiamo entrambe questi test.

I limiti esatti di Metha, Patel e Gray, calcolati con *Statcalc* di *Epi Info 6.04d*, coincidono con i limiti esatti ottenuti dalla *MLE* di *OR* calcolati con *Analysis* di *Epi Info 6.04d* e con i limiti basati sulle probabilità esatte di Fisher calcolati con *Episheet* di Rothman [242]. Per questa ragione li abbiamo semplicemente chiamati *IC Esatti*. Anche se non esplicitamente – oltre ovviamente che per gli *IC* della *MLE* di *OR* – le funzioni del valore di p basate su metodi esatti sono centrate sulla *MLE* di *OR* che, per campioni piccoli, dovrebbe essere una stima migliore della *OR* effettiva [240].

Gli intervalli di confidenza di Cornfield presentano un problema generato dal metodo di approssimazione e dall'uso delle correzioni di continuità. La confusione, infatti, è causata dalle numerose formule esistenti in letteratura per il calcolo delle approssimazioni e delle correzioni di continuità. L'*Epi Info 6.04d* calcola intervalli diversi nel caso si usi *Statcalc* o *Analysis*. *CIET map 1.0 beta49* offre un terzo differente risultato. Per tabelle singole 2x2, nell'Annesso 5 si riportano gli intervalli di Cornfield calcolati con *Analysis* di *Epi Info* e con *CIET map* (tra parentesi). Per tabelle stratificate 2x2, gli intervalli di Cornfield sono stati calcolati con *CIET map*.

Per tabelle singole 2x2, gli *IC* di Miettinen sono stati calcolati usando *CIET map 1.0 beta49*.

Per tabelle stratificate, abbiamo usato gli intervalli di confidenza di Robins, Breslow e Greenland [218], basati sul rapporto incrociato ponderato di MH, calcolati con *Epi Info 6.04d*.

Con l'aiuto delle funzioni del valore di p , per tabelle singole 2x2, nell'Annesso 5 possiamo vedere che gli *IC* esatti sono, in generale, più conservatori degli *IC* asintotici basati sul test di Miettinen. In alcuni casi, siccome gli intervalli esatti di confidenza si basano su una distribuzione iper-geometrica non-centrale, a seconda della distribuzione delle frequenze nella tabella 2x2, i limiti esatti possono scivolare o verso il valore 1 o lontano da esso. Per tabelle stratificate 2x2, si sono confrontati gli *IC* di Robins e gli esatti.

Scelte fatte per l'analisi

Per l'analisi di singole tavole 2x2, è stata usata l'approssimazione di Cornfield al 95% dei limiti esatti di confidenza, a meno che risultasse “non accurata”, come stabilito dalla “legge del 5”. Questi limiti sono stati calcolati con il programma *Analysis* di *Epi Info 6.04d*. Altrimenti, sono stati utilizzati gli intervalli di confidenza esatti di Metha, Patel e Gray al 95%, calcolati utilizzando *Statcalc* di *Epi Info 6.04d*. Come visto sopra, questi limiti esatti coincidono con i limiti basati sulla stima di massima verosimiglianza dell'*OR*, calcolati con *Analysis* di *Epi Info 6.04d*, e con i limiti esatti di Rothman calcolati con *Episheet*. Il test esatto di Fisher a due code, calcolato utilizzando *Analysis* di *Epi Info 6.04d*, è stato usato quando suggerito dalla “legge del 5”.

Per stime di sintesi dei rapporti incrociati (*OR*) per tabelle stratificate 2x2, sono stati usati i limiti di confidenza asintotici di Robins, Breslow e Greenland sostenuti, quando necessario, dai limiti esatti di Metha, Patel e Gray. Entrambi i limiti sono stati calcolati utilizzando *Analysis* e *Statcalc* di *Epi Info 6.04d*.

È noto che gli intervalli esatti di confidenza sono conservatori sul valore nominale, producendo intervalli più larghi di quelli asintotici. Tuttavia, garantiscono l'inclusione del valore nominale. In questo studio, abbiamo preferito avere intervalli conservatori piuttosto che intervalli troppo stretti ma non affidabili.

Data la misura ridotta del campione e la variabilità potenzialmente alta del rapporto incrociato, dovuta al numero basso d'osservazioni, la discussione si concentra principalmente sulla significatività statistica e sul limite inferiore di confidenza, piuttosto che su commenti relativi alla grandezza dell'associazione.

La stratificazione delle tabelle 2x2 è stata portata avanti nei limiti del possibile, considerati i vincoli imposti dalla dimensione ridotta del campione.

Si è cercato di sviluppare un'analisi simultanea, e di usare modelli di regressione logistica e alberi di regressione, ma la decisione finale è stata di fermarsi ad un'analisi stratificata semplice. Infatti, i limiti imposti alla stratificazione, non permettendo una completa comprensione del comportamento di variabili condizionanti in un contesto che coinvolge più fattori, non offrivano sufficiente evidenza sulla dinamica delle variabili per poter raggiungere il completo controllo sull'effetto simultaneo dei fattori condizionanti in un modello.

Questa scelta è stata dettata dalla considerazione che il problema che avevamo di fronte era dovuto più all'esiguità del campione che ad *overfitting* (eccessivo adattamento) o a dati sparsi in tavole stratificate.

FEEDBACK VERSO COMUNITÀ, ISTITUZIONI E ASSOCIAZIONI

Un obiettivo chiave di questo studio era di generare informazioni che potessero aiutare a migliorare le condizioni di vita dei *rom* che vivono nei campi. Per questa ragione, è essenziale che i risultati di questo studio tornino alle comunità *rom* e giungano alle istituzioni e associazioni che possano trovare elementi utili per pianificare misure indirizzate verso tale miglioramento. L'autore è impegnato a devolvere l'informazione a tutti coloro che sono parte del processo, e il Capitolo 7 è dedicato ai diversi aspetti implicati in questo processo.

RISPOSTA AI BISOGNI INDIVIDUALI IMMEDIATI DELLE FAMIGLIE INTERVISTATE

Relativamente alla risposta dell'autore/intervistatore alle necessità individuali immediate (come trovarsi davanti a bambini malati) riscontrate durante la ricerca, è apparso chiaro che le famiglie avevano un buon livello di cognizione ed accesso ai servizi disponibili. L'autore ha offerto il suo aiuto nei pochi casi in cui fosse necessario e gli fosse richiesto di intervenire o dare consigli, per le sue conoscenze o come intermediario con i servizi.

4. STORIA DELLE COMUNITÀ E DEI CAMPI SELEZIONATI

Questo capitolo contiene informazioni sul luogo d'origine delle cinque comunità coinvolte nello studio, le loro condizioni di vita, e informazione bibliografica sulla storia dei cinque campi selezionati.

I ROMÁ DEL CAMPO DEL *PODERACCIO* DI FIRENZE

I *romá* che vivevano al campo del *Poderaccio*, durante il periodo in cui lo studio è stato condotto, erano kosovari e macedoni di cultura musulmana. Secondo il censimento svolto dal Consiglio Italiano per i Rifugiati (CIR) nel 1994, la maggior parte delle famiglie era giunta in Italia tra il 1989 e il 1993 [243].

A partire dal 1989 la situazione in Jugoslavia era diventata particolarmente instabile, non solo a causa della crisi economica, ma anche per la crescente tensione tra gruppi etnici e i cambiamenti politici in atto in tutti i Paesi dell'Europa Orientale [244, 245]. Tuttavia, per i *romá* jugoslavi, la situazione si era deteriorata gradualmente, in termini di tensioni etniche contro di loro e di accesso ai servizi e alle risorse, già a partire dalla morte di Tito nel 1980 [244].

La maggioranza delle famiglie macedoni viveva a Skopjje, in abitazioni regolari. Si può dire la stessa cosa delle famiglie kosovare, molte delle quali provengono da Pristina e Mitrovica. In ogni modo, quasi tutte le famiglie erano sedentarie e provenivano da centri urbani. In molte delle città kosovare si potevano trovare *mahala rom*, quartieri o strade nelle quali la maggioranza della popolazione era *rom* [245]. Era il caso di *Šuto Orizari* e *Maláva* a Skopjje, e *Moravska*, *Divagnoli*, *Velanija* e *Kolibarska* a Pristina [246, 247]. *Mahala* è una parola d'origine araba, che fu introdotta nei Balcani dai Turchi, e significa semplicemente “luogo” [247].

Gli uomini, sia kosovari sia macedoni, praticavano ogni tipo di lavoro, erano operai, muratori, giardinieri, autisti, sarti, macellai, commercianti e musicisti [243]. Gran parte delle donne lavorava in casa come casalinghe, ma alcune lavoravano come donne delle pulizie. Molte persone affermano che vi fosse comunque un serio problema di disoccupazione [246].

Secondo il rapporto del CIR, le principali ragioni che hanno spinto queste persone a migrare, come menzionato dalle stesse famiglie, sono state la crisi economica e la guerra. L'Italia era vista come un luogo dove un lavoro e migliori prospettive potevano essere trovate, per migliorare così le condizioni di vita della propria famiglia.

Da commenti formali e informali raccolti dall'autore [14] e da interviste condotte dalla Fondazione Michelucci [246], l'impatto con il campo di Firenze, le roulotte, e le condizioni di vita in generale, fu traumatico. La gente dichiarava che non erano abituati allo stile di vita che trovarono nel campo italiano, e gli ci volle tempo per abituarsi e imparare come comportarsi, e sopravvivere, in tali condizioni di vita.

Il campo del *Poderaccio* esiste dal 1990 e fu costruito per rimpiazzare un campo illegale, situato approssimativamente a 100 metri di distanza. Per questa ragione, fu chiamato il “Nuovo Poderaccio” o il “Poderaccio Alto”. Questo campo fu definito “campo volano” con l'idea che il campo illegale, costituitosi nel 1988, sarebbe stato convertito ed allestito con tutti i servizi necessari per diventare un campo ufficiale.

Quando il “Poderaccio Alto” fu allestito, era costituito da alcuni container e roulotte. Come menzionato in precedenza, ospitava due gruppi differenti: uno proveniente da Skopje in Macedonia, e l’altro proveniente dalle città di Mitrovica e Pristina in Kosovo [248].

Vale la pena riportare la descrizione fatta da Colacicchi della nascita, nell’ottobre 1988, del primo campo illegale, chiamato “Poderaccio Basso” [248, p.126]: “*L’area venne recintata, attrezzata con un piccolo fabbricato centrale per i servizi igienici, alcune cannelle per l’acqua e qualche presa per la luce. Ai rom provenienti dal ponte all’Indiano il Comune consegnò alcune roulotte. Il Genio Civile diede parere favorevole solo per una sistemazione provvisoria, in quanto l’area del Poderaccio è la naturale valvola di sfogo delle piene dell’Arno. Nell’area adiacente al campo c’era poi la pericolosa discarica di rifiuti ospedalieri, detti ‘sacchi rossi’, che saranno rimossi dopo circa un anno e mezzo. Era una delle zone più degradate del quartiere, ‘piena di discariche abusive, sfasciacarrozze, terre abbandonate’, come ebbe a definirla il presidente del quartiere 4.*”

Il “Poderaccio Alto”, una soluzione “transitoria” durata 14 anni, è stato finalmente demolito a giugno del 2004.

I ROMÁ DI VIA ROVELLI A BERGAMO

Gran parte delle famiglie, che vivevano al campo di *Via Rovelli*, era originaria di *Moravska*, come già menzionato, un quartiere della periferia sud orientale di Pristina, in Kosovo. Come rilevato dall’analisi di Suardi [247], i quartieri *rom* come *Moravska*, non avevano il carattere di ghetti e non erano baraccopoli. Nonostante la concentrazione di gruppi etnici, prima della guerra le differenti comunità vivevano insieme in buona armonia.

Moravska aveva centri culturali e religiosi, un bazar, e *Radio Pristina* trasmetteva programmi e musica in *romanes*. I bambini *rom* che andavano a scuole serbe o albanesi potevano seguire un’ora di *romanes* la settimana, e molti giovani continuavano le scuole superiori e l’università [247].

Come menzionato nel precedente paragrafo, i *romá* praticavano ogni tipo di lavoro. La disoccupazione era alta, ma era causata da una profonda crisi economica che in sostanza coinvolgeva tutti i gruppi etnici del Kosovo.

Tuttavia, nella Federazione Jugoslava, i *romá* non erano considerati una “nazione” ma un “gruppo etnico” e, per questa ragione, non avevano diritto a scuole in *romanes*, programmi radio e televisivi, ed erano, in generale, più discriminati di altri gruppi etnici nel campo dell’accesso alla casa, al lavoro e ai servizi socio-sanitari [247].

In molti casi, i *romá* di *Moravska* vivevano in case abitate da singole famiglie, ed erano spesso proprietari della loro casa. Queste case erano spesso raccolte attorno ad ampi cortili e collocate vicino alla casa paterna, per facilitare le relazioni all’interno della famiglia allargata [247]. *Moravska* fu in gran parte distrutto durante la guerra del Kosovo. Dopo la guerra, le famiglie albanesi occuparono le case ancora in piedi, lasciate vuote dai *romá* e dai serbi.

Il campo di *Via Rovelli* aprì nel 1993, senza una reale pianificazione, ma semplicemente per offrire accoglienza alla prima ondata di rifugiati *romá* provenienti dal Kosovo. Il primo gruppo era costituito principalmente da uomini. La maggior parte di loro veniva dal quartiere di *Moravska*, a Pristina, come già menzionato. Nella stessa strada c’era un altro campo che fu chiuso nel 2001. La seguente descrizione viene data da D. Salvi [249]: “*Nel 1993 viene istituito un campo di accoglienza in Via Rovelli 160: si installano una quindicina di roulotte come parte di un progetto*

di assistenza che prevede un percorso di inserimento sociale. Vengono così inserite 36 persone di cui solo tre donne con rispettivo marito.”

A gennaio 1998, il campo ospitava otto famiglie, per un totale di 94 persone. Ma con la fine della guerra in Kosovo nel 1999 e la successiva migrazione forzata di rifugiati *romá* provenienti da Pristina, il campo divenne la casa di oltre 200 persone. L'area del campo misurava appena 1500m².

Il sovraffollamento, la mancanza di servizi e la negligenza dell'amministrazione locale contribuirono a rendere miserevoli le condizioni del campo. Durante l'estate del 2001 vi fu un'epidemia di shigella: questa malattia trovò terreno fertile nelle condizioni tristemente insalubri del campo.

A partire dal 2002, è cominciato un lento processo di allogazione in case popolari che ha in parte risolto il problema del sovraffollamento.

I ROMÁ DELLA CASCINA CAMAFAME DI VIA CHIAPPA, BRESCIA

Le informazioni sui *romá* di Brescia sono state ottenute dalle famiglie e con l'aiuto dell'attivista per i diritti umani Luigino Beltrami.

Gli 80 *romá* che vivevano nella cascina al tempo dello studio, provenivano in gran parte dal Kosovo, dalla piccola città di *Gračanica*, nell'immediata periferia di Pristina, e da *Ulica Fabrica*, una strada del quartiere industriale di Mitrovica. *Ulica Fabrica* venne data alle fiamme dopo la guerra, nel 1999.

Nonostante molte delle famiglie appartenessero al gruppo *Xoraxané Shiftarija* e avessero cognomi albanesi, erano considerati pro-serbi dagli albanesi e, per questo, furono perseguitati dopo la guerra.

Molte delle famiglie arrivarono dal Kosovo nel 1989/1990, quando la situazione socio-economica divenne instabile, e il conflitto etnico divenne più aspro e violento. Gli adulti lavoravano nelle fabbriche, nelle imprese di costruzione, nella pulizia delle strade e nella raccolta dei rifiuti. Altri erano già emigrati in Bosnia e Croazia, prima di venire in Italia, in cerca di migliori opportunità lavorative.

I *romá* furono trasferiti nella cascina di Via Chiappa nel giugno del 1993. Lo stesso anno, il Consiglio Comunale di Brescia legalizzò lo status di queste persone in accordo alla Legge 390/92, che li riconosceva come rifugiati dell'ex Jugoslavia revocando, in questo modo, gli ordini di espulsione a loro carico. Venne formulata anche una strategia per spiegare agli abitanti di Brescia chi fossero queste persone. Ciò, come affermato da G. Valenti, si rese necessario come risultato di un'assurda, ma sfortunatamente comune, teoria [250, p.118]: “*Questo per dare una connotazione completa, in un periodo in cui si diceva ‘sono zingari non sono profughi’, ‘sono profughi non sono zingari’.*”

È ancora Valenti a rilevare che quando le autorità di Brescia allestirono questo campo, e un altro nel 1993, lo fecero “ovviamente” come misura temporanea.

La cascina *Camafame* di Brescia è stata chiusa alla fine del 2002. È stata dichiarata inabitabile dopo un incendio. Alcune famiglie sono state trasferite in un altro campo e altre in appartamenti.

I ROMÁ DEL CAMPO DI SAN GIULIANO A MESTRE (VENEZIA)

Gran parte dei *romá* che vivevano al campo di *San Giuliano*, al tempo dello studio, provenivano da *Obilic*, *Kosovo Polje* e *Lipljan*. *Obilic* e *Kosovo Polje* sono due paesi a cinque chilometri ad ovest di Pristina. *Lipljan* è una piccola cittadina a 15 chilometri a sud di Pristina. Alcune famiglie erano arrivate tre/quattro mesi prima del periodo in cui fu condotto lo studio, da un altro piccolo insediamento in città e da un altro campo, *Zelarino*, che era stato smantellato. Nonostante la maggior parte delle famiglie di *Zelarino* fossero di origine serba, in gran parte provenienti da *Šabac* (sul fiume *Sava*, tra Belgrado e il confine bosniaco), e fosse di cultura religiosa ortodossa, coloro che furono trasferiti a *San Giuliano* erano in gran parte kosovari.

Le famiglie kosovare possono essere divise in due gruppi. Il primo giunse a Mestre nel 1992 a causa delle crescenti tensioni in Kosovo e della crisi economica, come menzionato in precedenza. Il secondo gruppo arrivò nel 1999, quando la fine della guerra in Kosovo determinò l'esplosione della pulizia etnica sistematica perpetrata dagli albanesi contro i *romá*, e la distruzione o l'occupazione delle case appartenute ai *romá*. Un video pubblicato da Razzismo Stop e Radio Sherwood ("Viaggio tra i profughi *rom* in fuga dal Kosovo", Padova, Maggio 2000), documenta le conseguenze della guerra in Kosovo, e mostra come le case del villaggio *rom* di *Obilic*, così come le case di altri villaggi o quartieri *rom*, furono completamente distrutte.

In Kosovo, gli uomini lavoravano nelle miniere di *Golesh*, come operai o braccianti. La maggior parte delle donne accudiva ai bambini e curava la casa.

Il campo di *San Giuliano* sorse nel settembre 1994. Da novembre del 1993 in avanti, un campo illegale si era stabilito nell'area della discarica di San Giuliano, considerata ad alto rischio sanitario a causa della presenza di rifiuti tossici industriali. I primi abitati erano rifugiati serbi, ma gruppi di kosovari si unirono presto a loro. Quanto il "campo rifugiati" fu allestito, la maggior parte dei 219 abitanti erano *romá* del Kosovo [251].

Nel 1994, l'idea di spostarsi dal campo illegale a quello ufficiale non fu accolta positivamente da tutte le famiglie, non a causa del rifiuto verso condizioni di vita senza dubbio migliori, ma per mancanza di fiducia nei confronti di un luogo che era stato scelto e organizzato usando metodi che non erano i loro [251].

Il campo di *San Giuliano* è stato definitivamente chiuso alla fine del 2002, a conclusione di un progetto che ha dimostrato l'esistenza di una possibile via d'uscita sostenibile al "paese dei campi", implementando una sinergia che ha coinvolto le istituzioni, le organizzazioni non governative e i *rom*. In due anni, a partire dal 2001, due campi sono stati chiusi a Venezia e a tutte le famiglie è stata trovata una soluzione abitativa – case popolari, private, in affitto o con mutui per l'acquisto.

I ROMÁ DEL CAMPO DI CASTEL FIRMIANO, BOLZANO

Il campo di *Castel Firmiano* è sorto nel 1996 e ha offerto ospitalità principalmente a *romá* macedoni. La decisione di allestire delle strutture in questo luogo fu presa in conseguenza di un incendio che distrusse 25 roulotte in un'area, nata nel 1993 e allestita malamente a suo tempo dalle autorità Provinciali [252]. Anche i *romá* provenienti da un altro insediamento (esistente dagli inizi del 1992, che si trovava nell'area del cantiere della futura Fiera), furono indirizzati in quest'area, soprannominata "containeropoli" (in cui la Caritas aveva ospitato extracomunitari in container).

La maggior parte delle famiglie *rom* macedoni che viveva al campo di *Castel Firmiano* è giunta a Bolzano tra il 1992 e il 1993.

Nonostante il gruppo etnico *rom* fosse più protetto in Macedonia che in altre province dell'ex Jugoslavia [244], la crisi economica investì seriamente la Macedonia in quegli anni. Politicamente, i *romá* erano riconosciuti nella Costituzione della neonata Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia (FYROM) con lo stesso status di altre minoranze nazionali e, in contrasto con altre ex province jugoslave, a quel tempo non vi erano partiti nazionalisti con seggi in Parlamento. Economicamente, la crisi che colpì tutta l'ex Jugoslavia era aggravata in Macedonia dalla lunga disputa con la Grecia sul nome "Macedonia" e dall'embargo che ne risultò [244].

Per queste ragioni, i *romá*, formando in generale il gruppo etnico più vulnerabile e impiegato nei lavori meno qualificati e più precari, furono i primi a soffrire le conseguenze del peggioramento della crisi economica. Per le ragioni menzionate, le cause della migrazione dei *romá* macedoni verso l'Italia possono essere attribuite più a ragioni economiche che politiche.

La maggior parte delle famiglie era originaria di *Šuto Orizari*, a Skopje. La condizione abitativa e lavorativa dei *romá* di *Šuto Orizari*, è già stata descritta nella sezione dedicata a Firenze.

Al campo non vi sono stati cambiamenti sostanziali dal 2002 al 2004. A maggio del 2004, tuttavia, un incendio ha distrutto tre casette e danneggiato una quarta. Le famiglie rimaste senza rifugio hanno ricevuto la casa popolare e una otterrà dei fondi per ricostruire la casetta. Il piano attuale (settembre 2004) è di intervenire per ristrutturare il campo seguendo una proposta fatta dalla Fondazione Michelucci di Firenze.

Negli ultimi anni prima dell'ottobre 2005, sono aumentati i casi di bambini nati con difetti congeniti. Si è scoperto che la discarica sulla quale è collocato il campo non è mai stata bonificata, e che i volumi di acque reflue che fuoriescono dalla discarica sono aumentati considerevolmente, a causa probabilmente del cedimento dell'impermeabilizzazione superficiale.

5. RISULTATI

OSSERVAZIONE DIRETTA

I risultati che si presentano in questa sezione sono stati raccolti attraverso il foglio denominato “Osservazione diretta: condizioni di vita al campo” (Annesso 4).

Persone che vivevano nei cinque campi

Il numero di persone che vivevano nei cinque campi considerati variava dalle 80 della cascina di Brescia ai 304 del campo del *Poderaccio* di Firenze (Tav. 5.1). A causa del fatto che non tutte le persone presenti al campo fossero registrate ufficialmente, il numero ufficiale di residenti non coincideva esattamente con il numero effettivo di persone che vivevano nei campi. Nonostante fosse impossibile determinare la cifra effettiva di presenze, si può sostenere che la cifra “ufficiale” fosse molto vicina a quella “effettiva”.

In totale, nei cinque campi, vivevano 160 famiglie, per un complessivo di 845 persone. La dimensione media delle famiglie variava da un minimo di 3,9 nel campo di Bolzano ad un massimo di 6,6 nel campo di Venezia.

Il campo di Venezia occupava l’area più vasta, con 7500 m², mentre il campo più piccolo era quello di Bergamo, con 1500 m² (Tav. 5.2). Considerando la popolazione dei campi, Bergamo era quello più affollato (con 10 m² per persona), mentre il meno affollato era Brescia con 50 m² per persona.

A Venezia, il campo di *San Giuliano*, che come già accennato è stato definitivamente chiuso a marzo del 2003, aveva già cominciato ad essere smantellato al tempo in cui lo studio è stato realizzato. Molte famiglie erano già state trasferite in case e molto spazio si era reso disponibile, nonostante nuove famiglie fossero arrivate da altri campi già evacuati in precedenza.

Il calcolo dei metri quadri disponibili a Brescia è stato il più complicato, poiché l’area non era pianeggiante ma si trattava di una cascina su due piani. Per questa ragione, i calcoli hanno incluso la superficie dell’area (coperta e scoperta), più i metri quadrati del secondo piano. Tuttavia, non vi è certezza rispetto all’accuratezza dei metri quadrati riportati dall’“Ufficio Stranieri”.

Osservazioni sul campo del *Poderaccio* di Firenze

Il campo del “Poderaccio Alto” era situato nel Quartiere 4 (Firenze è divisa amministrativamente in “Quartieri”), al confine dell’Isolotto, appena fuori dei margini della città (Fig. 5.1). Era collocato su una collinetta formata dagli scarti di materiale edile proveniente dalla demolizione delle vecchie Officine Galileo. L’area in cui il campo era situato è considerata zona d’esondazione dell’Arno: per questa ragione era necessario che fosse collocato in alto.

Il campo era recintato. In auto si accedeva solo temporaneamente, per carico e scarico.

Al momento dello studio, al campo del *Poderaccio* vivevano più di 300 persone.

Oltre ai container e ai bagni prefabbricati, il campo era dotato di una guardiola per la sorveglianza, situata all'ingresso del campo. A dicembre del 2001, all'interno del campo, vi erano tre bar gestiti da famiglie, mentre altre vendevano piccole cose all'esterno delle baracche.

Al *Poderaccio* di Firenze le abitazioni erano fondamentalmente baracche, roulotte e container e combinazioni di queste tipologie (Fig. 5.2). Poiché il campo esisteva da parecchi anni, i container forniti alla nascita del campo erano stati oramai inglobati in strutture più complesse e vivibili. Nonostante questo, il Quartiere non ha mai tollerato la costruzione di strutture in muratura, con l'eccezione di muretti perimetrali.

Osservazioni sul campo di *Via Rovelli*, Bergamo

Il campo era situato nell'ex macello della città, nella zona del Mercato Ortofrutticolo (Fig. 5.3, 5.4). Oltre ad essere piccolo per la gente che ospitava, era chiuso sui quattro lati rispettivamente da un muro molto alto, da una rete, da una parete di lastre d'alluminio e da un muro con l'unica via d'uscita costituita da una porticina.

Circa 150 persone vivevano in questo campo al momento dello studio. Verso la fine del 2002 sono stati costruiti dei nuovi bagni, ma le condizioni igieniche ad ottobre 2004 erano ancora critiche.

Il campo di *Via Rovelli* era in una situazione molto precaria a causa dell'affollamento e delle scarse vie di fuga esistenti, necessarie in casi d'emergenza.

Le abitazioni erano baracche costruite con materiali di recupero e roulotte. Spesso le roulotte, svuotate e utilizzate solo per la loro struttura esterna, erano fuse nelle baracche e servivano da stanze aggiuntive.

Osservazioni sulla cascina di *Via Chiappa*, Brescia

La cascina era situata a Camafame e si trovava isolata dal centro abitato (Fig. 5.5), come si potrà verificare più avanti nelle misurazioni delle distanze. Al momento dello studio vi abitavano 80 *romá*.

Si trattava di una vecchia cascina di campagna a due piani con una corte centrale. La cascina, che avrebbe richiesto una seria ristrutturazione, presentava vari problemi alcuni dei quali strutturali, dall'inadeguatezza degli infissi alle infiltrazioni d'acqua che generavano umidità e muffa.

Alcuni lavori furono fatti dalle singole famiglie che sistemarono i bagni e gli infissi e costruirono verande. Le famiglie con meno mezzi, tuttavia, vivevano in condizioni più precarie.

Quasi tutte le famiglie vivevano in sezioni della cascina, spesso ampliate con verande che davano sul cortile. Tre famiglie vivevano però in baracche costruite all'esterno.

Osservazioni sul campo di *San Giuliano*, Mestre (Venezia)

Al momento dello studio vi abitavano 165 persone.

Il campo di *San Giuliano* si trovava vicino al parcheggio omonimo, un paio di chilometri fuori dal centro abitato di Mestre (Fig. 5.6). Era praticamente invisibile dall'esterno, anche per le poche macchine che passavano dalla strada senza uscita che portava al parcheggio.

L'area destinata al campo era abbastanza vasta per le famiglie che vi abitavano al momento dello studio, ma non lo era un anno prima quando è cominciato il programma di inserimento abitativo (vedere il capitolo 4).

Il problema maggiore per il campo era la discarica, bonificata tra il 2000 e il 2001. Nell'estate del 2000 si erano manifestati vari casi di bruciore agli occhi dovuti probabilmente alle esalazioni provenienti da questa, come riportato dal servizio sanitario locale.

Il campo era recintato. Dal lato della strada si trovava un parcheggio per le auto. Per accedere al campo si passava da una guardiola. Sugli altri tre lati del campo si trovavano terreni incolti. Ora (2005) che la discarica è stata bonificata e il campo smantellato, la zona è diventata parte di un parco naturale.

Come strutture, oltre alla guardiola, vi era un container per le operatrici della cooperativa che gestiva il campo e un container per la cooperativa che operava per smantellarlo. Vi era, inoltre, un container che doveva servire per attività educative.

Le abitazioni erano baracche costruite con materiali di recupero e roulotte inglobate nella struttura. Solo una delle famiglie arrivate di recente viveva in un container attrezzato.

Osservazioni sul campo di *Castel Firmiano*, Bolzano

Questo campo offriva ospitalità, durante il periodo dello studio, a 130 *romá*.

Il campo di Bolzano poteva essere considerato il migliore dei cinque, in termini di condizioni delle abitazioni e qualità delle strutture (bagni, pavimentazione, allacci della corrente, etc.). Era collocato alla periferia della città, su una collina, sotto Castel Firmiano (Fig. 5.7).

Nel passato, l'area era stata adibita a discarica. Dopo che il terreno fu bonificato, ospitò un centro sportivo di tiro al volo. In realtà, tuttavia, il terreno non fu mai bonificato: la discarica fu semplicemente coperta superficialmente con una guaina impermeabilizzante. Ad ottobre 2005, rapporti istituzionali fanno pensare che negli ultimi anni, tale guaina sia stata danneggiata. Per verificare lo stato della guaina, sarebbe necessario sgomberare l'area e collocare le famiglie in abitazioni alternative. L'aumento di nati con patologie congenite negli ultimi anni, rende la verifica dello stato della discarica estremamente urgente.

L'area era divisa in due parti, con un parcheggio per le auto e una struttura pubblica nella prima e piazzole residenziali nella seconda.

La struttura aveva una grande sala polifunzionale, un ufficio per gli operatori, un bagno e una saletta per le riunioni. Il parcheggio aveva i posti assegnati, uno per piazzola, più alcuni posti liberi.

Le 33 piazzole residenziali erano disposte principalmente su due file, erano in cemento e leggermente rialzate rispetto al piano del campo (Fig. 5.8). I bagni erano collocati in un blocco in mezzo all'area, tra le due file principali di piazzole. La collocazione dei bagni era discutibile,

costituendo un ostacolo alla possibilità di utilizzare lo spazio centrale per iniziative di socializzazione.

Le cassette erano in legno, auto-costruite con particolare cura sia per gli interni sia per gli esterni, tanto da sembrare piccoli chalet. Solo alcune avevano una roulotte inserita nella struttura e una sola famiglia viveva in roulotte.

Osservazioni comparative

I campi di Firenze, Bergamo e Bolzano erano costruiti su superfici d'asfalto. Inoltre, a Bolzano, le piazzole che ospitavano le piccole abitazioni erano rialzate rispetto al piano del campo e costruite in cemento. A Bergamo, tuttavia, il fondo del campo era seriamente danneggiato e irregolare. Anche il cortile della cascina di Brescia era d'asfalto, ma con grosse buche, rovinato e irregolare. Il fondo del campo di Venezia era costituito da ghiaia.

I problemi – che saranno descritti in seguito nel dettaglio – legati al dissesto del fondo a Bergamo e Brescia e agli scarichi a Firenze, facevano in modo che vi fosse spesso acqua stagnante in questi tre insediamenti. Vista la mancanza di spazi appropriati dove i bambini potessero giocare, i bambini erano costretti a giocare comunque in quell'ambiente.

Problemi legati alla presenza di ratti furono invece segnalati a Firenze, Bergamo e Venezia, i tre insediamenti con una struttura “classica” da “campo nomadi” e con le abitazioni in condizioni maggiormente precarie. Dove presenti, i ratti arrivavano ad entrare anche nelle baracche: era facile, infatti, creare dei passaggi rosicchiando i materiali con cui erano fatte le baracche, passando attraverso gli interstizi.

Negli stessi tre campi (Firenze, Bergamo e Venezia), si notavano anche materiali accatastati tra una baracca e l'altra. Non si trattava di spazzatura, ma di vecchie cose in disuso, arnesi, giocattoli, sedie, tavolini, generico ciarpame.

A Firenze e Bergamo vi erano anche problemi di spazzatura non raccolta fuori del perimetro del campo. Pur essendo vero che non vi era una cura particolare nel deporre la spazzatura nei cassonetti, è anche vero che spesso i cassonetti erano stracolmi, sporchi e tenuti male. A Bergamo vi sono state numerose lamentele sulla scarsa attenzione del servizio di nettezza urbana.

I campi di Firenze, Brescia, Venezia e Bolzano erano situati in prossimità di ex discariche. In tutti e quattro i casi queste sono state dichiarate bonificate. A Bolzano la discarica era stata in realtà impermeabilizzata superficialmente anni prima della costruzione del campo. A Firenze si trattava di una discarica ospedaliera, cementata prima della costruzione del campo “nuovo”. A Venezia la discarica è stata bonificata dopo il trasferimento dei *romá* nella zona. A Brescia i *romá* erano presenti dal 1993 e la bonifica della discarica cittadina è cominciata nel 1995. In entrambe i casi, sia a Brescia sia a Venezia, i servizi d'igiene avevano segnalato problemi di salute dei *rom* legati alla presenza di queste discariche.

Vicino al campo di Firenze vi era anche una fabbrica d'asfalto e una cava per materiali edili.

I campi di Firenze e Venezia erano gestiti da cooperative che garantivano una sorveglianza durante le 24 ore. A Bolzano vi era un servizio d'assistenza e gestione della Caritas durante il giorno. Bergamo e Brescia non avevano un servizio esterno di sorveglianza e gestione, anche se a Bergamo

vi era una cooperativa incaricata dal Comune della gestione delle questioni relative agli abitanti del campo.

È stato misurato il tempo necessario per raggiungere a piedi, da ogni insediamento, il trasporto pubblico più vicino. Il campo di Bergamo si trovava a soli cinque minuti dalla prima fermata dell'autobus metropolitano. Firenze seguiva con 10 minuti necessari. Dal campo di *San Giuliano* a Mestre erano necessari 12 minuti per raggiungere la fermata, mentre dal campo di *Castel Firmiano* a Bolzano erano necessari 15 minuti. Per raggiungere il campo di Bolzano era però necessario fare una salita, difficile da percorrere con sacchetti della spesa. L'insediamento più lontano era quello della cascina di Brescia, a ben 35 minuti a piedi dalla più vicina fermata dell'autobus.

È stata inoltre misurata la distanza in chilometri dal servizio di Pronto Soccorso (PS) più vicino. Ancora una volta, il campo di Bergamo era il più vicino al PS con 1,7 chilometri, seguito da Bolzano con tre chilometri e da Venezia con quattro. Il *Poderaccio* di Firenze distava invece sei chilometri mentre la cascina di Brescia ne distava otto chilometri e mezzo.

Accesso ai bagni e alla corrente elettrica

Nel campo di Bolzano, ogni famiglia aveva un bagno prefabbricato, esterno alla baracca, dotato di acqua calda, di gabinetto, doccia e un lavello per lavare piatti e vestiti. In totale, si contavano 33 bagni prefabbricati dotati di scaldabagno. Questa soluzione consentiva ad ogni famiglia di gestirsi in modo indipendente. L'unico elemento sfavorevole segnalato dagli intervistati era la scomodità, specie durante l'inverno, di avere i bagni esterni alle abitazioni. Lavare i bambini durante l'inverno, senza esporli al freddo, era un'operazione complicata.

A Firenze i bagni erano assegnati a due o più famiglie, secondo la numerosità di queste. Si trattava di 24 bagni prefabbricati dotati di scaldabagno e che contenevano solamente un gabinetto e un lavandino. Erano privi di doccia e lavello e molti degli scaldabagno non funzionano già più. Ad alcune famiglie era stato assegnato un bagno chimico, che conteneva solamente il gabinetto. La manutenzione di questi WC chimici non era delle migliori, e nel mese in cui ho vissuto al campo non mi risulta vi sia mai stata. Ad una delle nuove famiglie arrivate al *Poderaccio* dall'area *Masini* era stato assegnato un bagno in comune con altre famiglie che, non d'accordo, non ne permettevano l'uso.

L'assenza di docce ufficiali, a Firenze, aveva favorito la costruzione di bagni abusivi all'interno delle baracche. Questi bagni "privati" scaricavano sul pendio del campo, non essendoci possibilità di collegarsi agli allacci fognari. Facendosi la doccia, alcune famiglie avevano pensato di farsi anche il gabinetto, per una questione di privacy, d'igiene e di autogestione. Gli scarichi dei bagni abusivi creavano però non pochi problemi alla già critica salubrità del luogo. Vi erano in tutto otto di questi bagni. Le famiglie che avevano rispettato maggiormente le regole si facevano, invece, la doccia nei bagni prefabbricati, usando una brocca e prendendo l'acqua dal lavandino: essendo però i bagni privi di scoli allacciati alla rete fognaria, l'acqua ristagnava o fluiva per il campo. Il ristagno dell'acqua sul pavimento dei bagni aveva fatto in modo che alcuni si fossero sfondati. Il fluire dell'acqua per il campo non favoriva l'igiene, ristagnando o colando lungo le pendici e formando un acquitrino che circondava il campo.

A Firenze mancavano inoltre dei lavatoi dove si potesse fare il bucato o lavare i piatti. Mancava, per di più, anche solo un'area con uno scarico dove si potessero lavare indumenti e tappeti senza che l'acqua corresse per il campo. Gli scarichi presenti avevano tubi di ridotte dimensioni e s'intasavano facilmente. Come si è detto, tutti questi problemi facevano in modo che l'acqua che scendeva dal campo ristagnasse a sua volta in una sorta di fossato che si era creato tutto intorno al

campo. Dopo lo svolgimento dell'indagine, sul lato dell'entrata del campo sono cominciati dei lavori per incanalare quest'acqua in modo che non defluisse sulla strada d'accesso creando ulteriori problemi: d'inverno, ad esempio, l'acqua spesso ghiacciava, rendendo la strada d'accesso estremamente pericolosa.

Nelle città di Bergamo, Brescia e Venezia vi erano batterie comuni di bagni e docce. A Bergamo e Brescia le condizioni dei bagni comuni erano di estrema precarietà e praticamente inutilizzabili. Il numero di docce disponibili nei bagni comuni era molto ridotto: tre a Bergamo, due a Brescia e quattro a Venezia.

A Brescia, però, la maggior parte delle famiglie (11 su 13) disponeva anche di bagni privati, mentre erano due le famiglie che non avevano altra scelta che usare i bagni in comune. Questi servizi avrebbero avuto gabinetti, docce e lavelli, ma sarebbe stato più igienico non usarli e fare altrimenti. Mancava inoltre l'acqua calda. Tra le undici famiglie che disponevano invece di un bagno privato, tre utilizzavano lo stesso bagno.

A Bergamo e Venezia nessuna famiglia aveva un bagno privato.

A Venezia vi erano due batterie di bagni comuni: una per le donne ed una per gli uomini. I bagni avevano acqua calda, gabinetti, docce, lavandini e lavelli per il bucato, ed erano tenuti relativamente bene. L'acqua calda non era sempre disponibile.

A Bergamo la situazione era molto critica. Vi erano due batterie di servizi, una per uomini ed una per donne, in condizioni di estrema precarietà, da far dire al responsabile dell'ufficio d'igiene che pure lui non avrebbe utilizzato quei bagni per nessuna ragione. A causa della condizione dei bagni, molti bambini defecavano nell'ambiente, aggravando una situazione già difficile dovuta all'affollamento segnalato in precedenza. L'acqua calda c'era solo nelle prime ore del mattino a causa dell'inadeguatezza dell'impianto. Le batterie erano dotate di gabinetti, docce e lavelli, ma in numero troppo ridotto per far fronte alle esigenze di 30 famiglie, e quindi oramai quasi inutilizzabili. Al momento dell'indagine erano in costruzione dei bagni nuovi.

Si sottolinea l'importanza della presenza di lavatoi comuni per il bucato a Bergamo, Brescia e Venezia. A Brescia, tuttavia, non sono stati menzionati e non erano probabilmente usati a causa delle condizioni in cui riversavano e della possibilità di usare i bagni privati. Vi erano due lavatoi a Brescia, quattro a Bergamo e otto a Venezia.

Per quanto riguarda la dotazione dei servizi disponibili, ovviamente va considerato il fatto che non è lo stesso che i bagni siano per singole famiglie o per gruppi di famiglie, o che invece si tratti di servizi comuni. Infatti, un singolo bagno assegnato ad un gruppo definito di famiglie è più facilmente gestibile di bagni in comune che tutti possono utilizzare.

Gli impianti elettrici, specie all'interno delle abitazioni dei campi di Firenze e Bergamo, presentavano seri problemi di sicurezza. A Firenze, l'impianto era stato curato dalle istituzioni fino all'esterno di ogni baracca, mentre all'interno ogni famiglia si era fatta il proprio e non poteva considerarsi a norma. A Bergamo, non solo il sistema all'interno, ma anche all'esterno delle baracche era fuori norma, con cavi spesso non bene isolati e che penzolavano vicino a fonti d'acqua.

Interviste con i Servizi Sanitari

Servizi sanitari a Firenze

A Firenze era presente un Consultorio Pediatrico che dedicava due mattine la settimana ai bambini *rom*.

Molti degli abitanti del campo avevano il tesserino sanitario poiché regolarmente residenti sul territorio. In quel caso, i bambini da zero a 14 anni avevano diritto al Pediatra di Base. Molte famiglie, tuttavia, preferivano utilizzare i servizi del Consultorio o recarsi al Pronto Soccorso.

Circa il 90% delle famiglie usufruiva del Consultorio, mentre gli ospedali più frequentati erano il Mayer e il Torre Galli.

Secondo il personale del Consultorio, le donne che praticavano l'allattamento materno esclusivo erano molto poche, anche nei primi mesi del bambino. Ciò era compensato dal fatto che i bambini erano spesso allattati per molti mesi e per più di un anno, quasi più come forma di affetto che di nutrizione. Era opinione del personale che le donne ritenessero che il latte materno non fosse nutrizionalmente sufficiente e volessero integrare.

Il Distretto Sanitario non aveva un piano di educazione sanitaria per il campo del *Poderaccio*.

Le vaccinazioni erano a carico dell'Ufficio d'Igiene. Se ne incaricava l'Assistente Sanitaria di Comunità. La copertura vaccinale era, per il *Poderaccio*, praticamente totale.

Il personale del Consultorio non si recava al campo ma si coordinava con gli operatori sia per scadenze legate alle vaccinazioni sia per altre ragioni per cui fosse necessario vedere i bambini.

Gli operatori notavano delle difficoltà per i *romá* nel ricordarsi appuntamenti, date e trattamenti.

Per il pediatra, il maggior problema sanitario riguardava le carie che colpivano anche i più piccoli. Ma si segnalavano anche frequenti gastroenteriti d'estate e bronchiti d'inverno, oltre che a frequenti malattie della pelle. Al momento dell'intervista due famiglie del campo presentavano problemi di scabbia.

Il Consultorio aveva schede pediatriche aggiornate e ben tenute.

Servizi sanitari a Bergamo

A Bergamo non esistevano Consultori Pediatrici né presidi sanitari. La struttura dei Consultori era stata eliminata e le famiglie accedevano direttamente al loro Medico o Pediatra di Base.

Non esisteva alcuna assistenza specifica per i *romá*. Solo quelli in regola avevano accesso al Servizio di Base e quindi al Medico di Base. Gli altri usavano il Pronto Soccorso, di solito quello degli Ospedali di Seriate e Bergamo. A Bergamo, inoltre, esisteva un servizio per coloro che non avevano i documenti di soggiorno in regola, l'OICOS, aperto due sere la settimana più il sabato mattina, gestito da medici volontari. Questo servizio si trovava alquanto lontano dal campo di *Via Rovelli*, ed il fatto che fosse aperto la sera faceva in modo che fosse poco utilizzato dai *romá* (i *romá* preferivano non percorrere lunghe distanze la sera, specialmente con bambini malati). Con il tesserino STP (per Stranieri Temporaneamente Presenti) si aveva accesso solamente alle strutture ospedaliere.

Il Pronto Soccorso non sempre prestava le cure richieste: l'accettazione al pronto soccorso dipende dalla patologia, dalla gravità e dal personale presente al momento. Durante un corso di educazione sanitaria con le donne del campo, si era anche parlato dell'uso eccessivo del Pronto Soccorso. Del resto, tuttavia, come affermano gli Operatori della Migrantes, con le condizioni in cui si viveva al campo, ci si ammalava spesso ed era necessario ricorrere ad un qualche tipo di cura medica.

Tutti i bambini del campo avevano il certificato delle vaccinazioni. Tramite la Migrantes venivano fissati gli appuntamenti per i richiami e i bambini venivano portati all'Ufficio Vaccinazioni con un pulmino. Alcune madri andavano per conto loro, mentre altre preferivano accompagnare i bambini con il pulmino, cosa che in molte circostanze facilitava il lavoro.

Non vi erano problemi con le vaccinazioni, incluse le non obbligatorie. A fine novembre 2001 sono state fatte anche le vaccinazioni anti-influenzali, coprendo quasi tutti i bambini in una mattinata. La richiesta veniva dalle madri stesse dei bambini.

Gli abitanti del campo erano oramai quasi tutti regolari e circa il 50% aveva il tesserino sanitario.

L'ASL aveva segnalato al Comune le precarie condizioni in cui riversava il campo fin dal 1996. Aveva segnalato rischi sia strutturali sia igienico-sanitari. I problemi erano legati a:

- fecalizzazione nell'ambiente a causa delle condizioni di estremo degrado dei bagni,
- rischio di fulminazioni per lo stato dell'impianto elettrico,
- uscite di sicurezza inesistenti,
- uso di bombole di gas in situazioni in cui vi era materiale altamente infiammabile,
- rischio di leptospirosi a causa della presenza di topi.

Le segnalazioni erano seguite da richieste d'interventi strutturali e derattizzazioni. Le ultime segnalazioni avevano di poco preceduto l'epidemia di shigella³.

Quando nell'estate 2001 scoppiò l'epidemia di shigella, le famiglie non capivano, ritenendo che fossero le diarree che, in quelle condizioni, venivano di solito ai bambini d'estate. Quando, a causa dell'epidemia, ai bambini fu proibito di ricominciare la scuola, i genitori si risentirono molto. L'epidemia colpì i due campi di *Via Rovelli*, uno dei quali fu poi sgomberato verso la metà di ottobre 2001.

Durante i primi 20 giorni dell'emergenza, i medici dell'ASL si recarono al campo con un camper. Questo servizio diradò successivamente le visite per poi essere eliminato. Furono eseguite coproculture a quasi tutti i bambini e, oltre a casi di shigella (di due distinti ceppi) furono scoperti anche casi di salmonella e campilobacter. In tutto, i casi di shigella colpirono 22 bambini.

L'idea iniziale delle istituzioni era di separare i bambini *rom* dagli altri per permettere ai bambini *rom* di andare lo stesso a scuola. L'ASL riteneva che fino a quando al campo non si fossero fatti interventi per migliorare le condizioni di vita, i bambini *rom* non potessero tornare a scuola. Questa posizione era sostenuta dall'idea che la shigella non avrebbe potuto essere debellata se non miglioravano le condizioni igieniche. L'ASL rinunciò successivamente a questa linea e cercò di mediare con la scuola e i genitori dei bambini italiani. I genitori italiani furono quelli che opposero

³ Le shigelle sono batteri, e sono più resistenti del colera agli acidi della digestione. Si prendono per bocca da alimenti contaminati e danno dissenteria. Si moltiplicano negli alimenti non refrigerati e si curano con antibiotici. Colpiscono tutti e si trovano un po' dappertutto, ma epidemie e recrudescenze vi possono essere molto più facilmente dove le persone sono più deboli e dove l'igiene è più scarsa. Nei bambini, oltre al pericolo di disidratazione da diarrea, esiste il pericolo della perdita di sangue con la dissenteria.

le maggiori resistenze. Solo dopo le vacanze di Natale i bambini *rom* poterono tutti ritornare a scuola.

Più volte l'ASL aveva richiesto interventi per migliorare le condizioni dei bagni, per effettuare una pulizia e bonifica, sia all'interno sia all'esterno del campo, e per la messa a norma dell'impianto elettrico e di sicurezza.

Servizi sanitari a Brescia

A Brescia era presente un Consultorio Familiare e Pediatrico che dedicava una mattina la settimana ai *romá* di due insediamenti, tra cui la cascina.

Fin dall'inizio, è sempre stato fatto uno screening sanitario. Il comparto di Pediatria è sempre stato molto attivo. All'inizio il servizio era fornito ai *romá* in quanto profughi, con il carnet verde.

A tutti coloro che non erano in regola con i permessi di soggiorno, venivano forniti tesserini STP, ma in ogni caso i minori e le donne in stato di gravidanza avevano diritto all'accesso ai servizi sanitari. A Brescia l'ASL gestiva un servizio per stranieri con il tesserino STP.

I primi anni ogni campo aveva un presidio settimanale per adulti e minori. Le attività sono cominciate nel 1992, con vaccinazioni che servivano per l'inserimento dei bambini a scuola. Poi si è cominciato a vaccinare a partire dai neonati. Nel 1992 è stato anche fatto uno screening per la TBC e per malattie dermatologiche su tutta la popolazione dei campi.

Per i primi tre anni c'è stata una presenza settimanale della Croce Rossa, con infermieri e medici volontari. Fino alla metà del 2001 e per otto anni vi è stata un'Assistente Sanitaria che copriva due insediamenti. Si recava negli insediamenti e fissava appuntamenti per il giovedì mattina, giorno dedicato ai *rom*. Il servizio fu cancellato con la giustificazione che altrimenti i *romá* non si sarebbero resi autonomi.

Dal 1994 si è puntato sul medico di base scegliendo i più disponibili, partendo da una politica di regolarizzazione di tutti i *rom*. Si è fatta un po' di fatica all'inizio, sia per favorire l'utilizzo di questi servizi sia per far seguire il calendario delle vaccinazioni. Ma la questione fu risolta e vi furono solo alcuni problemi con i nuovi flussi.

Nel 2002 i servizi erano erogati dal presidio sanitario ed erano utilizzati anche servizi erogati da medici di base e pediatri di base. Gli assistenti sanitari cessarono di andare nei campi.

Il Consultorio Pediatrico è stato soppresso in molte zone. Si riteneva che il pediatra di base potesse svolgere le attività del Consultorio nell'area coperta in precedenza da questo. Ma a Brescia i pediatri non riescono a coprire zone specifiche ed hanno, invece, bambini sparsi sul territorio.

Finché c'era, inoltre, non tutti i nuclei si recavano al Consultorio Familiare e Pediatrico. Uno dei problemi era che si trovava molto distante dalla cascina.

Con le vaccinazioni non ci sono mai stati problemi, anche se all'inizio era necessario recarsi nei campi per fare i richiami ed in questo modo si recuperavano tutti. Non solo erano accettate le vaccinazioni obbligatorie, ma anche le facoltative.

Nelle occasioni in cui ci si recava negli insediamenti per i richiami, i piccoli venivano portati anche per altri problemi di salute. La domanda di servizi è quindi sempre stata grande.

I bambini patologici erano vaccinati in Consultorio, mentre gli altri erano vaccinati dal Servizio d'Igiene pubblico che li richiama quando erano in ritardo.

Le condizioni di vita alla cascina di Brescia inizialmente erano molto più precarie rispetto al tempo in cui è stato svolto lo studio, sia per l'affollamento sia per le condizioni in cui versava la struttura stessa. Per scaldarsi, i *romá* usavano vecchie stufe elettriche non schermate e molti bambini si sono ustionati per questa ragione.

I problemi più drammatici sono stati un bambino morto annegato in un fosso vicino alla cascina, una morte bianca del 1995, un bambino nato nel 1999 e morto per una cardiopatia congenita ed una bambina nata nel 2000 con la sindrome di Ondina.

Qualche anno prima dello studio, c'era stato un problema di infezioni legate alla circoncisione dei bambini. Poi le famiglie sono state convinte a fare l'operazione in ospedale. Da dicembre 2001, tuttavia, questa operazione non è stata più fatta negli ospedali.

Nel 1997 ci fu un'epidemia di Epatite A. Da allora è stata fatta la vaccinazione a tutti i bambini minori di otto anni e poi a tutti i nuovi nati.

Il problema dei pidocchi non è sempre stato facile da risolvere. Lo shampoo è molto caro. È difficile, inoltre, spiegare la questione della rimozione delle uova e del perché si debba seguire un certo procedimento per liberarsi definitivamente dei parassiti. Ma in ogni caso, al momento dell'intervista, le famiglie che avevano il bagno e quelle che avevano avuto la casa non avevano più difficoltà a risolvere questo tipo di problemi.

Servizi sanitari a Mestre

A Mestre esisteva un Consultorio Pediatrico che copriva il campo di *San Giuliano*, ma svolgeva solo attività di prevenzione e non curative. Al Consultorio i bambini venivano portati fino ad un anno, per i controlli sullo stato di sviluppo. Il Consultorio Pediatrico seguiva in ogni caso i bambini da zero a sei anni. Il personale del Consultorio di norma non si recava al campo.

L'Ufficio d'Igiene s'interessava invece alle vaccinazioni ed ai certificati scolastici.

Le persone che risultavano in regola con il permesso di soggiorno potevano avere il tesserino sanitario e così accedere al Medico o al Pediatra di Base. In tutto erano una decina i Medici di Base e cinque i Pediatri assegnati alle varie famiglie *rom*. Al principio i medici venivano proposti dagli educatori, ma successivamente era l'USL ad assegnare i medici alle famiglie.

Tutti i bambini risultavano vaccinati, anche se vi erano due calendari diversi a seconda che i bambini fossero regolari o non regolari.

Esisteva inoltre un tesserino "leggero" con una validità di tre mesi, che serviva per i casi di tubercolosi o per donne in stato di gravidanza che non risultavano in regola con il permesso di soggiorno.

Secondo informazioni del 1999, al campo erano frequenti le bronchiti e le malattie dermatologiche. Nell'estate del 1999, prima che fosse bonificata la discarica che si trovava vicino al campo, quasi tutti gli abitanti ebbero problemi di lacrimazione e occhi arrossati.

Era opinione degli operatori, che gli atteggiamenti delle famiglie *rom* nei confronti dei servizi variassero molto. Ovviamente, alcune tenevano maggiormente alla salute e si recavano al Consultorio e dal medico con maggiore frequenza, altre erano più trascurate.

RISULTATI DELL'INDAGINE CASA PER CASA

Durante il lavoro di ricerca nei cinque campi considerati, sono state intervistate 137 famiglie (Tav. 5.3). Il numero più alto di famiglie è stato intervistato nel campo del *Poderaccio*, a Firenze.

Tutte le famiglie, meno quattro, sono state considerate a Firenze. Delle quattro mancanti, una famiglia non si trovava al campo il giorno delle interviste. Un'altra famiglia (composta di due genitori e due figli di oltre cinque anni) si è rifiutata di partecipare. Due famiglie composte solo da persone anziane non sono state intervistate. A Bolzano, le famiglie non presenti al campo nel giorno delle interviste non sono state coperte. Una famiglia con tre bambini era assente in quei giorni, e non è stata presa in considerazione. Al campo di *San Giuliano* di Mestre solo una famiglia è stata lasciata fuori (i cui figli erano maggiorenni). I membri di questa famiglia erano fuori tutto il giorno al lavoro. Sfortunatamente, a Bergamo non si è riusciti a intervistare ben 21 delle 36 famiglie. Ciò fu dovuto ad un clima di tensione e alle condizioni particolarmente precarie del campo. È difficile formulare ipotesi sulla differenza che avrebbe implicato l'inclusione delle famiglie mancanti. Per quanto l'autore abbia potuto verificare, e chiedendo alle persone che avevano facilitato il contatto con le famiglie, coloro che rifiutarono di partecipare non erano in condizioni migliori né peggiori di coloro che parteciparono allo studio.

In totale, sono state coperte 737 persone, con una media di 5,4 persone per famiglia ($SD=2.2$) (Tav. 5.4, Tav. 5.5).

I campi con le famiglie di più ridotte dimensioni furono Bolzano (con una media di 3,9 membri, $SD=1,8$) e Bergamo (5,3, $SD=2,0$). Come si vedrà nei paragrafi che seguono, la dimensione allargata della famiglia (composta di più di cinque membri) è associata alle condizioni cattive dell'abitazione, al tipo d'abitazione composito e all'analfabetismo della madre dei bambini sotto i sei anni.

Caratteristiche delle abitazioni e affollamento

Come esposto nella sezione sull'Osservazione Comparativa, le strutture abitative variavano da campo a campo, anche se possono riassumersi in quattro tipologie fondamentali e nelle combinazioni di queste: in muratura, baracche, container e roulotte (Tav. 5.6).

Il 91% (125/137) delle persone intervistate viveva in baracche o strutture miste che non includevano né elementi in muratura né container attrezzati. Tutti i container presenti a Firenze, eccetto uno, erano, infatti, vuoti all'interno e privi di finestre.

I container e le roulotte erano elementi importanti dell'abitazione poiché isolati dal terreno (e quindi dall'umidità) e utili per tenere lontani i topi.

Ovviamente, come già accennato, non tutte le baracche erano di uguale qualità né erano inserite tutte nello stesso contesto. A Bolzano, ad esempio, alcune erano quasi da considerarsi dei piccoli chalet ed erano costruite su una piazzola di cemento. A Bergamo, invece, erano tutte ammassate in uno spazio molto ristretto e il fondo del campo era gravemente dissestato.

Come risultato di una valutazioni delle condizioni interne delle abitazioni, il campo peggiore risultava essere quello di Firenze, mentre il migliore era quello di Brescia (Tav. 5.7). A Bolzano, nessuna abitazione è stata giudicate in cattive le condizioni, mentre a Brescia il mantenimento di buone condizioni era possibile considerando la struttura in muratura della cascina.

Vi è un'associazione significativa tra la condizione generale di un'abitazione e il tipo di struttura abitativa, se semplice o composito. Si considera che un'abitazione semplice sia formata di un solo elemento (sia esso una roulotte, una baracca, un container o una casa in muratura), mentre un'abitazione composita sia formata di almeno due di questi elementi. Il 94% delle abitazioni "semplici" sono state giudicate in condizioni regolari o buone (61/65), mentre solo il 75% di quelle "composite" sono state giudicate in condizioni regolari o buone (51/68) (OR 5,08; IC95% 1,48 – 19,19*. IC esatto 95% 1,51 – 21,84; Test esatto di Fisher a due code $p=0,004$).

Le abitazioni composite, nonostante fossero funzionali e riflesso di ingegno nell'adattare materiali e moduli a disposizione, erano probabilmente anche indice di necessità di sopravvivenza senza una pianificazione e una serenità che consentano di costruirsi un'abitazione con criterio e materiali più idonei.

Una famiglia numerosa (composta di più di cinque membri) aveva una probabilità tre volte maggiore di vivere in una casa in cattive condizioni (14/21 famiglie con più di cinque membri che vivevano in una casa in cattive condizioni (67%), contro 45/112 famiglie di cinque o meno membri che vivevano in una casa in cattive condizioni (40%); OR 2,98; CI95% 1,01 – 9,02). Una famiglia numerosa aveva anche più probabilità di vivere in un'abitazione di tipo composito (43/69 famiglie di più di cinque membri che vivevano in abitazioni composite (62%), contro 17/68 famiglie di cinque o meno membri che vivevano in case di tipo composito (25%); OR 4,96; IC95% 2,23 – 11,18). Non c'è interazione tra la condizione dell'abitazione e la sua struttura, nell'associazione con la dimensione della famiglia.

Dal numero medio di persone per stanza (Tav. 5.8, Tav. 5.9), si può constatare come nel campo di Bergamo vi fosse il maggior affollamento, con 3,4 persone per stanza ($SD=1,2$). A Firenze (2,5, $SD=1,0$), Brescia (3,0, $SD=2,3$) e Venezia (2,7, $SD=0,8$), la situazione risultava praticamente la stessa, mentre a Bolzano la media era nettamente inferiore. Tuttavia, come accennato in precedenza, Bergamo non aveva la media più alta di persone per famiglia (5,3); Venezia (6,2), Firenze e Brescia (5,8) avevano famiglie in media più numerose. Il problema del sovraffollamento di Bergamo non sarebbe, quindi, la dimensione eccessiva delle famiglie, ma proprio la mancanza di spazio vivibile a disposizione.

Ad ogni intervistato è stato chiesto in quanti posti distinti si dividessero i membri della famiglia al momento di dormire, all'interno dell'abitazione e delle singole stanze. "Posti letto" è quindi virgolettato perché non si trattava quasi mai effettivamente di letti: la sera, le persone si disponevano su materassi, tappeti, divani. Calcolando una media di persone per "posto letto", si nota che Bergamo aveva la cifra più alta con quasi quattro persone per posto, mentre Bolzano si manteneva sotto le due persone (Tav. 5.10).

Calcolando l'affollamento all'interno degli insediamenti come rapporto tra numero di persone effettivamente presenti e i metri quadrati dei campi, si nota come Bergamo avesse il rapporto più basso, con 10 m² per persona, mentre Venezia avesse il rapporto più alto con 45 m² (Tav. 5.11). Come precedentemente menzionato, nel caso di Brescia si trattava di una cascina a due piani con una corte e, quindi, l'area della superficie piana è stata sommata a quella del secondo piano. A Venezia c'era molto spazio comune vuoto, a causa del graduale smantellamento del campo in atto.

Accesso all'acqua e servizi igienici

Le famiglie con accesso all'acqua all'interno dell'abitazione erano in totale il 39% (53/137) (Tav. 5.12), anche se vanno fatte alcune distinzioni. A Bolzano nessuna famiglia aveva l'acqua nell'abitazione, ma ogni famiglia aveva un bagno esterno cui poteva accedere. A Brescia, la struttura della cascina facilitava che le famiglie avessero quasi tutte l'acqua in casa. A Venezia e Bergamo c'erano bagni e lavelli in comune e, in ogni caso, non sarebbe stato possibile avere l'allaccio interno alle baracche. A Firenze molte famiglie avevano provveduto a collegare allacci d'acqua nelle baracche, anche se non erano previsti scarichi regolari delle acque grigie all'interno delle abitazioni.

La questione degli allacci dell'acqua deve essere vista insieme ad altre, come l'accesso a bagni in comune per tutto il campo, per alcune famiglie o per ogni famiglia.

L'accesso e le caratteristiche dei bagni sono elementi importanti che possono influire sul livello d'igiene e, di conseguenza, sulla salute di tutti e dei bambini in particolare (Tav. 5.13). Solo il 60% delle famiglie nei cinque campi (81/136) aveva accesso regolare all'acqua calda, e il 64% aveva accesso ad un bagno con doccia (87/136).

Corrente elettrica, frigorifero e sistema usato per scaldare l'abitazione

Tutte le famiglie coperte dallo studio (137/137) avevano la corrente elettrica nell'abitazione.

Quasi tutte le famiglie intervistate possedevano un frigorifero, importante per la conservazione del cibo, specie durante l'estate (Tav. 5.14). Per questa ragione, questa variabile non è stata usata nell'analisi.

Ad ogni famiglia coperta dallo studio è stato chiesto che sistema di riscaldamento usavano durante l'inverno (Tav. 5.15). Questa variabile è stata usata per vedere se vi era un collegamento tra le patologie dei bambini e il tipo di riscaldamento usato.

Circa l'otto per cento delle famiglie intervistate (12/137) utilizzava più di un sistema.

A Bergamo e Venezia, tutte le famiglie utilizzavano stufe elettriche (16/16). A Venezia questo era dovuto a misure di sicurezza imposte alle famiglie che proibivano l'utilizzo di bombole a gas e cucine a legna. A Bolzano, la maggior parte delle famiglie faceva uso di stufe a legna (24/32), questo sia a causa della disponibilità di legname, sia per la facilità di reperire stufe tradizionali di buona fattura. A Firenze venivano usate principalmente stufette elettriche (33/52), ma anche cucine a legna (16/52) e stufe a gas (6/52).

Come e dove si cucinava

L'88% delle famiglie cucinava all'interno dell'abitazione (120/137) (Tav. 5.16). A Brescia si riscontrava la proporzione più bassa di famiglie che cucinavano dentro casa (62%, 8/13), ma bisogna segnalare che molte di queste famiglie cucinavano fuori dalle stanze in muratura e sotto una veranda generalmente quasi chiusa, come una baracca. In questo caso si è posto "fuori" perché appunto si considera che si cucinasse in locali esterni a dove i bambini stavano.

Le famiglie utilizzavano diversi modi per cucinare (Tav. 5.17): cucine elettriche, a gas e a legna. In alcuni casi, nella stessa abitazione venivano usati più tipi. A variare non erano solo i modi, ma anche la qualità delle cucine. A Bolzano, ad esempio, molte case erano dotate di stufe a legna efficienti che erano utilizzate anche come cucine e forni. In città come Firenze e Brescia, però, le stufe e le cucine a legna erano di qualità inferiore.

Demografia

Per una più semplice comprensione dei dati per età delle 737 persone coinvolte nello studio, sono state costruite delle classi. Ogni classe d'età comprende cinque anni, a partire dalla nascita. Le età sono espresse in anni compiuti, per cui la prima classe, da zero a quattro anni compiuti, include dal primo al quinto anno di vita. L'ultima classe, dai 65 anni in su, è stata tenuta aperta, ma comprende in realtà poche frequenze: in questa classe vi sono due maschi (uno di 65 e uno di 66 anni) e tre donne (due di 65 anni e una di 80).

Il 52% delle persone prese in considerazione dallo studio è di sesso femminile (380/737).

Osservando la piramide per età della popolazione studiata (Fig. 5.9, Tav. 5.18), si nota una rapida riduzione tra la prima e la seconda sezione della piramide.

L'età media della popolazione coperta dallo studio è di 20 anni (SD=15,9), e varia dai 21 anni di Brescia (SD=18,2) ai 17 di Venezia (SD=15,3) (Tav. 5.19).

Delle 137 famiglie intervistate, 97 (71%) avevano almeno un bambino da zero a cinque anni. A Bergamo, le famiglie con almeno un bambino da zero a cinque anni erano l'87% (14/16), mentre il dato più basso si riscontrava a Bolzano con il 47% (15/32) (Tav. 5.20).

La proporzione di famiglie con bambini fino a cinque anni d'età era significativamente più bassa a Bolzano che in altri campi, tutte le di sopra del 70% (82/105 famiglie con bambini fino ai cinque anni d'età negli altri quattro campi (78%), contro il 15/32 famiglie con bambini fino a cinque anni a Bolzano (47%); OR 4,04; IC95% 1,61-10,23).

In totale, i bambini fino a cinque anni d'età considerati nello studio, erano 167. I dati riguardanti i bambini saranno esposti successivamente. Guardando al numero medio di bambini fino ai cinque anni per famiglia, si nota come Bolzano fosse l'unica città con meno di un bambino per famiglia (Tav. 5.21). Tutte le altre città avevano una media da 1,3 a 1,5 bambini fino a cinque anni per famiglia.

Caratteristiche delle persone intervistate

Il 72% delle persone intervistate erano donne (97/137) (Tav. 5.22). Questa percentuale varia per città, da un massimo del 79% al campo di *San Giuliano* ad un minimo del 69% a Bolzano, Bergamo e Brescia. Analizzando solamente le famiglie con bambini fino ai cinque anni, si vedrà che la proporzione di donne intervistate sale al 75% (73/97) (Tav. 5.23).

Si è infatti cercato il più possibile di intervistare le madri dei bambini da zero a cinque anni. Nel caso non vi fossero bambini, era meno rilevante chi fornisse informazioni sulle caratteristiche dell'abitazione e sulle abitudini famigliari. Per quanto riguarda il ruolo dell'intervistato all'interno

delle famiglie con almeno un bambino al di sotto dei sei anni, nel 66% dei casi si trattava della madre, nel 24% del padre e nell'8% della nonna (Tav. 5.24).

Analizzando tutti gli intervistati, quelli di famiglie con bambini o meno, l'età media era di 31 anni (SD=9,9), con una mediana di 30 anni (Tav. 5.25). Il 39% degli intervistati si trovava nella classe d'età tra i 20 e i 29 anni, il 32% in quella tra i 30 e i 39, e il 15% nella classe tra i 40 e i 49 (Tav. 5.26).

L'età media variava per città, dai 38 anni di Brescia (SD=9,6) (dove vi era un'alta proporzione di nonne intervistate) ai 25 anni di Bergamo (SD=6,3).

Nel caso esclusivo di famiglie con bambini, l'età media degli intervistati era di 29 anni (SD=8,5) (Tav. 5.27). Anche in questo caso l'età media variava dai 25 anni di Bergamo (SD=5,7), ai 37 di Brescia (SD=10,4). L'età minima registrata era di 14 anni, l'età massima di 55.

Età della madre

L'età delle madri dei bambini fino ai cinque anni è stata registrata per 93 delle 97 madri incluse nello studio. La loro età media era di 27 anni (SD=6,9) (Tav. 5.28 e 5.29). Bergamo risultava la città più "giovane" con una media di 24 anni (SD=5,8), mentre Venezia era la più "vecchia" con madri intervistate di età media pari a 30 anni (SD=8,7). La madre più giovane intervistata aveva un'età di 16 anni, mentre la più vecchia aveva 49 anni.

L'età delle madri al parto è stata calcolata per 159 dei 167 bambini nello studio (Tav. 5.30). L'età media al parto delle madri era di quasi 25 anni (24 anni e 8 mesi, SD=6,4). La più giovane aveva 15 anni, mentre la più anziana 49. L'84% dei bambini era nato da donne con un'età al parto inferiore ai 30 anni (134/159 da 15 a 29 anni).

È importante sottolineare come a Bergamo, a Venezia e a Bolzano fosse alta la percentuale di madri sotto i 20 anni che aveva partorito negli ultimi sei anni.

In tutte le città, inoltre, le percentuali calavano molto rapidamente dopo i 29 anni. Solamente il 12% (19/159) dei bambini nati negli ultimi sei anni era nato da madri nella classe 30-39 anni.

Per comprendere meglio la distribuzione per età delle madri al momento del parto, la *Figura 5.10* mostra una curva di regressione polinomiale del quarto grado.

Anni vissuti al campo

Ad ogni intervistato è stato chiesto quanti anni avesse vissuto al campo (Tav. 5.31 e 5.32). In media, le 136 persone che hanno risposto, avevano vissuto al campo per quasi sei anni (Tav. 5.33). Il 10% aveva vissuto al campo per più di 10 anni (14/136), mentre il 45% aveva vissuto al campo per un periodo dai sei ai 10 anni (61/136).

Va considerato, inoltre, che alcune persone provenivano da altri campi, anche se quest'aspetto non è stato approfondito per non complicare l'analisi.

Il campo con persone residenti da più anni era il *Poderaccio* di Firenze, con il 27% di intervistati che dichiaravano esservi da più di 10 anni (14/52), e con una media di oltre sette anni. Una media di oltre sette anni risultava anche per gli intervistati della cascina di Brescia, la maggior parte dei quali

risiedevano lì da nove anni (69%, 9/13). A Bolzano la durata della residenza era molto più concentrata che negli altri campi, con l'84% (26/31) residente da sei anni (dall'inaugurazione del campo). Al *San Giuliano* di Venezia, invece, risultavano molti arrivi nell'ultimo anno (9/24, 37%), dovuti al concentramento a *San Giuliano* di famiglie residenti in campi smantellati. Non si trattava quindi di nuovi arrivi in Italia, ma di movimenti interni al comune di Venezia.

Alfabetismo dell'intervistato

Il 71% degli intervistati ha dichiarato di saper leggere e scrivere una semplice lettera (Tav. 5.34). Questa percentuale era molto bassa a Venezia (46%, 11/24) e relativamente alta a Brescia (85%, 11/13) e Bolzano (84%, 27/32).

Vi è una grande differenza nella proporzione di uomini e donne che sapevano leggere e scrivere (Tav. 5.35). Il 97% degli uomini intervistati (37/38) dichiarava di saper leggere e scrivere, contro il 62% delle donne (60/99).

Alfabetismo della madre

Sfortunatamente la domanda sull'alfabetismo è stata fatta solo rispetto agli intervistati. Per questa ragione conosciamo solamente l'alfabetismo delle madri per due terzi delle famiglie (64 di 94 famiglie con bambini da zero a cinque anni) e per il 69% dei bambini (116 di 167 bambini). Questa variabile sarà usata lo stesso nell'analisi delle associazioni sullo stato di salute dei bambini.

Delle 64 madri intervistate, solo il 58% sapeva leggere e scrivere (Tav. 5.36). A Venezia, solo tre su 14 madri intervistate sapevano leggere e scrivere e a Firenze 15 su 27.

L'alfabetismo delle madri è associato in modo significativo ad alcune variabili che indicano affollamento, non solo nel senso di molte persone per metro quadrato, ma anche molte persone che vivono nello stesso campo o famiglia. Una madre aveva un rischio maggiore d'essere analfabeta se viveva in una famiglia di più di cinque membri (45/71 madri analfabete che vivevano in famiglie di più di cinque membri (63%), contro 12/45 madri analfabete che vivevano in famiglie di cinque o meno membri (27%); OR 4,76; IC95% 1,94 – 11,87), in una casa con più di 2,5 persone per stanza (30/46 madri analfabete che vivevano in una casa con più di 2,5 persone per stanza (65%), contro 27/70 madri analfabete che vivevano in una casa con massimo 2,5 persone per stanza (39%); OR 2,99; IC95% 1,28 – 7,05) o in un campo in cui vivevano più di 140 persone (56/100 madri analfabete che vivevano in un campo con più di 140 persone (56%), contro 1/16 madri analfabete che vivevano in un campo con meno di 140 persone (6%); OR 19,09; IC95% 2,44 – 409,07*. IC esatto 95% 2,68 – 817,65; Test esatto di Fisher a due code $p=0,000$).

Analizzando l'alfabetismo delle madri per classi d'età non si notano differenze significative (Tav. 5.37).

Risulta, infine, che in una famiglia nella quale la madre dei bambini era alfabetizzata vi era più probabilità che non vi fossero persone che fumavano in casa più di dieci sigarette al giorno (15/19 madri alfabetizzate vivevano in una casa in cui nessuno fumava più di 10 sigarette al giorno (79%), contro 21/44 madri alfabetizzate vivevano in case in cui almeno una persona fumava almeno 10 sigarette al giorno (48%); OR 4,1; IC95% 1,0–17,8*. IC esatto 95% 1,05 – 19,32; Test esatto di Fisher a due code $p=0,028$).

Il fumo di sigaretta

Per verificare quante persone fumassero all'interno delle abitazioni, sono state fatte due domande. La prima chiedeva quante persone della famiglia fumassero in casa, mentre la seconda quante fumassero in casa più di dieci sigarette al giorno.

Le famiglie in cui nessuno fumava erano appena l'11% (Tav. 5.38, 5.39). A Brescia, in tutte le 13 famiglie intervistate vi era almeno una persona che fumava nell'abitazione. Bergamo era la città in cui vi era la proporzione più alta di famiglie intervistate nelle quali nessuno fumava (4/12). Nel 15% delle famiglie (20/137) c'erano almeno due persone che fumavano in casa.

Considerando solamente le famiglie in cui almeno una persona fumava, il numero medio di persone che fumavano era di 1,9 (SD=1,0) (Tav. 5.40).

La proporzione di famiglie in cui almeno una persona fumava almeno 10 sigarette al giorno, includendo le famiglie in cui nessuno fumava, era 72% (98/136; Tav. 5.41). La proporzione più elevata di famiglie in cui almeno una persona fumava dieci o più sigarette al giorno in casa è stata trovata a Venezia (20/24), mentre la più bassa era a Bergamo (8/15).

Tra le famiglie in cui almeno una persona fumava, la media di persone che fumavano almeno dieci sigarette al giorno era di 1,4 (SD=1,2) (Tav. 5.42).

La sezione sui bambini da zero a cinque anni: dati generali

Su 137 famiglie intervistate vi erano 167 bambini sotto i sei anni distribuiti in 97 famiglie, e 40 famiglie (29%) senza bambini sotto i sei anni.

Le famiglie con bambini sotto i sei anni (97/137) avevano ciascuna, in media, 1,7 bambini da zero a cinque anni (167/97, SD=0,9). Se consideriamo tutte le 137 famiglie intervistate, in media, ogni famiglia aveva 1,2 bambini da zero a cinque anni (167/137, SD=1,1).

La distribuzione per età (in mesi per essere più precisi; mesi da zero a 71 inclusi) dei bambini considerati dallo studio è abbastanza regolare (Tav. 5.43). Tuttavia, si nota una tendenza alla diminuzione delle frequenze con il crescere dell'età (Fig. 5.11) (età media di 33 mesi; 25° percentile a 16 mesi; mediana a 32; 75° percentile a 50). Questa flessione è difficile da interpretare, a causa del piccolo numero di bambini.

Anche la distribuzione per sesso dei bambini coperti dallo studio è regolare, con il 48% di maschi (80/167) e il 52% di femmine (87/167) (Tav. 5.44). La variabile sesso è stata analizzata per determinare se avesse qualche influenza su altri fattori coinvolti nell'analisi.

In tutte le città, il 78% dei bambini era nato in Italia (129/166), con una variazione che andava da un picco del 95% a Bolzano (18/19), a un minimo a Venezia del 72% (26/36) (Tav. 5.45). Bolzano e Brescia avevano la percentuale più alta di nati in Italia.

La quasi totalità dei nati in Italia era nata nella città di residenza (Tav. 5.46): unica altra città italiana, oltre alle cinque considerate, coinvolta nelle nascite è Bologna, dove era nato un bambino di una famiglia che viveva a Bergamo. Tutti i campi segnalavano nascite di bambini in Kosovo, eccetto Bolzano, che aveva una popolazione in prevalenza macedone.

Dei 36 bambini nati all'estero, cinque erano nati in casa, mentre 31 erano nati in ospedale (Tav. 5.47). Solo uno di questi sei bambini nati in casa era nato in Italia, a Firenze. Gli altri cinque bambini erano nati in Kosovo. I sei nati in casa provenivano tre da Firenze e tre da Venezia.

Gli ospedali utilizzati per il parto erano, in ogni città, due o tre (Tav. 5.48 a 5.52).

Peso alla nascita dei bambini dello studio

Il peso alla nascita per i bambini considerati nello studio è stato chiesto direttamente all'intervistato. Tuttavia, non sempre questo è stato riferito con esattezza, a causa di problemi di memoria o di mancanza dei documenti. In 20 casi su 167 (12%) gli intervistati non hanno saputo rispondere a questa domanda.

Come menzionato nel capitolo sui metodi, si è proceduto a verificare, quando possibile, il peso dato dall'intervistato, con le schede dei consultori pediatrici o le cartelle in mano ai genitori (Tav. 5.53).

A Bergamo non esisteva un consultorio pediatrico e nessuno degli intervistati aveva a disposizione dati che riportassero il peso alla nascita dei bambini.

Da questa analisi incrociata con le schede, si è visto che il peso medio alla nascita dei bambini non si discostava molto dal peso verificato. Su 147 risposte al questionario, 71 pesi sono stati verificati ed il peso medio era di 3,05 kg (SD=0,53). I restanti 76 non verificati davano un peso medio di 3,10 kg (SD=0,52).

La comparazione si può estendere alla distribuzione dei percentili. Per quanto riguarda i pesi verificati, la distribuzione aveva un minimo di 1,850 kg; il 25° percentile a 2,740 kg; la mediana a 3,050 kg; il 75° percentile a 3,440 kg ed un massimo a 3,900 kg. Per i pesi non verificati il minimo era di 1,900 kg; il 25° percentile era 2,800 kg; la mediana 3,010 kg; il 75° percentile 3,500 kg e il massimo 4,500 kg. In pratica, eliminando quell'unica frequenza con 4,500 kg, le distribuzioni sarebbero pressoché identiche.

La proporzione di bambini nati sotto i due chili e mezzo era del 10%, ed oscillava dall'8% dei pesi verificati (6/71) all'11% dei non verificati (8/76) (Tav. 5.54). Valori al di sopra del 10% si sono riscontrati sia a Venezia sia a Brescia e rimangono tali sia tra i verificati sia tra i non verificati.

Vi sono due variabili associate significativamente al basso peso alla nascita: l'età della madre al parto (è un fattore di rischio se l'età della madre era inferiore a 19 o superiore a 34) e il numero di persone che fumavano in casa (è un fattore di rischio se vi erano più di due persone che fumavano in casa). Queste due variabili interagiscono significativamente tra loro nell'associazione con il basso peso alla nascita (Test d'interazione: $p=0,048$).

Analizzando la variabile relativa al fumo, un bambino di una famiglia in cui fumavano più di due persone era maggiormente a rischio di essere nato sottopeso se confrontato con un bambino nato da una famiglia in cui fumavano non più di due persone (6/27 bambini con peso alla nascita inferiore a 2,500 kg di famiglie in cui più di due persone fumava in casa (22%), contro 8/120 bambini con peso alla nascita inferiore a 2,500 kg di famiglie in cui fumavano non più di due persone (7%); OR 4.00; IC95% 1.08 – 14.69. IC esatto 95% 1,02 – 14,58; Test esatto di Fisher a due code $p=0,023$). Tuttavia, stratificando per età della madre al parto, in nessuno dei due gruppi si rileva un'associazione significativa tra fumo e basso peso alla nascita.

Per quanto riguarda l'età della madre al parto come esposizione principale, e stratificando per comportamenti legati al fumo, se vi erano al massimo due persone che fumavano in casa, un bambino nato da una madre d'età inferiore a 19 o superiore a 34 aveva un rischio maggiore di nascere sottopeso se confrontato con un bambino nato da una madre di età compresa tra 19 e 34 (in famiglie con meno di due persone che fumavano in casa, 4/13 bambini nati sottopeso da madri sotto i 19 anni o sopra i 34 (31%), contro 4/101 bambini nati sottopeso da madri tra i 19 e i 34 anni (4%); OR 10,78; IC95% 1,82 – 66,13*. IC esatto 95% 1,64 – 66,37; Test esatto di Fisher a due code $p=0,006$). Se vi erano più di due persone che fumavano in casa, la proporzione di bambini nati sottopeso era del 16% (4/25), senza differenze significative rispetto all'età della madre (OR 0.75; IC95% 0,06 – 9,81*. IC esatto 95% 0,05 – 12,37; Test esatto di Fisher a due code $p=1,000$).

Percezione della crescita del bambino da parte degli intervistatori

Agli intervistati è stato chiesto come vedessero il bambino (più grande, normale o più piccolo) in confronto con altri bambini della stessa età. Questa domanda doveva essere utilizzata con dati provenienti da misurazioni antropometriche dei bambini (peso e altezza), in modo da esaminare la percezione degli intervistati rispetto all'obiettivo stato di sviluppo del bambino. Dati di peso e altezza non sono però stati raccolti a causa delle difficoltà logistiche riscontrate e dell'eccessiva intrusione necessaria. Dopo il mese vissuto al campo del *Poderaccio* si è ritenuto fosse meglio non effettuare le misurazioni antropometriche.

In generale, il 21% dei bambini è stato considerato dall'intervistato piccolo per la sua età (34/165) (Tav. 5.55). Questa proporzione varia dal 28% di Firenze (19/63) al 10% di Brescia (2/20). Stratificando per anni compiuti (Tav. 5.56) e per sesso (Tav. 5.57), non è stata riscontrata alcuna differenza rivelante nella percentuale di bambini definiti "piccoli per la loro età".

Sintomatologia dei bambini

Agli intervistati è stato chiesto se negli ultimi quindici giorni i bambini avessero avuto diarrea, tosse, malattie della pelle o altre malattie. Per ognuna di queste patologie è stato chiesto se i bambini fossero stati portati ad una visita e dove fossero stati portati.

Inoltre è stato chiesto se i bambini avessero avuto difficoltà o fischi respiratori. In questo caso è stato chiesto quante volte durante gli ultimi 12 mesi il bambino avesse avuto questi problemi, se fosse stato portato ad una visita e che diagnosi fosse stata fatta. Questo gruppo di domande aveva lo scopo di individuare bambini che soffrivano o avessero sofferto d'asma o "bronchiti" ricorrenti.

Sulla diarrea

Il 32% degli intervistati (53/165) ha dichiarato che il bambino aveva avuto diarrea nei quindici giorni che precedevano l'intervista. La percentuale più alta è stata riscontrata a Brescia (50%, 10/20), mentre la più bassa a Bergamo (14%, 3/21) (Tav. 5.58).

Per quanto riguarda i casi di diarrea per età, si nota come l'incidenza sia maggiormente elevata fino al compimento dei tre anni (11/33 nel primo anno d'età (33%); 19/32 nel secondo anno (59%); 8/24 nel terzo anno (33%)) (Fig. 5.12), con un picco nel secondo anno di vita. Negli anni successivi, vi è una riduzione della prevalenza di diarrea (7/30 nel quarto anno d'età (23%); 4/37 nel quinto anno (15%); 4/19 nel sesto anno (21%)).

Fattori associati con diarrea

Vi è un'associazione significativa tra gli anni di vita spesi al campo dalle famiglie e la prevalenza di periodo della diarrea. È importante tenere a mente che la variabile “anni di vita spesi al campo” si riferisce alla famiglia e non direttamente al bambino, la cui età potrebbe essere stata anche inferiore al periodo di due o cinque anni a cui fa riferimento la variabile dicotomizzata.

Un bambino, i cui genitori avevano vissuto al campo per più di due anni, aveva un rischio maggiore di diarrea se confrontato con un bambino la cui famiglia aveva vissuto al campo per al massimo due anni (in famiglie che vivevano al campo da più di due anni, 48 di 131 bambini avevano avuto diarrea (37%), mentre in famiglie che vivevano al campo da due anni o meno, cinque bambini di 34 avevano avuto diarrea (15%); OR 3,35; IC95% 1,12 – 10,72*. IC esatto 95% 1,17 – 11,77; Test esatto di Fisher a due code $p=0,014$). Non sono stati trovati distrattori o modificatori d'effetto significativi che influenzino quest'associazione.

Tra le famiglie che avevano vissuto al campo per più di cinque anni, l'associazione ad un livello di confidenza del 95% è più debole (33/83 bambini con diarrea in famiglie che vivevano al campo da più di cinque anni (40%), in confronto con 20/82 bambini con diarrea in famiglie che vivevano al campo da cinque anni o meno (24%); OR 2,05; IC95% 0,99 – 4,25. IC esatto 95% 1,00 – 4,24; Test esatto di Fisher a due code $p=0,045$). Tuttavia, considerando il risultato dell'intervallo di confidenza esatto e del test di Fisher, l'associazione tra diarrea e più di cinque anni vissuti al campo dalla famiglia è stata ulteriormente analizzata.

Vivere al campo per più di cinque anni è un fattore di rischio per la diarrea, se la famiglia viveva in una casa sovraffollata (con più di 2,5 persone per stanza) (in famiglie che vivevano in case affollate, 13/27 bambini avevano avuto diarrea (48%), in confronto a 5/39 bambini con diarrea in famiglie che vivevano al campo da cinque o meno anni (13%); OR 6,31; IC95% 1,64 – 25,69*. IC esatto 95% 1,66 – 26,32; Test esatto di Fisher a due code $p=0,002$). L'affollamento dell'abitazione non è direttamente associato con la prevalenza di periodo della diarrea, ma il ruolo dell'affollamento nell'associazione tra diarrea e anni vissuti dalla famiglia al campo può giustificarsi suggerendo che il sovraffollamento può diventare un problema se dura nel tempo. Non vi è associazione tra anni di vita al campo e diarrea se la famiglia viveva in un'abitazione meno affollata (in famiglie che vivevano in case meno affollate, 35/99 dei bambini aveva avuto diarrea (35%); OR 1,04; IC95% 0,41 – 2,61). L'affollamento dell'abitazione è un modificatore d'effetto significativo (Test d'interazione: $p=0,016$).

Vivere al campo per più di cinque anni era un fattore di rischio per la diarrea se era stata segnalata la presenza di acqua stagnante sul fondo del campo (in campi in cui vi era acqua stagnante, 26/58 bambini avevano avuto diarrea in famiglie che vivevano al campo da più di cinque anni (45%), in confronto con 10/52 bambini con diarrea in famiglie che vivevano al campo da cinque o meno anni (19%); OR 3,41; IC95% 1,32 – 8,96). Come in precedenza, l'acqua stagnante non è direttamente associata con la prevalenza di periodo della diarrea, ma i bambini di famiglie che avevano vissuto in un campo con acqua stagnante per più di cinque anni avevano un rischio maggiore di aver avuto la diarrea rispetto a bambini le cui famiglie avevano vissuto in un campo con acqua stagnante ma per cinque anni o meno. Se non vi era acqua stagnante sul fondo del campo, non vi era associazione tra anni di vita al campo e diarrea (in campi senza acqua stagnante, 17/55 bambini avevano avuto diarrea (31%), non importa il numero di anni vissuti dalla famiglia al campo; OR 0,78; IC95% 0,21 – 2,89). La presenza d'acqua stagnante interagisce in modo significativo (Test d'interazione: $p=0,045$).

L'età del bambino è anch'essa associata con l'incidenza di diarrea. Un bambino sotto i quattro anni d'età aveva un rischio maggiore di aver avuto la diarrea nei 15 giorni prima dell'intervista, se

confrontato con un bambino di quattro o cinque anni (45/119 bambini sotto i quattro anni con diarrea (38%), contro 8/46 bambini di quattro o cinque anni con diarrea (17%); OR 2,89; IC95% 1,15 – 7,46).

Sulla tosse

Il 55% dei bambini aveva avuto la tosse nei quindici giorni prima dell'intervista (90/165). Brescia aveva la percentuale più alta (70%, 14/20) e Bolzano la più bassa (37%, 7/19) (Tav. 5.59).

La curva per età della prevalenza di periodo della tosse nei 15 giorni prima dell'intervista è molto simile a quella tracciata per la prevalenza di diarrea (Tav. 5.60, Fig. 5.13). Si nota un aumento della prevalenza tra zero e un anno, punto in cui la curva presenta il suo massimo. Vi è poi una successiva diminuzione fino ai tre anni, seguita da un nuovo aumento che interessa i quattro e cinque anni. Si ricorda che si tratta di anni compiuti.

Stratificando per il sesso dei bambini, la prevalenza di periodo della tosse è quasi identica per maschi e femmine (Tav. 5.61).

Fattori associati con tosse

L'accesso per la famiglia ad un bagno con una doccia è associato alla prevalenza di periodo della tosse. Un bambino la cui famiglia non aveva accesso ad un bagno con doccia aveva maggiore rischio di tosse, rispetto ad un bambino la cui famiglia, invece, aveva accesso ad un bagno con doccia (48/73 bambini con tosse in famiglie senza accesso ad un bagno con doccia (66%), contro 41/91 bambini con tosse in famiglie con accesso ad un bagno con doccia (45%); OR 2,34; IC95% 1,17 – 4,69). Quest'associazione non sembra essere influenzata da fattori di distorsione o da modificatori d'effetto significativi.

Il tipo d'accesso all'acqua (dentro o fuori casa) è associato con la tosse. Un bambino la cui famiglia aveva accesso all'acqua dentro casa, aveva un rischio maggiore di tosse rispetto ad un bambino la cui famiglia aveva accesso all'acqua fuori casa (48/74 bambini con tosse in famiglie con accesso all'acqua dentro casa (65%), contro 42/91 bambini con tosse in famiglie senza accesso all'acqua in casa (47%); OR 2,15; IC95% 1,09 – 4,26).

L'età del bambino è un modificatore (Test d'interazione: $p=0,028$) di questa associazione. Per bambini sotto i quattro anni, l'accesso all'acqua dentro casa rende il rischio di tosse più elevato di quello di un bambino la cui famiglia aveva accesso all'acqua fuori casa (tra i bambini sotto i quattro anni, in famiglie con accesso all'acqua dentro casa, 37/52 bambini avevano avuto la tosse (71%), mentre in famiglie senza accesso all'acqua in casa, 28/67 bambini avevano avuto la tosse (42%); OR 3,44; IC95% 1,47 – 8,09). Per un bambino di quattro o cinque anni, l'associazione tra accesso all'acqua e tosse non è significativa (tra i bambini di quattro o cinque anni, 25/46 bambini avevano avuto la tosse, senza differenze significative dovute al tipo d'accesso all'acqua; OR 0,71; IC95% 0,19 – 2,71).

Vivere in un campo in cui le condizioni della pavimentazione consentivano all'acqua di ristagnare era un fattore di rischio per la tosse. Un bambino che viveva in un campo con acqua stagnante aveva il doppio del rischio di tosse, se comparato con un bambino che viveva in un campo senza acqua stagnante (in campi con acqua stagnante 68/110 bambini avevano la tosse (62%), mentre in campi senza acqua stagnante 22/55 bambini avevano la tosse (40%); OR 2,43; IC95% 1,18 – 5,01). La durata del tempo vissuto al campo era un modificatore d'effetto significativo in questa associazione (Test d'interazione: $p=0,023$):

- Selezionando le famiglie che avevano vissuto al campo per più di cinque anni, un bambino che viveva in un campo con acqua stagnante aveva un rischio maggiore di tosse, se confrontato con un bambino che viveva in un campo senza acqua stagnante (tra le famiglie che vivevano in un campo da più di cinque anni, in campi con acqua stagnante 38/58 bambini avevano la tosse (66%), mentre in campi senza acqua stagnante 6/25 bambini avevano la tosse (24%); OR 6,02; IC95% 1,85 – 20,44*. IC esatto 95% 1,88 – 21,01; Test esatto di Fisher a due code $p=0,001$). Tale associazione non era significativa in famiglie che avevano vissuto al campo per un massimo di cinque anni (tra le famiglie che vivevano in un campo da massimo cinque anni, 46/82 bambini avevano la tosse (56%), senza differenze significative se vivevano in un campo con o senza acqua stagnante; OR 1,19; IC95% 0,43 – 3,28).

Scaldare l'abitazione con stufe a legna non era associato con la prevalenza di periodo della tosse nei bambini. Tuttavia, selezionando famiglie che vivevano in case sovraffollate (con più di 2,5 persone per stanza), si è trovata un'associazione significativa tra lo scaldare la casa con stufe a legna e tosse. L'affollamento delle abitazioni è un modificatore d'effetto significativo (Test d'interazione: $p=0,002$). In famiglie che vivevano in case affollate, un bambino aveva un rischio maggiore di tosse se la famiglia usava solo stufe a legna per riscaldare, rispetto ad un bambino la cui famiglia usava altri sistemi di riscaldamento (in famiglie che vivevano in più di 2,5 persone per stanza, in abitazioni in cui si usavano solo stufe a legna per riscaldare 10/12 bambini avevano la tosse (83%), mentre in abitazioni che non usavano esclusivamente stufe a legna per riscaldare 22/54 bambini avevano la tosse (41%); OR 7,27; IC95% 1,27 – 54,32*. IC esatto 95% 1,32 – 72,52; Test esatto di Fisher a due code $p=0,010$). In famiglie che vivevano in abitazioni con un massimo di 2,5 persone per stanza, tale associazione non era significativa (in famiglie che vivevano in case meno affollate, 58/99 bambini avevano la tosse (57%), senza differenze significative rispetto all'uso di stufe a legna; OR 0,44; IC95% 0,17 – 1,12).

Difficoltà respiratorie ed asma

Per approfondire il tema della prevalenza d'asma, agli intervistati è stato chiesto se il bambino avesse avuto fischi respiratori o problemi a respirare nel corso della vita, quante volte questo fosse successo, se fosse mai stato visitato rispetto a questo e che diagnosi avesse fatto il medico.

Il 23% degli intervistati ha dichiarato che il bambino aveva avuto fischi respiratori, o problemi a respirare, durante il corso della sua vita (38/165). Questa percentuale era più alta a Firenze (29%, 20/69) ed era seguita da Bolzano (26%, 5/19) e Bergamo (24%, 5/21) (Tav. 5.62).

Il 17% dei bambini (28/165) aveva avuto fischi respiratori o problemi a respirare almeno una volta nell'ultimo anno. Nuovamente, la percentuale più alta si riscontrava a Firenze (28%, 19/69), seguita da Bergamo (19%, 4/21) (Tav. 5.63). La distribuzione per età ha i suoi valori più alti in corrispondenza delle prime due classi: primo (21%, 7/33) e secondo anno di vita (28%, 9/32) (Tav. 5.64). Non vi era differenza a seconda del sesso (Tav. 5.65).

La prevalenza di periodo di bambini che avevano avuto, negli ultimi 12 mesi, almeno quattro attacchi di sibili o difficoltà respiratorie era del 5% (8/165) (Tav. 5.66). A causa dell'esiguo numero di casi, è difficile commentare la distribuzione per città (Tav. 5.67) e per età (Tav. 5.68). La distribuzione per sesso del bambino (Tav. 5.69) mostra un'incidenza maggiore per i maschi (8%, 6/78) che per le femmine (2%, 2/87), che tuttavia potrebbe essere attribuita al caso.

Cominciando con l'analisi del rischio per difficoltà o fischi respiratori avuti almeno una volta negli ultimi 12 mesi, sono state identificate quattro variabili relative alle condizioni dei campi associate

significativamente con l'*outcome*. Un bambino aveva un rischio maggiore di aver avuto difficoltà respiratorie negli ultimi 12 mesi se viveva:

- In un campo con acqua stagnante (si trattava dei campi di Firenze, Bergamo e Brescia) (in campi con acqua stagnante, 24/110 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (22%), mentre in campi senza acqua stagnante, 4/55 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (7%); OR 3,56; IC95% 1,07 – 13,02*. IC esatto 95% 1,12 – 14,81; Test esatto di Fisher a due code $p=0,023$). Non sono stati trovati né modificatori d'effetto né distrattori che influiscano in quest'associazione.
- In un campo dove si segnalava la presenza di ratti (campi con ratti erano anche quelli che ospitano più di 150 persone: Firenze, Bergamo e Venezia) (in campi con ratti, 26/126 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (21%), mentre in campi senza ratti, 2/39 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (5%); OR 4,81; IC95% 1,02 – 31,28*. IC esatto 95% 1,10 – 43,54; Test esatto di Fisher a due code $p=0,027$). Non sono stati trovati modificatori significativi né distrattori.
- In un campo affollato, con meno di 25 metri quadrati per persona (Firenze e Bergamo) (in campi con meno di 25 m² per persona, 23/90 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (26%), mentre 5/75 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie in campi con più di 25m² per persona (7%); OR 4,81; IC95% 1,59 – 15,59*. IC esatto 95% 1,64 – 16,99; Test esatto di Fisher a due code $p=0,001$). Non sono stati trovati modificatori significativi né distrattori. Il campo di Bergamo aveva la più alta densità di popolazione, con 10 m² per persona, seguito da Firenze, con 20 m².
- In un campo con siti industriali inquinanti nelle vicinanze (ciò identifica il campo di Firenze, l'unico ad ospitare anche più di 200 persone) (in campi con siti industriali inquinanti nelle vicinanze, 19/69 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (28%), mentre 9/96 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie in campi senza siti industriali inquinanti nelle vicinanze (9%); OR 3,67; IC95% 1,43 – 9,65). Il campo del *Poderaccio* confinava con una cava di ghiaia ed una fabbrica d'asfalto.

Altre variabili semplici, associate con l'*outcome*, sono la condizione dell'abitazione (buona o regolare vs. cattiva) e l'accesso ad un bagno con doccia.

Un bambino che viveva in una casa in cattive condizioni aveva un rischio maggiore di aver avuto difficoltà respiratorie negli ultimi 12 mesi, se confrontato con un bambino che viveva in una casa in condizioni regolari o buone (in un'abitazione in cattive condizioni, 12/36 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (33%), mentre in un'abitazione in condizioni regolari o buone, 16/126 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (13%); OR 3,44; IC95% 1,31 – 9,01).

Un bambino di una famiglia senza accesso ad un bagno con doccia aveva un rischio superiore di aver avuto problemi respiratori negli ultimi 12 mesi se confrontato con un bambino di una famiglia con accesso ad un bagno con doccia (in famiglie senza accesso ad un bagno con doccia, 19/73 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (26%), mentre in famiglie con accesso ad un bagno con doccia, 9/91 bambini avevano avuto difficoltà respiratorie (10%); OR 3,21; IC95% 1,25 – 8,41).

Diagnosi relative alle difficoltà respiratorie

Dei bambini che avevano avuto fischi respiratori o altri problemi a respirare, 35 di 38 era stato portato ad una visita: sono stati visitati tutti i bambini di Bergamo, Brescia, Venezia e Bolzano e 17 su 20 di quelli di Firenze (Tav. 5.70).

Dei 35 bambini che sono stati portati ad almeno una visita a causa dei problemi respiratori avuti, 14 avevano avuto una chiara diagnosi d'asma o bronchite asmatica, mentre ad altri due era stata diagnosticata una bronchite allergica (Tav. 5.71). Tutte le altre diagnosi si possono riferire a difficoltà respiratorie dovute a patologie occasionali.

Tra le patologie diagnosticate, sono stati identificati tre casi di polmonite a Firenze. Anche se i dati non consentono di stabilire quando questi casi si siano verificati, negli ultimi 12 mesi tutti e tre i bambini avevano avuto problemi respiratori almeno una volta. I bambini avevano rispettivamente tre, quattro e cinque anni.

La percentuale di bambini *rom* da zero a cinque anni che avevano sofferto d'asma nel corso della vita era del 9% (15/165).

Incrociando le variabili sulla diagnosi e sul numero di volte negli ultimi 12 mesi in cui il bambino aveva avuto problemi respiratori, si può ricavare un indicatore della prevalenza di "asma attiva": questa definizione include tutti coloro cui era stato diagnosticato l'asma e che avessero avuto difficoltà o fischi respiratori negli ultimi 12 mesi.

La città con la più alta percentuale di bambini con asma attiva era Bergamo, con tre casi su 21, seguita da Firenze (6/69) e Venezia (3/36) (Tav. 5.72). Le frequenze sono molto basse e non consentono un'analisi disinvolta, ma si è cercato lo stesso di individuare le tendenze principali che aiutino il più possibile a capire il quadro della situazione.

La distribuzione dei casi per età del bambino, mostra che le percentuali più alte si trovavano nei primi due anni (Tav. 5.73). Pur non essendo significativa, si deve rilevare la diversa prevalenza d'asma attiva tra maschi e femmine (Tav. 5.74). Tra i maschi risultavano otto casi su 78 (10%), mentre tra le femmine vi erano quattro casi su 87 (5%).

Le principali difficoltà nel condurre l'analisi del rischio sono state causate dal basso numero di casi d'asma attiva e dal fatto che non sono stati registrati casi in due delle città (Brescia e Bergamo).

A causa del ridotto numero di casi, in alcune occasioni è stato usato il test esatto di Fisher, invece del rapporto incrociato, per valutare la significatività dei risultati. L'uso del test esatto di Fisher è, infatti, suggerito se almeno una delle quattro frequenze stimate nella tavola 2x2 è inferiore a cinque.

L'unica variabile semplice ad avere una relazione significativa con l'*outcome*, in una tavola 2x2, era la variabile che identificava i campi in cui era stata segnalata la presenza di ratti. Il rapporto incrociato non poteva essere calcolato, poiché non erano stati registrati casi d'asma nei campi dove non vi erano ratti. Tuttavia si è potuto usare il valore *p* del test esatto di Fisher: in questo caso, il valore *p* per il test a due code non era significativo (0,071), mentre il valore *p* per il test ad una coda era significativo (0,034). Se si accetta il test ad una coda, si può sostenere che un bambino che viveva in un campo dove vi erano ratti aveva una prevalenza d'asma maggiore rispetto ad un bambino di un campo dove non vi erano ratti. La prevalenza d'asma è 10% (12/126) in campi dove vi erano ratti, e 0% (0/39) in campi dove non vi erano ratti. I campi dove era stata segnalata la presenza di ratti erano anche quelli in cui vivevano più di 150 persone: questi erano i campi di Bergamo, Firenze e Venezia.

Sono state create variabili per analizzare se la combinazione di caratteristiche relative alle condizioni di vita, come l'affollamento delle abitazioni o dei campi e le condizioni della casa, erano associate con la prevalenza d'asma.

La prima variabile composta combinava l'affollamento nei campi (se vi erano più di 25 metri quadrati per ogni persona che viveva al campo) e la condizione dell'abitazione (se era in condizioni regolari o buone). Questa variabile composta aveva valore "uno" se entrambe le variabili erano "uno", cioè se il bambino viveva in una casa in condizioni regolari o buone e in un campo con più di 25 metri quadrati per persona. Altrimenti, la variabile aveva valore "due".

Un bambino che viveva in un campo affollato o in una casa in cattive condizioni (o tutte e due le cose), aveva un rischio d'asma significativamente superiore a quello di un bambino che viveva in un campo meno affollato e in una casa in condizioni regolari o buone (in campi con meno di 25 m² per persona o in abitazioni in cattive condizioni, 11/98 bambini aveva l'asma (11%), mentre in campi con più di 25m² per persona e in abitazioni in condizioni regolari o buone 1/67 bambini aveva l'asma (1%); OR 8,34; IC95% 1,06 – 180,20*. IC esatto 95% 1,15 – 364,52; Test esatto di Fisher a due code p=0,029).

La seconda variabile combinata metteva insieme l'affollamento della casa (se la famiglia viveva in una casa con più di una stanza ogni 2,5 persone) e affollamento "notturno" (se la famiglia viveva in una casa con più di un giaciglio ogni tre persone). La variabile combinata aveva valore "uno" se almeno una delle variabili semplici era "uno", e aveva valore "due" se entrambe le variabili semplici erano pari a "due".

Un bambino che viveva in una casa con meno di una stanza ogni 2,5 persone della famiglia, e con meno di un giaciglio ogni tre membri della famiglia, aveva un rischio maggiore di avere l'asma, se confrontato con un bambino che viveva in una casa con più di una stanza ogni 2,5 persone o con più di un giaciglio ogni tre (in abitazioni con meno di una stanza ogni 2,5 persone e con meno di un letto ogni tre, 7/43 bambini avevano l'asma (16%), mentre in famiglie con più di una stanza ogni 2,5 persone o più di un letto ogni tre, 5/122 bambini aveva l'asma (4%); OR 4,55; IC95% 1,19 – 18,01*. IC esatto 95% 1,15 – 19,14; Test esatto di Fisher a due code p=0,014).

Malattie dermatologiche

Il 5% (8/165) degli intervistati ha dichiarato che il bambino aveva sofferto di malattie della pelle negli ultimi 15 giorni (Tav. 5.75).

Le malattie della pelle segnalate erano dermatiti di natura non specificata a Firenze, Bergamo e Venezia, due casi di scabbia e uno di dermatite allergica a Firenze, un caso di mugghetto a Bergamo e una micosi a Venezia (Tav. 5.76).

La distribuzione dei casi per età dei bambini mostrava incidenze più alte nei primi due anni di vita (Tav. 5.77), mentre stratificando per sesso la percentuale era uguale per maschi e femmine (Tav. 5.78).

Non sono state segnalate malattie della pelle a Brescia e Bolzano, che non hanno avuto neppure casi di asma attiva. Controllando le variabili relative alle condizioni dei campi, si notano tre differenze principali tra questi due campi e gli altri tre:

- Brescia e Bolzano erano gli unici due campi con una popolazione inferiore alle 150 persone (Brescia ospitava 80 persone, Bolzano 130);
- In questi due campi, a differenza degli altri, non si segnalavano materiali accatastati negli spazi comuni;
- Non si segnalava alcuna presenza di ratti.

Questi risultati non sono statisticamente significativi, neppure al considerare il test esatto di Fisher a due code, il quale raggiunge una confidenza dell'80%.

Per quanto riguarda le malattie della pelle, le frequenze sono molto basse per riuscire ad ottenere risultati nell'analisi del rischio. Non sono stati trovati fattori associati con l'*outcome*, né considerando la popolazione di bambini dei cinque campi, né selezionando i tre campi dove i casi sono stati registrati.

Si è cercato anche in porzioni stratificate della popolazione, senza trovare alcuna associazione o interazione significava.

Sette degli otto bambini sono stati portati ad essere visitati (Tav. 5.79). I dati su dove siano stati portati i bambini a visitare per le malattie della pelle sono riportati nella Tav. 5.80.

Altre patologie

Agli intervistati è stato chiesto se i bambini avessero avuto altri problemi di salute negli ultimi quindici giorni oltre a diarrea, tosse o malattie della pelle. Il 42% ha dichiarato che il bambino aveva avuto altri problemi (70/165) (Tav. 5.81).

Su 69 intervistati che hanno specificato i sintomi che il bambino ha avuto, sono state date 92 risposte, avendo alcuni bambini manifestato più di un sintomo.

Nella *Tavola 5.82* si può notare che i sintomi sono mescolati con malattie, come la varicella, l'epatite, l'influenza e la sesta malattia. Queste malattie presentano ovviamente più di un sintomo ciascuna. Queste, però, sono state le risposte degli intervistati.

Le percentuali sono costruite sul totale dei bambini, e i sintomi non si escludono gli uni con gli altri. Per questa ragione le percentuali di Brescia superano il 100%: ad esempio, un bambino con la febbre può anche essere conteggiato tra quelli con il vomito.

Sulla febbre

Prima di svolgere un'analisi congiunta di tutte le patologie, si farà un'analisi descrittiva separata dei casi di febbre. Nonostante non vi fosse una domanda specifica sulla febbre, questo si rende necessario vista l'alta proporzione di bambini colpiti da questo sintomo.

La prevalenza di periodo dei casi di febbre non varia molto a seconda degli insediamenti, andando dai cinque casi su 20 di Bergamo ai 12 su 36 di Venezia, con l'eccezione di Brescia dove ha colpito 14 bambini su 20 (Tav. 5.83).

La proporzione di bambini colpiti da febbre nei 15 giorni che precedevano l'intervista varia molto per classe d'età dei bambini, mostrando un picco nel secondo e terzo anno d'età (Fig. 5.14). La prevalenza di periodo della febbre non varia significativamente a seconda del sesso del bambino (Tav. 5.84).

Analisi congiunta di tutte le patologie

Analizzando tutte le risposte insieme, quelle relative a diarrea, tosse e malattie dermatologiche e quelle relative ad altre condizioni, tutte negli ultimi quindici giorni, si vede come solamente il 33%

dei bambini non avesse avuto nulla (54/165), mentre tutti gli altri avevano presentato almeno una patologia (Tav. 5.85, Fig. 5.15).

Dei bambini che hanno sofferto di qualche patologia negli ultimi 15 giorni (e cioè il 67% dei bambini, 111 su 165), il 48% ha avuto la diarrea come sintomo (53/111), l'81% ha avuto la tosse (90/111), il 50% la febbre (55/110) e il 14% il vomito (15/110). Dei 111 bambini i cui genitori hanno dichiarato aver avuto problemi di salute negli ultimi 15 giorni, il 71% è stato portato a fare una visita (79/111).

Come si è visto in precedenza, di tutti i 165 bambini coperti dallo studio, ben 90 (55%) hanno avuto la tosse nei 15 giorni che precedevano l'intervista. La febbre ha invece colpito il 33% dei bambini (55/165) e la diarrea il 32% (53/165). Tutti gli altri sintomi o le altre malattie elencate, si sono manifestate in meno del dieci percento dei bambini, e le uniche degne di nota sono il vomito (9%, 15/165), le malattie della pelle (5%, 8/165), la rinite (4%, 6/165), la faringite (3%, 5/165) e l'otite (2%, 4/165). Tutte le altre hanno frequenze singole.

Cominciando dalla tosse, dei 90 bambini che hanno avuto questo sintomo, il 26% ha avuto solo la tosse (23/90) (Tav. 5.86). Nella maggior parte dei casi, però, la tosse è stata accompagnata da febbre (24%, 22/90), diarrea (18%, 16/90), o entrambi questi sintomi (27%, 24/90). La prevalenza di periodo della tosse si associa positivamente all'incidenza di febbre, vomito e diarrea (Tav. 5.87).

Come visto in precedenza, ha avuto la diarrea il 32% dei bambini. Di questi bambini, l'11% ha presentato questo come unico sintomo (6/53) (Tav. 5.88). Ma tra i bambini con la diarrea, coloro che hanno avuto anche sia la tosse sia la febbre (e insieme a questi anche altri sintomi) erano il 49% (26/53), mentre coloro che hanno avuto diarrea e tosse (ma non la febbre) erano il 26% (14/53) e coloro che hanno avuto diarrea e febbre (ma non la tosse) erano il 13% (7/53). In prima analisi, si nota che l'incidenza di diarrea è legata all'incidenza di tosse, febbre e vomito (Tav. 5.89).

Per una visione generale di tutte le combinazioni di patologie rilevate e le relative percentuali di bambini condotti ad essere visitati, si veda la *Tavola 5.90*.

Tra le condizioni croniche segnalate, vi sono un caso di anemia, due casi di soffio al cuore e una bambina nata con una malformazione (fistola vaginale) in uno dei campi, un caso di labbro leporino in un altro campo e un caso di un bambino nato con un solo rene in un altro ancora. Durante il lavoro in una delle città coperte dallo studio, una bambina nata da pochi mesi era ricoverata per gravi malformazioni ed è successivamente deceduta. Tuttavia questi dati non sono da ritenersi attendibili né completi, perché non vi era alcuna domanda specifica che intendesse esplorare queste patologie: le condizioni riportate sono state spontaneamente segnalate dai genitori dei bambini durante le interviste.

Bambini portati a visita medica, secondo i vari sintomi

Bambini portati a visita medica in caso di diarrea

Tra tutti i bambini che hanno avuto diarrea nei quindici giorni prima dell'intervista, il 74% era stato portato ad una visita medica (39/53). A Bolzano e Firenze vi erano le percentuali più alte di ricorso ai servizi sanitari con 24 su 29, mentre a Brescia vi era la percentuale più bassa con cinque su dieci bambini portati a visitare (Tav. 5.91).

I bambini con diarrea che sono stati portati ad una visita medica erano alla fine 39, e diventa difficile riuscire ad analizzare le tendenze città per città su dove venissero portati principalmente ad essere visitati. Tuttavia, nei prossimi paragrafi si riuscirà ad avere un quadro più completo della situazione, avendo analizzato dove venivano portati i bambini secondo le varie sintomatologie.

Analizzando la proporzione di bambini con diarrea portati ad una visita, si nota che vi è un *trend* lineare decrescente per età (X^2 per *trend* lineare, $p=0,000$): ciò significa che la tendenza è che all'aumentare degli anni, il bambino veniva portato meno ad essere visitato (Fig. 5.16, Tav. 5.92).

L'analisi del rischio mostra una sola associazione significativa: un bambino che viveva in una casa affollata (con più di 2,5 persone per stanza) aveva maggiori possibilità di essere portato ad una visita, se confrontato con un bambino che viveva in una casa meno affollata (in abitazioni con meno di una stanza ogni 2,5 persone, 17/18 bambini erano portati ad una visita nel caso avessero la diarrea (94%), mentre in abitazioni con più di una stanza ogni 2,5 persone, 22/35 bambini erano portati ad una visita nel caso avessero la diarrea (63%); OR 10,05; IC95% 1,15 – 226,03*. IC esatto 95% 1,23 – 451,51; Test esatto di Fisher a due code $p=0,020$). Sfortunatamente, la tavola di contingenza ha un unico dato in una delle celle e non può essere stratificata alla ricerca di distrattori o modificatori d'effetto.

Il consultorio pediatrico era attivo solamente a Firenze e a Venezia: per questa ragione, nelle tavole sul ricorso ai servizi sanitari sono omesse le frequenze e le percentuali per il consultorio pediatrico, relativamente alle città di Bergamo, Brescia e Bolzano. A Firenze si trovava vicino al campo e aveva due mattine dedicate all'assistenza ai bambini *rom*. A Venezia si trovava anch'esso vicino al campo, ma era principalmente dedicato alla profilassi. Sulla struttura dei servizi in ogni città, si faccia riferimento al paragrafo: "Interviste con i Servizi Sanitari".

Nonostante le basse frequenze, si nota un uso particolarmente elevato dei servizi ospedalieri, siano essi di pediatria o pronto soccorso (Tav. 5.93). Ad essi sono stati portati 28 dei 39 bambini. Il consultorio pediatrico era utilizzato molto a Firenze. A Bolzano si segnalava l'unico caso in cui un bambino fosse stato portato dal pediatra di base. Si ricorda che non vi erano consultori pediatrici a Bergamo e Bolzano, mentre a Brescia si trovava distante dall'insediamento.

Bambini portati a visita medica in caso di tosse

In caso di tosse, i bambini sono stati portati ad una visita medica in proporzione leggermente più bassa (71%, 64/90) (Tav. 5.94) che nel caso di diarrea, nonostante, o forse proprio per questo, la tosse fosse più frequente (55%, 90/165) della diarrea.

Si nota una tendenza lineare decrescente per età anche nella proporzione di bambini con tosse portati a visitare (X^2 per *trend* lineare: $p = 0,000$) (Fig. 5.17, Tav. 5.95). Nelle prime tre classi d'età la proporzione rimane alta, mentre con il crescere degli anni la proporzione diminuisce nettamente.

L'analisi del rischio rivela un'unica associazione: un bambino che viveva in una casa in cui fumavano non più di due persone aveva maggiori probabilità di essere portato ad essere visitato in caso di tosse, se confrontato con un bambino che viveva in una casa in cui fumavano più di due persone (in abitazioni in cui fumavano due o meno persone, 58/77 bambini erano stati portati ad una visita medica in caso di tosse (75%), mentre in abitazioni in cui fumavano più di due persone, 6/13 bambini erano stati portati ad una visita in caso di tosse (46%); OR 3,56; IC95% 0,91 – 14,15. IC esatto 95% 0,89 – 14,37; Test esatto di Fisher a due code $p=0,047$). Non sono stati trovati modificatori d'effetto significativi.

Nonostante i numeri siano bassi per fare un'analisi dettagliata per città, si può notare (Tav. 5.96) come si facesse meno ricorso al Pronto Soccorso e a servizi ospedalieri in generale, in caso di tosse, e maggior ricorso al Consultorio Pediatrico e al Pediatra di Base, ovviamente dove questi servizi erano disponibili.

Come per la diarrea, a Firenze si era fatto molto ricorso al consultorio pediatrico. Nel caso di Firenze, inoltre, si deve notare come l'uso dei servizi ospedalieri (pediatria o pronto soccorso) si riduca a scapito del ricorso al medico di base e di un aumento del ricorso al consultorio pediatrico.

Bambini con la febbre portati a visita medica

La proporzione di bambini con febbre portati a visitare era più alta di quelle relative a bambini con diarrea e tosse (75%, 41/55) (Tav. 5.97). Questo dato varia notevolmente a seconda delle città, da un massimo del 94% a Firenze (17/18), ad un minimo del 50% a Brescia (7/14) e Bolzano (3/6).

Anche nel caso di febbre, si nota una tendenza lineare decrescente per età della propensione a portare il bambino ad una visita medica (X^2 per *trend* lineare: $p = 0,002$) (Fig. 5.18, Tav. 5.98). Le percentuali, alte nelle prime tre classi d'età, come nel caso della tosse, calano drasticamente nelle ultime tre.

Si riscontra che un bambino che viveva in un campo che distava meno di 15 minuti a piedi dalla fermata più vicina dei mezzi pubblici aveva più probabilità di essere portato ad una visita in caso di febbre, se confrontato con un bambino di un campo che distava più di 15 minuti (in campi che distavano meno di 15 minuti a piedi dalla fermata più vicina, 31 su 35 bambini erano stati portati ad una visita in caso di febbre (89%), mentre in campi che distavano più di 15 minuti dalla fermata più vicina, 10 su 20 bambini erano stati portati ad una visita in caso di febbre (50%); OR 7.75; IC95% 1.67 – 38.96*. IC esatto 95% 1,69 – 39,97; Test esatto di Fisher a due code $p=0,003$). Tuttavia, l'associazione non è valida per i bambini che vivevano in case in buone condizioni, ma solo per coloro che vivevano in case in condizioni regolari o cattive (Test d'interazione: $p=0,021$). Tra coloro che vivevano in case in buone condizioni, l'83% dei bambini con febbre (10/12) è stato portato ad una visita. Mentre tra coloro che vivevano in abitazioni in condizioni regolari o cattive, in caso di febbre un bambino che viveva in un campo che distava meno di 15 minuti dalla fermata più vicina aveva una possibilità molto maggiore di essere portato ad una visita medica, se confrontato con un bambino che viveva in un campo che distava più di 15 minuti (tra i bambini che vivevano in abitazioni in cattive condizioni, in campi che distavano meno di 15 minuti a piedi dalla fermata più vicina, 28/31 bambini erano stati portati ad una visita in caso di febbre (90%), mentre in campi che distavano più di 15 minuti dalla fermata più vicina, 3/12 bambini erano stati portati a visitare nel caso di febbre (25%); OR 28,00; IC95% 3,73 – 276,08*. IC esatto 95% 3,78 – 236,34; Test esatto di Fisher a due code $p=0,000$).

Il comportamento relativo al ricorso ai servizi sanitari nel caso di febbre è molto simile a quello visto in caso di diarrea (Tav. 5.99).

A Bergamo e Brescia, la totalità dei bambini visitati era stata portata all'ospedale. A Firenze, più della metà dei bambini era stata portata al consultorio pediatrico (10/17). A Venezia, cinque su 10 bambini erano stati portati al pronto soccorso e quattro all'ospedale.

Bambini portati a visita medica, secondo i vari sintomi

Considerando congiuntamente tutti i sintomi, Brescia rimane la città in cui si faceva meno ricorso ai servizi sanitari (53%, 9/17). Bergamo è invece la città in cui si faceva maggior uso di questi servizi

(79%, 11/14), seguita da Firenze (76%, 38/50) (Tav. 5.100). In questo caso, tuttavia, non vi è un'associazione significativa tra proporzione di bambini portati a visita medica ed alcuna variabile.

La curva mostra una tendenza lineare decrescente rispetto al portare i bambini a visitare con l'aumentare dell'età (X^2 per *trend* lineare: $p=0,000$), passando da 20 di 23 bambini nel primo anno di vita, a tre di 10 nel sesto anno (Fig. 5.19, Tav. 5.101).

Perché si ammalano i bambini: percezione degli intervistati

Le cause più importanti di malattie dei bambini al campo, dal punto di vista degli intervistati, sono state analizzate per categorie poste in ordine d'importanza. La domanda esatta era: "Qui al campo, quale pensi siano le cause più importanti di malattie dei bambini?" Nel definire le categorie, l'autore ha dato priorità al rispetto del punto di vista degli intervistati e al significato attribuito alle cause delle malattie.

La prima categoria raggruppa cause percepite legate allo sporco presente al campo: la presenza di spazzatura, la sporcizia, le fognature dei bagni ed il fatto che i bambini non avessero un luogo pulito dove poter giocare.

La seconda categoria di cause percepite è legata al freddo, all'umidità, alla mancanza d'acqua calda e al fatto che i bagni fossero collocati fuori dalle abitazioni.

La terza raggruppa problemi legati alla precarietà delle abitazioni, al fatto che nelle baracche non vi fosse aria o vi fossero spifferi, che vi fossero infiltrazioni o muffa, che fossero povere, vecchie e precarie.

La quarta categoria riguarda direttamente la questione dei ratti, e il fatto che la presenza di numerosi ratti in alcuni campi fosse ritenuta causa di malattia per i bambini.

La quinta raccoglie cause percepite legate alla cattiva qualità dell'aria, al cattivo odore, alla scarsità d'aria che girava nelle baracche riscaldate a gas o a legna.

La sesta riguarda problemi di affollamento nel campo e nelle abitazioni.

La settima riguarda il problema dell'acqua stagnante, e il fatto che nel campo vi fosse sempre bagnato per terra.

Queste categorie non sono state determinate a priori. Sono state create sulla base delle risposte date dagli intervistati.

Dei 137 rispondenti, il 16% (22/137) ha risposto che nulla in particolare, all'interno del campo era causa di malattie per i bambini (Tav. 5.102). Il 7% (10/137) ha invece dichiarato di non saper dare una risposta a questa domanda. A Bolzano, 13 rispondenti su 32 hanno risposto che non vi era nulla al campo che causasse malattie ai bambini, e sei su 32 semplicemente non hanno saputo rispondere alla domanda.

I numeri assoluti e le percentuali si riferiscono al totale di risposte date, fino a quattro per rispondente. Dei 137 rispondenti, coloro che hanno menzionato cause sono 105, e cioè tutti meno coloro che hanno risposto "niente" o "non so". Ogni rispondente ha dato in media 2,2 risposte (227/105). A Firenze, tra coloro che hanno risposto con delle cause, la media di risposte date è di

2,2 (107/49), a Bergamo 2,3 (34/15), a Brescia 2,1 (15/7), a Venezia 2,3 (48/21) e a Bolzano 1,8 (23/13).

Cause legate alla sporcizia e al freddo sono le più segnalate dagli intervistati (Tav. 5.103). A Bolzano le questioni legate al freddo sono principalmente da attribuirsi alla sistemazione dei bagni fuori dalle abitazioni. Nessuno a Brescia, dove le persone erano ospitate in una struttura in muratura, ha menzionato cause collegate al freddo.

Il problema della presenza dei ratti era principalmente segnalato a Firenze, ma anche a Bergamo e Venezia. A Brescia e Bolzano i ratti non sono stati menzionati come un problema. A Brescia sono state segnalate cause legate alle infiltrazioni, all'umidità e muffe presenti all'interno delle stanze della cascina: si tratta di problemi strutturali che difficilmente potevano essere risolti dalle singole famiglie. L'aria cattiva, dentro o fuori dalle abitazioni, poteva essere dovuta all'ambiente sporco e malsano. A Firenze si segnalava il cattivo odore dovuto ai ratti, ma alcune famiglie che si trovavano vicino ai bagni si lamentavano per l'odore che emanava dalle fognature. A Bergamo il cattivo odore era dovuto alla scarsità dei bagni e all'affollamento.

Il problema dell'acqua stagnante all'interno dei campi era stato segnalato anche a Brescia dove, quando pioveva, si formava un'enorme pozzanghera proprio al centro del cortile interno della cascina, unico spazio dove i bambini potessero giocare sicuri e indisturbati.

RISULTATI DELLE RIUNIONI DEI GRUPPI FOCALI

La prima domanda posta alle madri durante le riunioni dei Gruppi Focali era come sapessero quando un bambino è malato.

Secondo l'opinione delle madri di Firenze, un bambino è malato quando non mangia, se non ha forza, se ha la febbre o la tosse, o quando sta fermo in posto da solo; per sentire se sta bene o ha la febbre gli mettono la mano sul viso. Le madri di Bergamo affermavano che un bambino è malato se ha la febbre o se vomita. Per verificare la febbre, la misurano. A Brescia, le madri consideravano che se un bambino piange, se non vuole stare in braccio a nessuno ma solo a sua madre, se vuole essere allattato e se dorme molto, allora è malato. Aggiungevano, inoltre, che se un bambino è malato gli si vede dalla faccia. Anche a Venezia le madri affermavano che un bambino è malato se ha la faccia brutta, se non mangia bene e se piange. Secondo le madri di Bolzano, un bambino è malato se ha la tosse o la febbre, se è stanco e piange.

Oltre alla febbre, elementi comuni della risposta erano, quindi, la stanchezza del bambino, una certa insofferenza o dolore che si manifesta con il pianto, ma anche con l'espressione corporale e del viso.

Successivamente è stato chiesto quando ritenevano che un bambino fosse sano. Secondo le madri, un bambino è sano se non ha la febbre (Firenze), ma soprattutto se corre (Firenze), cammina (Bergamo), gioca (Bergamo, Brescia, Venezia e Bolzano) ed esce a giocare (Brescia), parla (Bergamo), ha fame e se vuole mangiare (Firenze, Brescia, Venezia e Bolzano).

Le opinioni delle madri, su cosa si dovrebbe fare affinché un bambino sia sempre sano, variavano significativamente.

A Firenze si riteneva che si dovrebbe trovare una situazione che non fosse come quella del campo, con i topi, lo sporco e il cattivo odore che veniva dalle fognature. Loro stavano attente che i bambini

non stessero male, ma al campo bastava poco perché i bambini si ammalassero.

A Bolzano affermavano che bisognasse stare molto dietro ai bambini, che non prendessero un raffreddore o qualche infezione. Ma sostenevano che fosse difficile tenerli: una casa è una casa, ma al campo era difficile perché non potevano tenere i bambini sempre chiusi nelle baracche. Al campo era più facile prendere malattie perché i bambini si frequentavano molto tra loro.

A Bergamo, sostenevano che si dovesse tenerli bene, ben coperti, puliti e non lasciarli giocare nello sporco.

A Brescia affermavano che, specie d'inverno, dovevano vestirli bene, non mandarli fuori e non fargli troppo la doccia, specialmente se il bagno non era ben scaldato. Era importante tenere caldo l'ambiente nella baracca e poi divertirli e stargli dietro. I bambini però non vanno tenuti sempre in casa, ma anche portati in giro per fargli prendere un po' d'aria.

A Venezia le madri sostenevano che non si potesse fare nulla, perché non sapevano quando un bambino avesse dentro la malattia. Solo quando gli veniva la febbre o qualcosa d'altro allora lo potevano sapere.

Le successive domande, di cui si sono accorpate le risposte, furono di menzionare le malattie più comuni dei bambini dell'insediamento, il periodo dell'anno in cui si manifestavano maggiormente e le cause percepite di queste malattie.

A Firenze, secondo le madri, le malattie più diffuse erano la bronchite, la tosse, le malattie della pelle (la scabbia e i funghi) e in certi casi l'epatite. Vi erano, inoltre, le malattie provocate dallo sporco, come l'asma. I bambini avevano la tosse anche d'estate, non solo d'inverno. Non c'era tanta differenza tra estate ed inverno con rispetto alle malattie che venivano ai bambini. Come si è detto il problema principale erano le bronchiti e venivano sia d'estate sia d'inverno. I bambini non avevano, invece, tante diarree, in nessun periodo dell'anno. Le principali cause percepite di malattie erano lo sporco, i topi e l'aria cattiva che si respirava. Quando c'era caldo non si poteva stare nelle baracche e si andava fuori, ma fuori d'estate l'aria puzzava, per via delle fogne e dei topi morti. Il problema maggiore era dove fare il bagno caldo ai bambini: d'estate e d'inverno il bagno si faceva freddo o non si faceva, e in ogni caso non andava bene. Alcune famiglie non avevano neppure accesso ad un bagno.

A Bergamo le malattie più diffuse secondo le madri erano la febbre, il vomito, il mal di pancia e la tosse. Sostenevano che quando c'era caldo, i bambini avevano più vomito, mal di pancia e diarrea, mentre d'inverno c'era più influenza, febbre e bronchite. Affermavano che la bronchite veniva per il freddo. D'estate invece, con il troppo caldo, i bambini non volevano mangiare e così si ammalavano.

Le principali malattie elencate dalle madri di Brescia erano le bronchiti e la febbre che si manifestavano d'inverno. D'estate, invece, non c'era nessuna malattia particolare. Le bronchiti erano dovute al fatto che in casa facesse caldo e fuori facesse freddo. Inoltre, c'era stato un periodo in cui alcuni bambini avevano avuto l'Epatite A e i medici consigliavano a tutti di fare la vaccinazione.

A Venezia, le madri segnalavano molte "malattie di bagno" (diarree). Le diarree venivano specialmente quando c'era caldo. Il raffreddore e la tosse gli venivano quando faceva freddo. Vivendo al campo, nelle baracche, il freddo non si riusciva a fermare. I bambini non si potevano mandare sporchi a scuola, ma era difficile tenerli puliti: lavare tutto a mano quando fa freddo fa

male alla schiena, alle mani e alle gambe. E se la madre si ammala, spesso si ammala anche il bambino.

Le malattie più diffuse a Bolzano, secondo le madri, erano le bronchiti, i raffreddori e la febbre. Quando avevano la febbre e il raffreddore spesso gli veniva anche la diarrea. D'inverno era più facile che avessero la bronchite e l'influenza, mentre d'estate dipendeva molto da bambino a bambino.

Tra le cose che si dovevano fare per migliorare la salute dei bambini, alle madri è stato chiesto prima di tutto di esporre quello che potevano fare loro. A Bergamo sostenevano che si dovesse guardare meglio i bambini, tenerli bene e non lasciarli nello sporco. Era importante che chi abitasse nell'insediamento lo tenesse pulito, come affermavano anche le madri di Brescia. A Venezia affermavano che loro non potevano fare nulla, e che loro cercavano anche di tenere pulito, ognuna teneva pulito, ma è difficile quando si hanno tanti bambini. A Firenze e Bolzano non sono state date risposte in questo senso.

Molte segnalazioni sono state fatte per quanto riguarda le cose che dovrebbero fare le istituzioni per migliorare le condizioni dei campi.

A Firenze chiedevano che dopo 12 anni di vita al campo si trovasse una soluzione abitativa, in modo che i bambini potessero crescere come i bambini italiani. Chiedevano con forza di uscire dal campo. Volevano una casa e un giardino dove potessero giocare i bambini: al campo stavano tra i topi e lo sporco. Quando avessero avuto una casa, anche pagando l'affitto, avrebbero avuto la doccia e l'acqua, l'acqua calda e il riscaldamento. Chiedevano un aiuto per trovare un lavoro. Molte donne facevano l'elemosina, ma se fossero riuscite a trovare un lavoro avrebbero potuto far star meglio i bambini. Se non si ha un lavoro, e non si va a chiedere, come si può fare? A rubare e lavorare con la droga si va in galera. Ma la gente deve pur fare qualcosa. Avendo una casa, sarebbe stato più facile anche trovare lavoro. Se sapevano che vivevi al *Poderaccio* pensavano che si viveva "come zingari" che vanno un giorno qua e un giorno là. Quando le donne andavano a cercare un lavoro e gli dicevano che erano del *Poderaccio*, le persone gli rispondevano: "Mamma mia!".

Le donne ritenevano che se gli fosse data una casa, anche pagando, avrebbero potuto vivere meglio. Volevano pagare ma volevano che i loro figli vivessero meglio e non al campo dove stavano nello sporco.

Anche a Bergamo, le madri intervistate insistevano sull'importanza che le istituzioni li aiutassero mettendo a disposizione delle case. Nessuno, dicevano, dovrebbe essere lasciato nelle condizioni in cui versava il campo. Infatti, anche pulendo il campo tutti i giorni, tornava ad essere sempre lo stesso e si ammalavano i bambini.

A Venezia, affermavano che fino a che ci fosse stato il campo, non poteva essere tenuto in questo stato: pioveva dentro le baracche e l'acqua con la corrente era pericolosa, e i bambini erano sempre attorno. Il Comune sosteneva che entro sei mesi il campo sarebbe stato chiuso e che sarebbero state trovate delle soluzioni per le famiglie, ma alcune donne ritenevano di non poter trovare una casa senza avere ancora potuto ottenere un permesso di soggiorno.

Intanto, sostenevano le madri, per paura dei topi e per lo sporco, i bambini facevano i bisogni fuori dal bagno e questo creava una situazione nella quale era facile prendere malattie. Nel frattempo ci sarebbero voluti dei container: i topi non avrebbero potuto entrare, c'era il bagno e la lavatrice, e non pioveva dentro (facevano riferimento ai container del campo dell'*Olmatello* a Firenze). In questo modo i bambini non avrebbero fatto i loro bisogni fuori dal bagno.

Alcune donne di Venezia avevano paura che la casa non gli venisse data o di non poterla gestire. Una donna aveva il marito in carcere e un'altra aveva il marito appena uscito dal carcere e senza permesso di soggiorno. Una delle madri sosteneva che se gli avessero dato un container con il bagno, lo avrebbe preferito alla casa. Non si comprende bene se diceva così perché non credeva alla casa, o perché non la vedeva come una soluzione gestibile. Certo, la richiesta era anche dettata dall'urgenza di trovare una soluzione in fretta. Un'altra donna sosteneva che non gli servisse un container e voleva una casa. L'altra rispondeva che prima voleva il container e poi, quando avesse ottenuto i documenti, allora che gli dessero la casa.

Anche a Bolzano si puntava all'andare in una casa normale, un appartamento. Veniva, infatti, segnalato il problema del riscaldamento: per ragioni di sicurezza, di notte, quando si dorme, molte famiglie usavano il gas per riscaldare, e non la legna come di giorno. Ma il riscaldamento a gas seccava la gola dei bambini. Inoltre, in appartamento la temperatura si sarebbe mantenuta più stabile, mentre nelle baracche o c'era troppo caldo o troppo freddo. Infine, per lavare i bambini bisognava andare fuori, perché i bagni erano fuori, e d'inverno prendevano freddo e si ammalavano. Anche quando era la madre che doveva andare fuori a lavare i piatti o il biberon del bambino, se prendeva un raffreddore poi lo passava al bambino.

A Brescia, i *romá* erano già in un edificio in muratura e le richieste erano quindi di tenore diverso. Si chiedeva, infatti, che venisse messo il riscaldamento nelle abitazioni per evitare di scaldare con il gas, la legna o le stufe elettriche. Le madri sostenevano che le stufe elettriche in particolare seccassero la gola ai bambini. Le istituzioni avrebbero dovuto, inoltre, sistemare l'aia della cascina, che si allagava ogni volta che pioveva. Sarebbe stato da aggiustare anche il tetto: aveva sempre piovuto dentro fino a che non lo avevano sistemato le famiglie stesse che vi abitavano. Quando erano arrivate le prime famiglie nel '93, nei locali della cascina c'era molta umidità e molta muffa. Vi erano infiltrazioni dal tetto e dai soffitti del primo piano. Muffa, infiltrazioni e umidità c'erano ancora, anche se molto ridotte dai lavori svolti dalle famiglie a spese loro. Le famiglie avevano, infatti, in molti casi sistemato di propria iniziativa l'edificio per renderlo più vivibile. In alcuni casi si erano costruiti anche il bagno per evitare giustamente di dividere con le altre famiglie i bagni comuni costruiti dall'Amministrazione, che riversavano in condizioni pietose.

6. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

In questo capitolo, l'autore comincerà con un bilancio dei punti di forza e dei limiti dello studio. Successivamente, l'attenzione si concentrerà sugli elementi che hanno contribuito, secondo l'opinione dell'autore, al raggiungimento dell'obiettivo principale di questa tesi, e di ciascuno degli obiettivi specifici (p.23), attraverso la discussione dei risultati quantitativi e qualitativi sulle condizioni di vita e lo stato di salute dei bambini.

CARATTERISTICHE E LIMITI DELLO STUDIO

Dalla descrizione dei cinque campi presi in considerazione si comprende come le situazioni che sono state individuate e studiate siano tra loro eterogenee (principalmente per le strutture abitative, l'affollamento, i servizi disponibili che variano da campo a campo). Le differenze presenti, alla base stessa della selezione dei cinque insediamenti, hanno dato la possibilità di analizzare diversi contesti.

La scelta, invece, di selezionare una popolazione il più possibile omogenea, e cioè composta quasi esclusivamente di *romá* macedoni e kosovari, ha consentito di analizzare le differenze esistenti da insediamento a insediamento sulla base di una popolazione uniforme, le cui caratteristiche di eterogeneità (come ad esempio il livello di educazione, la percezione sulle cause di malattia, il fumo di sigaretta) potessero essere meglio identificate e prese in considerazione.

La decisione di limitare lo studio alla popolazione che vive nei campi, tuttavia, non ha consentito un confronto con la popolazione che vive fuori. Nonostante l'eterogeneità del campione rispetto alle condizioni ambientali, tutti i campi avevano un numero di fattori ambientali associati con più di uno dei sintomi studiati. Inoltre, come sottolineato nella "teoria del *gap*" – cui si fa riferimento nel capitolo di analisi bibliografica – i campi, in quanto spazi di vita marginale e precaria inseriti nel contesto di una società benestante, possono di per sé essere considerati tra le cause del cattivo stato di salute. Per queste ragioni, l'autore ha trovato difficile identificare tutte le associazioni tra fattori ambientali e sintomi che ci si sarebbe potuti aspettare.

Il lavoro di campo si è svolto tra metà novembre 2001 e i primi di marzo 2002, e questo potrebbe aver in parte influenzato i risultati, considerato che i sintomi rilevati potrebbero essere stati condizionati in parte dall'inverno particolarmente rigido del 2001-2002. In particolare, si fa riferimento a quei sintomi, come la diarrea o la tosse, la cui prevalenza è stata misurata nei 15 giorni che precedevano l'intervista.

Si sono incontrati problemi a causa della scarsità dei dati in casi in cui stratificazioni ulteriori sarebbero state necessarie, o in cui si ricercava la significatività statistica in uno specifico gruppo di dati. L'autore ha cercato di analizzare nel dettaglio ed in profondità ogni contesto, oltre a sostenere l'analisi quantitativa con una descrizione dettagliata della situazione, prendendo in considerazione molti elementi che hanno fornito un contorno ad ogni insieme, dai comportamenti alle percezioni, dalle descrizioni dei campi ai servizi sanitari, dalla storia dei campi alla disponibilità di servizi di base.

Per le ragioni sopra menzionate, l'analisi appare più robusta per patologie studiate su di un periodo più lungo, come nel caso delle difficoltà respiratorie nell'ultimo anno o la prevalenza d'asma. Il fatto che la diarrea e la tosse fossero molto frequenti, e probabilmente associate con fattori legati ad elementi stagionali (come ad esempio l'influenza), ha complicato l'analisi, nascondendo in parte

l'effetto di altri fattori ambientali.

Il ridotto numero di bambini coinvolti nello studio, come descritto nel capitolo sul metodo, ci ha indotto ad usare stime esatte per il calcolo della significatività delle associazioni e degli intervalli di confidenza, specialmente in quei casi in cui i metodi approssimati non erano accurati a causa del basso numero di frequenze nelle celle delle tavole di contingenza. Si è svolta una dettagliata analisi stratificata, ma si è evitato il ricorso a modelli, considerando che i dati non fornivano sufficiente evidenza per garantire il pieno controllo sull'analisi simultanea.

La mancanza di risorse ha senza dubbio limitato la possibilità di incrementare la dimensione del campione e, quindi, il potere dello studio. Come analizzato nel capitolo dedicato alla ricerca bibliografica, in molti casi la ricerca su gruppi marginali si trova ad affrontare questa limitazione, aggravata, come nel nostro caso, dalla dispersione di piccole comunità su di un vasto territorio. Spesso i gruppi marginali non hanno la forza di far sì che la loro voce comunichi le loro priorità e sia ascoltata dai ricercatori. Questa è una delle ragioni per le quali le risorse per la ricerca e la pianificazione non raggiungono questi gruppi. Tuttavia, nel caso di questa ricerca, come specificato nel capitolo sul metodo, il portare avanti lo studio senza finanziamento ha aiutato a consolidare relazioni di fiducia tra l'autore e i residenti dei campi, non essendovi ambiguità rispetto a ciò che motivava l'attenzione del ricercatore.

Come menzionato nel capitolo sul metodo, a causa del basso numero di partecipanti, le riunioni che si sono tenute con le madri dopo le interviste casa per casa non erano propriamente riunioni di gruppi focali. Tuttavia, come riportato di seguito, l'informazione raccolta in queste riunioni ha generato spunti molto validi per lo studio. In modo qualitativo, i partecipanti hanno espresso le loro principali preoccupazioni e suggerito legami tra fattori di rischio ambientali e la salute dei loro bambini. Questa informazione formalizza le preoccupazioni raccolte nella fase preliminare della ricerca e rende più rilevante ogni risultato quantitativo che confermi queste ipotesi.

GENERARE EVIDENZA PARTENDO DALLE PRIORITÀ ESPRESSE DELLE COMUNITÀ

L'obiettivo generale di questa tesi era di dimostrare che la ricerca quantitativa tra popolazioni urbane emarginate estremamente disperse in piccoli gruppi, come lo sono i *rom* stranieri che vivono nei campi in Italia, poteva offrire evidenza attendibile che le comunità stesse potevano usare per perorare il cambiamento – sempre che il disegno dello studio fosse basato sulle priorità delle comunità stesse.

Ruolo della contestualizzazione

Nel 1999 l'autore ha cominciato ad intervistare *rom*, personale delle istituzioni e delle associazioni, e a visitare insediamenti *rom* in varie regioni italiane. Questo lavoro, fatto di osservazione diretta e discussioni preliminari, insieme ad una mappatura di tutti gli insediamenti di *rom* stranieri in Italia, condotta nel 2001 [1, 2], ha offerto elementi rilevanti per cominciare a sviluppare la ricerca, in termini di approccio e definizione degli obiettivi e delle ipotesi.

La ricerca bibliografica sulla salute degli “zingari” ha rivelato una serie di elementi che sembravano in conflitto con lo scopo di migliorare la salute stessa degli zingari. La distanza tra i ricercatori e le popolazioni studiate è apparsa spesso troppo grande per stimolare un interesse genuino nella salute di questa popolazione. Anche in circostanze in cui era chiaro che queste potessero giocare un ruolo importante, le condizioni di vita non sono state spesso prese in considerazione come fattori di

rischio in studi sulle cause della cattiva salute di gruppi *rom*. Molti studi sulla salute degli zingari non hanno offerto sufficienti elementi per poter inserire la popolazione studiata in un contesto socio-economico, culturale o etnico. Molti studi sono interpretabili sotto la luce di una generale diversità e debolezza degli zingari, piuttosto che nella direzione di un'analisi dei fattori associati allo stato di marginalità di gruppi specifici, se comparato con la società maggioritaria. In questo atteggiamento l'autore ha percepito il rischio di un'implicita tendenza "neo-razzista" che giustifichi la generale debolezza di gruppi di persone, suggerendo che questo sia causato da caratteristiche innate o da comportamenti auto-emarginanti, escludendo dall'analisi rilevanti fattori economico-sociali ed ambientali. Comprendere cosa potesse offrire la bibliografia sulla salute degli zingari, in termini di approcci e risultati, è stato di cruciale importanza per definire cosa fosse necessario per provare a contribuire al miglioramento dell'attuale situazione.

Il mese vissuto al *Poderaccio*, a Firenze, prima dell'inizio del lavoro di campo, ha dato un contributo ulteriore alla comprensione delle dinamiche dei campi, e ha aiutato a dar forma alle ipotesi e agli strumenti di ricerca. Questo lavoro è stato utile per semplificare il questionario, concentrandosi su di un numero limitato di fattori da studiare. Durante il lavoro di campo, si è usato un tipo strutturato d'osservazione diretta per raccogliere informazioni su fattori ambientali, favorendo così, all'interno del quadro disegnato dalla ricerca, l'inserimento contestuale delle persone che vivevano al campo.

Dalle priorità comunitarie all'evidenza epidemiologica

Tutti i passi descritti precedentemente sono stati utili per comprendere meglio le priorità espresse dai *romá* che vivevano nei campi, e per basare la ricerca su queste priorità. Il legame tra le preoccupazioni dei *romá* e il lavoro preliminare, fatto per comprendere il complesso contesto che contribuiva all'esistenza dei "campi nomadi", ha facilitato la raccolta, a livello comunitario, di informazioni quantitative e qualitative allo scopo di raggiungere gli obiettivi di ricerca.

Prendendo in considerazione l'analisi bibliografica sull'approccio CBPR e le ricerche partecipative sviluppate usando metodi CIET, l'autore ritiene che sarebbe stata opportuna una partecipazione più diretta dei *romá*. Tuttavia, l'autore è anche convinto che questo avrebbe richiesto tempi e fondi che non erano disponibili. La scelta di cominciare a produrre evidenza di buona qualità per stimolare l'attenzione delle comunità, delle istituzioni e dell'accademia, con un approccio alla ricerca che fosse con base comunitaria ma realizzato dal ricercatore, ha dato risultati soddisfacenti.

Questo studio mostra come sia possibile eseguire ricerche con base comunitaria su popolazioni urbane marginali disperse in piccoli gruppi, anche con poche risorse. Inoltre, nonostante in alcuni casi fossero meno statisticamente significativi di quanto non ci si aspettasse, i risultati presentati in questa tesi sono estremamente rilevanti, essendo sostenuti dal modo in cui lo studio è stato disegnato, usando informazioni raccolte durante la fase preliminare e concentrandosi sulle priorità e sulle principali preoccupazioni dei *romá* che vivevano nei campi. Come menzionato nei capitoli sulla ricerca bibliografica e sul metodo, l'uso di un approccio che si avvallesse di metodi misti ha esteso la base informativa, e consentito di migliorare la comprensione del contesto condiviso da queste comunità. La significatività dei risultati è stata consolidata dalla conferma di una generale sensibilità dei dati, attestata in varie occasioni attraverso la stratificazione per sesso ed età, e vincolata al confronto con i risultati provenienti dalla letteratura.

Come esplorato nell'analisi della letteratura, le relazioni tra le condizioni di vita e lo stato di salute dei bambini possono essere studiate a differenti livelli di complessità. Tuttavia, l'evidenza quantitativa generata con questo studio mostra come queste relazioni possano essere identificate

anche con strumenti limitati, sempre che il processo di ricerca prenda in considerazione l'esperienza delle persone che vivono in tali condizioni, e sia sostenuto dalla bibliografia sulla materia.

L'autore ritiene che questo studio offra informazioni utili per cominciare a favorire un processo di pianificazione, ed un diverso modo di fare ricerca insieme alle comunità *rom*. Partendo dalle priorità dei *rom*, si spera che questo studio serva come primo passo per dare base scientifica alle preoccupazioni delle persone che vivono nei campi in Italia, portando la loro voce al tavolo dei pianificatori. Il seguente capitolo affronterà in modo specifico le questioni relative alla socializzazione dei risultati di questa tesi.

DEMOGRAFIA E MORTALITÀ

Prima di cominciare a discutere i risultati nei termini di ogni obiettivo specifico della tesi, è necessario analizzare alcuni risultati demografici.

Nella piramide per età (Fig. 5.9 e Fig. 5.11), la riduzione delle frequenze dalla nascita ai sei anni, e nella categoria dal primo al secondo anno, potrebbe spiegarsi con un alto tasso di mortalità accompagnato da un alto tasso di fertilità. Tuttavia, oltre a considerare che questa riduzione potrebbe essere dovuta al caso (visti i numeri ridotti), si deve tenere a mente che si sta prendendo in considerazione un gruppo limitato di stranieri con un rilevante livello di mobilità e di "recente" immigrazione.

Uno studio sul tasso e le cause della mortalità infantile e sulla mortalità generale dei *rom* nei campi potrebbe fornire interessanti contributi a tentativi di migliorare la qualità della vita di questa popolazione. Ovviamente, uno studio di questa natura richiederebbe un numero di partecipanti molto superiore e strumenti appropriati, sia dal punto di vista scientifico che socio-antropologico. Per affrontare un tema come la morte ci sarebbe bisogno di sensibilità e preparazione considerevoli. Non sarebbe facile, inoltre, usare tecniche di stima indiretta, a causa del fatto che il flusso migratorio è recente e tuttora in corso.

Ciò significa che è molto difficile trarre qualche conclusione sulla speranza di vita della popolazione nel nostro studio. Nell'analisi bibliografica sulla "salute degli zingari" l'autore ha trovato articoli che traevano conclusioni sulla speranza di vita degli zingari. Tuttavia, in alcuni casi questi articoli non si basavano su popolazioni chiuse, mentre in altri casi si faceva riferimento a studi condotti su diversi gruppi che vivevano in condizioni tra loro dissimili.

Il fatto che nel nostro campione vi siano poche persone anziane e che l'età media sia al di sotto dei vent'anni, si può spiegare con il fatto che gli anziani siano forse rimasti nel loro Paese d'origine. La vita nei campi in Italia è dura, ed è ragionevole supporre che non tutti abbiano l'energia di provare la sorte emigrando in un altro Paese. In alcuni casi gli anziani sono emigrati, ma potrebbero vivere con altri parenti in condizioni migliori di vita. È evidente, guardando la piramide, che questa sia estremamente bassa e larga. Il fatto che le persone dei gruppi d'età nella parte centrale siano i più rappresentati può sostenere l'ipotesi di una migrazione selettiva, o almeno che la maggior parte delle famiglie che vivono nei campi siano famiglie giovani.

A Bolzano, la proporzione di famiglie con bambini fino a cinque anni è significativamente più bassa, se comparata con la proporzione negli altri campi. Ciò può relazionarsi con una stabilità maggiore e migliori livelli di vita nel campo di Bolzano rispetto agli altri campi. In termini di stabilità, osservando il numero di anni vissuti dalle famiglie nei campi, Bolzano aveva la deviazione standard più bassa (SD 0,9; Firenze 4,6; Bergamo 2,2; Brescia 3,0; Venezia 3,3) ed era l'unico

campo nel quale il numero di anni (sei anni) era uguale alla moda e alla mediana. In termini di condizioni di vita, Bolzano era l'unico campo nel quale non vi fossero abitazioni in cattive condizioni, in cui tutte le famiglie avevano accesso ad un bagno privato e all'acqua calda. Bolzano condivideva con altri campi altre caratteristiche positive, ma era l'unico che combinasse gran parte di queste: meno di 140 persone, più di 25 metri quadrati per persona, mancanza di acqua stagnante e di elementi inquinanti (come fabbriche o cave, nonostante il campo fosse costruito sopra una discarica malamente bonificata). Lo stesso ragionamento potrebbe applicarsi considerando la numerosità media delle famiglie intervistate in ogni città, come menzionato in precedenza.

Una simile spiegazione potrebbe essere data del fatto che Bolzano e Brescia avevano il numero più alto di bambini nati in Italia (Tav. 5.45). Ciò era probabilmente dovuto ad una maggiore stabilità in situazioni più consolidate e condizioni di vita più accettabili. Riguardando, nella *Tavola 5.32*, il numero di anni vissuti al campo attuale dall'intervistato, si può vedere che Bolzano e Brescia avevano il valore modale più alto in termini percentuali (Bolzano con sei anni, 84%, Brescia con nove anni, 69%) e che questo era il valore più alto: a significare che gli altri intervistati avevano vissuto al campo per meno anni. Nelle altre città, le frequenze erano molto più distribuite nel corso degli anni, mostrando un livello di stabilità più basso delle famiglie nei campi.

LA FREQUENZA DEI PROBLEMI DI SALUTE SOFFERTI DAI BAMBINI

Il primo obiettivo specifico di questa tesi era di misurare la frequenza dei problemi di salute più comuni sofferti, dalla nascita ai cinque anni d'età, dai bambini che vivevano nei campi.

Nel 2004, l'autore ha pubblicato alcuni risultati preliminari sullo stato di salute dei bambini sulla rivista *Roma Rights Quarterly* [253].

Basso peso alla nascita

La percentuale di bambini dei cinque campi nati sottopeso (sotto i 2,5 kg) era del 10%.

In Italia, secondo i dati di UNICEF e OMS, la percentuale di bambini nati sottopeso durante il periodo 1995-99 era del 5%. Per fare una comparazione, nello stesso periodo, Paesi con il 10% di nati sottopeso includevano l'Egitto, l'Iran, il Libano e lo Zimbabwe [254].

Nella revisione della letteratura sulla "salute degli zingari" abbiamo visto che alcuni autori affermano che il basso peso alla nascita è frequente nei gruppi zingari. Tuttavia, abbiamo anche riportato come non vi sia alcuna evidenza pubblicata sull'esistenza di un'associazione indipendente tra origine etnica/razziale e basso peso alla nascita. Se gruppi zingari tendono ad avere tassi più alti di nati sottopeso comparati con il resto della popolazione, fattori ambientali, sociali, economici e comportamentali devono essere identificati per giustificare questa differenza.

Diarrea

Per il suo impatto sul benessere del bambino, è importante studiare le cause della diarrea, anche se può risultare complicato a causa della molteplicità dei fattori coinvolti. Infatti, "la diarrea è solo il sintomo comune di un grande numero di patologie intestinali. L'origine dell'infezione può essere un virus, un battere, un parassita o, spesso, una combinazione di questi. Condividono tutti l'abilità di alterare la funzione intestinale, incrementando la perdita di fluidi del corpo e diminuendo la

ritenzione di nutrienti” [255, p.10].

Come menzionato in precedenza, e specialmente nel caso della diarrea, l’analisi è stata limitata dalla mancanza di un confronto con persone che non vivevano nei campi. L’alto livello di prevalenza di periodo in tutti i campi non ha, infatti, consentito un’effettiva identificazione delle associazioni tra fattori ambientali e diarrea.

In questo studio sugli insediamenti *rom*, la percentuale di bambini che avevano avuto la diarrea negli ultimi quindici giorni era del 32%.

Non sono stati trovati dati comparabili sulla popolazione pediatrica in Italia, ma alcuni esempi possono essere forniti, anche se non sul tema specifico dei “campi nomadi”. Tutti questi studi sono stati condotti su bambini da zero a cinque anni e considerando la prevalenza di periodo della diarrea durante le ultime due settimane prima dell’intervista:

- Uno studio condotto nel 1996 in Nepal, su 13.338 bambini, ha mostrato una prevalenza di periodo del 18% [256].
- Uno studio su più di 15.000 bambini svoltosi in Bangladesh nel 1999 ha prodotto un risultato del 9% (1.424/15.321) [257].
- Nel 2001, uno studio sullo stato nutrizionale dei bambini nel nord dell’Irak ha mostrato una prevalenza di periodo del 25% (da un campione di 2.745 bambini) [258].
- In Sudafrica, la *Demographic and Health Survey* del 1998 ha riportato una prevalenza di periodo di diarrea a livello nazionale del 29% [259].
- Un articolo pubblicato nel 1991 [260], che stimava la morbilità per patologie diarroiche negli Stati Uniti, ha affermato che 16,5 milioni di bambini sotto i cinque anni avevano avuto dai 21 i 37 milioni di episodi di diarrea in un anno. Di questi episodi, da 2,1 a 3,7 milioni avevano condotto ad una visita medica. Per stimare, a partire da questi dati, la prevalenza della diarrea per un periodo di 15 giorni, si devono assumere il numero di episodi per anno e la durata di ogni episodio. Tenendosi alti con i dati, si può considerare che ciascuno dei 16,5 milioni di bambini abbia avuto due episodi di diarrea in un anno (33 milioni di casi in totale) e che ogni episodio sia durato quattro giorni. In questo caso la prevalenza di periodo della diarrea in un intervallo di 15 giorni è del 10% (numero di episodi per anno = $E = 2$; durata di un episodio in giorni = $D = 4$; giorni in un anno = 365; intervallo = $I = 15$; $E [I + (D - 1)] / [365 + (D - 1)] = 2 (15 + 3) / (365 + 3) = 9.78$).

Per una comparazione con situazioni di marginalità in ambienti urbani, è importante riportare i risultati di uno studio condotto a Los Angeles (U.S.A.) nel 1987/1988, su bambini senza casa o che vivevano in abitazioni povere [126]. Nell’ultimo mese, il 34% dei bambini senza casa (67/194) e il 29% dei bambini che vivevano in abitazioni povere (56/193) avevano avuto diarrea e vomito. Sfortunatamente, l’articolo non specifica l’età dei bambini e il periodo di riferimento è di un mese e non di 15 giorni.

Nel nostro studio, l’occorrenza di diarrea appare più elevata nei primi tre anni, raggiungendo il suo picco nel secondo anno. Tale fenomeno è probabilmente dovuto sia al cambio di dieta del bambino, sia al fatto di essere tenuto meno in braccio dalla madre e di muoversi in modo più indipendente. L’occorrenza di diarrea diminuisce negli anni seguenti, probabilmente a causa di un rafforzamento del sistema immunitario del bambino e dell’aumentata capacità digestiva. In generale, durante i primi sei mesi di vita, l’allattamento materno esclusivo può aiutare a tener bassa l’incidenza di diarrea. Dopo questo periodo, il latte materno viene sostituito in parte con altri alimenti e la diarrea può diventare molto comune in ambienti in cui non si possono garantire adeguati standard igienici. La tendenza per età osservata in questo studio è molto simile a quella riportata dagli studi citati in precedenza.

L'alta percentuale di casi di diarrea non dovrebbe far pensare ad un uso inappropriato dei termini usati durante l'intervista. In generale, nel corso del lavoro di campo, è stata utilizzata la parola italiana "diarrea". Quando necessario, per una migliore comprensione, è stato usato il termine "*proliv*", una parola di origine Serbo-Croata suggerita dalle stesse madri. Il termine "*proliv*" ha lo stesso significato di "diarrea".

Sarebbe difficile, inoltre, immaginare che i residenti dei campi fossero più preoccupati delle madri italiane rispetto alla diarrea. Essendo la diarrea molto comune nei campi, sarebbe complicato sostenere che sia stata esagerata l'importanza data a questo sintomo e, anzi, si potrebbe più comprensibilmente affermare il contrario. Infatti, anche quando i bambini di Bergamo presero la shigella, i genitori pensarono al principio che si trattasse di una "normale" diarrea.

Un'analisi simultanea dei sintomi, considerando la diarrea solo quando fosse accompagnata da vomito, ha prodotto un risultato del 5% (9/165). Considerando, quindi, anche la possibilità di una definizione problematica della diarrea che avrebbe potuto produrre una percentuale più alta di casi, prendendo in considerazione la diarrea insieme al vomito si costruisce un fattore più restrittivo. Tenendo queste osservazioni a mente, una percentuale del 5% di bambini con diarrea e vomito dovrebbe, in ogni caso, essere considerata molto alta.

In tutte le città, la proporzione di bambini con diarrea era alta: tre bambini su 21 a Bergamo, 10 su 20 a Brescia, e 32% nelle altre città.

Tosse

È importante misurare la prevalenza di periodo della tosse, come sintomo di broncospasmo e di infezioni acute delle basse vie respiratorie che sono, come la diarrea, causate da un'ampia varietà di agenti patogeni. Queste infezioni sono molto varie in termini di gravità. I fattori principali di trasmissione sono la densità di popolazione, condizioni di vita affollate, e cambi climatici che favoriscono il diffondersi della malattia [255].

Il 55% dei bambini aveva sofferto di tosse nei quindici giorni prima dell'intervista (90/165). Di questi 90 bambini, 64 erano stati portati ad essere visitati. Si dovrebbe tener conto che una sindrome influenzale era molto diffusa nei campi, causando sintomi come la diarrea, la tosse e il vomito.

Come per la diarrea, l'autore non ha trovato dati sulla prevalenza di tosse o di infezioni acute delle basse vie respiratorie nella popolazione pediatrica italiana. In uno studio già citato, condotto su bambini senza casa o che vivevano in abitazioni povere di Los Angeles [126], la percentuale di bambini con tosse/raffreddore nell'ultimo mese era del 70% per i senza casa (136/194) e del 79% per i bambini di abitazioni povere (152/193). Si tratta di un importante termine di paragone anche se, sfortunatamente, come già menzionato, l'età dei bambini coinvolti nello studio di Los Angeles non è specificata e la prevalenza è calcolata su un periodo di un mese, e non di 15 giorni.

Studi condotti in Paesi più poveri riportano, come nel caso della diarrea, prevalenze di periodo più ridotte. Uno studio condotto in Bangladesh nel 1999, su bambini sotto i cinque anni, ha riportato una prevalenza di periodo di infezioni acute delle basse vie respiratorie del 9% (1.329/15.321) nelle due settimane precedenti l'intervista [257]. Nel Nord Irak, uno studio su bambini sotto i cinque anni, condotto nel 2001, ha mostrato una prevalenza di periodo di infezioni respiratorie acute nelle ultime due settimane del 18% (da un campione di 2.745 bambini) [258].

Difficoltà respiratorie ed asma

L'autore ha pubblicato alcuni risultati preliminari sulle difficoltà respiratorie e l'asma nel 2004, sulla rivista medica *Epidemiologia & Prevenzione* [261].

Con l'intenzione di fare un confronto con dati italiani sull'incidenza e prevalenza d'asma, quando possibile, saranno usati i risultati del progetto Italiano “*Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*” [262] (SIDRIA, condotto in collaborazione con l'*International Study of Asthma and Allergies in Childhood* – ISAAC [263]). I dati di SIDRIA sono stati raccolti durante l'anno accademico 1994-5, su una popolazione di 18.737 bambini di sei e sette anni della scuola elementare. Si prenda nota del fatto che l'età di riferimento è differente e che, quindi, va esercitata una certa prudenza nel comparare i dati.

In questo confronto dobbiamo considerare il possibile impatto dell'emarginazione (“teoria del *gap*”) che si aggiunge all'impatto delle sole difficili condizioni di vita. Tuttavia, dobbiamo anche valutare che i bambini *rom* considerati in questo studio sono i “sopravvissuti” a condizioni di vita particolarmente difficili e potrebbero risultare più resistenti di un bambino italiano medio. Nonostante il fatto che noi compariamo dati di un campione di bambini italiani con dati di bambini stranieri che vivono in condizioni di emarginazione particolari, e di età diversa, l'autore ha deciso di presentare questo confronto per descrivere alcune similitudini in queste due distribuzioni.

Le comparazioni analizzate in questa sezione, tra lo studio sui cinque campi e i dati nazionali di SIDRIA, sono sintetizzate nella *Tavola 6.1*.

Il 23% dei bambini coperti dallo studio ha sofferto di difficoltà o fischi respiratori nel corso della vita. Di tutti i bambini, il 17% ha sofferto di questa condizione negli ultimi 12 mesi, senza differenza per sesso del bambino. Il 5% ha avuto almeno quattro attacchi di fischi o difficoltà respiratorie almeno in quattro occasioni durante l'ultimo anno (8% per i maschi e 2% per le femmine).

Per un confronto con i dati italiani sui sintomi manifestatisi negli ultimi 12 mesi, lo studio SIDRIA riporta una prevalenza di periodo di dispnea con fischi, per bambini di sei e sette anni, del 5,3%, che colpiva più i maschi (6,4%) che le femmine (4,0%). In SIDRIA, la prevalenza di periodo degli attacchi di fischi – almeno quattro – era del 1,4% e colpiva, anche in questo caso, i maschi (1,8%) più delle femmine (1,0%).

La percentuale di bambini *rom*, che vivevano nei cinque campi, che aveva sofferto di asma almeno una volta nella vita, era del 9% (13% per i maschi e 6% per le femmine). I dati italiani riportano la stessa percentuale (9%, con 11,4% per i maschi e 6,4% per le femmine) ma, visto che il campione dello studio italiano era composto di bambini di sei e sette anni e che l'indicatore ha al denominatore il cumulativo degli anni vissuti, il periodo medio di vita considerato dallo studio italiano è definitivamente più alto della media nel nostro studio di bambini da zero a cinque anni.

Questo confronto può essere, tuttavia, considerato come conferma dell'attendibilità dei dati ottenuti in uno studio di dimensioni ridotte e suggerisce che nello studio sui bambini *rom*, se il numero di anni vissuti fosse stato uguale, l'incidenza di asma avrebbe potuto essere più alta che per i bambini italiani.

L'attendibilità dei risultati, inoltre, è rafforzata dal confronto sui dati della distribuzione per sesso. La percentuale di bambini *rom* cui è stata diagnosticata l'asma nel corso della vita è 13% per i

maschi (10/78) e 6% per le femmine (5/87), mentre per SIDRIA il risultato è di 11,4% per i maschi e 6,4% per le femmine.

Nel nostro studio, l'asma attiva ha incluso tutti coloro che avevano avuto una diagnosi di asma nel corso della vita e avevano avuto difficoltà o fischi respiratori negli ultimi 12 mesi. In letteratura, abbiamo trovato differenti definizioni di "asma attiva". Tuttavia, in generale, queste definizioni si basano sulla presenza di sintomi negli ultimi 12 mesi e, o l'asma diagnosticata da un medico o l'uso di medicine per la dispnea e i fischi respiratori nell'ultimo anno [264, 265].

La prevalenza di asma attiva nel nostro studio era del 7% (10% per i maschi e 5% per le femmine).

Nonostante non sia stato possibile calcolare l'"asma attiva" dai dati presenti nell'articolo di SIDRIA, confrontando i dati sui bambini *rom* con quelli ottenuti da SIDRIA per una definizione meno restrittiva come "dispnea con fischi negli ultimi 12 mesi", si è registrata una prevalenza più alta per i bambini dei campi: nello studio di SIDRIA, la prevalenza di periodo di dispnea con fischi era del 5,3% (6,4% per i maschi e 4,0% per le femmine), mentre nel nostro studio la prevalenza d'asma attiva era del 7% (10% per i maschi e 5% per le femmine).

Risulta, inoltre, più alta la prevalenza di periodo per i bambini *rom* calcolata sulla base di almeno quattro episodi di difficoltà e fischi respiratori negli ultimi 12 mesi e una diagnosi di asma, rispetto alla percentuale di bambini nello studio di SIDRIA che avevano sofferto almeno quattro attacchi di dispnea con fischi negli ultimi 12 mesi (con o senza una diagnosi d'asma). Per i bambini *rom*, la percentuale era del 4% (6/165) – 6% (5/78) per i maschi e 1% (1/87) per le femmine – mentre per SIDRIA era del 1,4% – 1,8% per i maschi e 1,0% per le femmine.

Queste cifre mostrano, per i bambini degli insediamenti coperti dallo studio, una prevalenza di periodo più elevata di sintomi relazionati all'asma che potrebbero, nel corso del tempo, avere un impatto sulla prognosi dell'asma stessa. Si considera, infatti, che il 40% dei bambini che manifestano sintomi dell'asma, come dispnea e fischi respiratori, nei primi tre anni di vita, li manifesteranno anche all'età di sei anni e che questa percentuale aumenti significativamente se i bambini hanno sofferto persistentemente di sintomi dell'asma [266]. Studi di coorte hanno dimostrato che il grado di persistenza dei sintomi dell'asma durante l'infanzia è legato al grado di riduzione della funzione polmonare e alla qualità della prognosi dell'asma nell'adulto [267, 268].

Altri sintomi e patologie

Nonostante il piccolo numero di bambini con malattie dermatologiche (8/165) non fosse sufficiente per sviluppare un'analisi del rischio, è importante sottolineare che non si sono registrati casi a Brescia e Bolzano, gli unici due campi con meno di 150 residenti e nei quali la presenza di ratti non fosse stata registrata. L'alto ricorso a trattamento medico (sette degli otto bambini) è dovuto probabilmente al disagio generale causato da patologie dermatologiche e dal fatto che, essendo visibili, possano essere considerate indicative di trascuratezza e mancanza di igiene.

Rispetto alle condizioni croniche registrate nel capitolo sui risultati, consideriamo che la questione sia complessa e debba essere analizzata più in profondità. Il punto di vista dell'autore è che le cause di molte patologie congenite presenti nei campi vadano ricercate principalmente in fattori di tipo ambientale. Ciò si potrebbe assodare scientificamente con studi diversi da quello qui presentato. Per fugare ogni dubbio su un'ipotesi purtroppo molto presente in letteratura, non risulta, inoltre, che i *romá* nel nostro studio praticassero forme di endogamia che giustificino alti livelli di consanguineità tali da favorire patologie di tipo congenito.

FATTORI AMBIENTALI, ABITUDINI E COMPORTAMENTI CHE INFLUISCONO SULLA SALUTE DEI BAMBINI

Anche se il secondo e terzo obiettivo specifico richiedevano la descrizione di “fattori ambientali, presenti nei campi, che potenzialmente potessero influenzare lo stato di salute dei bambini” e di “abitudini e comportamenti che potessero avere effetti sulla salute dei bambini” (p.23), l'autore crede che vi sia spesso un legame intrinseco tra l'ambiente e i comportamenti delle persone che vivono in luoghi come i campi. Questa opinione, rafforzata dall'osservazione diretta e dall'analisi epidemiologica, e sostenuta dalla revisione bibliografica in “Comunità emarginate, ambiente, situazione abitativa e sanità”.

Alcuni esempi del legame tra comportamenti e ambiente, con effetti sullo stato di salute dei bambini, possono essere anticipati brevemente. Il fumare, associato nel nostro studio al basso peso alla nascita dei bambini, è noto in letteratura per essere fortemente associato ad indicatori di disuguaglianza sociale. Gli effetti di un uso intenso di stufe a legna sulle infezioni respiratorie acute dei bambini sono stati discussi nel capitolo di analisi bibliografica. In abitazioni isolate male, il riscaldamento dovrà essere tenuto alto durante l'inverno, mentre le famiglie probabilmente non potrebbero permettersi sistemi di riscaldamento alternativi. Come riportato nei capitoli sul metodo e i risultati, le condizioni abitative, associate con le difficoltà respiratorie e l'asma, erano determinate da una combinazione di elementi strutturali e abitudini famigliari (cura e pulizia). Per baracche auto-costruite, la struttura stessa riflette la capacità, possibilità e l'attenzione dei membri della famiglia. Tuttavia, erano presenti problemi generati dalle limitazioni di spazio causate dall'affollamento e dai limiti imposti dalle istituzioni ai materiali che potevano essere utilizzati e gli interventi che potevano essere fatti.

Come affermato da Marmot [269], anche quando il comportamento può essere considerato come causa di una malattia, dovremmo sempre “andare oltre per esaminare la causa delle cause” [p.3], cercando di comprendere il determinante sociale di quel comportamento. Ciò è particolarmente rilevante se la nostra intenzione finale è di trovare il modo di migliorare la salute pubblica.

Di seguito, prima di entrare nell'analisi delle relazioni tra fattori ambientali e comportamentali, e la salute dei bambini, l'autore si concentrerà sulla descrizione dei principali aspetti ambientali e comportamentali che richiedano attenzione, e sulla percezione dei residenti rispetto ai fattori che influiscono sulla salute dei bambini.

L'ambiente dei campi

A partire dall'ambiente circostante, la descrizione dei campi ha enfatizzato come praticamente tutti presentassero vari elementi di degrado. Nel caso di Firenze, Brescia e Venezia, le discariche collocate vicino agli insediamenti erano state sanate dopo l'istituzione dei campi. Anche il campo di Bolzano era stato costruito sopra una discarica, apparentemente sanata prima della sua creazione. La presenza di ratti era stata riportata a Firenze, Venezia e Bergamo, indicando degrado ambientale. I campi erano spesso attrezzati in aree trascurate e dimenticate, aggiungendo così nel tempo peso ai problemi causati dalla scarsa pianificazione, dalla mancanza di servizi di base e dall'affollamento.

Tutti i campi erano collegati con l'energia elettrica, anche se gli impianti nei campi di Firenze e Bergamo erano in condizioni molto precarie.

La qualità delle abitazioni risultava particolarmente importante durante l'inverno, per la possibilità di trattenere il calore, riducendo l'effetto del freddo all'esterno. Spesso, tuttavia, l'utilizzo di materiali leggeri e di scarto implicava uno scarso isolamento e, di conseguenza, un uso intensivo del riscaldamento per mantenere all'interno una temperatura accettabile. Secondo l'opinione delle madri, ciò rendeva molto secca l'aria all'interno delle baracche, e causava mal di gola ai bambini. La limitatezza dello spazio vivibile nelle baracche forzava gli abitanti a spendere più tempo fuori casa e creava, di conseguenza, il bisogno di uno spazio caldo dove potersi proteggere dal freddo. Di notte, i sistemi di riscaldamento non sicuri dovevano essere spenti, e la temperatura interna scendeva rapidamente. A Brescia, i problemi strutturali della cascina causavano infiltrazioni d'acqua, che a loro volta producevano muffe. La scarsa ventilazione, l'isolamento inadeguato, gli sbalzi di temperatura, i sistemi di riscaldamento inadeguati e le muffe sono fattori conosciuti per il loro impatto sulla salute dei bambini, come menzionato nel capitolo di revisione bibliografica.

In alcuni casi, come a Firenze, Bergamo e Venezia, il problema della qualità delle abitazioni esisteva anche d'estate, quando i container, le roulotte e le strutture leggere fatte di teli di plastica o con tetti di lamiera, diventavano molto calde durante il giorno. Secondo i residenti, durante l'estate, la presenza di acqua stagnante, i sistemi fognari inadeguati e i ratti morti rendevano il luogo insalubre e l'aria all'esterno aveva un odore particolarmente disgustoso.

Lo scarso accesso a bagni e docce adeguati è stato identificato come un problema serio. I bagni fuori dalle abitazioni causavano inconvenienti alla possibilità di lavare i bambini, mentre allacciamenti artigianali al sistema idrico all'interno delle abitazioni non erano spesso sostenuti da sistemi fognari adeguati. A Brescia, Firenze e Bergamo l'acqua spesso ristagnava a causa di perdite, tombini intasati, drenaggi inadatti, mancanza di spazi dove le persone potessero lavare i propri vestiti, e a causa del suolo dissestato dei campi.

Affollamento

Secondo la legge italiana sull'immigrazione (Decreto Legislativo 286/1998, modificato dalla Legge 189/2002), le abitazioni nelle quali vivono i migranti devono rispettare standard minimi per consentire allo straniero di ottenere un permesso di soggiorno. Ogni Regione stabilisce questi standard in termini di metri quadrati per persona. A Bolzano – parte della Regione Autonoma del Trentino Alto Adige – gli standard sono definiti dall'Autorità Provinciale. Per una famiglia di cinque individui, il numero minimo di metri quadrati per persona varia dai 17,6 di Bolzano ai 19,0 del Veneto. Nel campo di Bergamo, i *romá* vivevano in 10 metri quadrati a testa, pur considerando tutta l'area del campo, e non solo le baracche (Tav. 5.2). A Firenze, dove le baracche coprivano circa la metà dello spazio totale destinato al campo (Fig. 5.2), ogni persona viveva in 19 metri quadrati. Secondo il censimento nazionale del 2001 (ISTAT) il numero medio di metri quadrati per residente in case abitate era 37. La *Tavola 6.2* compara i dati nazionali e municipali sulle caratteristiche delle abitazioni del censimento con i dati del nostro studio.

A livello nazionale, il numero medio di stanze in case abitate da residenti era 4,2. Nei cinque comuni coinvolti nel nostro studio, Bergamo aveva la media più bassa – 3,1 stanze per abitazione – e Firenze la più alta, con 4,3 stanze. Nei campi, le medie erano molto inferiori: da 1,7 stanze a Bergamo, a 2,7 a Bolzano. In termini di stanze per residente, la media italiana di 1,6 era molto alta se comparata con il minimo di 0,3 del campo di Bergamo e il massimo di 0,7 del campo di Bolzano.

È importante sottolineare che tutti e cinque i campi erano stati allestiti e riconosciuti dalle autorità locali. Tuttavia, l'affollamento e le condizioni abitative al di sotto degli standard spesso generavano problemi ai *romá* che cercavano di ottenere o rinnovare regolari permessi di soggiorno. In alcuni

casi, la polizia e le autorità locali hanno risolto questo problema in modo informale, considerando i campi in un regime di stato d'eccezione.

L'affollamento del campo di Bergamo e Firenze non era solo un problema di spazio vivibile, ma anche di sicurezza. In spazi limitati, con la presenza di materiali altamente infiammabili e di allacciamenti elettrici precari, ogni incidente domestico, che avrebbe avuto conseguenze insignificanti in un'abitazione normale, poteva diventare estremamente serio e coinvolgere svariate baracche e famiglie.

Il tempo vissuto dalle famiglie nei campi

Vi erano due ragioni principali per le quali era importante determinare il numero di anni vissuti dagli intervistati nei campi. Spesso i campi vengono considerati “temporanei” e, per questa ragione, vi si investe poco in termini di pianificazione seria per migliorare le condizioni di vita negli insediamenti, o per trovare soluzioni abitative alternative. Inoltre, spendere molti anni nelle condizioni precarie di un campo può avere gravi effetti sulla motivazione e sul cambio d'atteggiamento dei residenti.

Come già menzionato nel capitolo sui risultati, la variabile “anni trascorsi al campo” si riferisce alla famiglia e non specificamente al bambino. Per questa ragione, il significato della sua associazione con la prevalenza di sintomi specifici del bambino dev'essere esaminato per il suo potenziale impatto sull'ambiente in cui il bambino vive e, di conseguenza, per il suo impatto indiretto sulla salute del bambino.

In media, le persone intervistate avevano vissuto in questi insediamenti per quasi sei anni. Si tratta di un periodo lungo nel quale i residenti hanno spesso affermato di aver vissuto in uno stato di insicurezza e precarietà. È un periodo sufficientemente lungo che consente ad un bambino di nascere, crescere e cominciare ad andare a scuola. Se è difficile abituarsi a vivere in un campo, dopo molti anni le persone avranno subito un cambiamento e vi si saranno abituate loro malgrado. A quel punto non sarà facile per le famiglie tornare a gestire una vita regolare, in un'abitazione regolare.

L'associazione tra numero di anni vissuti dalle famiglie nei campi e la prevalenza di alcuni dei sintomi studiati, che si discuterà successivamente, conferma il ruolo che il tempo può giocare sia nel peggiorare l'impatto sulla salute di un ambiente degradato, sia nell'indebolire i comportamenti di resistenza della famiglia dovrebbero in parte proteggere il bambino da un ambiente ostile.

Come già menzionato, a proposito della teoria del *gap*, vivere in condizioni di svantaggio e marginalità rispetto alla società maggioritaria aumenta il rischio per la salute, e più le persone vivono in queste condizioni, più elevato sarà il rischio [146]. La mancanza di coinvolgimento in politiche di integrazione e la negligenza politica possono aumentare il senso di frustrazione e rassegnazione.

La percezione dei residenti dei campi

Nella revisione della letteratura, non sono state trovate analisi sulle cause di malattie in campi *rom* fornite dai residenti stessi. Per poter comprendere dove cominciare con un tentativo di migliorare la situazione, è importante partire da una descrizione, fatta dagli stessi *rom*, dello stato di salute dei bambini e delle condizioni di vita nei campi.

Gli intervistati hanno identificato più cause di malattie nei casi in cui le condizioni di vita fossero più precarie. In gran parte dei casi, le cause percepite sono risultate le stesse di quelle identificate nell'analisi come associate con sintomi quali la diarrea, la tosse, la febbre e le difficoltà respiratorie.

A Bolzano, è stata riscontrata la percentuale più alta di intervistati che hanno ritenuto non vi fosse nulla, o non potessero identificare alcun elemento presente al campo, che potesse causare malattie nei bambini. Il fatto che i residenti non abbiano trovato elementi che influissero negativamente sulla salute dei bambini, suggerisce che ciò sia dovuto al fatto che Bolzano fosse da ritenere il meno precario dei campi presi in considerazione. Pure a Brescia, dove vi erano poche baracche e quasi tutte le famiglie vivevano in strutture di muratura, è interessante notare il numero elevato di intervistati che non ha riscontrato cause di malattie dei bambini nel fatto di vivere alla cascina.

Nel nostro studio, i residenti hanno identificato la sporcizia come causa principale delle malattie dei bambini. Con alcune eccezioni, l'interno delle abitazioni era estremamente curato e pulito. Va osservato che mantenere una casa e un campo puliti è una questione complicata, che richiede un costante impegno mentale e fisico.

La sporcizia era seguita da cause legate ai problemi strutturali dei campi. Le difficoltà nel mantenere le abitazioni calde, lottando contro il freddo e l'umidità, la mancanza d'acqua calda e la precarietà delle strutture abitative erano menzionate come cause delle malattie dei bambini.

Servizi igienici e strutture abitative insufficienti, e persone che vivano per lunghi periodi in condizioni di affollamento, possono avere un impatto serio sull'ambiente, aumentando il numero di fattori di rischio potenziali per la salute dei bambini. La presenza di ratti in tre dei cinque campi è l'esempio di un elemento che può essere sia conseguenza di un ambiente degradato, sia causa di gravi problemi di salute.

In una tale situazione, la cura dei bambini richiedeva un grosso impegno, ed era difficile tenerli a casa, come indicato dalle madri durante le riunioni dei gruppi focali. Le madri sostenevano che nelle condizioni di vita esistenti nei campi, era molto facile ammalarsi per un bambino. Lavare un bambino diventava problematico, viste le difficoltà collegate alla mancanza d'acqua calda, di una doccia o al fatto che i bagni all'esterno non fossero riscaldati.

Il campo era visto come fonte di squallore ed insicurezza. Occuparsi della famiglia e crescere i propri figli in tale ambiente era molto complicato. Tra gli ostacoli contro cui combattere ogni giorno, i residenti dei campi menzionavano le condizioni abitative, l'umidità, la difficoltà di tenere puliti la casa e i bambini, la mancanza di luoghi dove i figli potessero giocare, e la difficoltà di mantenere un lavoro fisso vivendo al campo.

Come si può vedere da una sintesi dei fattori che gli intervistati hanno considerato tra le cause di malattia dei bambini nei campi, vi è una vasta gamma di opzioni e un buon discernimento dei fattori che potevano potenzialmente influire sulla salute dei bambini e degli adulti. I *romá* hanno associato chiaramente le caratteristiche del luogo dove stavano vivendo, all'impatto che tali caratteristiche potevano avere sulla salute dei loro figli. Questo è un punto importante, poiché sottolinea, se ce ne fosse bisogno, come i residenti avessero una buona percezione dei problemi esistenti nei campi, suggerendo come ciò possa rendere più facile promuovere azioni per migliorare le condizioni di vita di queste persone.

Le madri chiedevano gli venisse data l'opportunità di crescere i propri figli in modo più dignitoso, in una casa vera, come "bambini italiani". Ciò non dovrebbe essere interpretato come una richiesta

di assimilazione, ma come il desiderio di vivere in un'abitazione normale come nell'ex Jugoslavia. È importante chiarire che altri gruppi di *rom* e *sinti* in Italia hanno diverse necessità e richieste.

In Italia, l'idea dell'opinione pubblica generale che agli zingari piaccia vivere nei campi non è sostenuta da alcuna evidenza. Questa opinione è una delle ragioni per le quali le istituzioni locali hanno allestito "campi nomadi" per i *rom* giunti dall'ex Jugoslavia. Soluzioni alternative dovrebbero essere definite a partire da una discussione costruttiva con i residenti dei campi.

RELAZIONI TRA FATTORI AMBIENTALI, ABITUDINI E COMPORTAMENTI, E LA SALUTE DEI BAMBINI

Il quarto obiettivo specifico di questa tesi era di analizzare la relazione tra fattori ambientali, abitudini e comportamenti, e la salute dei bambini.

Basso peso alla nascita

L'analisi condotta sui nostri dati mostra due fattori principalmente associati con il basso peso alla nascita: le maternità precoci o tardive (madri con età al parto di 18 anni o meno, e di 35 anni o più) e il fumo di sigaretta (se vi erano più di due persone che fumavano all'interno dell'abitazione).

Nella relazione tra fumo e basso peso alla nascita, la variabile d'interesse avrebbe dovuto essere principalmente se la madre fumasse e quanto durante la gravidanza, seguita dal fumo passivo inalato dalla madre, sempre durante la gravidanza. Più di due persone che fumano all'interno dell'abitazione, dichiarate durante l'intervista, è quindi un marcatore indiretto di queste altre due variabili primarie.

Per trattare il tema del fumo di sigaretta, e altri comportamenti come il mangiare "per conforto", è necessario considerare i modelli sociali dei comportamenti legati alla salute. Fattori predittivi del fumare includono condizioni di disagio materiale e abitativo. Per questa stessa ragione, la motivazione a smettere di fumare all'interno di gruppi marginali, o di modificare dannose abitudini alimentari è, in generale, molto bassa [145] e i messaggi di educazione sanitaria sono molto difficili da far passare. È infatti problematico chiedere di smettere di fumare a persone costrette ai margini della società.

Diarrea

L'analisi del rischio ha mostrato un'associazione significativa tra la prevalenza di periodo di diarrea e fattori relazionati alle condizioni di vita e alla durata del tempo vissuto al campo. Il rischio di diarrea era più alto in famiglie che avevano vissuto al campo per più di due anni.

Seguendo l'ipotesi che un lungo periodo vissuto al campo potesse aumentare l'impatto sulla salute dei bambini di alcuni fattori ambientali, abbiamo cercato di identificare i fattori che interagivano con l'associazione tra diarrea e anni vissuti al campo. L'analisi ha indicato che per quelle famiglie che avevano vissuto al campo per più di cinque anni, i fattori di rischio erano l'affollamento dell'abitazione e la presenza di acqua stagnante dovuta al fondo sconnesso del campo.

Come vedremo di seguito, l'affollamento e l'acqua stagnante sono fattori associati con altri sintomi come la tosse e le difficoltà respiratorie.

Tosse

Sono state trovate associazioni significative tra la prevalenza di periodo della tosse e fattori relazionati all'accesso e alla presenza d'acqua. Un bambino aveva un rischio di tosse più alto se la famiglia non aveva accesso ad un bagno con doccia. Questo risultato è consolidato da una delle preoccupazioni espresse dalle madri dei bambini durante le riunioni dei gruppi focali, sulle difficoltà di prendersi cura dell'igiene dei propri figli senza esporli al freddo, in situazioni di mancanza d'accesso a bagni adeguati e vivendo in abitazioni difficili da mantenere ad una temperatura ragionevolmente costante.

Il rischio di tosse era anche associato con l'accesso all'acqua all'interno dell'abitazione. In campi nei quali alcune famiglie avevano accesso all'acqua nella propria abitazione (Brescia e Firenze), tale situazione non era sostenuta da sistemi fognari adeguati: a Brescia gran parte degli allacciamenti e degli scarichi dell'acqua erano stati realizzati dalle famiglie stesse, senza supervisione professionale. A Firenze non esisteva alcun sistema fognario all'interno delle baracche e gli allacciamenti erano stati allestiti senza alcuna autorizzazione. L'associazione tra bronchiti e allacciamenti inadeguati all'acqua si può spiegare con le carenze igieniche prodotte da simili allacci o con il possibile aumento dell'umidità e delle muffe all'interno delle abitazioni. Riferimenti bibliografici sul legame tra umidità, muffe e malattie respiratorie sono riportati nel capitolo sull'analisi della letteratura.

Specialmente in quelle famiglie che avevano vissuto nei campi per più di cinque anni, se era stata registrata la presenza di acqua stagnante sul fondo del campo, un bambino aveva un rischio più elevato di tosse. L'acqua stagnante può essere considerata un indicatore dello stato di decadimento del campo il quale, come nel caso della diarrea, ha un impatto sulla prevalenza di periodo della tosse per bambini di famiglie che avevano vissuto in tali condizioni per molti anni.

Come menzionato nel caso della diarrea, l'interazione tra anni vissuti al campo e fattori ambientali, nella loro associazione con la prevalenza di periodo della tosse, va considerato come un elemento importante. In questo caso, ad esempio, il tempo sembra agire come un "amplificatore" dell'effetto dell'acqua stagnante sulla prevalenza di periodo della tosse.

Per famiglie che vivevano in abitazioni affollate (in più di 2,5 persone per stanza), il fatto di riscaldare gli ambienti con stufe a legna, piuttosto che con stufe elettriche o a gas, era un fattore di rischio per la tosse. A causa delle strutture e degli infissi, gran parte delle abitazioni nei cinque campi era difficile da riscaldare. Per mantenere una temperatura costante, le famiglie che usavano stufe a legna le mantenevano accese durante tutto il giorno, ma dovevano spegnerle di notte, per ragioni di sicurezza. L'affollamento, inoltre, rappresentava un problema più grave durante l'inverno, quando le persone tendevano a trascorrere più tempo all'interno. Tale situazione era resa peggiore dall'uso di stufe a legna che dovevano essere mantenute accese tutto il giorno. Di notte, l'affollamento raggiungeva il suo massimo, mentre la temperatura, spegnendo le stufe, scendeva rapidamente.

Come riportato nel capitolo relativo alla ricerca bibliografica, nell'analisi dei fattori di rischio per la salute associati a condizioni abitative inadeguate, l'associazione tra le emissioni di stufe a legna (monossido di carbonio, particolato, idrocarburi policiclici aromatici) e le infezioni respiratorie acute nei bambini è stata ampiamente documentata in letteratura.

Difficoltà respiratorie e asma

L'affollamento del campo era il fattore di rischio più forte associato con le difficoltà o i fischi respiratori manifestatisi almeno una volta nell'ultimo anno: un bambino di un campo nel quale si viveva in meno di 25 metri quadrati per persona, aveva un rischio più alto di aver avuto difficoltà respiratorie nell'ultimo anno. Inoltre, anche un bambino che viveva in un'abitazione considerata in cattive condizioni aveva un rischio maggiore.

L'unica variabile associata con la prevalenza d'asma era la presenza di ratti nel campo, ma solo se si accetta il test esatto di Fisher ad una coda. A causa del piccolo numero di casi, l'analisi del rischio risulta complicata. Il fatto che non vi fossero casi di asma nei campi senza ratti inibisce la possibilità di analisi stratificata. Studi sulla relazione tra la presenza di ratti e l'asma sono stati menzionati nel capitolo di analisi bibliografica.

Combinando variabili sulle condizioni di vita nei campi, abbiamo trovato che un bambino che viveva in un campo meno affollato (con più di 25 metri quadrati per persona) e in una casa in condizioni regolari o buone, aveva un rischio minore d'asma. L'affollamento all'interno dell'abitazione era anch'esso un fattore di rischio: un bambino che viveva in una casa con più di 2,5 persone per stanza, e in cui le persone dormivano in più di tre per giaciglio, era più a rischio d'asma.

ACCESSO ED USO DEI SERVIZI SANITARI DA PARTE DEI RESIDENTI DEI CAMPI IN RELAZIONE ALLA SALUTE DEI BAMBINI

Il quinto obiettivo specifico di questa tesi era determinare l'accesso e l'uso dei servizi di salute da parte dei residenti dei campi, specialmente in relazione alla salute dei bambini.

Era importante analizzare il comportamento dei genitori, rispetto alla decisione di portare i figli ad una visita medica a causa dell'apparire di sintomi specifici. Era d'interesse per identificare comportamenti nel gruppo studiato, che portavano a considerare un sintomo più o meno importante di un altro, o più o meno guaribile in famiglia. Per questa ragione, anche se questa analisi può apparire aneddotica se considerata per un sintomo alla volta, acquista più significatività nel confronto tra comportamenti legati a diversi sintomi.

Una tendenza significativa lineare decrescente secondo l'età del bambino è riportata per tutti i sintomi: per ogni sintomo, la propensione a portare il bambino ad una visita diminuisce con l'età del bambino. Questo risultato è utile per confermare la sensibilità dei dati, potendo comprendere facilmente che, a parità di sintomi, al crescere dei figli i genitori siano meno preoccupati.

Tra tutti i bambini che avevano manifestato almeno un sintomo negli ultimi 15 giorni, il 71% era stato portato ad una visita. In caso di febbre, la percentuale raggiungeva il 75%, mentre in caso di diarrea era del 74%. Il 71% dei bambini con la tosse era stato portato ad una visita.

Se si considera la percentuale di bambini portati all'ospedale – includendo servizi regolari e d'emergenza – e non dal pediatra di base o al consultorio pediatrico, vediamo che di tutti i bambini portati ad una visita in caso di tosse, solo il 59% era stato portato a servizi ospedalieri, mentre in caso di diarrea e febbre questa percentuale era più alta (72% per la diarrea e 68% nel caso di febbre). Come già menzionato, nel caso di malattie dermatologiche, sette bambini su otto sono stati portati ad una visita, e di questi sette, cinque sono stati portati all'ospedale.

Nelle comunità studiate, l'alta percentuale di bambini nati all'ospedale (96%) indica un alto ricorso ai servizi sanitari in caso di parto.

L'uso regolare del pediatra di base potrebbe essere implementato. Nondimeno, si deve considerare che gruppi marginali spesso si sentono meno esposti utilizzando servizi più anonimi o *ad hoc*, e sfortunatamente non tutti i medici di base sono liberi da pregiudizi e accettano facilmente pazienti *rom* stranieri che vivono nei campi. In alcuni casi, i servizi *ad hoc* possono essere il primo passo per risolvere il problema dello scarso accesso e per ridurre il divario tra servizi sanitari e comunità marginali.

PREOCCUPAZIONI, RISULTATI EPIDEMIOLOGICI E POSSIBILI AZIONI

Tornando all'obiettivo generale della tesi, sarà utile sintetizzare come le associazioni individuate dimostrino che la ricerca quantitativa, del tipo sviluppato in questo studio, è capace di produrre evidenza attendibile che le comunità stesse possono utilizzare per perorare il cambiamento.

Il seguente estratto della *Tavola 6.3* riassume le principali relazioni tra preoccupazioni espresse dagli abitanti dei campi e le associazioni identificate nell'analisi.

Le preoccupazioni, come abbiamo visto, sono state formalmente raccolte durante le interviste casa per casa e durante le riunioni con le madri dei bambini sotto i sei anni d'età. Tuttavia, si tratta in gran parte delle stesse questioni emerse nella fase di definizione del progetto di ricerca.

La tavola cerca di semplificare il modo in cui le preoccupazioni sono state tradotte in fattori di rischio potenziali. La realtà è chiaramente più complessa. Un fattore di rischio può riflettere più di una preoccupazione, così come una preoccupazione può essere espressa con più fattori di rischio. Ad esempio, la cattiva qualità dell'aria non è causata solo dalla prossimità di siti industriali, ma anche dalle caratteristiche dei luoghi in cui i campi sono collocati, spesso aree degradate, con sistemi fognari inadeguati, o vicini a discariche mal bonificate.

In ogni modo, questa tavola rappresenta una sintesi mirata dei risultati principali di questa tesi e della loro rilevanza per il futuro della salute dei bambini *rom* che hanno partecipato a questo studio

Preoccupazioni espresse dai Romá

Sporcizia

Rifiuti, degrado, stato dei cassonetti

Condizioni abitative precarie

Qualità e struttura dell'abitazione
Poca circolazione d'aria
Riscaldamento, aria secca
Difficoltà a scaldare l'abitazione
Infiltrazioni e muffe

Freddo e umidità

Bagni fuori dalle abitazioni
Mancanza d'acqua calda
Impossibilità di fare bagno caldo ai bambini
Bagni non riscaldati

Associazioni significative

Acqua stagnante

Tosse (5 anni vissuti al campo) p=0.001
Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.026

Condizioni dell'abitazione

Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.010
Asma (se il campo è affollato) p=0.016

Stufe a legna

Tosse (se il campo è affollato) p=0.027

Assenza di bagni con docce

Tosse (tutti) p=0.003
Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.007

Presenza di ratti**Cattiva qualità dell'aria, odori sgradevoli****Sovraffollamento**

Spazio vivibile al campo

Spazio vivibile nelle abitazioni

Questioni non menzionate in modo esplicito:

Anni vissuti dalla famiglia al campo

Apparentemente contraddittorio:

Accesso all'acqua all'interno dell'abitazione**Ratti**

Difficoltà respiratorie (tutti)

p=0.027

Asma (tutti)

p=0.071

Siti industriali inquinanti

Difficoltà respiratorie (tutti)

p=0.003

Affollamento delle abitazioni

Asma (affollamento giorno e notte)

p=0.014

Affollamento del campo

Difficoltà respiratorie (tutti)

p=0.001

Asma (+condizioni abitazione)

p=0.016

Anni vissuti al campo

Diarrea (tutti)

p=0.014

Diarrea (se l'abitazione è affollata)

p=0.002

Diarrea (in campo con acqua stagnante) p=0.005

Accesso all'acqua in casa

Tosse (bambini 0-3)

p=0.019

7. DIVULGAZIONE DEI RISULTATI E DELL'ESPERIENZA

L'autore ha ritenuto necessario condurre questo studio considerando che diverse questioni, sommandosi, abbiano contribuito, e ancora contribuiscano, a creare un complesso stato di emarginazione. Tale stato è la causa e la conseguenza della mancanza di reali politiche d'integrazione per gruppi di *rom* stranieri. Analizzeremo adesso come alcuni aspetti studiati in questo lavoro possano essere utili alle comunità *rom*, ai servizi sanitari, alle organizzazioni no-profit e alle istituzioni, per iniziare un processo di analisi critica basata sull'evidenza. Va detto però che gli stessi elementi che hanno contribuito alla realizzazione dei "campi nomadi" in Italia, sono da prendere in considerazione come principali ostacoli da affrontare nella discussione su come disseminare i risultati, come creare partnership, come stimolare una ricerca partecipata con base comunitaria e come coinvolgere le associazioni *rom*, il tutto per tentare di modificare l'attuale situazione.

Un discorso su come l'informazione raccolta attraverso questo studio possa avere un impatto positivo nel disegnare una strategia che punti a migliorare le condizioni di vita dei *rom* stranieri in Italia dovrebbe tener conto dei tre principali attori: 1) le comunità *rom*, 2) i ricercatori del settore pubblico e del no-profit e gli operatori sanitari, e 3) le istituzioni locali, nazionali ed europee. Questa strategia dovrebbe concentrarsi su tre punti essenziali: a) una recensione critica della letteratura, b) i risultati della relazione tra condizioni di vita e salute – cosa è stato accertato e cosa debba essere ancora indagato, e c) la necessità di condurre un tipo di ricerca differente, più basato sulle comunità, più partecipativo, più centrato sui bisogni delle comunità e sul miglioramento delle attuali condizioni.

Considerato che i campi sono instabili per loro stessa natura e che possono esser facilmente modificati o smantellati, una strategia di comunicazione non dovrebbe focalizzarsi sui cinque campi o sulla popolazione che ha vissuto in questi campi, ma sui meccanismi e sulle conseguenze dell'esclusione fisica che colpisce i gruppi di *rom* stranieri immigrati in Italia. Nonostante alcune famiglie *rom* che hanno vissuto nei campi siano riuscite ad ottenere case regolari, la situazione in Italia è ancora irrisolta e il nuovo flusso migratorio di *rom* romeni incontra, nel 2006, gli stessi problemi in cui si sono imbattuti i kosovari e dai macedoni alcuni anni fa.

Questo capitolo è stato elaborato dopo aver discusso con Demir Mustafa, *romá* macedone membro fondatore dell'Associazione *rom* "Amalipé Romanò" con sede a Firenze, e con Salvatore Geraci, Direttore dell'Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma e membro della Direzione Scientifica della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Le opinioni espresse in questo capitolo però, riflettono solo il punto di vista dell'autore.

Per poter diffondere le informazioni e raccogliere utili commenti, parte del materiale di questa tesi è già stato presentato e pubblicato. Altre informazioni saranno presentate dopo la pubblicazione della tesi. Oltre alle pubblicazioni, elencate altrove, un articolo sull'analisi critica è stato presentato alla conferenza annuale della *Gypsy Lore Society*, a Newcastle sul Tyne (Inghilterra) il 3 settembre 2004. I principali risultati della tesi sono stati illustrati al seminario di Studi Romanì di Londra alla *London School of Economics* il 29 marzo 2004. Thomas Acton, professore di Studi Romanì presso l'Università di Greenwich, ha coordinato il seminario alla presenza di Martin Kovacs (consulente e ricercatore delle politiche dell'Unione Europea per le comunità *rom*), di Florina Zoltan (ricercatrice e attivista in un'organizzazione di rifugiati *rom* rumeni), di Lavinia Olmazu (manager di un progetto sulla rappresentazione dei *rom* nei media) e di Nidhi Trehan (studiosa di *European Roma Politics* presso il programma di dottorato della LSE). In entrambe le occasioni, gli interventi degli

altri ricercatori hanno permesso di migliorare l'analisi e di stabilire buoni contatti per ricevere e canalizzare informazioni utili.

IL COINVOLGIMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI ROM

La maggior preoccupazione espressa dai *rom* che vivono nei campi era legata alle condizioni di vita e come queste si ripercuotessero sulla salute dei bambini. Per questa ragione, i risultati di questo lavoro, in termini di fattori di rischio per la salute dei bambini, possono essere facilmente compresi dagli stessi *rom*. Tuttavia, non ci si deve limitare alla discussione dei risultati. Il problema principale è di definire modalità di coinvolgimento delle associazioni *rom* e, per le associazioni *rom*, di trovare il modo di migliorare la situazione attuale.

Tra gli argomenti da discutere con le organizzazioni *rom*, vi è quello di comprendere come si possa sviluppare la ricerca con maggiore coinvolgimento delle comunità e focalizzandosi su priorità e argomenti d'utilità per i gruppi coinvolti. Il coinvolgimento delle organizzazioni *rom* nelle discussioni con i ricercatori e gli operatori sanitari, al fine di pianificare comuni approcci in termini di ricerca e di azione, è fondamentale. È anche importante definire insieme come la ricerca basata sull'evidenza possa esser utile a fornire elementi per perorare il cambiamento.

Tra le priorità discusse con Mustafa:

- Disegnare tavole semplificate che espongano le informazioni della *Tavola 6.3*, una tavola per ogni risultato significativo, e diffondere queste informazioni tra le associazioni *rom*;
- Insieme a gruppi *rom* in Italia, definire i parametri per la conduzione di ricerche che siano eticamente corrette;
- Iniziare a discutere di partenariati, per stimolare la ricerca partecipata, non solo nel campo della salute ma anche, in generale, per ottenere evidenza utile a perorare il cambiamento.

Sfortunatamente i *rom* e i *sinti* non sono riconosciuti come minoranza nazionale in Italia. Ciò complica ulteriormente la raccolta di risorse per questo tipo di lavoro. Inoltre, il mancato riconoscimento della minoranza *rom* e *sinta* in Italia rende difficile il coinvolgimento dei *rom* stranieri che vivono in abitazioni regolari e che tendono a non dichiararsi *rom* per evitare pregiudizi. I *rom* più integrati sarebbero in una posizione migliore per negoziare e per stabilire partenariati con ricercatori e istituzioni, mentre coloro che vivono nei campi sono più deboli e vivono in situazioni più precarie.

Dopo aver discusso con Mustafa, è apparso più chiaro che ogni processo non dovrebbe essere intrapreso o stimolato solo dalle associazioni *rom*, ma dovrebbe sorgere da un accordo tra ricercatori/operatori sanitari, istituzioni e gruppi *rom*. Le associazioni di *rom* stranieri in Italia sono ancora deboli e hanno bisogno di sostegno per riuscire a portare avanti tali questioni. In molti casi, il potere negoziale di queste associazioni è ancora fragile e i loro mezzi finanziari inadeguati. Tuttavia, nonostante personalmente ritenga che la partecipazione richieda tempo, fondi, stimoli e sostegno, credo anche che valga la pena iniziare a lavorare in questa direzione.

I RICERCATORI E I SERVIZI SANITARI

In molti casi, i dati raccolti e pubblicati sulla salute dei *rom* che vivono nei campi in Italia provengono da attività di operatori sanitari istituzionali o di agenzie no-profit. In molti casi, come constatato da questo lavoro, i servizi sanitari si rendono conto che i campi sono luoghi inadatti e

insalubri. Tuttavia, le azioni dei servizi sanitari si limitano spesso all'offerta di servizi e alla descrizione della situazione.

Uno dei punti principali che dovrebbe esser discusso è il ruolo della salute pubblica. Si cita, come esempio, un rapporto pubblicato nel 2003 dall'Agenzia di Salute Pubblica della Regione Lazio (ASP) e dalla stessa Regione Lazio che, documentando una campagna di vaccinazioni svoltesi nei campi di Roma, afferma, nella sua introduzione, che una delle sfide della sanità pubblica è garantire canali preferenziali a quella parte di popolazione che vive in situazioni di marginalità e in condizioni sociali economiche e culturali precarie [270, p.9]. Il punto di vista dell'autore è più vicino all'idea espressa nel materiale usato per definire lo schema metodologico di questa tesi. Krieger [16], Cohen e Northridge [120] affermano che gli operatori professionali della sanità pubblica hanno la responsabilità di chiedere, e chiedersi, se il loro modo di ragionare e lavorare rifletta le ingiustizie sociali o contribuisca a perpetrarle, e che la sanità pubblica e l'epidemiologia devono esplorare ed affrontare gli effetti delle differenze sociali ed economiche sulla salute.

Le informazioni raccolte con questo lavoro mostrano come l'analisi del rischio, in una ricerca con base comunitaria, e l'uso di metodologie miste possano produrre evidenza di buona qualità da utilizzarsi insieme alle comunità *rom* per acquistare potere negoziale. In alcuni casi, i servizi sanitari e le comunità *rom* hanno espresso le stesse preoccupazioni. Ricercatori e associazioni *rom* dovrebbero lavorare insieme nel raccogliere evidenza epidemiologica e per definire proposte che puntino al miglioramento della situazione attuale. Tale processo dovrebbe avere lo scopo di suscitare una reazione positiva nelle istituzioni.

Il dialogo con le comunità *rom* è possibile e molto importante per discutere i comportamenti legati alla salute, le relazioni con i servizi sanitari e cosa possa esser cambiato, e come, in termini di condizioni di vita.

L'autore ritiene che non ci si dovrebbe concentrare su progetti educativi. Come affermato da Fuglesang nel suo libro sulla comunicazione interculturale [22], "una gran quantità di pseudoinformazione si concentra sul falso assunto che la povertà e la malattia siano causate dall'ignoranza". Ciò che è necessario è un maggior coinvolgimento nei processi decisionali e nella definizione di politiche d'integrazione. Basandosi sui risultati di questa tesi, un tale procedimento dovrebbe cominciare da una discussione approfondita sul ruolo dell'epidemiologia nell'esplorare e affrontare l'attuale situazione.

L'autore è membro fondatore e consigliere dell'associazione Metis Africa, un'organizzazione no-profit con sede a Verona, il cui scopo è la promozione della comunicazione inter-culturale, e che organizza attività e corsi in istituti di educazione con operatori sociali e sanitari. La recensione critica della letteratura sulla salute degli "zingari" (capitolo 2) è stata presentata in diverse occasioni nelle lezioni di comunicazione inter-culturale. Le persone che hanno assistito a queste lezioni non erano, in generale, esperti in comunicazione inter-culturale e poche avevano una conoscenza specifica della cultura *rom* e *sinta*. A partire da questa esperienza, l'autore ha concluso che anche persone senza una conoscenza specifica comprendono e identificano le contraddizioni nel materiale presentato. Anche durante gli esercizi che includevano la lettura di articoli, senza alcun suggerimento da parte dell'insegnante, i partecipanti erano capaci di individuare la maggior parte degli elementi di irrazionalità presenti negli studi scientifici esposti, dovuti al pregiudizio degli autori.

Tenendo a mente i principi etici generali che guidano la ricerca sugli esseri umani, l'opinione dell'autore è che, nella maggioranza dei casi, una corretta attenzione verso il linguaggio e

l'approccio usato quando ci si relaziona con gruppi distanti è sufficiente a compiere il primo passo verso la definizione di una metodologia di ricerca che sia più razionale e rispettosa.

Questa corretta attenzione può essere stimolata a partire dalla redazione di un elenco di semplici regole relative alla raccolta e alla presentazione di dati sulle comunità *rom*. Inoltre, principi etici sulla conduzione di ricerche dovrebbero esser concordati insieme alle associazioni *rom* e *sinte*. Esistono buoni esempi in letteratura di processi simili, portati avanti con e da gruppi minoritari in varie parti del mondo [271-273].

L'autore ha discusso questo tema con Geraci e c'è interesse per il coinvolgimento del SIMM nel dibattito sullo sviluppo di un codice etico per la conduzione di ricerche con gruppi *rom* e *sinti* in Italia.

La divulgazione dei risultati di questo lavoro sui legami tra le condizioni di vita nei campi e la salute dei bambini non può esser separata dall'idea di un approccio integrato. Si spera, tuttavia, che la diffusione di questi risultati possa stimolare un numero maggiore di ricercatori ad investigare le conseguenze della segregazione nei campi sulla salute, e a motivare un numero maggior di partner finanziatori ad investire su questo tema.

COINVOLGIMENTO DELLE ISTITUZIONI LOCALI E NAZIONALI

Le tavole da impostare per le associazioni *rom* potrebbero essere usate anche per divulgare i risultati e iniziare una discussione con le istituzioni locali e nazionali. Tuttavia, la mancanza d'informazione sulle conseguenze delle condizioni di vita nella maggioranza dei campi per *rom* stranieri dovrebbe esser considerata come uno degli elementi di un problema più complesso. L'assenza di una politica nazionale relativa alla minoranza *rom* e *sinta* colpisce sia i gruppi italiani sia quelli stranieri. I gruppi stranieri, in aggiunta, soffrono del fatto che spesso non vengono riconosciuti come rifugiati, e per le difficoltà nel trovare un lavoro e una casa normale. Tutto ciò influisce seriamente sulla possibilità di ottenere un regolare permesso di soggiorno.

È opinione dell'autore che l'evidenza debba essere coadiuvata da politiche di pressione portate avanti da associazioni *rom* e non-*rom*, dalla sanità pubblica e da organizzazioni internazionali.

Inoltre, l'evidenza dell'impatto sulla salute delle precarie condizioni di vita nei campi dovrebbe esser sostenuta da un'analisi dei costi che consideri: 1) il costo delle malattie per gli individui e per il sistema sanitario, 2) i costi dei campi (costruzione, manutenzione e amministrazione), 3) i costi di soluzioni alternative sostenibili. Tale analisi dei costi non è stata condotta come parte di questo studio perché avrebbe richiesto risorse, in termini di tempo e finanziamento, di cui l'autore non disponeva. Soluzioni alternative e politiche d'integrazione dovrebbero sempre esser definite insieme alle associazioni e gruppi *rom*. Un'analisi dei costi che potesse dimostrare che politiche d'integrazione alternative sono più sostenibili dei "campi nomadi" potrebbero rafforzare la possibilità di un cambiamento di linea da parte delle istituzioni.

8. CONCLUSIONI

Questa tesi ha dimostrato che una ricerca con base comunitaria, che usi un insieme di metodi quantitativi e qualitativi, può generare evidenza utile sulla significatività dell'associazione tra le condizioni di vita, nella particolare situazione dei "campi nomadi" costruiti per *rom* stranieri, e lo stato di salute dei bambini.

L'autore ritiene che, in tali o simili condizioni, un ricercatore dovrebbe tentare di sviluppare un approccio alla ricerca che possa essere condiviso sia dalle comunità sia dal mondo accademico. L'enfasi data alle priorità e ai punti di vista delle comunità, infatti, dovrebbe integrarsi con buoni criteri scientifici di ricerca, la cui qualità non dovrebbe mai essere sacrificata.

Il tipo di ricerca dovrebbe esser sviluppato in modo da adattarsi alle necessità delle comunità ed al conseguimento di obiettivi condivisi. In tale contesto, per esempio, l'utilizzo di un approccio con metodi misti, applicati a micro-universi rappresentati dai campi selezionati, ha facilitato l'inclusione di conoscenze locali e la comprensione di dinamiche ambientali e interne alle comunità locali.

Le risorse economiche sono spesso un problema specie in ricerche con base comunitaria, che s'interessino di gruppi emarginati. Tuttavia questo studio dimostra che, in circostanze particolari, è possibile iniziare a generare evidenza e a stimolare la partecipazione delle comunità nonostante la scarsità dei fondi. È necessario mantenere un equilibrio tra le risorse a disposizione, gli obiettivi da raggiungere e la quantità e qualità dell'informazione che si deve raccogliere: tale equilibrio è stato particolarmente importante nel caso di questa ricerca.

Un'analisi di buona qualità dovrebbe adattarsi al tipo di dati a disposizione. La scarsità di dati, nel nostro caso ci ha fatto evitare il ricorso a modelli, preferendo l'utilizzo dell'analisi stratificata del rischio e, in alcuni casi, il ricorso a stime esatte del rischio.

In ricerche con base comunitaria, la partecipazione attiva dei membri delle comunità stesse può migliorare la qualità della ricerca e stimolare una pianificazione basata sull'evidenza. Tuttavia, l'esclusione patita dalle comunità emarginate può essere un serio ostacolo, e le persone non possono essere forzate a partecipare al di là delle loro possibilità e della loro volontà. Come stabilito dai metodi CIET, il processo di raccolta e discussione dell'evidenza a livello locale può, in se stesso, stimolare la partecipazione delle comunità e, nel nostro caso, servire come punto di partenza.

La discussione dovrebbe, a questo punto, concentrarsi sul se e sul come il tipo di evidenza ottenuta tramite questo studio possa essere utile alle comunità *rom* per perorare il cambiamento della situazione attuale. In tale contesto, l'autore ritiene che alcune questioni dovrebbero essere rese esplicite, non semplicemente per perorare la causa dei *rom*, ma per esser sicuri che tutti gli elementi che contribuiscono alla presente situazione e quelli che possono aiutare a migliorarla siano presi in considerazione.

TRATTAMENTO SPECIALE

Il primo punto che deve esser preso in considerazione si riferisce alle conseguenze del pregiudizio, che sono importanti quando si analizza come una ricerca basata sull'evidenza possa essere utile alle comunità *rom*. Per questa ragione è necessario rivolgere l'attenzione ai paradigmi inconsci che generano tensione tra gruppi [274]. Il pregiudizio, sia positivo sia negativo, riduce la capacità degli

individui di analizzare la realtà di una situazione, di accrescere la propria conoscenza, di lavorare insieme, di ricercare soluzioni giuste e sostenibili e di prendere decisioni razionali.

In questo senso l'autore si trova in accordo con Sigona [9], il quale afferma che le politiche abitative sviluppate dalle autorità locali e regionali in Italia sono l'espressione architettonica del pregiudizio verso il popolo *rom*. Spesso questa attitudine non può essere classificata come razzismo nella forma di politiche esplicite di emarginazione, ma è di fatto la conseguenza di come gli "zingari" sono rappresentati nell'immaginario collettivo ed istituzionale. Tale rappresentazione contribuisce a generare un certo timore verso l'instaurazione di relazioni con persone che vengono percepite come distanti e inaffidabili. Questo contribuisce a mantenere una distanza/divisione tra la società maggioritaria e le minoranze *rom* e *sinte*.

Per questa stessa ragione, anche i campi costruiti e riconosciuti dalle istituzioni spesso non ottemperano ai regolamenti sugli standard minimi abitativi. Anche quando le condizioni di questi campi sono chiaramente pericolose per la salute, gli studi sulla salute di *rom* e *sinti* tendono a dare spiegazioni basate sul loro comportamento: ragioni culturali, endogamia, la quasi predisposizione genetica alla sporcizia [11]. Come affermato da Fuglesang, "*dire che un popolo è sporco è scorretto e immorale*" [22, p.178]. In una comunità, il sudiciume è spesso un sintomo di disgregazione, nel senso che è quasi esclusivamente osservato in comunità afflitte da interferenze esterne. In questa tesi, abbiamo osservato come i cinque campi non siano affatto espressione del tradizionale modo di vivere dei *rom*. Quindi, l'influenza esterna sulla comunità e sulla definizione di spazio vitale è decisiva. Inoltre, le comunità che vivono in questi campi non sono costituite da gente che ha deciso di vivere insieme, ma da famiglie forzate a vivere insieme per mancanza di alternative.

Le condizioni di salute carenti, dove sono state riscontrate, sono dovute essenzialmente alla segregazione sociale e non ad una pseudo-justificazione onnicomprensiva del loro essere "zingari". Nei cinque campi, l'analisi quantitativa ha mostrato come la prevalenza di periodo di diarrea, tosse, febbre e difficoltà respiratorie e la prevalenza d'asma fossero legate in modi diversi alle caratteristiche dei campi, agli anni vissuti in tali ambienti, alla qualità delle abitazioni, al sovraffollamento e al tipo di accesso ai servizi igienici.

Le difficoltà con i servizi sanitari sono spesso causate da mancanza di flessibilità e di conoscenza dei servizi stessi nell'ambito del rapporto medico-paziente e della gestione delle differenze culturali. Nel definire nuovi programmi di intervento, il coinvolgimento attivo delle comunità *rom* è cruciale per evitare di offrire servizi che non si adattano alle loro necessità e alle loro aspettative [275]. Tale approccio non dev'essere considerato un'eccezione per i *rom*, ma conseguenza delle radici alla base dell'operare della Salute Pubblica.

L'autore non nega che sia più facile identificare i problemi e le connessioni tra gli esiti negativi per la salute e l'inadeguatezza delle abitazioni, che migliorarne le condizioni [131]. Gruppi emarginati che vivano in comunità isolate hanno pochissimo potere e sono spesso incapaci di attuare cambiamenti [175]. Inoltre, fattori politici possono influenzare la (in)capacità del settore sanitario pubblico nel rispondere a problemi di natura abitativa. Considerato che la situazione abitativa nei campi riflette le sottese disparità di potere, queste disparità possono anche inibire i lavoratori del servizio sanitario pubblico dal confrontarsi con autorevoli interessi politici [124].

Tuttavia, anche se non possiamo ridurre le disuguaglianze nell'ambito della salute solamente identificando i problemi e le connessioni, è certamente condizione necessaria iniziare a sviluppare un approccio alla ricerca e alla pianificazione che sia partecipativo e basato sull'evidenza.

LE POLITICHE SANITARIE E CULTURALI

Non è intenzione di questa tesi fornire una formula per politiche mediche e culturali corrette da adottare per i *rom* che vivono nei campi o per altri gruppi di *rom* e *sinti*. Se formulate, tali formule, infatti, non dovrebbero essere esclusivamente associate a questi gruppi. Se ci sono relazioni conflittuali tra i servizi sanitari e i *rom*, queste sono più o meno dovute ad una reciproca mancanza di dialogo e di abilità di ascolto. Come affermato precedentemente, per tentare di risolvere questo problema il servizio sanitario dovrebbe essere preparato a trattare con il lato umano del paziente, della famiglia del paziente e della sua comunità, e in particolare con la “diversità”. E tale diversità andrà individuata in ogni paziente, italiano o straniero, *rom* o non-*rom*. Nel caso dei campi, le associazioni *rom* dovrebbero esser coinvolte nella definizione dei programmi sanitari che potrebbero affrontare i problemi relativi alle cattive condizioni di salute e all’accesso ai servizi, e operatori sanitari *rom* dovrebbero essere formati al fine di facilitare tale processo.

J.D. Thomas [91, p.134] afferma che “*a coloro che ne ignorano gli usi e i costumi, il comportamento dei Gypsies può spesso apparire bizzarro e capriccioso*” e che “*armato di una conoscenza della società Gypsy, uno può sperare di aver più successo nello stabilire una relazione medica*”. Questo è certamente vero, ma un passo avanti dovrebbe essere di considerare che ogni cosa differente può apparire bizzarra e capricciosa se si manca della capacità di ascoltare e di capire. Come affermato da Fuglesang, ciò che impressiona, culturalmente, sono “*le somiglianze negli innumerevoli sforzi dell’essere umano di controllare la sua realtà – non le differenze*” [22, p.13].

Suggerimenti, come proposto da alcuni autori, riguardanti il comportamento e le relazioni che dovrebbero esser assunti con specifici gruppi di zingari, possono non essere validi per altri gruppi. Piuttosto, Ojanlatva e colleghi [96] propongono un approccio interessante. Analizzando la relazione tra servizi sanitari e *Romanies* finlandesi, l’articolo raccomanda misure da adottare quando si ha a che fare con gruppi minoritari: “*Secondo l’etica medica, tutti i pazienti devono essere trattati in modo uguale. Le differenze culturali non dovrebbero mettere a repentaglio la relazione medico-paziente. (...) Nel momento in cui spiega, si suppone che il medico sia credibile, simpatetico e che si comporti in modo obiettivo. Un professionista deve essere in grado di comunicare verbalmente e non verbalmente, compreso l’essere dotati di abilità di tatto e di ascolto, prestando attenzione alle differenze culturali*” [p.171].

Il fatto di allestire servizi sanitari specifici per i *romá* può essere una buona o cattiva idea secondo le circostanze. Quando gruppi di *romá* arrivarono dall’ex Jugoslavia in fuga dalla guerra e si trovarono in un Paese straniero, concentrati in campi alla periferia di città sconosciute, avevano certamente bisogno di servizi dedicati o, almeno, di programmi di integrazione e di educazione sanitaria per fare in modo che le famiglie beneficiassero dei servizi di cui avevano bisogno. Dopo questo primo passo, ogni famiglia avrebbe potuto aver accesso ai normali servizi presenti nel Paese. Questo processo avrebbe dovuto essere intrapreso insieme a tutti gli altri processi che permettono accesso ai servizi e alla società in generale, all’interno di un programma di integrazione onnicomprensivo. Per aumentare la sostenibilità e ridurre le possibilità di insuccesso, questi programmi dovrebbero sempre esser definiti e portati avanti insieme a rappresentanti del gruppo in oggetto.

RESPONSABILITÀ E PIANIFICAZIONE

Un altro problema fondamentale che nasce in relazione ai campi sembra essere l'assenza di apertura verso esperienze dello stesso tipo in altre città. Ogni esperienza locale rimane praticamente isolata: in tal modo gli errori tendono a ripetersi.

Secondo l'esperienza e i risultati presentati in questa tesi, i servizi sanitari locali che operano in aree con i campi dovrebbero iniziare a collaborare tra loro e con le comunità *rom*, per organizzare partenariati e discutere della possibilità di sviluppare ricerche partecipative con base comunitaria. In una prima fase, tali collaborazioni potrebbero sostenersi quasi completamente su risorse regolari a disposizione dei servizi sanitari locali. Generare dati, paragonare situazioni diverse e stimolare una pianificazione basata sull'evidenza produrrebbe un gran giovamento sia ai servizi che ai *rom*, anche in termini di costi. Tale processo potrebbe accrescere la conoscenza e l'interesse delle istituzioni locali. Se le comunità *rom* si mostrassero diffidenti, tale processo potrebbe iniziare con un ragionevole grado di partecipazione da parte dei *rom* stessi e tale partecipazione potrebbe aumentare con l'attuazione del programma e quando si siano stabilite relazioni di fiducia. Nella letteratura citata nel capitolo di analisi bibliografica, Macaulay e colleghi riportano buoni esempi di ricerche partecipative in sanità pubblica con gruppi minoritari in contesti cittadini degradati [179]. Il CIET può partire da un'esperienza positiva nello stesso ambito [212-214].

Tuttavia, l'autore considera vi sia un ostacolo, rappresentato dalla mancanza di una solida convinzione che esistano alternative ai "campi nomadi" e che i *rom* possano essere una risorsa nella definizione e nella realizzazione di queste alternative. L'autore spera che questa tesi dia il suo contributo per superare tale ostacolo. Essa mostra quanto sia importante iniziare dai problemi dei *rom*, quanto l'analisi del rischio sia possibile e quanto l'utilizzazione di metodi misti e di triangolazione possano consolidare l'analisi anche nel difficile contesto dei campi – senza fondi e facendo fronte alla sfiducia dei gruppi marginali urbanizzati, che vivono sparsi in piccole comunità.

È importante considerare che i campi non sono il problema, ma la manifestazione spaziale dell'esclusione sociale e di politiche abitative e di integrazione inadeguate [140]. Per questa ragione, la soluzione non sta nel lottare contro o nell'educare la gente che vive nei campi, ma risiede nella capacità arricchita e condivisa di pianificare, in base all'evidenza, soluzioni dignitose.

I COSTI E LE CONSEGUENZE

Come menzionato nel capitolo precedente, vi sono numerosi studi che dovrebbero essere condotti sulle realtà dei campi. Tra questi, sarebbe utile calcolare il costo del mantenimento dei campi negli ultimi anni, caso per caso. Tali costi andrebbero paragonati a quelli di un progetto che, sullo stesso numero di anni o meno, avrebbe portato ad una reale integrazione sociale di queste famiglie. Nel calcolo, si dovrebbero includere i costi sociali e sanitari del vivere nelle condizioni offerte dai campi. Tale analisi dei costi basata sull'evidenza potrebbe aiutare a mettere insieme le comunità *rom*, le istituzioni e i servizi sanitari, con l'obiettivo comune di definire un programma sostenibile e integrato.

È vero che molti di questi campi sono stati creati per fornire un'alternativa a situazioni molto serie di emergenza e degrado. In molti casi, in un certo senso, il campo ha offerto delle garanzie di riconoscimento. Per questa ragione il campo può anche diventare una gabbia dalla quale è difficile uscire. Nel tempo, questa situazione statica fa scemare, in questi nuovi cittadini, il desiderio di conseguire qualcosa di alternativo e spesso frustra l'opportunità di instaurare un dialogo sincero e costruttivo. Troppo spesso i *rom* sono stati considerati incapaci di analisi e di reazioni appropriate.

Frequentemente abbiamo riscontrato un'incapacità di mettersi insieme per trovare soluzioni condivise. Lavorare insieme allo scopo di uscire da una situazione di stallo può apparire difficile. Tuttavia, creare le condizioni per un dialogo costruttivo basato sull'evidenza potrebbe realmente essere il punto di svolta per la costruzione di un modello alternativo.

Il progetto attuato a Mestre, che ha portato alla chiusura dei campi di *Zelarino* e *San Giuliano*, dando un'opportunità alle famiglie di affittare una casa normale, o anche di fare un mutuo e comprare la casa, dovrebbe esser preso maggiormente in considerazione in tutti i suoi aspetti, sia positivi sia negativi. Il progetto è stato attuato in due anni, con una quantità di fondi uguale a quella spesa dall'amministrazione locale nella gestione dei due campi. Le soluzioni abitative sono state definite insieme ad ogni famiglia che ha ricevuto un aiuto finanziario appropriato alla propria situazione. Questo programma ha seguito le famiglie per il primo periodo di tempo. Sfortunatamente, l'aver vissuto molti anni in una situazione come quella dei campi rende difficile ritornare alla vita reale, e per alcune famiglie questo programma d'integrazione si è rivelato particolarmente arduo.

Alcune città hanno già iniziato un processo per sostenere l'integrazione delle famiglie *rom* in abitazioni regolari, di edilizia sia pubblica sia privata. Si tratta di un processo fondamentale, che dovrebbe essere intrapreso insieme alle famiglie *rom*. Dove ciò accade, sarebbe importante che gli operatori sanitari raccogliessero dati sulle differenze in termini di salute tra i *rom* che vivono nei campi e quelli che vivono in ambienti migliori [124].

LA PERCEZIONE E LE RISORSE DEGLI ABITANTI DEI CAMPI

Un importante contributo all'analisi è stato dato dalla percezione dei *romá* stessi, rispetto alle conseguenze sulla salute del vivere nei campi. L'analisi fatta da gran parte dei *romá* intervistati – sullo stato di salute dei bambini, le cause delle malattie e la loro stagionalità, l'uso dei servizi nel caso di particolari patologie, della loro gravità o meno e dell'età del bambino – ha dimostrato un livello di attenzione e di conoscenza che dovrebbe esser tenuto in considerazione. La gente che vive nei campi sa bene cosa faccia ammalare i bambini e cosa dovrebbe esser fatto per migliorare la situazione. Le risposte degli intervistati sulle cause delle malattie dei bambini variano in numero e tipo di cause, in relazione alle situazioni presenti nei campi dove stavano vivendo. I servizi sanitari nelle varie città hanno sottolineato l'attenzione e la prontezza che la maggioranza delle famiglie hanno esibito nel vaccinare i propri figli. È molto importante tener conto di questi elementi per iniziare a creare una strategia differente basata sul dialogo. Come affermato da Wilkinson e Marmot, “*le società che consentono a tutti i cittadini di avere un ruolo pieno e utile nella vita sociale, economica e culturale della propria società saranno più sane di quelle in cui le persone si scontrano con insicurezza, esclusione e privazioni*” [146, p.11].

Anche i *romá* intervistati che vivono in condizioni migliori vorrebbero vivere in una vera casa. Nessuno dei *romá* intervistati ha dichiarato di preferire la vita in un campo, con la sola eccezione di quelli che venivano da situazioni così precarie da renderli incapaci di concepire una soluzione stabile come quella di una vera casa. La paura di perdere tutto era, quindi, più grande del desiderio di migliorare la loro situazione corrente.

Dati più numerosi sarebbero stati utili per dare maggior peso ad alcuni dei risultati prodotti da questo studio. Tuttavia, ciò che risulta ancora più importante in questo contesto è il tipo di approccio alla ricerca. È certo necessario svolgere più ricerche incentrate sulle comunità e condotte casa per casa, nei luoghi in cui si legano l'ambiente e la salute.

Come si può dedurre dalla *Tavola 6.3*, i fattori che primariamente influiscono sulla salute descrivono una situazione che potrebbe essere facilmente risolta con una combinazione minima di analisi e pianificazione che le comunità e le autorità dovrebbero condurre insieme. Nessuno degli elementi considerati come fattori di rischio dovrebbe esser presente in soluzioni abitative regolari e dignitose. Abbiamo ascoltato i *romá*, e siamo sicuri che i campi rappresentino una grave forma di segregazione. Tutti i “campi nomadi” che abbiamo visitato riproducono stati di eccezione in termini di standard di abitabilità, sicurezza e igiene. Per queste ragioni, l’opinione dell’autore è che tutti gli attori coinvolti dovrebbero lavorare insieme per rimpiazzare la logica dei campi con soluzioni che siano più rispettose della dignità umana.

TAVOLE

Tavola 5.1. Numero ufficiale di presenze per insediamento e anno d'apertura

Città	Persone	Famiglie	Persone per famiglia	Anno d'apertura dell'insediamento
Firenze	314	51	6,2	1990
Bergamo	156	37	4,2	1993
Brescia	80	14	5,7	1993
Venezia	165	25	6,6	1994
Bolzano	130	33	3,9	1996
Totale	845	160	5,3	-

Tavola 5.2. Metri quadri di ogni insediamento e metri quadri per persona

Città	Metri quadri	M ² per persona
Firenze	6100	19
Bergamo	1500	10
Brescia	3000	50
Venezia	7500	45
Bolzano	3970	31

Tavola 5.3. Numero di famiglie intervistate, per città

Città	Frequenze	Percentuali
Firenze	52	38%
Bergamo	16	12%
Brescia	13	9%
Venezia	24	18%
Bolzano	32	23%
Totale	137	100%

Tavola 5.4. Numero di persone appartenenti alle famiglie intervistate, per città, e dimensione media delle famiglie

Città	Frequenze	Percentuali	Dimensione media delle famiglie	SD
Firenze	304	41%	5,8	2,5
Bergamo	85	12%	5,3	2,0
Brescia	75	10%	5,8	2,1
Venezia	148	20%	6,2	1,8
Bolzano	125	17%	3,9	1,4
Totale	737	100%	5,4	2,2

Tavola 5.5. Dimensioni delle famiglie coperte dallo studio

Persone per famiglia	Frequenze	Percentuali
1	1	1%
2	8	6%
3	18	13%
4	25	18%
5	25	18%
6	23	17%
7	20	15%
8	4	3%
9	8	6%
10	2	1%
11	1	1%
14	2	1%
Totale	137	100%

Tavola 5.6. Tipologie abitative

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Baracca	11	(21)	12	(75)	1	(8)	0	(0)	28	(87)	52	(38)
Baracca e Roulotte	13	(25)	3	(19)	1	(8)	19	(79)	3	(9)	39	(28)
Baracca e Container	23	(44)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	23	(17)
Muratura	-	(-)	-	(-)	9	(69)	-	(-)	-	(-)	9	(7)
Roulotte	0	(0)	1	(6)	0	(0)	4	(17)	1	(3)	6	(4)
Baracca, Roulotte e Container	5	(10)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	5	(4)
Muratura e Baracca	-	(-)	-	(-)	2	(15)	-	(-)	-	(-)	2	(1)
Container	-	(-)	-	(-)	-	(-)	1	(4)	-	(-)	1	(1)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.7. Condizione generale e media dell'interno delle abitazioni, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Buona	6	(12)	1	(7)	7	(54)	1	(4)	11	(35)	26	(20)
Regolare	29	(57)	12	(86)	5	(38)	20	(83)	20	(65)	86	(65)
Cattiva	16	(31)	1	(7)	1	(8)	3	(12)	0	(0)	21	(16)
Totale	51	(100)	14	(100)	13	(100)	24	(100)	31	(100)	133	(100)

Tavola 5.8. Abitazioni per numero di stanze e numero medio di stanze per abitazione

Stanze	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
1	5	(10)	6	(37)	2	(15)	5	(21)	3	(9)	21	(15)
2	25	(48)	9	(56)	6	(46)	7	(29)	6	(19)	53	(39)
3	16	(31)	1	(6)	4	(31)	8	(33)	19	(59)	48	(35)
4	4	(8)	0	(0)	0	(0)	3	(12)	4	(12)	11	(8)
5	2	(4)	0	(0)	1	(8)	0	(0)	0	(0)	3	(2)
6	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(4)	0	(0)	1	(1)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)
Media	2,5		1,7		2,4		2,5		2,7		2,5	

Tavola 5.9. Numero medio di persone per stanza (calcolato casa per casa), per città

	Persone	Stanze	Media	SD
Firenze	304	129	2,5	1,0
Bergamo	85	27	3,4	1,2
Brescia	75	31	3,0	2,3
Venezia	148	61	2,7	0,8
Bolzano	125	88	1,5	0,7
Totale	737	336	2,4	1,3

Tavola 5.10. Numero medio di persone per “posto letto” (calcolato casa per casa), per città

	Persone	“Posti letto”	Persone per “posto letto”	SD
Firenze	304	112	3,0	1,3
Bergamo	85	23	4,0	1,2
Brescia	75	31	2,4	0,4
Venezia	148	52	3,3	1,6
Bolzano	125	70	2,0	0,9
Totale	737	288	2,9	1,3

Tavola 5.11. Numero medio di persone per metro quadro di campo, per città

	Metri ²	Persone	Metri ² per Persona
Firenze	6100	304	20
Bergamo	1500	156	10
Brescia	3000	80	37
Venezia	7500	165	45
Bolzano	3972	130	31

Tavola 5.12. Famiglie con accesso all’acqua all’interno dell’abitazione

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	35	(67)	4	(25)	13	(100)	1	(4)	0	(0)	53	(39)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.13. Accesso delle famiglie ai servizi igienici e all'acqua calda, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
<i>Numero medio di famiglie per bagno</i>												
Media	2,2		30,0		1,6		25,0		1,1			
<i>Disponibilità di acqua calda</i>												
Sì	19	(37)	-	(-)	7	(54)	23	(96)	32	(100)	81	(60)
No	32	(63)	-	(-)	5	(38)	1	(4)	-	(-)	38	(28)
Non sempre	-	(-)	16	(100)	1	(8)	-	(-)	-	(-)	17	(12)
<i>Disponibilità di servizi igienici</i>												
Gabinetto	* 4	(8)	-		3	(23)	-		-		7	(5)
Gabinetto e lavandino	42	(82)	-		0	(0)	-		-		42	(31)
Gabinetto, lavandino e doccia	** 5	(10)	-		° 7	(54)	-		2	(6)	14	(10)
Gabinetto, lavandino, doccia e lavello	0	(0)	16	(100)	3	(23)	24	(100)	30	(94)	73	(54)
Totale	51	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	136	(100)

* Quattro famiglie utilizzano i bagni chimici, dotati esclusivamente del gabinetto

** Cinque famiglie utilizzano bagni auto costruiti, abusivi, interni all'abitazione

° Due di queste famiglie usano i bagni in comune, che sarebbero dotati anche di lavelli, probabilmente non menzionati a causa delle cattive condizioni in cui riversano.

Tavola 5.14. Famiglie con almeno un frigorifero nell'abitazione, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	48	(92)	15	(94)	13	(100)	20	(83)	31	(97)	127	(93)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.15. Come vengono scaldate le abitazioni durante l'inverno, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Elettrico	30	(58)	16	(100)	1	(8)	24	(100)	1	(3)	72	(53)
Legna	14	(27)	-		5	(38)	-		19	(59)	38	(28)
Gas	5	(10)	-		6	(46)	-		4	(13)	15	(11)
Legna e Gas	-		-		1	(8)	-		5	(16)	6	(4)
Elettrico e Gas	1	(2)	-		-		-		3	(9)	4	(3)
Legna ed Eletttrico	2	(4)	-		-		-		-		2	(1)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.16. Abitudine delle famiglie a cucinare dentro o fuori dall'abitazione, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Dentro	49	(94)	15	(94)	8	(62)	19	(79)	29	(91)	120	(88)
Fuori	3	(6)	1	(6)	5	(38)	5	(21)	3	(9)	17	(12)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.17. Sistema usato per cucinare

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Elettrico	29	(56)	9	(56)	-		22	(96)	2	(6)	62	(46)
Gas	8	(15)	6	(38)	10	(77)	1	(4)	14	(44)	39	(29)
Legna	10	(19)	-		2	(15)	-		9	(28)	21	(15)
Legna e Gas	1	(2)	-		1	(8)	-		4	(13)	6	(4)
Legna ed Elettrico	4	(8)	-		-		-		1	(3)	5	(4)
Elettrico e Gas	-		1	(6)	-		-		2	(6)	3	(2)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	23	(100)	32	(100)	136	(100)

Tavola 5.18. Classi di età per sesso

Classi d'età	Uomini		Donne	
	Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali
0-4	69	19%	80	21%
5-9	54	15%	56	15%
10-14	47	13%	47	12%
15-19	30	8%	35	9%
20-24	31	9%	33	9%
25-29	24	7%	36	9%
30-34	35	10%	22	6%
35-39	24	7%	22	6%
40-44	17	5%	15	4%
45-49	7	2%	14	4%
50-54	8	2%	6	2%
55-59	5	1%	5	1%
60-64	4	1%	6	2%
65+	2	1%	3	1%
Totale	357	100%	380	100%

Tavola 5.19. Età media degli appartenenti alle famiglie intervistate, per sesso e città

Città	Uomini (SD)		Donne (SD)		Media totale (SD)	
Firenze	20	(16,5)	19	(16,1)	20	(16,3)
Bergamo	19	(15,7)	19	(16,5)	19	(16,0)
Brescia	23	(18,2)	20	(18,4)	21	(18,2)
Venezia	17	(14,6)	18	(16,1)	17	(15,3)
Bolzano	21	(13,4)	21	(14,9)	21	(14,1)
Media totale	20	(15,7)	19	(16,2)	20	(15,9)

Tavola 5.20. Famiglie intervistate, con o senza bambini

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Con bambini	38	(73)	14	(87)	10	(77)	20	(83)	15	(47)	97	(71)
Senza bambini	14	(27)	2	(13)	3	(23)	4	(17)	17	(53)	40	(29)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.21. Numero di bambini

Città	Numero di bambini	N. medio di bambini per famiglia	SD
Firenze	71	1,4	1,1
Bergamo	21	1,3	0,9
Brescia	20	1,5	1,1
Venezia	36	1,5	1,1
Bolzano	19	0,6	0,8
Totale	167	1,2	1,1

Tavola 5.22. Sesso dell'intervistato

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Uomini	14	(27)	5	(31)	4	(31)	5	(21)	10	(31)	38	(28)
Donne	38	(73)	11	(69)	9	(69)	19	(79)	22	(69)	99	(72)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.23. Sesso dell'intervistato, per famiglie con bambini

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Uomini	7	(18)	4	(29)	4	(40)	5	(25)	4	(27)	24	(25)
Donne	31	(82)	10	(71)	6	(60)	15	(75)	11	(73)	73	(75)
Totale	38	(100)	14	(100)	10	(100)	20	(100)	15	(100)	97	(100)

Tavola 5.24. Ruolo dell'intervistato, con rispetto ai bambini, nel caso di famiglie con almeno un bambino

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Madre	27	(71)	10	(71)	2	(20)	14	(70)	11	(73)	64	(66)
Padre	7	(18)	4	(29)	4	(40)	4	(20)	4	(27)	23	(24)
Sorella	1	(3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Fratello	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(5)	0	(0)	1	(1)
Nonna	3	(8)	0	(0)	4	(40)	1	(5)	0	(0)	8	(8)
Totale	38	(100)	14	(100)	10	(100)	20	(100)	15	(100)	97	(100)

Tavola 5.25. Età media degli intervistati, per città

Città	Per tutte per famiglie			Solo per famiglie con bambini		
	Numero intervistati	Età media(SD)		Numero intervistati	Età media(SD)	
Firenze	52	30	(8,7)	38	29	(7,1)
Bergamo	16	25	(6,3)	14	25	(5,7)
Brescia	13	38	(9,6)	10	37	(10,4)
Venezia	24	33	(10,3)	20	31	(10,3)
Bolzano	32	32	(11,5)	15	27	(6,4)
Totale	137	31	(9,9)	97	29	(8,5)

Tavola 5.26. Classi di età del rispondente

Classe d'età	Per tutte le famiglie		Solo per famiglie con bambini	
	Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali
10-19	13	9%	7	7%
20-29	53	39%	50	52%
30-39	44	32%	28	29%
40-49	20	15%	9	9%
50-59	7	5%	3	3%
Totale	137	100%	97	100%

Tavola 5.27. Classi d'età dell'intervistato, in famiglie con bambini, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
10-19	1	(3)	2	(14)	0	(0)	2	(10)	2	(13)	7	(7)
20-29	22	(58)	10	(71)	2	(20)	7	(35)	9	(60)	50	(52)
30-39	12	(32)	2	(14)	4	(40)	7	(35)	3	(20)	28	(29)
40-49	2	(5)	0	(0)	3	(30)	3	(15)	1	(7)	9	(9)
50-59	1	(3)	0	(0)	1	(10)	1	(5)	0	(0)	3	(3)
Totale	38	(100)	14	(100)	10	(100)	20	(100)	15	(100)	97	(100)

Tavola 5.28. Età media delle madri di bambini

Città	Numero intervistati	Età media	SD
Firenze	37	28	5,8
Bergamo	14	24	5,8
Brescia	8	27	8,2
Venezia	20	30	8,7
Bolzano	14	26	6,2
Totale	93	27	6,9

Tavola 5.29. Classi d'età delle madri, per famiglie con bambini

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
15-19	1	(3)	3	(21)	1	(12)	1	(5)	2	(14)	8	(9)
20-24	9	(24)	5	(36)	2	(25)	5	(25)	3	(21)	24	(26)
25-29	16	(43)	5	(36)	3	(38)	3	(15)	6	(43)	33	(35)
30-34	8	(22)	0	(0)	1	(12)	5	(25)	2	(14)	16	(17)
35-39	1	(3)	1	(7)	0	(0)	4	(20)	0	(0)	6	(6)
40-44	1	(3)	0	(0)	1	(12)	0	(0)	1	(7)	3	(3)
45-49	1	(3)	0	(0)	0	(0)	2	(10)	0	(0)	3	(3)
Totale	37	(100)	14	(100)	8	(100)	20	(100)	14	(100)	93	(100)

Tavola 5.30. Classi d'età al parto delle madri

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
15-19	4	(6)	6	(29)	4	(27)	8	(22)	6	(35)	28	(18)
20-24	31	(44)	9	(43)	3	(20)	13	(36)	3	(18)	59	(37)
25-29	21	(30)	5	(24)	7	(47)	7	(19)	7	(41)	47	(30)
30-34	9	(13)	1	(5)	0	(0)	3	(8)	0	(0)	13	(8)
35-39	1	(1)	0	(0)	1	(7)	3	(8)	1	(6)	6	(4)
40-44	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(6)	0	(0)	2	(1)
45-49	4	(6)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	4	(3)
Totale	70	(100)	21	(100)	15	(100)	36	(100)	17	(100)	159	(100)

Tavola 5.31. Anni vissuti al campo dalle persone intervistate

Anni di vita al campo	Frequenza	Percentuale
Meno di 1 anno	13	10%
da 1 a 5	48	35%
da 6 a 10	61	45%
più di 10	14	10%
Totale	136	100%

Tavola 5.32. Anni vissuti al campo dagli intervistati, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Meno di uno	3	(6)	-	(-)	1	(8)	9	(37)	-	(-)	13	(10)
1	1	(2)	2	(12)	0	(0)	0	(0)	-	(-)	3	(2)
2	6	(12)	2	(12)	0	(0)	1	(4)	-	(-)	9	(7)
3	9	(17)	7	(44)	1	(8)	4	(17)	2	(6)	23	(17)
4	2	(4)	2	(12)	1	(8)	2	(8)	3	(10)	10	(7)
5	1	(2)	0	(0)	0	(0)	2	(8)	0	(0)	3	(2)
6	4	(8)	0	(0)	0	(0)	3	(12)	26	(84)	33	(24)
7	0	(0)	1	(6)	0	(0)	0	(0)	-	(-)	1	(1)
8	1	(2)	2	(12)	1	(8)	0	(0)	-	(-)	4	(3)
9	3	(6)	-	(-)	9	(69)	1	(4)	-	(-)	13	(10)
10	8	(15)	-	(-)	-	(-)	2	(8)	-	(-)	10	(7)
11-15	14	(27)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	14	(10)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	31	(100)	136	(100)

Tavola 5.33. Media di anni trascorsi nel campo dagli intervistati, per città

Città	Intervistati	Media	SD
Firenze	52	7,2	4,6
Bergamo	16	3,6	2,2
Brescia	13	7,4	3,0
Venezia	24	3,3	3,3
Bolzano	31	5,6	0,9
Totale	136	5,7	3,8

Tavola 5.34. Alfabetismo degli intervistati, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Legge e scrive	35	(67)	13	(81)	11	(85)	11	(46)	27	(84)	97	(71)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.35. Alfabetismo degli intervistati, per sesso

Città	Uomini (%)		Donne (%)		Totale (%)	
Legge e scrive	37	(97)	60	(61)	97	(71)
Totale	38	(100)	99	(100)	137	(100)

Tavola 5.36. Alfabetismo della madre intervistata

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Legge e scrive	15	(56)	7	(70)	2	(100)	3	(21)	10	(91)	37	(58)
Totale	27	(100)	10	(100)	2	(100)	14	(100)	11	(100)	64	(100)

Tavola 5.37. Alfabetismo della madre intervistata per classi d'età

Città	16-20 (%)		21-25 (%)		26-30 (%)		31-35 (%)		36-50 (%)		Totale (%)	
Legge e scrive	6	(67)	10	(59)	14	(56)	5	(71)	2	(33)	37	(58)
Totale	9	(100)	17	(100)	25	(100)	7	(100)	6	(100)	64	(100)

Tavola 5.38. Famiglie in cui nessuno fuma e in cui almeno una persona fuma, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Nessuno	5	(10)	4	(25)	0	(0)	1	(4)	5	(16)	15	(11)
Almeno una persona	47	(90)	12	(75)	13	(100)	23	(96)	27	(84)	122	(89)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.39. Quante persone fumano per famiglia, includendo le famiglie in cui nessuno fuma, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
0	5	(10)	4	(25)	0	(0)	1	(4)	5	(16)	15	(11)
1	18	(35)	6	(38)	7	(54)	6	(25)	11	(34)	48	(35)
2	22	(42)	2	(12)	4	(31)	12	(50)	14	(44)	54	(39)
3	5	(10)	2	(12)	1	(8)	2	(8)	2	(6)	12	(9)
4	1	(2)	2	(12)	0	(0)	2	(8)	0	(0)	5	(4)
5	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(4)	0	(0)	1	(1)
6	1	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
7	0	(0)	0	(0)	1	(8)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)
Media	1,6		1,5		1,9		2,0		1,4		1,7	
SD	1,1		1,4		1,7		1,1		0,8		1,1	

Tavola 5.40. Quanti fumano, nelle famiglie in cui almeno una persona fuma in casa, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
1	18	(38)	6	(50)	7	(54)	6	(26)	11	(41)	48	(39)
2	22	(47)	2	(17)	4	(31)	12	(52)	14	(52)	54	(44)
3	5	(11)	2	(17)	1	(8)	2	(9)	2	(7)	12	(10)
4	1	(2)	2	(17)	0	(0)	2	(9)	0	(0)	5	(4)
5	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(4)	0	(0)	1	(1)
6	1	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
7	0	(0)	0	(0)	1	(8)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Totale	47	(100)	12	(100)	13	(100)	23	(100)	27	(100)	122	(100)
Media	1,9		2,0		1,9		2,1		1,7		1,9	
SD	1,0		1,2		1,7		1,1		0,6		1,0	

Tavola 5.41. Quanti fumano più di 10 sigarette al giorno, includendo le famiglie in cui nessuno fuma, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
0	13	(25)	7	(47)	5	(38)	4	(17)	9	(28)	38	(28)
1	21	(40)	5	(33)	4	(31)	6	(25)	16	(50)	52	(38)
2	13	(25)	1	(7)	2	(15)	11	(46)	7	(22)	34	(25)
3	3	(6)	1	(7)	1	(8)	2	(8)	0	(0)	7	(5)
4	1	(2)	1	(7)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(1)
5	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(4)	0	(0)	1	(1)
6	1	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
7	0	(0)	0	(0)	1	(8)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Totale	52	(100)	15	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	136	(100)
Media	1,3		0,9		1,4		1,6		0,9		1,2	
SD	1,2		1,2		1,9		1,1		0,7		1,2	

Tavola 5.42. Quanti fumano più di 10 sigarette al giorno, in famiglie in cui almeno una persona fuma in casa, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
0	8	(17)	3	(27)	5	(38)	3	(13)	4	(15)	23	(19)
1	21	(45)	5	(45)	4	(31)	6	(26)	16	(59)	52	(43)
2	13	(28)	1	(9)	2	(15)	11	(48)	7	(26)	34	(28)
3	3	(6)	1	(9)	1	(8)	2	(9)	0	(0)	7	(6)
4	1	(2)	1	(9)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(2)
5	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(4)	0	(0)	1	(1)
6	1	(2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
7	0	(0)	0	(0)	1	(8)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Totale	47	(100)	11	(100)	13	(100)	23	(100)	27	(100)	121	(100)
Media	1,4		1,3		1,4		1,7		1,1		1,4	
SD	1,1		1,3		1,9		1,1		0,6		1,2	

Tavola 5.43. Età dei bambini in anni compiuti, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
0	14	(20)	6	(29)	3	(15)	6	(17)	4	(21)	33	(20)
1	10	(14)	6	(29)	3	(15)	10	(28)	3	(16)	32	(19)
2	9	(13)	3	(14)	6	(30)	3	(8)	4	(21)	25	(15)
3	16	(23)	2	(10)	2	(10)	7	(19)	3	(16)	30	(18)
4	13	(18)	3	(14)	4	(20)	5	(14)	2	(11)	27	(16)
5	9	(13)	1	(5)	2	(10)	5	(14)	3	(16)	20	(12)
Totale	17	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	167	(100)

Tavola 5.44. Sesso dei bambini da zero a cinque anni coperti dallo studio, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Maschi	34	(48)	13	(62)	8	(40)	17	(47)	8	(42)	80	(48)
Femmine	37	(52)	8	(38)	12	(60)	19	(53)	11	(58)	87	(52)
Totale	71	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	167	(100)

Tavola 5.45. Bambini nati in Italia o all'estero, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Italia	52	(74)	16	(76)	17	(85)	26	(72)	18	(95)	129	(78)
Esteri	18	(26)	5	(24)	3	(15)	10	(28)	1	(5)	37	(22)
Totale	70	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	166	(100)

Tavola 5.46. Luoghi di nascita dei bambini, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Firenze	52	(74)	-		-		-		-		52	(31)
Bergamo	-		15	(71)	-		-		-		15	(9)
Brescia	-		-		17	(85)	-		-		17	(10)
Venezia	-		-		-		26	(72)	-		26	(16)
Bolzano	-		-		-		-		18	(95)	18	(11)
Bologna	-		1	(5)	-		-		-		1	(1)
Kosovo	16	(23)	5	(24)	3	(15)	10	(28)	-		34	(20)
Macedonia	1	(1)	-		-		-		1	(5)	2	(1)
Bosnia	1	(1)	-		-		-		-		1	(1)
Totale	70	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	166	(100)

Tavola 5.47. Bambini nati in casa o in ospedale, in Italia o all'Estero

	Italia (%)		Estero (%)		Totale (%)	
Casa	1	(1)	5	(14)	6	(4)
Ospedale	128	(99)	31	(86)	159	(96)
Totale	129	(100)	36	(100)	165	(100)

Tavola 5.48. Bambini nati in casa o in ospedale, Firenze

	Bambini	Percentuale
Casa, Kosovo	3	4%
Ospedale, Kosovo	13	19%
Ospedale, Macedonia	1	1%
Ospedale, Bosnia	1	1%
Ospedale Torre Galli, Fi	39	57%
Ospedale Careggi, Fi	12	17%
Totale	69	100%

Tavola 5.49. Bambini nati in casa o in ospedale, Bergamo

	Bambini	Percentuale
Ospedale, Kosovo	5	24%
Ospedale, Bologna	1	5%
Ospedale di Seriate, Bg	10	48%
Ospedale Maggiore, Bg	5	24%
Totale	21	100%

Tavola 5.50. Bambini nati in casa o in ospedale, Brescia

	Bambini	Percentuale
Ospedale, Kosovo	3	15%
Ospedale Civile, Bs	15	75%
Osp Fatebenefratelli, Bs	2	10%
Totale	20	100%

Tavola 5.51. Bambini nati in casa o in ospedale, Venezia

	Bambini	Percentuale
Casa, Kosovo	3	8%
Ospedale, Kosovo	7	19%
Ospedale Umberto I, Ve	23	64%
Ospedale di San Donà, Ve	2	6%
Ospedale Villa Salus	1	3%
Totale	36	100%

Tavola 5.52. Bambini nati in casa o in ospedale, Bolzano

	Bambini	Percentuale
Ospedale, Macedonia	1	5%
Ospedale S. Maurizio, Bz	15	79%
Ospedale di Merano, Bz	3	16%
Totale	19	100%

Tavola 5.53. Peso medio alla nascita, verificato e non, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Verificato	44	(70)	0	(0)	8	(42)	15	(56)	4	(22)	71	(48)
Peso medio		3,01		-		3,08		3,07		3,30		3,05
SD		0,54		-		0,56		0,54		0,31		0,53
Non verificato	19	(30)	20	(100)	11	(58)	12	(44)	14	(78)	76	(52)
Peso medio		3,22		3,26		2,80		2,85		3,16		3,10
SD		0,41		0,59		0,33		0,58		0,52		0,52
Totale	63	(100)	20	(100)	19	(100)	27	(100)	18	(100)	147	(100)
Peso medio		3,07		3,26		2,92		2,98		3,19		3,08
SD		0,51		0,59		0,45		0,56		0,48		0,52

Tavola 5.54. Percentuali di basso peso alla nascita (sotto i 2,50 kg), per città

Città		Fi (%)	Bg (%)	Bs (%)	Ve (%)	Bz (%)	Totale (%)
Verificato	Sotto peso	3 (7)	- (-)	1 (12)	2 (13)	0 (0)	6 (8)
	Totale	44	-	8	15	4	71
Non verificato	Sotto peso	0 (0)	2 (10)	2 (18)	3 (25)	1 (7)	8 (11)
	Totale	19	20	11	12	14	76
Totale	Sotto peso	3 (5)	2 (10)	3 (16)	5 (19)	1 (6)	14 (10)
	Totale	63	20	19	27	18	147

Tavola 5.55. Percezione dell'intervistato sullo sviluppo del bambino, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Grande	22	(32)	6	(29)	7	(35)	12	(33)	5	(26)	52	(32)
Normale	28	(41)	10	(48)	11	(55)	20	(56)	10	(53)	79	(48)
Piccolo	19	(28)	5	(24)	2	(10)	4	(11)	4	(21)	34	(21)
Totale	63	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.56. Percezione dell'intervistato sullo sviluppo del bambino, per età del bambino

Città	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Grande	12 (36)	7 (22)	7 (29)	10 (33)	10 (37)	6 (32)	52 (32)
Normale	15 (45)	17 (53)	12 (50)	14 (47)	13 (48)	8 (42)	79 (48)
Piccolo	6 (18)	8 (25)	5 (21)	6 (20)	4 (15)	5 (26)	34 (21)
Totale	33 (100)	32 (100)	24 (100)	30 (100)	27 (100)	19 (100)	165 (100)

Tavola 5.57. Percezione dell'intervistato sullo sviluppo del bambino, per sesso del bambino

Città	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Grande	26 (33)	26 (30)	52 (32)
Normale	36 (46)	43 (49)	79 (48)
Piccolo	16 (21)	18 (21)	34 (21)
Totale	78 (100)	87 (100)	165 (100)

Tavola 5.58. Bambini che hanno avuto diarrea nei quindici giorni prima dell'intervista, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	23	(33)	3	(14)	10	(50)	11	(31)	6	(32)	53	(32)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.59. Proporzione di bambini con la tosse nei quindici giorni che precedono l'intervista, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	44	(64)	10	(48)	14	(70)	15	(42)	7	(37)	90	(55)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.60. Proporzione di bambini con la tosse nei quindici giorni che precedono l'intervista, per età

Età	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)	5	(%)	Totale (%)	
Sì	17	(52)	24	(75)	13	(54)	11	(37)	16	(59)	9	(47)	90	(55)
Totale	33	(100)	32	(100)	24	(100)	30	(100)	27	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.61. Proporzione di bambini con la tosse nei quindici giorni che precedono l'intervista, per sesso

Sesso	Maschi (%)		Femmine (%)		Totale (%)	
Sì	43	(55)	47	(54)	90	(55)
Totale	78	(100)	87	(100)	165	(100)

Tavola 5.62. Bambini che hanno avuto problemi a respirare o fischi respiratori nel corso della loro vita

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	20	(29)	5	(24)	3	(15)	5	(14)	5	(26)	38	(23)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.63. Prevalenza di periodo di problemi respiratori negli ultimi 12 mesi, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	19	(28)	4	(19)	1	(5)	3	(8)	1	(5)	28	(17)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.64. Prevalenza di periodo di problemi respiratori negli ultimi 12 mesi, per età

Età	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)	4	(%)	5	(%)	Totale (%)	
Sì	7	(21)	9	(28)	2	(8)	4	(13)	3	(11)	3	(16)	28	(17)
Totale	33	(100)	32	(100)	24	(100)	30	(100)	27	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.65. Prevalenza di periodo di problemi respiratori negli ultimi 12 mesi, per sesso

Sesso	Maschi (%)	Femmina(%)	Totale (%)
Sì	13 (17)	15 (17)	28 (17)
Totale	78 (100)	87 (100)	165 (100)

Tavola 5.66. Quante volte il bambino ha fatto fatica a respirare nell'ultimo anno, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Mai nella vita	49	(71)	16	(76)	17	(85)	31	(86)	14	(74)	127	(77)
Mai nello ultimo anno	1	(1)	1	(5)	2	(10)	2	(6)	4	(21)	10	(6)
1	13	(19)	2	(10)	1	(5)	2	(6)	0	(0)	18	(11)
2	2	(3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(1)
4	2	(3)	2	(10)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	4	(2)
5	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(3)	0	(0)	1	(1)
6	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(5)	1	(1)
Sempre	2	(3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(1)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.67. Prevalenza di periodo di almeno quattro attacchi di problemi o fischi respiratori nell'ultimo anno, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	4	(6)	2	(10)	0	(0)	1	(3)	1	(5)	8	(5)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.68. Prevalenza di periodo di almeno quattro attacchi di problemi o fischi respiratori nell'ultimo anno, per età

Età	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Sì	2 (6)	5 (16)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	8 (5)
Totale	33 (100)	32 (100)	24 (100)	30 (100)	27 (100)	19 (100)	165 (100)

Tavola 5.69. Prevalenza di periodo di almeno quattro attacchi di problemi o fischi respiratori nell'ultimo anno, per sesso

Sesso	Maschi (%)	Femmina(%)	Totale (%)
Sì	6 (8)	2 (2)	8 (5)
Totale	78 (100)	87 (100)	165 (100)

Tavola 5.70. Proporzione di bambini con problemi respiratori che sono stati portati a visitare, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	17	(85)	5	(100)	3	(100)	5	(100)	5	(100)	35	(92)
Totale	20	(100)	5	(100)	3	(100)	5	(100)	5	(100)	38	(100)

Tavola 5.71. Diagnosi su problemi respiratori, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Asma	0	(0)	1	(20)	0	(0)	1	(20)	1	(20)	3	(9)
Bronchite asmatica	5	(29)	3	(60)	0	(0)	2	(40)	1	(20)	11	(31)
Bronchite allergica	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(40)	2	(6)
Bronchite	6	(35)	1	(20)	1	(33)	1	(20)	1	(20)	10	(29)
Polmonite	3	(18)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(9)
Catarro	1	(6)	0	(0)	1	(33)	0	(0)	0	(0)	2	(6)
Causa riscaldamento	1	(6)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(3)
Difficoltà respiratorie	1	(6)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(3)
Non sa	0	(0)	0	(0)	1	(33)	1	(20)	0	(0)	2	(6)
Totale	17	(100)	5	(100)	3	(100)	5	(100)	5	(100)	35	(100)

Tavola 5.72. Bambini con “asma attiva”, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	6	(9)	3	(14)	0	(0)	3	(8)	0	(0)	12	(7)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.73. Bambini con “asma attiva”, per età

Età	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Sì	3 (9)	5 (16)	0 (0)	2 (7)	1 (4)	1 (5)	12 (7)
Totale	33 (100)	32 (100)	24 (100)	30 (100)	27 (100)	19 (100)	165 (100)

Tavola 5.74. Bambini con “asma attiva”, per sesso

Sesso	Maschi (%)	Femmina(%)	Totale (%)
Sì	8 (10)	4 (5)	12 (7)
Totale	78 (100)	87 (100)	165 (100)

Tavola 5.75. Bambini che hanno sofferto di malattie dermatologiche, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	4	(6)	2	(10)	0	(0)	2	(6)	0	(0)	8	(5)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.76. Tipi di malattie della pelle, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Venezia (%)		Totale (%)	
Dermatite	1	(25)	1	(50)	1	(50)	3	(38)
Allergia	1	(25)	0	(0)	0	(0)	1	(12)
Scabbia	2	(50)	0	(0)	0	(0)	2	(25)
Mughetto	0	(0)	1	(50)	0	(0)	1	(12)
Micosi	0	(0)	0	(0)	1	(50)	1	(12)
Totale	4	(100)	2	(100)	2	(100)	8	(100)

Tavola 5.77. Bambini che hanno sofferto di malattie dermatologiche, per età

Età	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Sì	3 (9)	3 (9)	0 (0)	0 (0)	2 (7)	0 (0)	8 (5)
Totale	33 (100)	32 (100)	24 (100)	30 (100)	27 (100)	19 (100)	165 (100)

Tavola 5.78. Bambini che hanno sofferto di malattie dermatologiche, per sesso

Sesso	Maschi (%)	Femmina(%)	Totale (%)
Sì	4 (5)	4 (5)	8 (5)
Totale	78 (100)	87 (100)	165 (100)

Tavola 5.79. Proporzione di bambini con malattie dermatologiche che sono stati portati a visitare, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Venezia (%)		Totale (%)	
Sì	4	(100)	2	(100)	1	(50)	7	(88)
Totale	4	(100)	2	(100)	2	(100)	8	(100)

Tavola 5.80. Dove sono stati portati a visitare i bambini con malattie della pelle, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Venezia (%)		Totale (%)	
Consultorio pediatrico	1	(25)	-	(-)	0	(0)	1	(14)
Medico scolastico	1	(25)	0	(0)	0	(0)	1	(14)
Pronto Soccorso	0	(0)	1	(50)	0	(0)	1	(14)
Ospedale, generico	2	(50)	1	(50)	1	(100)	4	(57)
Totale	4	(100)	2	(100)	1	(100)	7	(100)

Tavola 5.81. Altri sintomi manifestati dai bambini, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	24	(35)	10	(48)	16	(80)	12	(33)	8	(42)	70	(42)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.82. Tipi di sintomi avuti negli ultimi 15 giorni, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Febbre	18	(26)	5	(24)	14	(70)	12	(33)	6	(32)	55	(33)
Vomito	2	(3)	3	(14)	10	(50)	0	(0)	0	(0)	15	(9)
Rinite	1	(1)	1	(5)	1	(5)	3	(8)	0	(0)	6	(4)
Faringite	5	(7)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	5	(3)
Otite	2	(3)	1	(5)	0	(0)	0	(0)	1	(5)	4	(2)
Dolori addominali	0	(0)	1	(5)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Infez. vie urinarie	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(5)	1	(1)
Epatite	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Varicella	1	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Sesta malattia	0	(0)	0	(0)	1	(5)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Mal di denti	0	(0)	1	(5)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(1)
Influenza	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(5)	1	(1)
Totale bambini	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.83. Bambini che hanno avuto la febbre, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	18	(26)	5	(25)	14	(70)	12	(33)	6	(32)	55	(34)
Totale	69	(100)	20	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	164	(100)

Tavola 5.84. Bambini che hanno avuto la febbre, per sesso

Sesso	Maschi (%)		Femmina(%)		Totale (%)	
Sì	22	(28)	33	(38)	55	(34)
Totale	78	(100)	86	(100)	164	(100)

Tavola 5.85. Bambini con almeno un sintomo, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	50	(72)	14	(67)	17	(85)	17	(47)	13	(68)	111	(67)
Totale	69	(100)	21	(100)	20	(100)	36	(100)	19	(100)	165	(100)

Tavola 5.86. Bambini con tosse e altre patologie

	Frequenze	Percentuali
Solo tosse	23	14%
Tosse, febbre	13	8%
Tosse, diarrea	11	7%
Tosse, febbre, diarrea	10	6%
Tosse, febbre, diarrea, vomito	6	4%
Tosse, febbre, vomito	4	2%
Tosse, febbre, diarrea, malattia della pelle	4	2%
Tosse, febbre, diarrea, rinite	3	2%
Tosse, diarrea, faringite	2	1%
Tosse, febbre, malattia della pelle	2	1%
Tosse, malattia della pelle	1	1%
Tosse, febbre, rinite	1	1%
Tosse, febbre, faringite	1	1%
Tosse, febbre, faringite, rinite	1	1%
Tosse, febbre, diarrea, vomito e otite	1	1%
Tosse, diarrea, otite	1	1%
Tosse, diarrea, varicella	1	1%
Tosse, diarrea, vomito, dolori addominali	1	1%
Tosse, vomito	1	1%
Tosse, rinite	1	1%
Tosse, otite, mal di denti	1	1%
Tosse, epatite	1	1%
<i>Cumulativo tosse</i>	<i>90</i>	<i>55%</i>
<i>Altro</i>	<i>21</i>	<i>13%</i>
<i>Niente</i>	<i>54</i>	<i>33%</i>
Totale	165	100%

Tavola 5.87. Relazione tra l'occorrenza di tosse e altre patologie degli ultimi 15 giorni

	Febbre				Vomito				Diarrea			
	Sì	(%)	No	(%)	Sì	(%)	No	(%)	Sì	(%)	No	(%)
Tosse	46	(84)	44	(40)	13	(87)	77	(52)	40	(75)	50	(45)
Totale	55	(100)	109	(100)	15	(100)	149	(100)	53	(100)	112	(100)
OR, 95% CI	3,1 < 7,5 < 18,7				1,2 < 6,1 < 41,0*				1,7 < 3,8 < 8,5			

*potrebbe non essere accurato; CI Esatto 95% 1,6 – 56,8; Test esatto di Fisher a due code p=0,012

Tavola 5.88. Bambini con diarrea e altre patologie

	Frequenze	Percentuali
Solo diarrea	6	4%
diarrea, tosse	11	7%
diarrea, tosse, febbre	10	6%
diarrea, tosse, febbre, vomito	6	4%
diarrea, tosse, febbre, malattia della pelle	4	2%
diarrea, febbre	3	2%
diarrea, tosse, febbre, rinite	3	2%
diarrea, tosse, faringite	2	1%
diarrea, tosse, febbre, vomito, otite	1	1%
diarrea, tosse, vomito, dolori addominali	1	1%
diarrea, tosse, otite	1	1%
diarrea, tosse, varicella	1	1%
diarrea, febbre, vomito	1	1%
diarrea, febbre, otite	1	1%
diarrea, infezione alle vie urinarie	1	1%
diarrea, sesta malattia	1	1%
<i>Cumulativo diarrea</i>	<i>53</i>	<i>32%</i>
<i>Altro</i>	<i>58</i>	<i>35%</i>
<i>Niente</i>	<i>54</i>	<i>33%</i>
Totale	165	100%

Tavola 5.89. Relazione tra l'occorrenza di diarrea e altre patologie, degli ultimi 15 giorni

	Febbre		Tosse		Vomito	
	Sì	No	Sì	No	Sì	No
Diarrea	29 (53%)	23 (21%)	40 (44%)	13 (17%)	9 (60%)	43 (29%)
Totale	55	109	90	75	15	149
OR, 95% CI	1,9 < 4,2 < 9,0		1,7 < 3,8 < 8,5		1,1 < 3,7 < 12,7*	

*potrebbe non essere accurato; CI Esatto 95% 1,1 – 13,3; Test esatto di Fisher a due code p=0,020

Tavola 5.90. Combinazione di tutte le patologie rilevate e percentuali di bambini visitati in ogni categoria

Patologie	Freq.	%	Visitati %	Tosse	Febbre	Diarrea	Vomito
Niente	54	33%	-----	-----	-----	-----	-----
Tosse	23	14%	11 48%	•			
Tosse, febbre	13	8%	10 77%	•	•		
Tosse, diarrea	11	7%	9 82%	•		•	
Tosse, febbre, diarrea	10	6%	10 100%	•	•	•	
Tosse, febbre, diarrea, vomito	6	4%	4 67%	•	•	•	•
Diarrea	6	4%	2 33%			•	
Febbre	4	2%	2 50%		•		
Tosse, febbre, vomito	4	2%	2 50%	•	•		•
Tosse, febbre, diarrea, malattia della pelle	4	2%	4 100%	•	•	•	
Febbre, diarrea	3	2%	1 33%		•	•	
Tosse, febbre, diarrea, rinite	3	2%	2 67%	•	•	•	
Tosse, febbre, malattia della pelle	2	1%	2 100%	•	•		
Tosse, diarrea, faringite	2	1%	2 100%	•		•	
Tosse, febbre, faringite	1	1%	1 100%	•	•		
Tosse, febbre, faringite, rinite	1	1%	1 100%	•	•		
Tosse, febbre, rinite	1	1%	1 100%	•	•		
Tosse, febbre, diarrea, vomito, otite	1	1%	1 100%	•	•	•	•
Tosse, diarrea, vomito, dolori addominali	1	1%	1 100%	•		•	•
Tosse, diarrea, otite	1	1%	1 100%	•		•	
Tosse, diarrea, varicella	1	1%	1 100%	•		•	
Tosse, vomito	1	1%	1 100%	•			•
Tosse, rinite	1	1%	0 0%	•			
Tosse, otite, mal di denti	1	1%	1 100%	•			
Tosse, epatite	1	1%	1 100%	•			
Tosse, malattia della pelle	1	1%	1 100%	•			
Febbre, diarrea, vomito	1	1%	0 0%		•	•	•
Febbre, diarrea, otite	1	1%	1 100%		•	•	
Diarrea, infezione alle vie urinarie	1	1%	1 100%			•	
Diarrea, sesta malattia	1	1%	1 100%			•	
Vomito	1	1%	1 100%				•
Faringite	1	1%	1 100%				
Malattie della pelle	1	1%	1 100%				
Influenza	1	1%	1 100%				
Totale	165	100%	79/111 71%				

Tavola 5.91. Bambini con diarrea portati ad essere visitati, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	19	(83)	2	(67)	5	(50)	8	(73)	5	(83)	39	(74)
Totale	23	(100)	3	(100)	10	(100)	11	(100)	6	(100)	53	(100)

Tavola 5.92. Bambini con diarrea portati ad essere visitati, per anni compiuti

Anni	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Visitati	10 (91)	17 (89)	5 (63)	5 (71)	1 (25)	1 (25)	39 (74)
Totale	11	19	8	7	4	4	53

Chi quadrato per trend lineare, p = 0,000

Tavola 5.93. Dove sono stati portati a visitare i bambini con diarrea, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Consultorio pediatrico	9	(47)	-	(-)	-	(-)	1	(12)	-	(-)	10	(26)
Pediatra di base	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(20)	1	(3)
Pronto Soccorso	1	(5)	1	(50)	0	(0)	4	(50)	0	(0)	6	(15)
Ospedale, generico	9	(47)	1	(50)	5	(100)	3	(38)	4	(80)	22	(56)
Totale	19	(100)	2	(100)	5	(100)	8	(100)	5	(100)	39	(100)

Tavola 5.94. Proporzione di bambini con la tosse che sono stati portati ad una visita, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	33	(75)	6	(60)	8	(57)	11	(73)	6	(86)	64	(71)
Totale	44	(100)	10	(100)	14	(100)	15	(100)	7	(100)	90	(100)

Tavola 5.95. Bambini con tosse portati ad essere visitati, per anni compiuti

Anni	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Visitati	14 (82)	20 (83)	11 (85)	8 (73)	9 (56)	2 (22)	64 (71)
Totale	17	24	13	11	16	9	90

Chi quadrato per trend lineare, $p = 0,000$

Tavola 5.96. Dove sono stati portati a visitare i bambini con la tosse, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Consultorio pediatrico	20	(61)	-	(-)	-	(-)	1	(9)	-	(-)	21	(33)
Pediatra di base	1	(3)	1	(17)	1	(12)	0	(0)	2	(33)	5	(8)
Pronto Soccorso	1	(3)	1	(17)	0	(0)	4	(36)	0	(0)	6	(9)
Ospedale, generico	11	(33)	4	(67)	7	(88)	6	(55)	4	(67)	32	(50)
Totale	33	(100)	6	(100)	8	(100)	11	(100)	6	(100)	64	(100)

Tavola 5.97. Bambini con la febbre, portati ad essere visitati

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	17	(94)	4	(80)	7	(50)	10	(83)	3	(50)	41	(75)
Totale	18	(100)	5	(100)	14	(100)	12	(100)	6	(100)	55	(100)

Tavola 5.98. Bambini con febbre portati ad essere visitati, per anni compiuti

Anni	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Visitati	5 (83)	15 (83)	9 (85)	4 (73)	6 (56)	2 (22)	41 (75)
Totale	6	16	10	7	10	6	55

Chi quadrato per trend lineare, $p = 0,002$

Tavola 5.99. Dove sono stati portati a visitare i bambini con la febbre, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Consultorio pediatrico	10	(59)	-	(-)	-	(-)	1	(10)	-	(-)	11	(27)
Pediatra di base	1	(6)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(33)	2	(5)
Pronto Soccorso	0	(0)	0	(0)	0	(0)	5	(50)	0	(0)	5	(12)
Ospedale, generico	6	(35)	4	(100)	7	(100)	4	(40)	2	(67)	23	(56)
Totale	17	(100)	4	(100)	7	(100)	10	(100)	3	(100)	41	(100)

Tavola 5.100. Bambini con almeno un sintomo, portati ad essere visitati

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sì	38	(76)	11	(79)	9	(53)	12	(71)	9	(69)	79	(71)
No	12	(24)	3	(21)	8	(47)	5	(29)	4	(31)	32	(29)
Totale	50	(100)	14	(100)	17	(100)	17	(100)	13	(100)	111	(100)

Tavola 5.101. Bambini con almeno un sintomo portati ad essere visitati, per età

Età	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Totale (%)
Sì	10 (87)	25 (86)	11 (73)	11 (73)	9 (47)	3 (30)	79 (71)
Totale	23 (100)	29 (100)	15 (100)	15 (100)	19 (100)	10 (100)	111 (100)

Chi quadrato per trend lineare, $p = 0,000$

Tavola 5.102. Risposte sulle cause di malattie dei bambini nel campo, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Cause	49	(94)	15	(94)	7	(54)	21	(87)	13	(41)	105	(77)
Niente	1	(2)	0	(0)	5	(38)	3	(13)	13	(41)	22	(16)
Non so	2	(4)	1	(6)	1	(8)	0	(0)	6	(19)	10	(7)
Totale	52	(100)	16	(100)	13	(100)	24	(100)	32	(100)	137	(100)

Tavola 5.103. Categorie di risposta per cause di malattie dei bambini al campo, per città

Città	Firenze (%)		Bergamo (%)		Brescia (%)		Venezia (%)		Bolzano (%)		Totale (%)	
Sporco	33	(31)	12	(35)	4	(27)	21	(44)	5	(21)	75	(33)
Freddo	34	(32)	8	(24)	0	(0)	9	(19)	11	(48)	62	(27)
Abitazioni precarie	4	(4)	4	(12)	5	(33)	8	(17)	4	(17)	25	(11)
Presenza di topi	20	(19)	1	(3)	0	(0)	2	(4)	0	(0)	23	(10)
Aria cattiva	8	(7)	4	(12)	1	(7)	3	(6)	1	(4)	17	(7)
Affollato	4	(4)	2	(6)	2	(13)	4	(8)	2	(9)	14	(6)
Acqua stagnante	4	(4)	3	(9)	3	(20)	1	(2)	0	(0)	11	(5)
Totale	107	(100)	34	(100)	15	(100)	48	(100)	23	(100)	227	(100)

Tavola 6.1. Difficoltà respiratorie e asma, confronto tra dati nazionali SIDRIA e i dati provenienti dai cinque campi

	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine
	Difficoltà e fischi respiratori negli ultimi 12 mesi			Prevalenza di asma attiva (asma diagnosticata + almeno un attacco nell'ultimo anno)		
Nei cinque campi, bambini 0-5	17% 28/165	17% 13/78	17% 15/87	7% 12/165	10% 8/78	5% 4/87
	Dispnea con fischi negli ultimi 12 mesi					
Studio SIDRIA, bambini 6-7	5.3%	6.4%	4.0%			
	Almeno 4 attacchi negli ultimi 12 mesi			Asma diagnosticata nel corso della vita		
Nei cinque campi, bambini 0-5	5% 8/165	8% 6/78	2% 2/87	9% 15/165	13% 10/78	6% 5/87
	Almeno 4 attacchi negli ultimi 12 mesi			Asma diagnosticata nel corso della vita		
Studio SIDRIA, bambini 6-7	1,4%	1,8%	1,0%	9,0%	11,4%	6,4%

Tavola 6.2. Confronto tra i dati del Censimento 2001 e i dati raccolti nei cinque campi, sulle caratteristiche delle abitazioni

Istat, Censimento 2001. Dati su abitazioni occupate da residenti			
Città	Numero medio di stanze per abitazione	Numero medio di stanze per persona	Metri quadri per persona
Firenze	4,3	1,9	40,3
Bergamo	3,1	1,7	43,0
Brescia	4,1	1,7	41,1
Venezia	4,1	1,7	38,2
Bolzano	3,7	1,6	34,8
Totale Italia	4,2	1,6	36,8

Data dei cinque campi			
Città	Numero medio di stanze per abitazione	Numero medio di stanze per persona	Metri quadri per persona, considerando l'intera area del campo
Firenze	2,5	0,4	19
Bergamo	1,7	0,3	10
Brescia	2,4	0,4	50
Venezia	2,5	0,4	45
Bolzano	2,7	0,7	31

Tavola 6.3. Relazione tra le principali preoccupazioni dei rom e fattori azionabili

Preoccupazioni espresse dai Romá	Associazioni significative	Commenti	Considerazioni di fattibilità
Sporcizia Rifiuti, degrado, stato dei cassonetti	Acqua stagnante • Tosse (5 anni al campo) p=0.001 • Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.026	In campi con ridotti spazi abitativi e comuni, i bambini sono costretti a viverci e giocare, nonostante la presenza di elementi di rischio.	Il problema dell'acqua stagnante, causato dal fondo dissestato e/o da problemi con il sistema di drenaggio, è spesso dovuto ad una mancanza di seria pianificazione.
Condizioni abitative precarie Qualità è struttura dell'abitazione Poca circolazione d'aria Riscaldamento, aria secca Difficoltà a scaldare abitazione Infiltrazioni e muffe	Condizioni dell'abitazione • Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.010 • Asma (in campo affollato) p=0.016 Stufe a legna • Tosse (in campo affollato) p=0.027	Solide strutture abitative garantirebbero migliore isolamento termico risolvendo, quindi, gran parte dei problemi relativi alla sicurezza e ai sistemi di riscaldamento.	Le alternative sono la costruzione di abitazioni dalla strutture più solide o, preferibilmente, l'inclusione delle famiglie <i>rom</i> in schemi abitativi regolari. I costi necessari per questo tipo di intervento dovrebbero essere calcolati in relazione ai benefici ottenuti dalla riduzione dei costi per la salute.
Freddo e umidità Bagni fuori dalle abitazioni Mancanza d'acqua calda Impossibilità di fare bagno caldo ai bambini Bagni non riscaldati	Assenza di bagni con docce • Tosse (tutti) p=0.003 • Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.007	Problemi relativi a servizi igienici inadeguati si riflettono qui nella mancanza di bagni con docce e nel rischio, volendo tenere i bambini puliti, di esporli al freddo.	La necessità di luoghi adeguati per lavare i propri bambini, mantenendoli al caldo, è da ritenersi fondamentale nella pianificazione di qualsivoglia soluzioni abitative.
Presenza di ratti	Ratti • Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.027 • Asma (tutti) p=0.071	Non si sono registrati casi di asma in campi dove non vi erano ratti. I ratti possono essere sia causa di malattie sia un indicatore dello stato di degrado ambientale.	Non è sufficiente eliminare i ratti. È necessario eliminare ciò che ne causa la presenza. In gran parte, la soluzione del problema si otterrebbe migliorando le condizioni abitative e l'ambiente circostante.
Cattiva qualità dell'aria, odori sgradevoli	Siti industriali inquinanti • Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.003	A Firenze, dove il campo confina con una fabbrica di asfalto e una cava di ghiaia, vi è una prevalenza significativamente più alta di problemi respiratori.	L'inclusione di comunità <i>rom</i> nella più ampia pianificazione urbana eliminerebbe questo problema.
Sovraffollamento Spazio vivibile al campo Spazio vivibile nelle abitazioni	Affollamento delle abitazioni • Asma (giorno+notte) p=0.014 Affollamento del campo • Difficoltà respiratorie (tutti) p=0.001 • Asma (+condizioni abitazione) p=0.016	L'affollamento deve essere considerato in tutti i suoi differenti aspetti (nell'abitazione, nel campo, diurno, notturno).	Nella pianificazione di soluzioni abitative per i <i>rom</i> , il semplice rispetto delle norme vigenti riguardanti le caratteristiche minime delle abitazioni risolverebbe questo problema.

Questioni non menzionate in modo esplicito: Anni vissuti dalla famiglia al campo	Anni vissuti al campo • Diarrea (tutti) p=0.014 • Diarrea (in abitazione affollata) p=0.002 • Diarrea (in campo con acqua stagnante) p=0.005	Il fattore tempo ha un ruolo nel generare effetti tempo-cumulativi su situazioni di rischio per la salute dei bambini, e nel produrre un effetto di rassegnazione e mancanza di reazione a situazioni di rischio.	Rimandare l'attuazione di soluzioni permanenti accresce i costi sociali e sanitari. Le famiglie hanno vissuto molti anni in un campo, troveranno difficile riabituarsi a vivere in un'abitazione.
Apparentemente contraddittorio: Accesso all'acqua all'interno dell'abitazione	Accesso all'acqua in casa • Tosse (bambini 0-3) p=0.019	Nonostante le famiglie segnalassero che i bagni collocati fuori dalle abitazioni fossero un problema, allacciamenti improvvisati, e non sostenuti adeguatamente da appropriati scarichi fognari, possono rappresentare un problema ancora più grave.	L'accesso all'acqua all'interno di un'abitazione è un gran vantaggio, ma l'abitazione stessa e gli allacciamenti devono essere adeguati. L'accesso ad abitazioni adeguate risolverebbe questo problema.

In questa tavola, si usa il valore p del test esatto di Fisher a due code per mostrare la significatività delle associazioni.

- “Tutti” => la popolazione totale di bambini da zero a cinque anni d'età
- “5 anni al campo” => la popolazione di bambini le cui famiglie hanno vissuto al campo per più di cinque anni
- “In abitazione affollata” => la popolazione di bambini che vivono in case affollate, con più di 2,5 persone per stanza
- “In campo con acqua stagnante” => la popolazione di bambini che vive in campi con acqua stagnante
- “bambini 0-3” => la popolazione di bambini da zero a tre anni d'età
- “giorno+notte” indica come fattore di rischio la variabile combinata “più di 2,5 persone per stanza nell'abitazione” e “più di tre persone per giaciglio nell'abitazione”
- “In campo affollato” indica come fattore di rischio la variabile combinata “cattive condizioni dell'abitazione” o “campo con meno di 25m² per persona”
- “+ condizioni abitazione” indica come fattore di rischio la variabile combinata “cattive condizioni dell'abitazione” o “campo con meno di 25m² per persona”

FIGURE

Figura 5.1. Mappa della città di Firenze e collocazione del campo di Via del Poderaccio

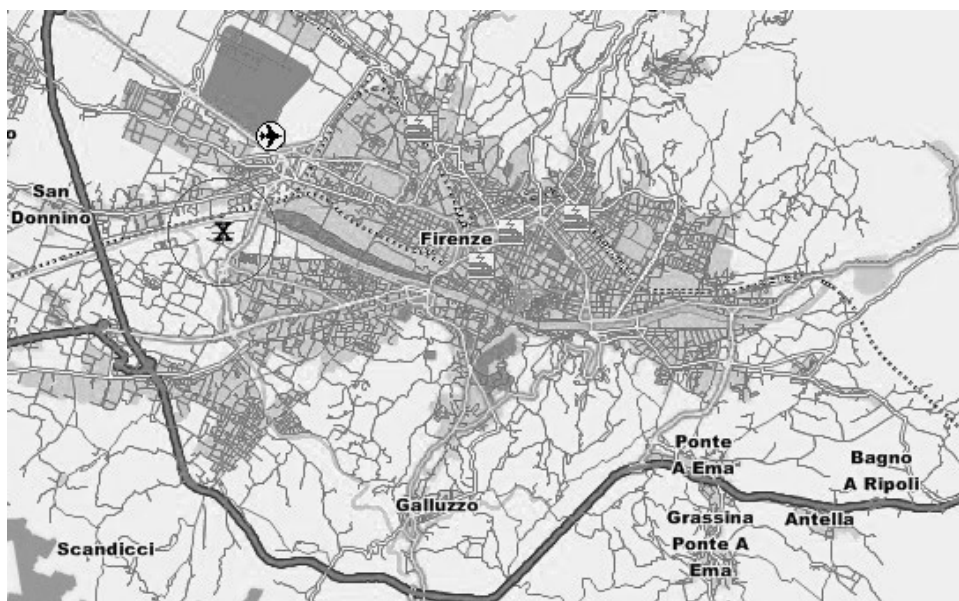


Figura 5.2. Campo di Via del Poderaccio, Firenze

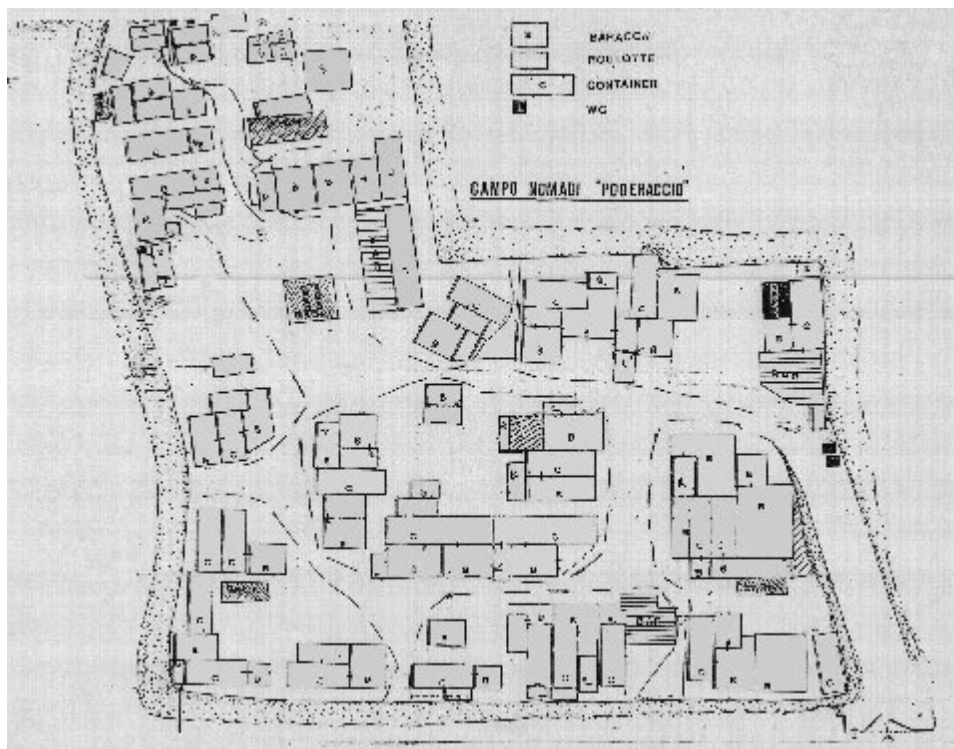


Figura 5.3. Mappa della città di Bergamo e collocazione del campo di Via Rovelli 160



Figura 5.4. Campo di Via Rovelli 160, Bergamo

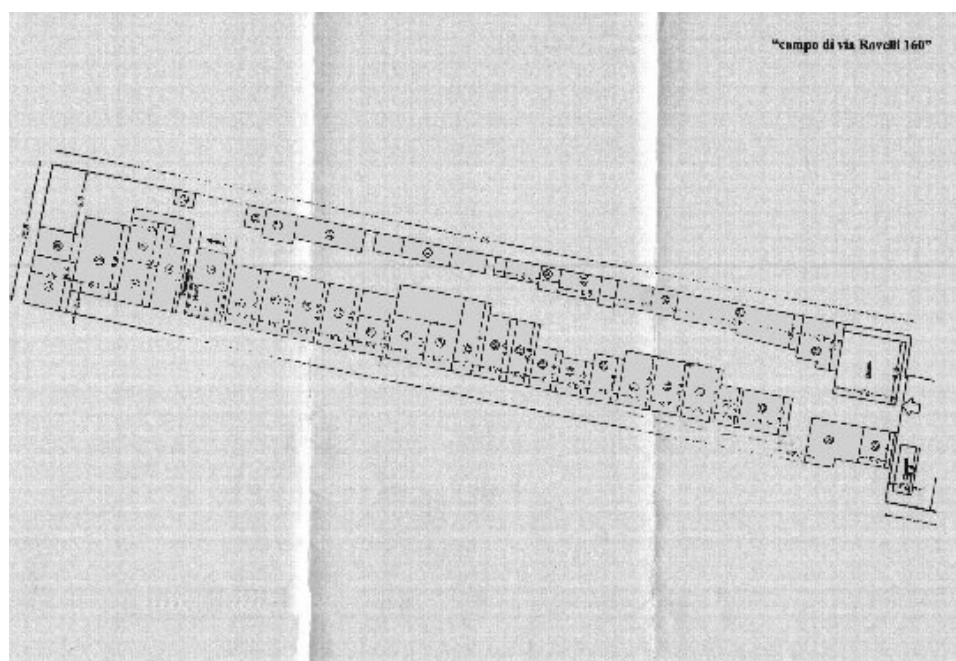


Figura 5.5. Mappa della città di Brescia e collocazione del campo di Via Chiappa



Figura 5.6. Mappa della città di Venezia/Mestre e collocazione del campo di San Giuliano

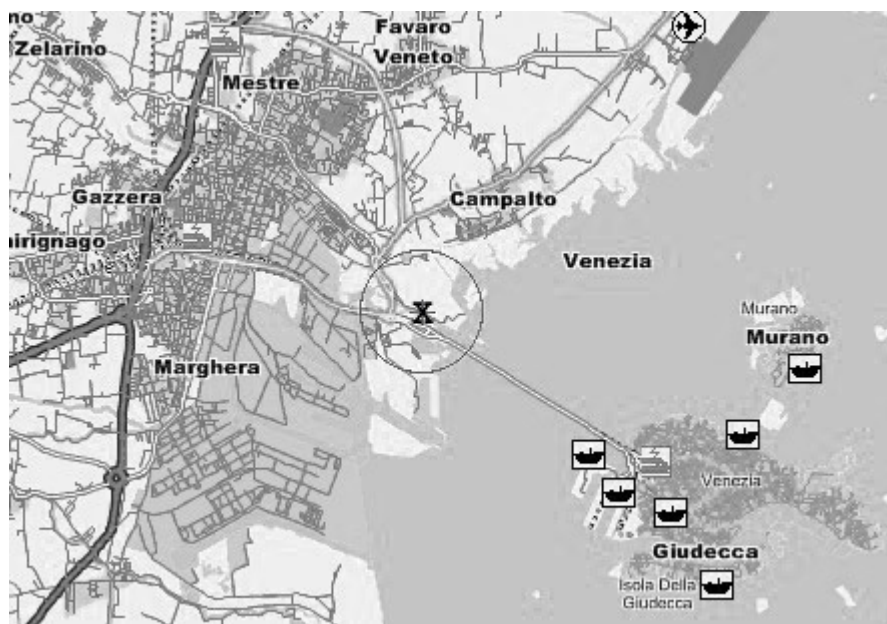


Figura 5.7. Mappa della città di Bolzano e collocazione del campo di Castel Firmiano

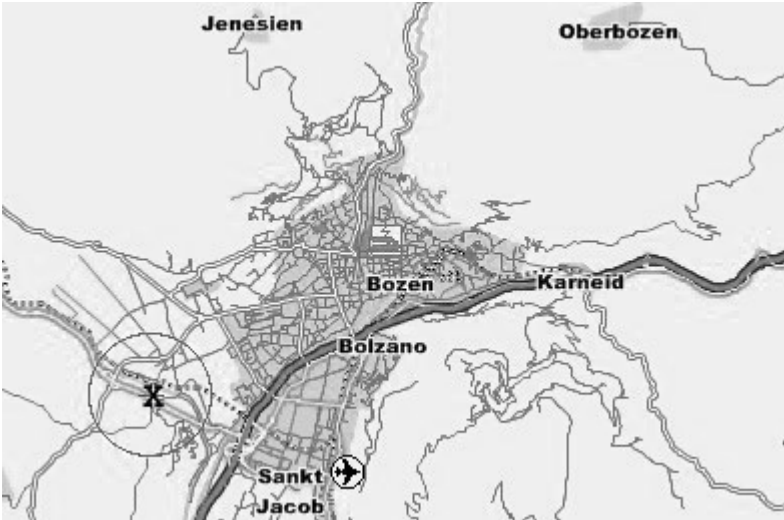


Figura 5.8. Campo di Castel Firmiano, Bolzano: area destinata alle piazzole

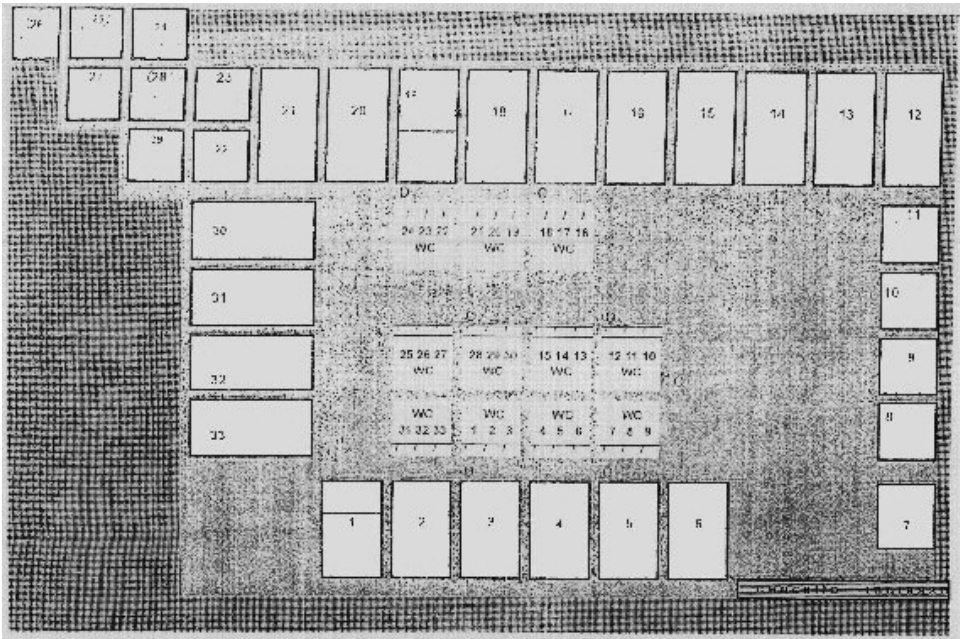


Figura 5.9. Piramide per età dei membri delle famiglie intervistate durante lo studio, per sesso (n=737)

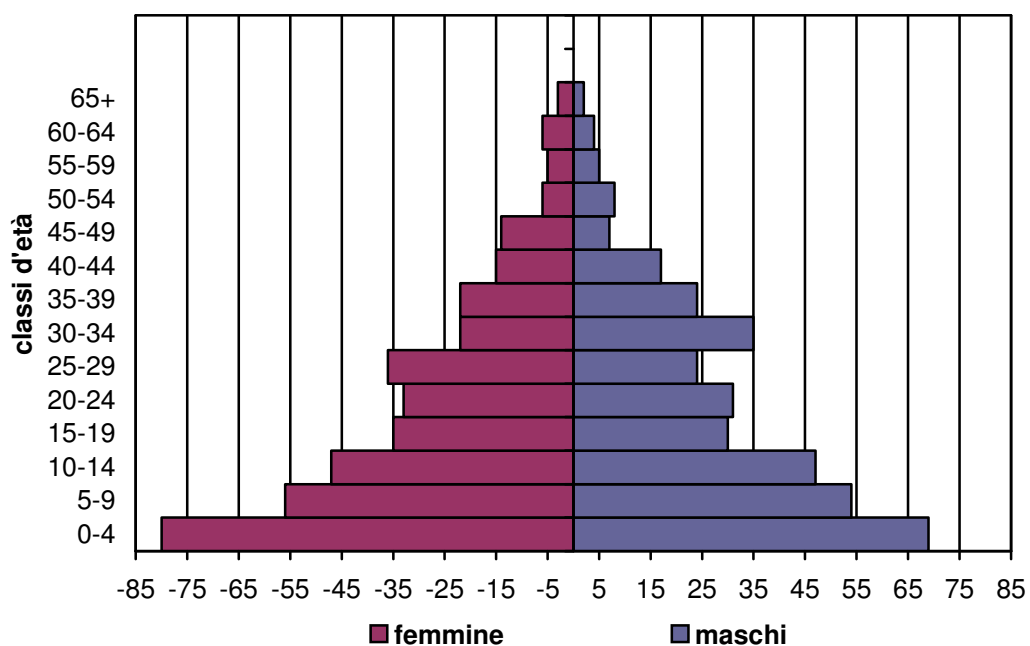


Figura 5.10. Età della madre al parto, per i bambini da zero a cinque anni coperti dallo studio; interpolazione con regressione polinomiale del 4° grado (n=101)

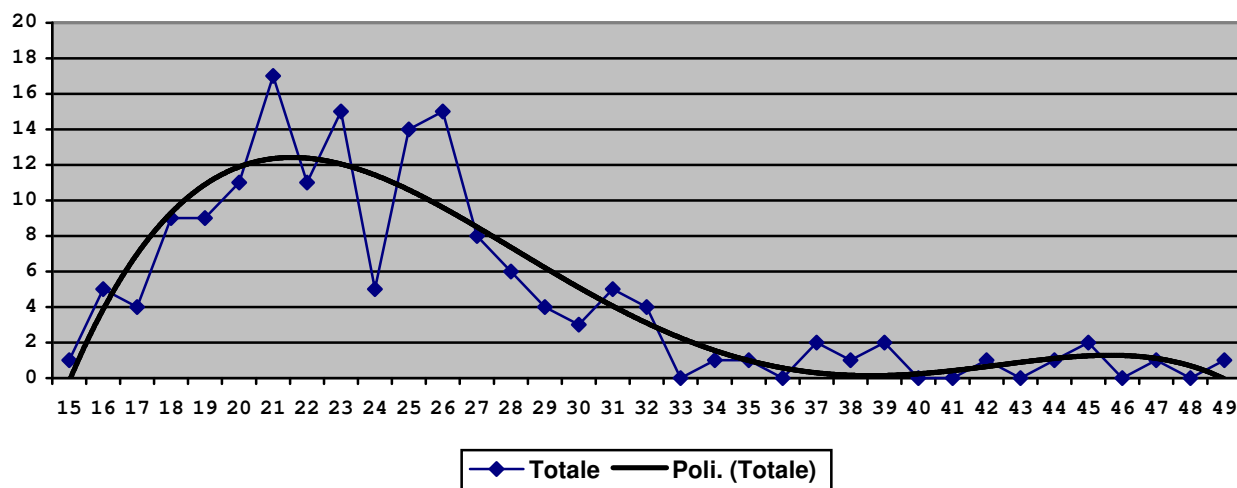


Figura 5.11. Piramide per età dei bambini, per sesso (n=167)

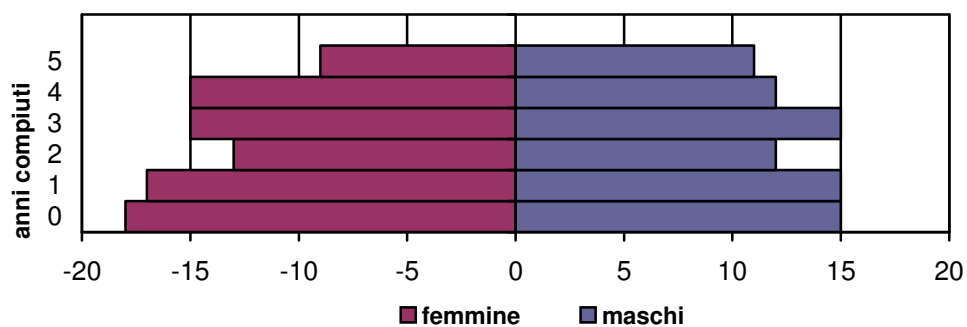


Figura 5.12. Prevalenza di periodo della diarrea per età del bambino (n=165)

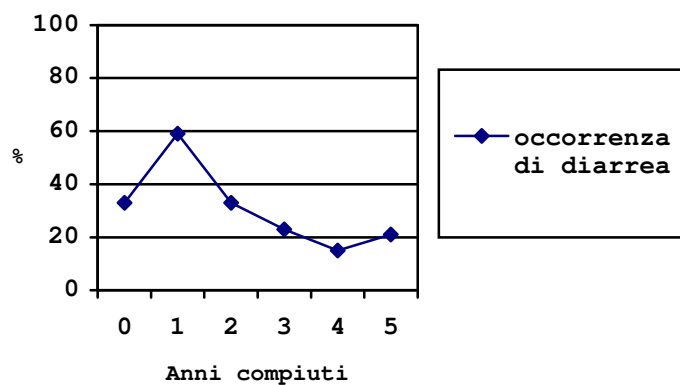


Figura 5.13. Prevalenza di periodo della tosse per età del bambino (n=165)

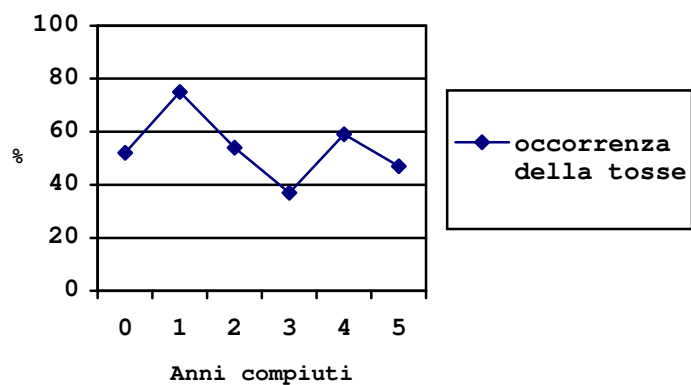


Figura 5.14. Prevalenza di periodo della febbre per età del bambino (n=164)

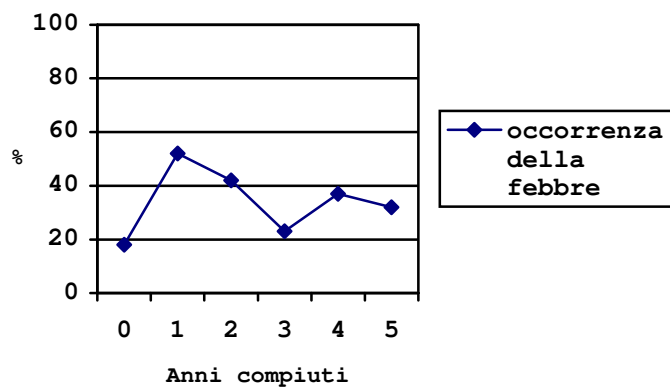


Figura 5.15. Occorrenza di almeno n sintomo manifestatosi negli ultimi 15 giorni, per età del bambino (n=165)

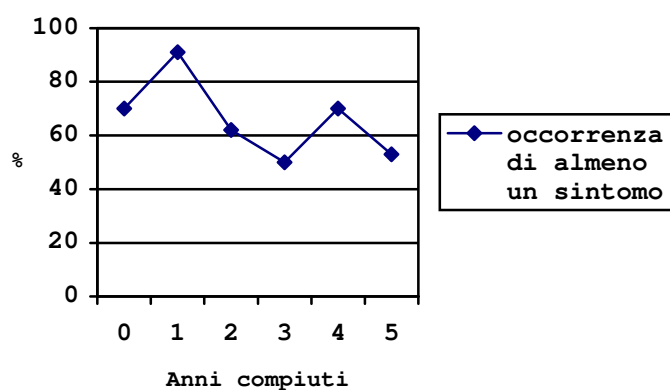


Figura 5.16. Bambini con diarrea portati ad essere visitati, per anni compiuti (n=53)

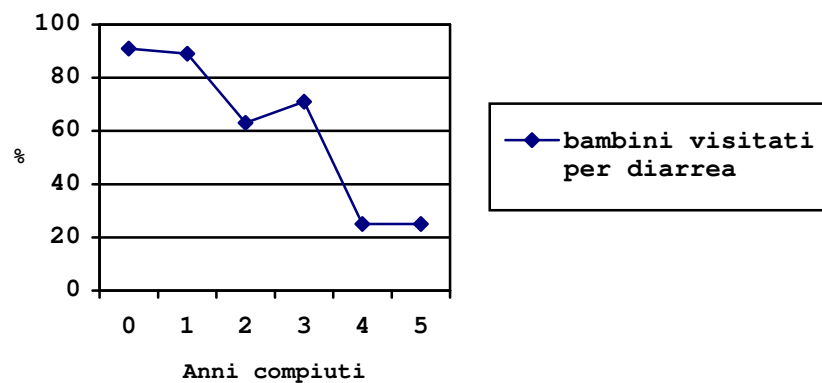


Figura 5.17. Bambini con tosse portati ad essere visitati, per anni compiuti (n=90)

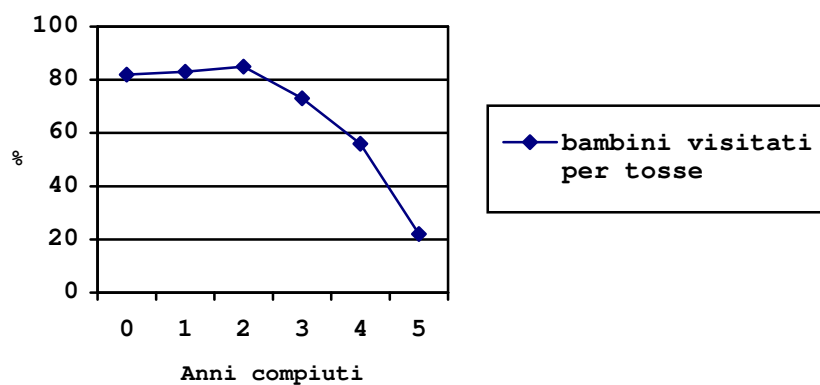


Figura 5.18. Bambini con la febbre portati ad essere visitati, per anni compiuti (n=55)

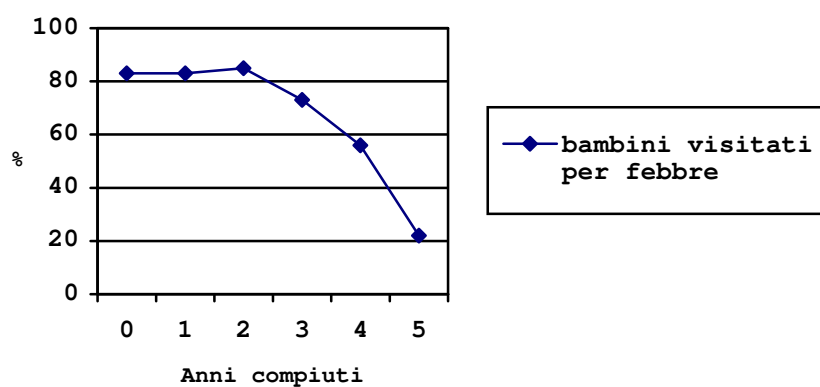
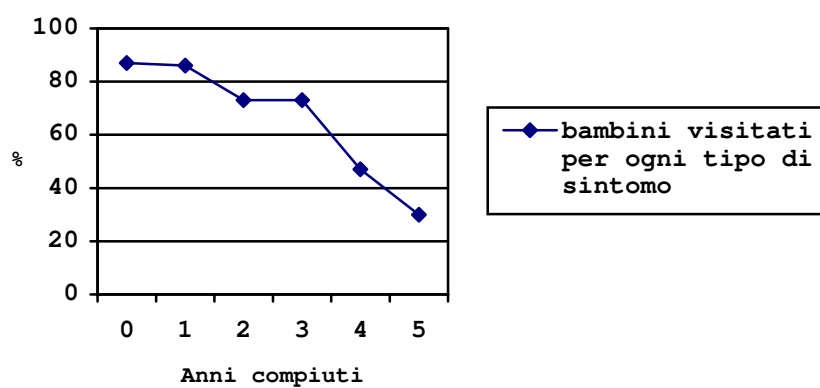


Figura 5.19. Bambini con almeno un sintomo portati ad essere visitati, per anni compiuti (n=111)



BIBLIOGRAFIA

1. Monasta L. *Mappatura degli insediamenti di cittadini non italiani di etnia rom sul territorio nazionale*. Report of the research project "The education of the Gypsy childhood in Europe". Dipartimento di Studi Sociali, Università di Firenze, 2003.
2. Monasta L. Note sulla mappatura degli insediamenti di Rom stranieri presenti in Italia. In: Saletti Salza C, Piasere L. eds. *Italia Romani Vol. IV*. CISU. Roma 2004: 3-16.
3. ERRC, *Il paese dei campi. La segregazione razziale dei Rom in Italia*. I Libri di Carta. Oct. 2000.
4. CERD (Committee on the Elimination of Racial Discrimination). *Concluding Observations, Italy*. 54th Session, 1-19 March 1999. 18 March 1999.
5. Brunello P. Introduzione. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. Roma 1996: 11-21.
6. Lee R. I rom nel limbo 'Kalisferia'. In: Montesi S. *Terre sospese, vite di un campo rom*. Prospettiva Edizioni. Roma, 2002.
7. School of Planning, Oxford Brookes University. *Survey on policy and practice related to refugee integration*. Commissioned by the European Refugee Fund Community Actions 2001/2. Dec. 2002
8. Piasere L. Stranieri "e" nomadi. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. Roma 1996: 23-27.
9. Sigona N. *Figli del ghetto. Gli italiani, i campi nomadi e l'invenzione degli zingari*. Nonluoghi libere edizioni. Trento 2002.
10. Boursier G. Lo sterminio degli zingari. In: Boursier G, Converso M, Iacomini F. eds. *Zigeuner, lo sterminio dimenticato*. Sinnos Ed. Roma 1996.
11. Piasere L. *Popoli delle discariche*. CISU. Roma 1991.
12. Colacicchi P. Discriminazioni. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. Roma 1996: 29-38.
13. Carlisle K. Tenere i rom alla larga. In: Montesi S. *Terre sospese, vite di un campo rom*. Prospettiva Edizioni. Roma 2002.
14. Hasani B, Monasta L. *Vite costrette, un viaggio fotografico nel campo Rom del Poderaccio*. Ombre Corte. Verona 2003.
15. Piasere L. Prefazione. In: Hasani B, Monasta L. *Vite costrette, un viaggio fotografico nel campo Rom del Poderaccio*. Ombre Corte. Verona 2003.
16. Krieger N. *Questioning epidemiology: objectivity, advocacy, and socially responsible science*. Am J Public Health. 1999; 89(8):1151-3.
17. Gropper RC. *Gypsies and the health professions*. Newsletters of the Gypsy Lore Society, North American Chapter. 1982 Autumn; Vol. 5 (4): 1-8.
18. Rabino Massa E, Masali M. *Gli Zingari. Note antropologiche*. Federazione medica. 1987. XL, 3:247-252.
19. Bodner A, Leininger M. *Transcultural nursing care values, beliefs, and practices of American (USA) Gypsies*. Journal of Transcultural Nursing. 1992 Summer; 4(1):17-28.
20. Rabino Massa E, Viterbo S, Mina M, Giordano M. *Indagine epidemiologica su caratteristiche di interesse odontostomatologico di un campione di popolazione nomade in età pediatrica*. Minerva Stomatologica. 1988 Jan;37(1):7-12.
21. Marcolungo E. *Zingari a Torino: i Rom slavi fra la tradizione e mutamento*. Tesi di Laurea della Facoltà di Scienze Politiche, Torino. 1983.

22. Fuglesang A. *About understanding – Ideas and observations on cross-cultural communication*. Dag Hammarskjöld Foundation. Uppsala, 1982.
23. Geraci S, Motta F, Rossano R. *Il bisogno di salute nelle popolazioni zingare*. Ann Ig. 2002 Jul-Aug;14(4 Suppl 4):17-31.
24. Cruz M, Dieguez A, Fos E, R-Hierro F. *Epidemiologic survey of Hepatitis B in Gypsy women*. European Journal of Epidemiology. 1988 Sep; 4(3): 314-317.
25. Camara Medina C, Perez Garcia A, Quesada Lupianez P, Sanchez Cantalejo E. *Intervención con agentes de salud comunitarios en programas de inmunizaciones en la comunidad gitana*. Atencion Primaria. 1994 May 15;13(8):415-8.
26. De Amici D, Gasparoni A, Chirico G.& Bogliolo O. *The influence of race on breast feeding*. European Journal of Epidemiology. 1998; 14: 413-415.
27. Coto E, Rodriguez J, Jeck N, Alvarez V et al. *A new mutation (intron 9 +1 G>T) in the SLC12A3 gene is linked to Gitelman syndrome in Gypsies*. Kidney Int. 2004 Jan;65(1):25-9.
28. Ginter E, Krajcovicova-Kudlackova M, Kacala O, Kovacic V, Valachovicova M. *Health status of Romanies (Gypsies) in the Slovak Republic and in the neighbouring countries*. Bratisl Lek Listy. 2001;102(10):479-84.
29. Krajcovicova-Kudlackova M, Blazicek P, Spustova V, Valachovicova M, Ginter E. *Cardiovascular risk factors in young Gypsy population*. Bratisl Lek Listy. 2004;105(7-8):256-9.
30. Sanchez Serrano FJ, Zubiaur Cantalapiedra A, Herrero Galiana A, Gallart Martinez MD et al. *Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencia. Aproximación a la realidad gitana*. An Esp Pediatr. 2002 Jan;56(1):17-22.
31. Bartsocas CS, Karayanni C, Tsiouras P, Baibas E, Bouloukos A, Papadatos C. *Genetic structure of Greek gypsies*. Clinical Genetics. 1979; 15: 5-10.
32. Galikova J, Vilimova M, Ferak V, Mayerova A. *Haptoglobin types in gypsies from Slovakia*. Human Heredity. 1969; 19: 480-5.
33. Harper PS, Williams EM. *Genetic disorders in Gypsies*. (lettera). The Lancet. 1975 May 3: 1; 1041.
34. Harper PS, Williams EM and Sunderland E. *Genetic markers in Welsh gypsies*. Journal of Medical Genetics. 1977;14: 177-182.
35. Kalaydjieva L, Hallmayer J, Chandler D, Savov A et al. *Gene mapping in Gypsies identifies a novel demyelinating neuropathy on chromosome 8q24*. Nature Genetics. 1996 Oct;14(2):214-7.
36. Ogawa A, Tokunaga K, Lin L, Kashiwase K et al. *Diversity of HAL-B61 alleles and haplotypes in East Asian and Spanish Gypsies*. Tissue Antigens. 1998; Vol. 51: 356-366.
37. Rabino Massa E, Reddavid M, Monchietto MJ, Siori MS. *Risultati preliminari e caratteristiche dell'ematipo di due comunità di Zingari*. Antropologia Contemporanea. 1987. Vol. 10, N 1-2: 149-153.
38. Rabino Massa E, Revello D, Merelli R. *Analisi delle emoglobine e delle sieroproteine di una popolazione nomade (Zingari Rom) presente nell'area torinese*. Antropologia Contemporanea. 1993. Vol. 16, N. 1-2-3: 277-283.
39. Rani R, Fernandez-Viña M A, Stastny P. *Associations between HLA classes II alleles in a North Indian population*. Tissue Antigens. 1998; 52: 37-43.
40. Tauszik T. *Human and medical genetic examinations on the Gypsy population in Hungary*. Newsletter of the Gypsy Lore Society, North American Chapter. 1986 Autumn; Vol. 9: Number 4. New York.
41. Gresham D, Morar B, Underhill PA, Passarino G et al. *Origins and divergence of the Roma (gypsies)*. Am J Hum Genet. 2001 Dec; 69(6): 1314-31.

42. Morar B, Gresham D, Angelicheva D, Tournev I et al. *Mutation history of the roma/gypsies*. Am J Hum Genet. 2004 Oct;75(4):596-609.
43. Chaix R, Austerlitz F, Morar B, Kalaydjieva L, Heyer E. *Vlax Roma history: what do coalescent-based methods tell us?* Eur J Hum Genet. 2004 Apr;12(4):285-92.
44. Gropper RC. *What does blood tell?* (Three-part series) Newsletters of the Gypsy Lore Society, North American Chapter. 1981 Spring, Summer, Autumn; Vol. 4: N. 2, 3 & 4. New York.
45. Hajioff S, McKee M. *The health of the Roma people: a review of the published literature*. J Epidemiol Community Health. 2000; 54:864-869.
46. Zeman CL, Depken DE, Senchina DS. *Roma health issues: a review of the literature and discussion*. Ethn Health. 2003 Aug;8(3):223-49.
47. Ferrer F. *El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía*. Gac Sanit. 2003;17 Suppl 3:2-8.
48. Kalaydjieva L, Gresham D, Calafell F. *Genetic studies of the Roma (Gypsies): a review*. BMC Medical Genetics. 2001;2:5. <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/2/5>
49. Dubos R. *Man and his environment – Biomedical knowledge and social action*. Perspectives in Biology and Medicine. 1966; 9:623-36.
50. Zaharova B, Andonova S, Gilissen A, Cassiman JJ, Decorte R, Kremensky I. *Y-chromosomal STR haplotypes in three major population groups in Bulgaria*. Forensic Sci Int. 2001 Dec 27;124(2-3):182-6.
51. Deligiannidis P, Triantaphyllidis C, Psaroulis D, Kouvatzi A. *Forensic evaluation of 13 STR loci in the Roma population (Gypsies) of Greece*. Forensic Sci Int. 2005 Jun 2; [Epub ahead of print].
52. Nagy AS, Pap M. *Comparative analysis of dermatoglyphic traits in Hungarian and Gypsy populations*. Hum Biol. 2004 Jun;76(3):383-400.
53. Mandadzhieva S, Marinov B, Kostianev S, Turnovska T. *Anthropometric and cardiopulmonary parameters in Bulgarian and Romany children: cross-sectional study*. Croat Med J. 2005 Apr;46(2):294-301.
54. Plasilova M, Feravoka E, Kadasi L, Polakova H et al. *Linkage of autosomal recessive primary congenital glaucoma to the GLC3A locus in Roms (Gypsies) from Slovakia*. Human Heredity. 1998; 48: 30-33.
55. Barry J, Kirke P. *Congenital anomalies in the Irish traveller community*. Irish Medical Journal. 1997 Oct;90(6):233-4.
56. Diez O, Domenech M, Alonso M et al. *Identification of the 185delAG BRCA1 mutation in a Spanish Gypsy population*. Human Genetics. 1998; 103: 707-708.
57. Reddavid M, Rabino Massa E, Camaschella C. *I polimorfismi dei geni β -globinici in Zingari Rom*. Antropologia Contemporanea. 1989. Vol. 12, N. 4: 207-211.
58. Martinez-Frias ML, Bermejo E. *Prevalence of congenital anomaly syndromes in a Spanish gypsy population*. Journal of Medical Genetics. 1992; 29 (7): 483-6.
59. Kalaydjieva L, Nikolova A, Turnev I, Petrova J et al. *Hereditary motor and sensory neuropathy - Lom, a novel demyelinating neuropathy associated with deafness in Gypsies. Clinical, electrophysiological and nerve biopsy*. Brain. 1998; 121: 399-408.
60. Martinez G, Garcia-Lozano JR, Ribes A, Maldonado MD, Baldellou A, De Pablo R, Nuñez-Roldan A. *High risk of medium chain acyl-coenzyme A dehydrogenase deficiency among Gypsies*. Pediatric Research. 1998; Vol. 44: N.1: 83-84.
61. Varadi V, Szabò L, Papp Z. *Syndrome of polydactyly, cleft lip/palate or lingual lump, and psychomotor retardation in endogamic gypsies*. Journal of Medical Genetics. 1980; 17: 119-122.

62. Diego Nunez MA, Cortijo Gonzalez C. *Familial hypobetalipoproteinemia: Report of a family and review of Spanish contributions*. An Esp Pediatr. 2002 Jan;56(1):64-7.
63. Hunter M, Heyer E, Austerlitz F, Angelicheva D et al. *The P28T mutation in the GALK1 gene accounts for galactokinase deficiency in Roma (Gypsy) patients across Europe*. Pediatr Res. 2002 May;51(5):602-6.
64. Giros M, Boveda MD, Vazquez de la Cruz A, Lazaro P et al. *Mutation P28T in gene GKI as the cause of a familial galactokinase deficiency*. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003 Feb;78(2):111-4.
65. Vazquez-Lopez ME, Martinez-Regueira S, Somoza-Rubio C, Gonzalez-Gomez FJ et al. *Hypotonia and lethargy: initial manifestations of a new case of galactosemia*. Rev Neurol. 2004 Aug 1-15;39(3):240-2.
66. Georgieva B, Todorova A, Tournev I, Mitev V, Kremensky I. *C283Y gamma-sarcoglycan gene mutation in the Bulgarian Roma (Gypsy) population: prevalence study and carrier screening in a high-risk community*. Clin Genet. 2004 Nov;66(5):467-72.
67. Antunez Galvez JM, Aguilar Heredia Y, Castaño Carracedo MA, Orihuela Cañadas F. *Hepatitis B en niños y adolescentes de etnia gitana*. Medicina Clinica (Barcelona). 1993 Nov; 101 (15): 596-7.
68. Aylward R B, Porta D, Fiore L, Ridolfi B, Chierchini P, Forastiere F. *Unimmunized Gypsy populations and implications for the eradication of poliomyelitis in Europe*. The Journal of Infectious Diseases. 1997; 175 (Suppl. 1): S86-8.
69. Morales JL, Huber L, Gallego S, Alvarez G, Diez-Delgado J, Gonzalez A, Aguilar L, Dal-Re R. *A seroepidemiologic study of hepatitis A in Spanish children. Relationship of prevalence to age and socio-environmental factors*. Infection. 1992 Jul-Aug;20(4):194-6.
70. Bell EJ, Riding MH, Collier PW, Wilson NC, Reid D. *Susceptibility of itinerants ("travelling people") in Scotland to poliomyelitis*. Bulletin WHO. 1983; 61 (5); 839-843.
71. Bernal A, Garcia-Saiz A, Liacer A, de Ory F, Tello O, Najera R. *Poliomyelitis in Spain, 1982-1984: virologic and epidemiologic studies*. American Journal of Epidemiology. 1987 Jul;126(1):69-76.
72. Porta D, Chierchini P, Bruno L, Fiore L, Cristofaro G, Amato C, Catone S, Gentili G, Sangalli M, Forastiere F. *Studio sieroepidemiologico sul livello di copertura immunitaria in una comunità nomade a Roma*. Epidemiologia e Prevenzione. 1997 Jan-Mar; 21(1):48-53.
73. Cilla G, Perez-Tralero E, Marimon J M, Erdozain S and Gutierrez C. *Prevalence of hepatitis A antibody among disadvantaged gypsy children in northern Spain*. Epidemiol. Infect. 1995; 115: 157-161.
74. Feder G, Vaclavik T, Streetly A. *Traveller Gypsies and childhood immunization: a study in east London*. British Journal of General Practitioners. 1993 Jul;43(372):281-4.
75. McKenzie AB. *Traveller mothers and babies*. BMJ. 1990 Jul 14;301(6743):123.
76. Flynn M. *Mortality, morbidity and marital features of Travellers in the Irish Midlands*. Irish Medical Journal. 1986. 79: 308-10.
77. Pahl J, Vaile M. *Health and health care among travellers*. Journal of Social Policy. 1988 Apr;17(2):195-213.
78. Walker PC. *The health of travellers*. BMJ. 1986 Nov 22;293:1322
79. Kargar I. *Tales of travail*. Nursing Times. 1992 Sep 16-22;88(38):22.
80. Van Cleemput P. *Health care needs of travellers*. Arch Dis Child. 2000 Jan;82(1):32-7
81. Matthews Z. *The outsiders*. Nursing Times. 1998 Sep 16-22;94(37):26-7.
82. Guiraud JC. *Pathologies tsiganes? Études Tsiganes*. 1988; 2: 11-16.
83. Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. *Marginalidad, grupos étnicos y salud*. An Esp Pediatr. 1992 Jun;36 Suppl 48:115-7.

84. Joubert K. *Size at birth and some sociodemographic factors in gypsies in Hungary*. Journal of Biosocial Science. 1991 Jan;23(1):39-47.
85. Gyorgy U, Andrea O, Maria B, Sandor B, Eva S. *Roma colonies in Hungary--medical care of children and hygienic conditions*. Orv Hetil. 2005 Apr 10;146(15):691-9.
86. Dejmek J, Ginter E, Solansky I, Podrazilova K et al. *Vitamin C, E and A levels in maternal and fetal blood for Czech and Gypsy ethnic groups in the Czech Republic*. Int J Vitam Nutr Res. 2002
87. Sutherland A. *Gypsies and health care*. Western Journal of Medicine. 1992 Sep;157(3):276-80.
88. Sutherland A. *Health and illness among the Rom of California*. Journal of the Gypsy Lore Society. 1992; 5(2),1: 19-59.
89. Sutherland A. The body as a social symbol among the Rom. In: Blaching J. ed. *The anthropology of the body*. Academy Press. London 1977: 375-390.
90. Thomas JD. *Gypsies and American medical care*. Annals of Internal Medicine. 1985 Jun;102(6):842-5.
91. Thomas JD. *Health care of American Gypsies: social and medical aspects*. Papers from the eighth and ninth annual meeting. Gypsy Lore Society, North American Chapter, (C. DeSilva, J. Grumet, D. J. Nemeth (eds)) 1988. pp. 128-138. Gypsy Lore Society, North America Chapter, publications No. 4, New York.
92. Thomas JD. *Tales of a gypsy doc: perspectives on social and medical aspects of care of the American Gypsy population*. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 1993 Nov-Dec;60(6):427-8.
93. Thomas JD, Doucette MM, Thomas DC, Stoeckle JD. *Disease, lifestyle, and consanguinity in 58 American Gypsies*. Lancet. 1987 Aug 15;2(8555):377-9.
94. Mandell F. *Gypsies: culture and child care*. Pediatrics. 1974 Nov;54(5):603-7.
95. Wetzel RC, Dean JM, Rogers MC. *Gypsies and acute medical intervention*. Pediatrics. 1983 Nov;72(5):731-5.
96. Ojanlatva A, Vandenbussche C, Heldt H, Horte A et al. *The use of problem-based learning in dealing with cultural minority groups*. Patient Education and Counseling. 1997 Jun; 31(2): 171-6.
97. Peck B. *Gypsies - A Sheffield experience*. Health Visitor. 1983 Oct;56(10):365.
98. Streetly A. *Health care for travellers: one year's experience*. BMJ. 1987 Feb 21;294:492-4
99. Anderson E. *Health concerns and needs of Traveller families*. Health Visitor. 1997; 70: 148-150.
100. Edwards DM, Watt RG. *Diet and hygiene in the lives of Gypsy Travellers in Hertfordshire*. Community Dental Health. 1997 Mar;14(1):41-6.
101. Edwards DM, Watt RG. *Oral health care in the lives of Gypsy Travellers in east Hertfordshire*. British Dental Journal. 1997 Oct 11;183(7):252-7.
102. Trevisan P. Fra medici e santi: itinerari terapeutici di una comunità di Roma croati. In: Piasere L. ed. *Italia Romani, Vol. I*. Ed. CISU. Roma 1996: 205-26.
103. Porcu R, Cottatellucci T, Sormani E, Trevisan P et al. *I problemi di salute dei bambini zingari*. Atti del convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini", Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996.
104. Ní Shuinéar S. Crescere zingaro: riflessioni sul seminario ICDC-UNICEF. In: UNICEF-ICDC. *Crescere Zingaro*. Ed. Anicia. Roma 1994:31-54.
105. Conti M, Pietri F. *Esperienza di un consultorio pediatrico: attività a favore di una popolazione nomade*. Atti del convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini", Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996.

106. Gaspari L, Pini I. *La pediatria di comunità e i bisogni di salute del bambino nomade: esperienza di operatori dell'azienda USL di Forlì*. Atti del convegno APeC: "Dalle Ande agli Appennini", Pediatria di comunità e salute del bambino tra nomadismo e immigrazione. Forlì 26 Ottobre 1996.
107. Feder G, Hussey R. *Traveller mothers and babies. Health authorities need to provide better care*. BMJ. 1990 June 16; 300:1536-37.
108. Gordon M, Gorman DR, Hashem S, Stewart DGT. *The health of travellers' children in Northern Ireland*. Public Health. 1991; 105: 387-391.
109. Kramer MS. *Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis*. Bull WHO. 1987; 65: 663-737.
110. Kramer MS. *Socioeconomic determinants of intrauterine growth retardation*. Eur J Clin Nutr. 1998 Jan; 52 (Suppl 1):S29-S33.
111. Prada JA, Tsang RC. *Biological mechanisms of environmentally induced causes of IURG*. Eur J Clin Nutr. 1998 Jan; 52 (Suppl 1):S21-S27.
112. WHO. *The World health report 2005: make every mother and child count*. World Health Organization, 2005.
113. Steckel RH. *Birth weights and stillbirths in historical perspective*. Eur J Clin Nutr. 1998 Jan; 52 (Suppl 1):S16-S20.
114. Sormani E, NAGA. *Il bambino zingaro*. RMP. 1995; 495: 20-23.
115. Istituto Superiore di Sanità. *Immigrati e zingari: salute e diseguaglianze*. Edited by Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S. 2003, Rapporti ISTISAN 03/4.
116. UNDP. *Faces of poverty, faces of hope – Vulnerability profiles for Decade of Roma Inclusion countries*. Bratislava, 2005.
117. Brown P. *Race, class, and environmental health: a review and systematization of the literature*. Environ Research. 1995; 69:15-30.
118. Proctor RN. *Value-free science? Purity and power in modern knowledge*. Harvard University Press. Cambridge, Mass, 1991.
119. Ziman J. *An introduction to science studies: the philosophical and social aspects of science and technology*. Cambridge University Press. Cambridge, England, 1984.
120. Cohen HW, Northridge ME. *Getting political: racism and urban health*. Am J Public Health. 2000; 90(6):841-842.
121. Savitz DA, Poole C, Miller WC. *Reassessing the role of epidemiology in public health*. Am J Public Health. 1999; 89(8):1158-61.
122. Stafford M, McCarthy M. Neighbourhoods, housing, and health. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:297-317.
123. Northridge ME, Sclar ED. *Housing and health*. Am J Public Health. 2002;92(5):701.
124. Krieger J, Higgins DL. *Housing and health: time again for public health action*. Am J Public Health. 2002;92(5):758-768.
125. Northridge ME, Shepard PM. *Environmental racism and public health*. Am J Public Health. 1997;87(5):730-732.
126. Wood DL, Valdez RB, Hayashi T, Shen A. *Health of homeless children and housed, poor children*. Pediatrics. 1990;86(6):858-66.
127. Platt SD, Martin CJ, Hunt SM, Lewis CW. *Damp housing, mould growth, and symptomatic health care*. BMJ. 1989;298:1673-8.

128. Folmer-Anderson T. *Persistence of social and health problems in the welfare state: a Danish cohort experience from 1948 to 1979*. Soc Sci Med. 1984;18:555-600.
129. Britten N, Davies JMC, Colley JRT. *Early respiratory experience and subsequent cough and peak expiratory flow rate in 36 years old men and women*. BMJ. 1987;294:1317-20.
130. Sharfstein J, Sandel M, Kahn R, Bauchner H. *Is child health at risk while families wait for housing vouchers?* Am J Public Health. 2001;91(8):1191-2.
131. Bashir SA. *Home is where the harm is: inadequate housing as a public health crisis*. Am J Public Health. 2002;92(5):733-738.
132. Kiełtyka A, Szafraniec K, Jedrychowski W. *Environment and child health – Environmental factors and Helicobacter pylori infection in children and youth in Poland: population-based study*.
133. Phipatanakul W, Eggleston PA, Wood RA, and the National Cooperative Inner-city Asthma Study Group. *The prevalence of mouse allergen in inner-city homes*. J Allergy Clin Immunol. 1999;103:S235.
134. Phipatanakul W, Eggleston PA, Wright EC, Wood RA, and the National Cooperative Inner-city Asthma Study Group. *Mouse allergen. II. The relationship of mouse allergen exposure to mouse sensitization and asthma morbidity in inner-city children with asthma*. J Allergy Clin Immunol. 2000;106(6):1075-80.
135. Collins KJ. *Low indoor temperature and morbidity in the elderly*. Age Aging. 1986;15:212-220.
136. Evans J, Hyndman S, Stewart-Brown S, Smith D, Petersen S. *An epidemiological study of the relative importance of damp housing in relation to adult health*. J Epidemiol Community Health. 2000;54:677-686.
137. Markus TA. Cold, condensation and housing poverty. In: Burridge R, Ormandy D. eds. *Unhealthy housing: research, remedies and reform*. NY, Spon Press, 1993:141-167.
138. Samet JM, Spengler JD. *Indoor environments and health: moving into the 21st Century*. Am J Public Health. 2003;93(9):1489-1493.
139. Peat JK, Dickerson J, Li J. *Effects of damp and mould in the home on respiratory health: a review of the literature*. Allergy. 1998;53:120-128.
140. Sclar ED, Northridge ME. *Slums, slum dwellers, and health*. Am J Public Health. 2003;93(9):1381.
141. Speizer FE, Ferris B, Bishop YMM, Spengler J. *Respiratory disease rates and pulmonary function in children associated with NO₂ exposure*. Am Rev Respir Dis. 1980;121:3-10.
142. Ware JH, Dockery DW, Spiro A, Speizer FE, Ferris BG. *Passive smoking, gas cooking, and respiratory health of children living in six cities*. Am Rev Respir Dis. 1984;129:366-374.
143. World Health Organization. *Global estimates of burden of disease caused by the environment*. WHO, Switzerland, 2002.
144. Wadsworth M, Butterworth S. Early life. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:31-53.
145. Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:224-237.
146. Wilkinson RG, Marmot M. eds. *Social determinants of health: the solid facts, II ed*. World Health Organization, 2003.
147. Fullilove MT, Fullilove RE. *What's housing got to do with it?* Am J Public Health. 2000;90(2):183-184.
148. Wilkinson RG. Ourselves and others – for better or worse: social vulnerability and inequality. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:341-357.

149. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.
150. Putnam R. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.
151. Wilkinson RG. *Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards?* BMJ. 1997;314:591.
152. Lynch J, Davey Smith G, Kaplan G, House J. *Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions*. BMJ. 2000;320:1200–04.
153. Muntaner C, Lynch J. *Income inequality and social cohesion versus class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program*. Int J Health Serv. 1998;29:59–81.
154. Wilkinson RG. *Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch*. Int J Health Serv. 1999;29:525–43.
155. Wilkinson RG. *Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al*. J Epidemiol Community Health. 2000;54:411–13.
156. Lynch J. *Income inequality and health: expanding the debate*. Soc Sci Med. 2000;51:1001–05.
157. Leon DA, Walt G, Gilson L. *International perspectives on health inequalities and policy*. BMJ. 2001;322:591–4.
158. Marmot M, Wilkinson RG. *Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al*. BMJ. 2001;322:1233–36.
159. Lynch J, Davey Smith G, Hillemeier M et al. *Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations*. Lancet. 2001;358:194–200.
160. Muntaner C, Lynch JW, Hillemeier M et al. *Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries*. Int J Health Serv. 2002;32:629–56.
161. Rodgers GB. *Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis*. Int J Epidemiol. 2002;31:533–38.
162. Wilkinson RG. *Liberty, fraternity, equality*. Int J Epidemiol. 2002;31:538–43.
163. Porta M, Borrell C, Copete JL. *Theory in the fabric of evidence on the health effects of inequalities in income distribution*. Int J Epidemiol. 2002;31:543–46.
164. Deaton A. *The convoluted story of international studies of inequality and health*. Int J Epidemiol. 2002;31:546–49.
165. Lynch J, Davey Smith G. *Income inequality and health: The end of the story?* Int J Epidemiol. 2002;31:549–51.
166. Séguin L, Xu Q, Potvin L et al. *Effects of low income on infant health*. CMAJ. 2003;168(12):1533–8.
167. Pearce N, Davey Smith G. *Is social capital the key to inequalities in health?* Am J Public Health. 2003;93:122–29.
168. Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, et al. *Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986–96*. BMJ. 2000;320:1303–7.
169. Szreter S, Woolcock M. *Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health*. Int J Epidemiol. 2004;33:650–667.
170. Blane D. *The life course, the social gradient, and health*. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:54–77.
171. Shaw M, Dorling D, Smith GD. *Poverty, social exclusion, and minorities*. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:196–223.

172. Fisher PA, Ball TJ. *Balancing empiricism and local cultural knowledge in the design of prevention research*. J Urban Health. 2005;82(2 supp3):iii44-iii55.
173. Nazroo JY, Williams DR. The social determination of ethnic/racial inequalities in health. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:238-266.
174. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. *Racism as a stressor for African Americans: a biophycosocial model*. American Psychologist. 1999;54(10):805-816.
175. Srinivasan S, O'Fallon LR, Dearry A. *Creating healthy communities, healthy homes, healthy people: initiating a research agenda on the built environment and public health*. Am J Public Health. 2003;93(9):1446-1450.
176. Agency for Healthcare Research and Quality. *Community-based participatory research. Conference summary*. Rockville, MD, USA. June 2002. <http://www.ahrq.gov/about/cpcr/cbpr1.htm>
177. Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, et al. *Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence*. Evidence Report/Technology Assessment No. 99. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD, USA. July 2004.
178. Macaulay AC, Commanda LE, Freeman WL, Gibson N, McCabe ML, Robbins CM, Twohig P. *Participatory research maximises community and lay involvement*. BMJ. 1999;319:774-8.
179. Macaulay AC, Freeman WL, Gibson N, McCabe ML, Robbins CM, Twohig, PL, NAPCRG. *Responsible research with communities: participatory research in primary care – a policy statement for the North American Primary Care Research Group*. 1998. www.napcrg.org/exec.html
180. Litt IF. *Research with, not on, adolescents: community-based participatory research*. J Adolesc Health. 2003;33:315-316.
181. Minore B, Boone M, Katt M, Kinch P, Birch S. *Addressing the realities of health care in northern aboriginal communities through participatory action research*. J Interprof Care. 2004;18(4):360-8.
182. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. *Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research*. Education for Health. 2001;14(2):182-197.
183. Macaulay AC, Gibson N, Freeman WL, et al. *The community's voice in research*. CMAJ. 2001;164(12):1661-2.
184. Batalden PB, Cronenwett LR, Brown LL, et al. *Collaboration in improving care for patients: how can we find out what we haven't been able to figure out yet?* Jt Comm J Qual Improv. 1998;24(10):609-18.
185. Macaulay AC, Delormier T, McComber AM, et al. *Participatory research with native community of Kahnawake creates innovative Code of Research Ethics*. Can J Pub Health. 1998;89(2):105-8.
186. Stern G. *Research, action, and social betterment*. Am Behav Sci. 1985;29(2):229-48.
187. Fisher B, Neve H, Heritage Z. *Community development, user involvement, and primary health care*. BMJ. 1999;318:749-50.
188. Israel BA, Schurman SJ, Hugentobler MK. *Conducting action research: relationships between organization members and researchers*. J Appl Behav Sci. 1992; 28:78-101.
189. Townsend E, Birch DE, Langley J, Langille L. *Participatory research in a mental health clubhouse*. Occupat Ther J Res. 2000;20(1):18-44.
190. Macleod C. *Research as intervention within community mental health*. Curationis. 1997;20(2):53-6.
191. Lantz PM, Viruell-Fuentes E, Israel BA, Softley D, Guzman R. *Can communities and academia work together on public health research? Evaluation results from a community-based participatory research partnership in Detroit*. Journal of Urban Health. 2001; 78(3):495-507.
192. Lewis TC, Robins TG, Joseph CLM et al. *Identification of gaps in the diagnosis and treatment of childhood asthma using a community-based participatory research approach*. J Urban Health. 2004;81(3):472-88.

193. Schulz AJ, Israel BA, Parker EA, Lockett M, Hill Y, Wills R. *The East Side Village health worker partnership: integrating research with action to reduce health disparities*. Public Health Reports. 2001;116:548-57.
194. Murray SA, Graham LJ. *Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood*. BMJ. 1995;310:1443-8.
195. Andersson N. *Evidence-based planning: the philosophy and methods of sentinel community surveillance*. CIETinternational/EDI World Bank. Washington 1996.
196. Andersson N, Arostegui J, Lainez O, Irigoyen L et al. *Sitios centinela: la experiencia de Centroamérica y Guerrero (México) en la descentralización de planificación*. CIET - Prioridades de Salud. 1990; 1&2:18-29.
197. Andersson N, Villegas A, Paredes S. Microregional planning: measurements and mobilisation in Guerrero, Mexico. In: Andersson N. *Four essays on community-based research in planning*. CIETinternational. New York, 1995.
198. Andersson N, Morelli R, Ledogar RJ. Principios orientadores de medición en la salud. CIET – Prioridades de Salud. 1990;1&2:1-17.
199. Andersson N, Martinez E, Cerrato F, Morales E, Ledogar R.J. *The Use of Community-based Data in Health Planning in Mexico and Central America*. Health Policy and Planning. 1989; 4(3):197-206.
200. Ledogar RJ, Andersson N. *Impact estimation through sentinel community surveillance: An affordable epidemiological approach*. Third World Planning Review. 1993; 15/3:263-272.
201. Andersson N. *Los problemas con el muestreo probabilístico en la selección de sitios centinela*. CIET - Prioridades de Salud. 1990; 1&2:30-35.
202. Andersson N. A monitoring option for development in “data poor” countries. In: Andersson N. *Four essays on community-based research in planning*. CIETinternational. New York, 1995.
203. Andersson N. Meso-analysis: quantifying qualitative data from communities and services. In: Andersson N. *Four essays on community-based research in planning*. CIETinternational. New York, 1995: 51-59.
204. Andersson N. *La estimación del riesgo*. CIET - Prioridades de Salud. 1990; 1&2:57-66.
205. Mantel N, Haenszel W. *Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease*. J Natl Cancer Inst. 22 (1959). 718-748.
206. Miettinen O.E. *Estimability and estimation in case-referent studies*. Am J Epidemiol. 103 (1976). 226-235.
207. Monasta L. *La mesoanalisi in paesi in via di sviluppo: un'esperienza nello stato di Guerrero (Messico)*. Tesi di Laurea in Scienze Statistiche e Demografiche. Università degli studi di Padova, Facoltà di Scienze Statistiche, Demografiche ed Attuariali. A.A. 1993-1994.
208. Stange KC, Miller WL, Crabtree BF, O'Connor PJ, Zyzanski SJ. *Multi-method research: approaches for integrating qualitative and quantitative methods*. J Gen Intern Med. 1994;9:278-282.
209. Goering PN, Streiner DL. *Reconcilable differences: the marriage of qualitative and quantitative methods*. Can J Psychiatry. 1996;41:491-497.
210. Tashakkori A, Teddlie C. *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998.
211. Cresswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. *Designing a mixed methods study in primary care*. Ann Fam Med. 2004;2:7-12.
212. Ledogar RJ, Acosta LG, Penchaszadeh A. *Building international public health vision through local community research: the El Puente-CIET partnership*. Am J Public Health. 1999; 89(12):1795-7.
213. Ledogar RJ, Penchaszadeh A, Garden CC, et al. *Asthma and Latino cultures: different prevalence reported among groups sharing the same environment*. Am J Public Health. 2000;90(6):929-35.

214. Research Team – Children of the Earth High School. Risk and resiliency within the urban Aboriginal \ First Nations youth context – The report of the research team. Draft Report, Health Canada-CIETcanada-Medicine Fire. Victoria (BC), 1996.
215. Ledogar RJ, Iglesias-Garden C, Miranda A, Monasta L. *Evidence Based Planning by a Community Organization: Preparing to Combat Asthma in Brooklyn, New York*. Draft Report, CIETinternational-El Puente. New York, 1998.
216. Scrimshaw S, Gleason R. *Rapid assessment procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes*. International Nutrition Fundation for Developing Countries. Boston 1992.
217. Breslow NE. *Odds ratio estimators when the data are sparse*. Biometrika. 1981; 68:73-84.
218. Robins J, Breslow N, Greenland S. *Estimators of the Mantel-Haenszel variance consistent in both sparse data and large-strata limiting models*. Biometrics. 1986; 42:311-323.
219. Metha CR, Walsh SJ. *Comparison of exact, mid-p, and the Mantel-Haenszel confidence intervals for the common odds ratio across several 2x2 contingency tables*. The American Statistician. 1992; 42/2:146-150.
220. Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research*. Vol. I – The analysis of case-control studies. IARC n.32. Lyon, 1980.
221. Agresti A. *On logit confidence intervals for the odds ratio with small samples*. Biometrics. 1999; 55:597-602.
222. Armitage P. *Statistical methods in medical research*. Blackwell Scientific Publications. Oxford, 1971.
223. Mantel N, Fleiss JL. *Minimum expected cell size requirements for the Mantel-Haenszel one-degree-of-freedom chi-square test and a related rapid procedure*. Am J Epidemiol. 1980; 112:129-134.
224. Fisher RA. *The logic of inductive inference*. Journal of the Royal Statistical Society, Ser A. 1935; 98,1:39-54.
225. Cornfield J. *A statistical problem arising from retrospective studies*. Proc. 3rd Berkeley Symp. Math. Statist. and Prob. University of California Press. 1956: Vol. 4; 135-148.
226. Thomas DG. *Algorithm AS 36 – Exact limits for the odds ratio in a 2x2 table*. Applied Statistics. 1971; 20/1:105-110.
227. Thomas DG. *Exact and asymptotic methods for the combination of 2x2 tables*. Computers and Biomedical Research. 1975; 8/5:423-46.
228. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. II Edition. Lippincott-Raven, 1998.
229. Fisher RA. *Confidence limits for the cross-product ratio*. Australian Journal of Statistics. 1962; 4:41
230. Thomas DG, Gart JJ. *A table of exact confidence limits for differences and ratios of two proportions and their odds ratios*. J.A.S.A. 1977; 72/357:73-76.
231. Troendle JF, Frank J. *Unbiased confidence intervals for the odds ratio of two independent binomial samples with application to case-control data*. Biometrics. 2001; 57:484-489.
232. CDC. *The Epi Info Manual, version 6.02*. Brixton Books. London 1994.
233. Agresti A, Min Y. *On small sample confidence intervals for parameters in discrete distributions*. Biometrics. 2001; 57:963-71.
234. Sterne TE. *Some remarks on confidence or fiducial limits*. Biometrika. 1954; 41:275-278.
235. Baptista J, Pike MC. *Exact two-sided confidence limits for the odds ratio in a 2x2 table*. Applied Statistics. 1977; 26:214-220.
236. Metha CR, Patel NR, Gray R. *Computing an exact confidence interval for the common odds ratio in several 2x2 contingency tables*. J.A.S.A. 1985; 80/392:969-973.

237. Vollset SE, Hirji KF, Elashoff RM. *Fast computation of exact confidence limits for the common odds ratio in a series of 2x2 tables*. J.A.S.A. 1991; 86/414;404-409.
238. Gart JJ. *Point and interval estimation of the common odds ratio in the combination of 2x2 tables with fixed marginals*. Biometrika. 1970; 57:471-475.
239. Gart JJ. *The comparison of proportions: a review of significance tests, confidence intervals and adjustments for stratification*. Review of the International Statistical Institute. 1971; 39(2):148-169. Addenda and errata in 1972; 40(2):221.
240. Hauck WW. *A comparative study of conditional maximum likelihood estimation of a common odds ratio*. Biometrics. 1984; 40:1117-1123.
241. Poole C. *Beyond the confidence interval*. Am.J.Pub.Health.1987; 77(2);195-199.
242. Rothman KJ. *Computation of exact confidence intervals for the odds ratio*. Int. J. Biomed. Comp. 1975; 6:31-39.
243. Consiglio Italiano per i Rifugiati. *Relazione sul censimento di cittadini provenienti dall'ex-Jugoslavia presenti nei campi di Poderaccio (Alto, Masini, Basso), Olmatello (Dentro e Fuori) e Nave Brozzi (Firenze)*. CIR. Roma, 1995.
244. Golino S. *Popolazione e identità rom: strategie di sopravvivenza. I romá in provincia di Bolzano*. Università di Trento, Facoltà di economia - Corso di laurea in economia politica. Tesi di laurea AA 1998/99.
245. Lapov Z. *Vačaré romané? – Diversità a confronto: percorsi delle identità Rom*. Franco Angeli. Milano, 2004.
246. Fondazione Giovanni Michelucci. *Osservatorio sugli insediamenti rom e sinti in Toscana – Rapporto Conclusivo 2004*. Fondazione Giovanni Michelucci. Firenze, 2004.
247. Suardi C. *Rom Khorakhané, un'identità oltre i confini*. Università di Milano, Facoltà di Lettere e Filosofia - Corso di Laurea in Lettere Moderne Indirizzo Geografico. Tesi di laurea AA 2001/02.
248. Colacicchi P. *Rom a Firenze*. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. Roma 1996: 125-136.
249. Salvi D. *Alla periferia del villaggio globale. Strategie di adattamento di due comunità zingare a Bergamo*. Tesi di Laurea. Facoltà di Sociologia, Università degli studi di Trento. A.A 1999-2000.
250. Valenti G. *Campi rom a Brescia*. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. Roma 1996: 117-124.
251. Baldoli C, Brusò F, De Palma A, Marcato R. *Rom della ex Jugoslavia a Mestre*. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. Roma 1996: 179-196.
252. Carli S. *I Rom a Bolzano*. In: Brunello P. ed. *L'Urbanistica del Disprezzo*. Manifestolibri. 1996: 107-116.
253. Monasta L. *The Health of Foreign Romani Children in Italy: Results of a Study in Five Camps of Roma from Macedonia and Kosovo*. Roma Rights - Quarterly journal of the European Roma Rights Center. Health Care, N. 3-4, 2004: 46-55. <http://www.errc.org/cikk.php?cikk=2061>
254. Unicef. *La condizione dell'infanzia nel mondo, 2001 – Prima infanzia*. Unicef. 2000.
255. Demographic Data for Development Project. *Child Survival: Risks and the Road to Health*. Institute for Resource Development/Westinghouse. March 1987.
256. National Planning Commission Secretariat, Kathmandu. *Diarrhoea, water and sanitation – Nepal multiple indicator surveillance*. Nepal, June 1997.
257. Cockcroft A, Monasta L, Onishi J, Karim E. *Baseline service delivery survey – Final Report*. Health and population sector programme, 1998-2000. Bangladesh. June 1999.

258. UNICEF. *Nutritional Status of Children Under Five, Northern Iraq*. IRQ 2001/007. http://www.unicef.org/evaldatabase/index_14460.html
259. Department of Health, Medical Research Council & Measure DHS+. *South Africa Demographic and Health Survey 1998, Full Report*. Department of Health, Pretoria 2002.
260. Glass RI, Lew JF, Gangarosa RE, LeBaron CW, Ho MS. *Estimates of morbidity and mortality rates for diarrheal diseases in American children*. J Pediatr. 1991 Apr;118(4 (Pt 2)):S27-33.
261. Monasta L. *Difficoltà respiratorie e prevalenza d'asma in bambini da zero a cinque anni in cinque insediamenti Rom*. Epidemiol Prev. 2004 Jul-Oct; 28 (4-5): 258-64.
262. SIDRIA (Gruppo collaborativo). *La frequenza dell'asma pediatrico in diverse aree italiane. I risultati di SIDRIA*. Epid Prev. 1997; 21: 235-242.
263. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*. Eur Respir J. 1998; 12: 315-335.
264. The National Asthma Control Task Force. *The Prevention and management of asthma in Canada: a major challenge now and in the future*. Canada 2000.
265. Thorne P. *Exposure intervention in a rural pediatric asthma cohort*. www.niehs.nih.gov/translate/cbpr/grantees/project.cfm?id=369
266. Martinez FD. *Recognizing early asthma*. Allergy. 1999; 54: 24-28.
267. Weiss ST. *Epidemiology and heterogeneity of asthma*. Ann Allergy Asthma Immunol. 2001; 87 (1 Suppl 1): 5-8.
268. Sears MR. *Consequences of long-term inflammation. The natural history of asthma*. Clin Chest Med. 2000; 21: 315-29.
269. Marmot M. Introduction. In: Marmot M, Wilkinson RG. eds. *Social Determinants of Health, II ed*. Oxford University Press, 2006:1-5.
270. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, G.R.I.S Area Zingari, Regione Lazio. *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini rom e sinti a Roma*. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP). Rome, 2003.
271. Association of Canadian Universities for Northern Studies. *Ethical principles for the conduct of research in the north*. ACUNS. Ottawa, 1997. (www.yukoncollege.yk.ca/~agraham/ethics.htm)
272. Macaulay AC, Delormier T, Cross EJ, et al. *Participatory research with native community of Kahnawale creates innovative code of research ethics*. Can J Public Health. 1998;89:105-8.
273. The Australian Institute of Aboriginal and Torres Strait Islander Studies. *Guidelines for Ethical Research in Indigenous Studies*. AIATSIS, May 2000. <http://www.aiatsis.gov.au/library/assets/pdfs/policies/EthicsGuideA4.pdf>
274. Bass E, Korn D, Whitehead T. Academic incentives and capacity building for CBPR. In: *Community-based participatory research*. Conference summary. June 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/about/cpcr/cbpr/cbpr1.htm>
275. Dirección General de Salud Pública – Ministerio de Sanidad y Consumo, Área de Salud – Fundación Secretariado Gitano. *Salud y comunidad gitana - Análisis de propuestas para la actuación*. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid 2006.

ANNESSO 1. NOTE SULLA MAPPATURA DEGLI INSEDIAMENTI DI ROM STRANIERI PRESENTI IN ITALIA

Gran parte dei dati qui presentati provengono da una ricerca condotta dalla fine di febbraio ai primi di agosto 2001. Il lavoro, svolto nell'ambito del progetto europeo "The education of the Gypsy Childhood in Europe" diretto dal prof. Leonardo Piasere, è consistito in una mappatura di tutti gli insediamenti di almeno tre famiglie di *rom* stranieri presenti in Italia.

Non si tratta quindi solo di una mappatura dei campi, nel senso che alcuni insediamenti considerati nello studio sono composti da famiglie, o gruppi di famiglie, che vivono in casolari o che hanno acquistato o affittato terreni con o senza abitazioni in muratura.

Per quanto riguarda gli insediamenti su aree private, è da segnalare che in molti casi sono state riscontrate situazioni in cui famiglie *rom* abbiano acquistato da cittadini italiani terreni con forti vincoli, ignorando o sottovalutando la situazione. Oltre a terreni non edificabili ad uso agricolo, si tratta spesso di terreni in aree di esondazione di fiumi o protette da vincoli ambientali e paesaggistici.

Sono stati trovati casi particolari di numerose famiglie che hanno, indipendentemente, acquistato case e terreni in un'unica zona. Nel comune di Zagarolo, a Valle Martella, in provincia di Roma, ad esempio, risiedono alcune famiglie di *rom* stranieri, oltre a famiglie di *sinti* e *rom* italiani. Situazioni analoghe si riscontrano in provincia di Torino, a Catania ed in provincia di Lecce. Questi casi, quando individuati, sono stati descritti nello studio, ma non sono stati inseriti nella mappatura vera e propria: queste situazioni non possono, infatti, essere considerate veri e propri insediamenti trattandosi di concentramenti di famiglie individuali in quartieri urbani o zone rurali. Si tratta, quindi, di famiglie più o meno numerose, ciascuna con la propria abitazione, che tendono però a vivere nella stessa zona.

Nella mappatura non sono state considerate le famiglie inserite in case popolari o che vivono in appartamenti. Alcuni Comuni hanno adottato una politica di inserimento abitativo che oramai ha raggiunto buoni traguardi. In altri casi, l'inserimento è avvenuto spontaneamente, senza l'aiuto di istituzioni o associazioni.

Inoltre, sono sicuramente sfuggite situazioni estreme di gruppi che vivono nell'anonimato, nelle periferie o nelle campagne, che tendono all'invisibilità e in alcuni casi non si dichiarano *rom*.

Ovviamente, avendo affermato che lo studio è sui *rom* stranieri, non sono stati inclusi i *rom* italiani, né i *sinti*. Per *rom* italiani non intendiamo solo i gruppi dell'Italia meridionale, come i *rom* abruzzesi, i molisani, i campani... ma anche, ad esempio, gruppi di *lovara*, *kalderash*, *harvati* e *slovensko roma*.

Lo studio è stato effettuato in circa cinque mesi. I contatti sono stati presi in gran parte per telefono, posta elettronica, fax e lettera. Uno studio basato sull'osservazione diretta avrebbe avuto bisogno di tempi molto lunghi, e va considerato che le situazioni di molti insediamenti sono estremamente mobili. Era quindi necessario fotografare la situazione nel più breve tempo possibile. Dal periodo in cui è stato svolto lo studio, saranno sicuramente sorti nuovi insediamenti, mentre un buon numero di quelli rivelati non esiste già più: per fare qualche esempio, non esistono più i campi di Bressanone, Zelarino (Mestre), uno dei due campi di Bergamo. Sgomberi sono stati effettuati nel campo di Milano Barzagli. A marzo del 2003 il campo di *San Giuliano* (Mestre/Venezia) è stato

definitivamente chiuso e a giugno del 2003 è stato completamente distrutto dal fuoco il campo *Masini* di Firenze.

In alcuni casi si trovano situazioni più organizzate ed è stato più facile svolgere il lavoro ed ottenere le informazioni necessarie. È il caso della Toscana e dell'Emilia Romagna. In Toscana l'Osservatorio Regionale gestito dalla Fondazione Michelucci tiene monitorata la situazione delle presenze di *rom* e *sinti* sul territorio. In Emilia Romagna l'osservatorio è invece della Regione stessa. Il Comune di Roma ha alcuni dati sugli insediamenti pubblicati su internet. In questi due ultimi casi si è proceduto anche ad una verifica caso per caso, mentre per i dati della Fondazione Michelucci, questi sono stati considerati così com'erano.

Spesso è capitato di dover confermare notizie date, utilizzando più fonti. Questo specialmente nel caso in cui i dati forniti fossero approssimativi o si notassero contraddizioni.

Sono state usate diverse fonti. In alcuni casi i Servizi Sociali sono quelli che conoscono meglio la situazione; in altri casi vi sono associazioni specifiche come l'Opera Nomadi, l'AIZO, la Caritas; in altri casi ancora vi sono altre associazioni, o altre istituzioni, come la Polizia Municipale, gli Assessorati o gli uffici per "stranieri e nomadi". Per i Servizi Sociali, non sono sempre a livello comunale quelli che conoscono meglio la situazione. Vi è anche il livello Provinciale e Regionale. In alcuni casi sono i singoli, nelle istituzioni o fuori, a conoscere bene la situazione per interesse personale o per aver avuto incarichi sulle questioni *rom* per lungo tempo.

È da considerare che il numero di presenze in un insediamento è quasi sempre un dato approssimativo. Questo a causa della precarietà di molte situazioni. Sono spesso approssimative anche le provenienze, quando non si dispone di dati "ufficiali" istituzionali. È frequente che le istituzioni o le associazioni dichiarino che in un insediamento vi siano circa "x" persone e che di queste la metà sia di nazionalità "y" e l'altra metà sia di "z": in questi casi, e se non vi erano altre fonti, i dati sono stati ricavati da queste informazioni.

La precarietà nel numero di presenze e nei dati sulle provenienze è data da molti fattori. Molti di questi insediamenti sono provvisori, irregolari o in condizioni molto critiche e ciò fa in modo che le famiglie si spostino per trovare soluzioni più stabili e sicure. Insediamenti irregolari sono frequentemente sgomberati ed in questo modo o vengono eliminati o ridotti nella loro dimensione. In alcune città sono cominciate politiche di inserimento in case di edilizia popolare o privata. In certi insediamenti vi sono ospiti, più o meno temporanei delle famiglie che non risultano regolarmente registrati.

PRINCIPALI FLUSSI MIGRATORI E PRESENZE RIPORTATE DA ALTRI AUTORI

L. Piasere [2] parla di quattro grandi flussi migratori, a cui ne andrebbe aggiunto un quinto, cominciato dopo il 1988, anno di pubblicazione del testo di Piasere.

Con il primo di questi flussi, tra il X e il XV secolo, sarebbero arrivati in Italia gruppi di due ceppi differenti e cioè principalmente i *sinti* nelle regioni del Centro-Nord Italia e i *rom* nelle regioni meridionali. Con riferimento a questi gruppi, si parla ad oggi di stime di circa 30 mila *rom* e altrettanti *sinti* [3]. La migrazione che interessò il Sud Italia giunse probabilmente via mare da zone ellenofone, come sembra dimostrare la loro lingua priva di prestiti tedeschi e slavi [2]. Entrambi i gruppi sarebbero stati spinti in Italia dall'avanzata dell'Impero Ottomano che portò gruppi "nuovi" nei Balcani, spingendo quelli già esistenti verso l'Ovest e il Nord Europa, dal cui Impero d'Ungheria sarebbero poi arrivati i primi gruppi che si stanziarono nel Nord Italia.

Con il secondo flusso, a partire dalla metà del XIX secolo, giunsero in Italia gruppi di *rom* (*kalderash*, *lovara* and *čurara*) provenienti approssimativamente dall'attuale Ungheria e Romania. La causa di questo flusso migratorio sarebbe da ricercare nei movimenti provocati dalla fine della schiavitù in Valachia e Moldavia durata per oltre cinquecento anni (fino al 1856) [2].

Quelli che Brunello [3] e S. Geraci et al. [4] stimano essere i circa 7.000 *rom*, figli e nipoti di coloro che giunsero dal nord della Jugoslavia tra la prima e la seconda guerra mondiale, sarebbero giunti nel terzo flusso. Si tratta principalmente di gruppi tedeschi, sloveni e croati (*slovénsko Roma*, *hrvansko Roma* e *istrjani Roma*) [2].

Il quarto ciclo coinvolgerebbe gruppi *rom* provenienti dai diversi Paesi dell'ex Federazione Jugoslavia verso l'Europa occidentale e si sarebbe svolto, pur con modalità diverse e per diverse ragioni, dalla fine degli anni '60. I flussi di coloro che Piasere nel 1988 definisce di "origine recente", a causa delle vicende che coinvolgeranno l'ex Federazione Jugoslavia si protrarranno fino a tutto il '99 e cioè oltre la fine della guerra in Kosovo [5]. P. Brunello parla di stime di 35.000 *rom* jugoslavi giunti in Italia dalla metà degli anni '70 fino al 1992 (sloveni, croati, serbi, macedoni e kosovari), a cui andrebbero sommati 10.000 giunti dalla Bosnia durante la guerra. Brunello pubblica nel '96 e non può quindi contare gli arrivi causati dalla guerra in Kosovo. Sarebbero 120 mila i *romá* che avrebbero abbandonato il Kosovo dalla metà di giugno del 1999, diretti verso altri Paesi (J.A. Dérens, 1999, citato da N. Sigona [5]), e di questi circa cinquemila potrebbero essere coloro che si sono fermati sul territorio italiano.

Il quinto flusso a cui si accennava in precedenza, è prodotto dalla caduta in Romania del regime di Ceausescu nel 1989 [7]. Al tempo in cui scriveva Costarelli tale flusso non aveva ancora coinvolto l'Italia, ma principalmente la Francia e la Germania. Ad oggi, questo flusso non solo interessa l'Italia, ma risulta essere quello di portata maggiore. A causa del peggioramento delle condizioni di vita in Romania, dell'intolleranza e della forte discriminazione razziale, si nota un costante incremento degli arrivi da questo Paese. L'ERRC denuncia lo stato di gravi violazioni dei diritti umani perpetrate a danno dei *rom* [8] in Romania, in ogni contesto sociale, politico e istituzionale. Tali rapporti vengono confermati anche dell'Unione Europea che considera la questione tra le priorità da affrontare e risolvere prima dell'entrata di questo Paese nell'Unione [9].

Sono cittadini italiani tutti coloro che sono giunti con il primo, il secondo e parte del terzo flusso, fino agli anni '80. Stime citate da Brunello, Costarelli e Geraci et al. parlano di circa 110-120.000 presenze tra *rom* e *sinti*, stranieri e italiani. Ma tali stime si fermano al 1995. L'European Roma Rights Center [10] riporta dati che parlano, per i *rom* di cittadinanza italiana, dalle 60 alle 90 mila persone, mentre per i nati all'estero o in Italia da genitori immigrati, dalle 45 alle 70 mila persone.

Come specificato in precedenza, il lavoro di mappatura presentato in questo testo prende in considerazione solo gli stranieri che vivono in insediamenti.

DATI DELLA MAPPATURA

I dati completi sulle presenze numeriche dei *rom* stranieri individuati nello studio di mappatura e sulle relative provenienze appaiono nel Rapporto del progetto "The education of the Gypsy Childhood in Europe" con tutte le schede, insediamento per insediamento, e le informazioni aggiuntive. Di seguito saranno forniti alcuni dati parziali, illustrati da tavole e dalla mappa generale dell'Italia.

Insedimenti e regioni

Il lavoro di mappatura ha individuato 155 insediamenti nei quali abitano un totale di 18.125 *rom* stranieri. La presenza media per insediamento è quindi di 115 persone. In Italia, considerando una popolazione totale di 56.778.031 abitanti, vi sono 3,2 *rom* stranieri in insediamenti ogni 10.000 abitanti. La distribuzione dei *rom* e degli insediamenti sul territorio italiano risulta essere eterogenea (Fig. A.1, Tav. A1.1, Tav A1.2).

Nell'Italia settentrionale (Piemonte, Val d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia) sono stati censiti 45 insediamenti e circa 4.000 *rom* stranieri. La media di presenze per insediamento risulta quindi essere di 90 persone: si tratta della cifra più bassa tra Nord, Centro, Sud e Isole. Questo risultato può essere dettato da vari motivi, tra cui si può ipotizzare una pianificazione territoriale che punta a campi più piccoli, o una dispersione dei *rom* sul territorio ed in comuni minori. È più bassa nell'Italia settentrionale anche la presenza di *rom* stranieri che vivono in insediamenti per ogni 10.000 abitanti: considerando che nel Nord la popolazione totale è di 21.419.682, tale dato è di 1,9. Approssimando, si potrebbe quindi affermare che nelle regioni del Nord, vi sono circa due *rom* stranieri ogni 10.000 abitanti.

Nell'Italia centrale (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Marche, Abruzzo, Molise) sono stati censiti 74 insediamenti per un totale di circa 8.100 presenze. La presenza media per insediamento è di 110 persone. Si segnala che vi sono cinque *rom* stranieri ogni 10.000 abitanti (popolazione totale 16.400.819). Quest'ultimo dato è il più alto ed è dovuto principalmente alle grandi presenze nella città di Roma ed in Toscana.

Nelle regioni dell'Italia meridionale (Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) sono stati individuati 23 insediamenti, con una presenza media per insediamento di 178 persone. Questa cifra è la più alta e denota un fenomeno di forte agglomerazione. Nella sola in provincia di Napoli risultano esservi almeno tre campi con più di 600 persone, tra cui due a Scampia e uno a Giugliano di Campania. In Puglia gli insediamenti sono generalmente di ridotte dimensioni, ma a Foggia vi è un campo con oltre 500 persone. Nel Sud vi sono 3,3 *rom* stranieri in insediamenti per ogni 10.000 abitanti (popolazione totale di 12.342.896).

Nelle Isole (Sicilia e Sardegna) sono stati censiti 13 insediamenti, per un totale di circa 1.850 *rom* stranieri. La presenza media per insediamento è di 142 persone e le presenze per 10.000 abitanti sono di 3,2. Di questi 13 insediamenti, nove sono stati individuati in Sardegna: si tratta di insediamenti con presenze medie di 80 persone ma che, data la popolazione totale di 1.648.248, fanno sì che vi siano 4,4 *rom* stranieri in insediamenti per ogni 10.000 abitanti. In Sicilia, i quattro insediamenti individuati contengono ben 1.130 persone con una media di 282 persone per insediamento.

Dopo il Lazio, con 10,5 presenze ogni 10.000 abitanti dovute principalmente a Roma, le altre regioni con il più alto tasso di presenze sono la Toscana (4,5), la Campania (4,5) e la Sardegna (4,4), seguite dalla Puglia (3,4).

Nel comune di Roma, sono stati individuati più di 5.100 *rom* stranieri che vivono in 23 insediamenti, con una media di 226 persone per insediamento. Nel resto del Lazio, tra la provincia di Frosinone e quella di Latina, vi sono altre 225 presenze in due insediamenti.

La Campania e la Sicilia sono le regioni con la media più alta di presenze per insediamento, entrambe con 282, seguite dal Lazio (217), dalla Lombardia (135) e dalla Puglia (124).

Provenienze

Come si è detto all'inizio, in alcuni casi i dati sulle provenienze sono stati stimati sulla base di percentuali approssimative fornite dalle istituzioni o da associazioni. Questi dati vanno quindi presi con una certa cautela, ma possono comunque fornire importanti informazioni di massima. Dati sulle provenienze per ogni singola regione si trovano nelle Tavole dalla A1.3 alla A1.7 e nella Figura A1.2.

Dei 18.125 *rom* stranieri presenti in insediamenti individuati dalla mappatura, il 28% sono di provenienza bosniaca, il 21% di origine serba, il 16% kosovara, l'11% macedone, il 9% croata, il 9% romena, il 5% montenegrina, lo 0,5% albanese e lo 0,5% polacca.

Durante la finalizzazione del lavoro di tesi nel 2005, si considera che tra i *rom* in generale, i *rom* romeni erano il gruppo che nel 2001 tendeva a mimetizzarsi o a rendersi maggiormente invisibile sul territorio, anche a causa della più recente immigrazione verso l'Italia. È quindi facile pensare che presenze di *rom* romeni potessero essere ben più alte di quelle riportate in questo studio.

Le presenze *rom*, per provenienza, variano dal Nord al Centro, dal Sud alle Isole e da regione a regione. Risulta però difficile arrivare a conclusioni sul perché vi siano in proporzione più bosniaci e macedoni nel Italia centrale, più croati nel Nord, più serbi nel Sud. Viene però da pensare ad una sorta di corrispondenza geografica latitudinale tra Paesi dell'ex Federazione Jugoslavia e regioni italiane.

Dei quasi 5.100 bosniaci stimati, quasi 3.000 si trovano nelle regioni del Italia centrale (e rappresentano il 37% di tutte le presenze *rom* straniere in insediamenti in queste regioni), poco meno di 1.000 si trovano nel Sud, circa 650 si trovano nel Nord e circa 500 nelle Isole.

I 3.800 *romá* serbi presenti in insediamenti si dividono principalmente tra il Centro (1.150) e il Sud (1.250), anche se si segnalano presenze significative al Nord (850) e nelle Isole (550). Nelle Isole, i *rom* serbi rappresentano il 30% del totale delle presenze di *rom* stranieri in insediamenti, la percentuale più alta, seguita dai bosniaci che rappresentano il 27% e dai kosovari con il 20%.

Dei circa 2.900 kosovari, circa 1.000 abitano in insediamenti nell'Italia centrale, circa 800 nel Nord, 750 nel Sud e 350 nelle Isole. I kosovari rappresentano intorno al 20% delle presenze sia nel Nord, che nel Sud e nelle Isole, mentre rappresentano il 12% delle presenze nel Italia centrale.

Sono poco più di 2.000 i *romá* macedoni segnalati in insediamenti. Circa 1.100 abitano in regioni dell'Italia centrale, 500 nel Sud, 300 nel Nord ed un centinaio nelle Isole.

Nelle regioni dell'Italia settentrionale, dove si segnalano circa 4.000 presenze, si trovano 730 croati: quasi la metà di tutti i croati, stimati in circa 1.600 presenze in insediamenti in Italia. Altri 700 circa si trovano nelle regioni dell'Italia centrale.

I romeni, circa 1.600, si dividono principalmente tra l'Italia settentrionale e centrale, con circa 650 presenze in ciascuna di queste zone. Poco più di 200 presenze sono state segnalate nelle regioni del Sud e poco più di una cinquantina di presenze si trovano nelle regioni insulari.

Non sono stati trovati *rom* montenegrini in regioni del Italia settentrionale. I quasi 900 *rom* provenienti dal Montenegro si dividono tra il Centro (450), il Sud (230) e le Isole (200).

Rom polacchi sono stati individuati esclusivamente in Piemonte, e sono circa 80. Anche i *rom* albanesi sono circa una ottantina, anche se la cifra è probabilmente più alta e destinata a crescere. Di coloro che sono stati segnalati, 50 si trovano in insediamenti in Toscana e gli altri si dividono tra Emilia Romagna e Calabria.

COMMENTO FINALE SUL LAVORO DI MAPPATURA

Durante lo svolgimento del lavoro di mappatura, non sono purtroppo mancati pesanti commenti e generalizzazione sui cittadini *rom* e *sinti*, anche da parte del personale delle istituzioni.

Spesso si è dovuto usare il termine “zingari” o “nomadi” per riuscire a spiegare inizialmente di cosa trattasse il lavoro. Infatti, nonostante si sia cercato di standardizzare la presentazione per renderla più chiara e corretta possibile e si parlasse di “studio sulla presenza di insediamenti di *rom* stranieri sul territorio nazionale”, questo non era sufficiente. In un paio di casi, per via della parola “*rom*”, l’interlocutore ha creduto che si parlasse di computer. In un caso, un’impiegata comunale si è confusa nei termini parlandomi di “extraterrestri” invece che di “extracomunitari”.

In più circostanze, è risultato complicato riuscire a distinguere gruppi di *rom* o *sinti* italiani da *rom* stranieri. L’uso generico del termine “campi zingari” o “campi nomadi” e il fatto di considerare *rom*, *sinti*, italiani e stranieri come un generico “problema”, fa in modo che anche a livello istituzionale vi sia una grande confusione.

D’altra parte, sempre all’interno delle istituzioni, sono state contattate persone estremamente sensibili che svolgono il loro ruolo con un’attenzione ammirevole, spesso oltre i doveri imposti dalle loro responsabilità, e spesso coprendo deficienze di altri apparati.

Bibliografia

1. Monasta L. *Mappatura degli insediamenti di cittadini non italiani di etnia rom sul territorio nazionale*. Rapporto di ricerca del progetto “The education of the Gypsy childhood in Europe”. 2003, Dipartimento di Studi Sociali, Università di Firenze.
2. Piasere L. “Parte Antropologica”. *Il fenomeno della migrazione in riferimento alle difficoltà di adattamento sociale delle componenti nomadi*. Istituto Internazionale di Studi Giuridici, Ente di Diritto Pubblico. Roma 1988.
3. Brunello P. “Introduzione”. *L’Urbanistica del Disprezzo*. Brunello P. (a cura di). Manifestolibri. 1996: 11-21.
4. Geraci S, Maisano B, Motta F. (a cura di). *Salute Zingara*. Caritas Diocesana di Roma. Edizioni Anterem. 1998: 23-27.
5. Sigona N. *Figli del ghetto. Gli italiani, i campi nomadi e l’invenzione degli zingari*. Nonluoghi libere edizioni. Dicembre 2002.
6. Sigona N. *L’Italia dei campi. Leggi regionali e “tutela” di Rom*. Tesi di Laurea in Antropologia Economica. Facoltà di Scienze Politiche, Istituto Universitario Orientale. Napoli. A.A.1998-99.
7. Costarelli S. *I bambini zingari in Europa: una panoramica*. In “Crescere Zingaro”. UNICEF-ICDC. Ed. Anicia 1994: 55-72.
8. www.errc.org/publications/reports/index.shtml
9. www.romanothan.ro/documents/reports/rap_ue_romania_eng.htm
10. ERRC, *Il paese dei campi. La segregazione razziale dei Rom in Italia*. I Libri di Carta. Ottobre 2000.

Tavole

Tavola A1.1. Presenze di rom stranieri in insediamenti, per aree geografiche

Zona	Presenze in insediamenti	Numero di insediamenti	Media presenze per insediamento	Popolazione totale	Presenze per 10.000 abitanti
Nord	4.050	45	90	21.419.682	1,9
Centro	8.133	74	110	16.400.819	5,0
Sud	4.090	23	178	12.342.896	3,3
Isole	1.852	13	142	6.614.634	2,8
Totale	18.125	155	117	56.778.031	3,2
Nord: Piemonte, Val d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia					
Centro: Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Marche, Abruzzo, Molise					
Sud: Campania, Puglia, Basilicata, Calabria					
Isole: Sicilia, Sardegna					

Tavola A1.2. Presenze di rom stranieri in insediamenti, per Regione

Regione	Presenze in insediamenti	Numero di insediamenti	Media presenze per insediamento	Popolazione totale	Presenze per 10 mila abitanti*
Piemonte	1.238	16	77	4.302.565	- 2,9
Valle d'Aosta	20	1	20	115.938	- 1,7
Liguria	285	4	71	1.676.282	- 1,7
Lombardia	1.895	14	135	8.856.074	- 2,1
Trentino A.A.	160	2	80	890.360	- 1,8
Veneto	431	7	62	4.380.797	- 1,0
Friuli V.G.	21	1	21	1.197.666	- 0,2
Emilia Romagna	904	20	45	3.909.512	- 2,3
Toscana	1.591	21	76	3.529.946	+ 4,5
Umbria	70	4	17	811.831	- 0,9
Marche	78	2	39	1.429.205	- 0,5
Lazio	5.414	25	217	5.140.371	+ 10,5
Abruzzo	76	2	38	1.249.054	- 0,6
Molise	0	0	X	330.900	- X
Campania	2.535	9	282	5.630.280	+ 4,5
Puglia	1.365	11	124	4.031.885	+ 3,4
Basilicata	0	0	X	610.528	- X
Calabria	190	3	63	2.070.203	- 0,9
Sicilia	1.130	4	282	4.966.386	- 2,3
Sardegna	722	9	80	1.648.248	+ 4,4
Totale	18.125	155	115	56.778.031	3,2

* I segni "+" e "-" indicano rispettivamente presenze superiori o inferiori alla media nazionale di 3,2.

Tavola A1.3. Provenienza dei rom stranieri in insediamenti, per aree geografiche

Provenienza	Nord Numero - %		Centro Numero - %		Sud Numero - %		Isole Numero - %		Totale Numero - %	
Albania	0	0%	60	1%	20	0,5%	0	0%	80	0,5%
Bosnia	646	16%	2.986	37%	970	24%	495	27%	5.097	28%
Croazia	729	18%	709	9%	109	3%	52	3%	1.599	9%
Kosovo	804	20%	994	12%	760	19%	378	20%	2.936	16%
Macedonia	318	8%	1.102	14%	515	13%	117	6%	2.052	11%
Montenegro	0	0%	457	6%	232	6%	190	10%	879	5%
Polonia	73	2%	0	0%	0	0%	0	0%	73	0,5%
Romania	633	16%	677	8%	216	5%	65	4%	1.591	9%
Serbia	847	21%	1.148	14%	1.268	31%	555	30%	3.818	21%
Totale	4.050	100%	8.133	100%	4.090	100%	1.852	100%	18.125	100%
Nord:	Piemonte, Val d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia									
Centro:	Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Marche, Abruzzo, Molise									
Sud:	Campania, Puglia, Basilicata, Calabria									
Isole:	Sicilia, Sardegna									

Tavola A1.4. Provenienza dei rom stranieri in insediamenti, per Regioni del Nord Italia

Provenienza	Piemonte Numero - %		Val d'Aosta Numero - %		Liguria Numero - %		Lombardia Numero - %		Trent.A.A. Numero - %		Veneto Numero - %		Friuli V.G. Numero - %		Totale Numero - %	
Albania	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Bosnia	189	15%	0	0%	230	81%	140	7%	9	6%	68	16%	10	48%	646	16%
Croazia	671	54%	11	55%	0	0%	35	2%	0	0%	12	3%	0	0%	729	18%
Kosovo	0	0%	0	0%	0	0%	600	32%	4	2%	200	46%	0	0%	804	20%
Macedonia	101	8%	5	25%	5	2%	60	3%	147	92%	0	0%	0	0%	318	8%
Montenegro	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Polonia	73	6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	73	2%
Romania	82	7%	0	0%	50	18%	500	26%	0	0%	1	0%	0	0%	633	16%
Serbia	122	10%	4	20%	0	0%	560	30%	0	0%	150	35%	11	52%	847	21%
Totale	1.238	100%	20	100%	285	100%	1.895	100%	160	100%	431	100%	21	100%	4.050	100%

Tavola A1.5. Provenienza dei rom stranieri in insediamenti, per Regioni del Centro Italia

Prov.	Em. Rom. Numero - %		Toscana Numero - %		Umbria Numero - %		Lazio Numero - %		Marche Numero - %		Abruzzo Numero - %		Molise Numero - %		Totale Numero - %	
Albania	10	1%	50	3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	60	1%
Bosnia	360	40%	223	14%	0	0%	2.385	44%	18	23%	0	0%	0	0%	2.986	37%
Croazia	17	2%	9	1%	0	0%	623	12%	60	77%	0	0%	0	0%	709	9%
Kosovo	176	19%	717	45%	0	0%	25	0,5%	0	0%	76	100%	0	0%	994	12%
Macedonia	101	11%	446	28%	70	100%	485	9%	0	0%	0	0%	0	0%	1.102	14%
Montenegro	33	4%	0	0%	0	0%	424	8%	0	0%	0	0%	0	0%	457	6%
Polonia	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Romania	12	1%	79	5%	0	0%	586	11%	0	0%	0	0%	0	0%	677	8%
Serbia	195	22%	67	4%	0	0%	886	16%	0	0%	0	0%	0	0%	1.148	14%
Totale	904	100%	1.591	100%	70	100%	5.414	100%	78	100%	76	100%	0	0%	8.133	100%

Tavola A1.6. Provenienza dei rom stranieri in insediamenti, per Regioni del Sud Italia

Prov.	Campania Numero - %		Puglia Numero - %		Basilicata Numero - %		Calabria Numero - %		Totale Numero - %	
Albania	0	0%	0	0%	0	0%	20	11%	20	0,5%
Bosnia	950	37%	20	1%	0	0%	0	0%	970	24%
Croazia	13	0,5%	96	7%	0	0%	0	0%	109	3%
Kosovo	83	3%	507	37%	0	0%	170	89%	760	19%
Macedonia	208	8%	307	22%	0	0%	0	0%	515	13%
Montenegro	13	0,5%	219	16%	0	0%	0	0%	232	6%
Polonia	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Romania	0	0%	216	16%	0	0%	0	0%	216	5%
Serbia	1.268	50%	0	0%	0	0%	0	0%	1.268	31%
Totale	2.535	100%	1.365	100%	0	0%	190	100%	4.090	100%

Tavola A1.7. Provenienza dei rom stranieri in insediamenti, per Regioni insulari

Prov.	Sicilia Numero - %		Sardegna Numero - %		Totale Numero - %	
Albania	0	0%	0	0%	0	0%
Bosnia	0	0%	495	69%	495	27%
Croazia	5	0,5%	47	7%	52	3%
Kosovo	378	33%	0	0%	378	20%
Macedonia	100	9%	17	2%	117	6%
Montenegro	125	11%	65	9%	190	10%
Polonia	0	0%	0	0%	0	0%
Romania	65	6%	0	0%	65	4%
Serbia	457	40%	98	14%	555	30%
Totale	1.130	100%	722	100%	1.852	100%

Figure

Figura A1.1. Mappa della presenza di rom stranieri in insediamenti, per Comune

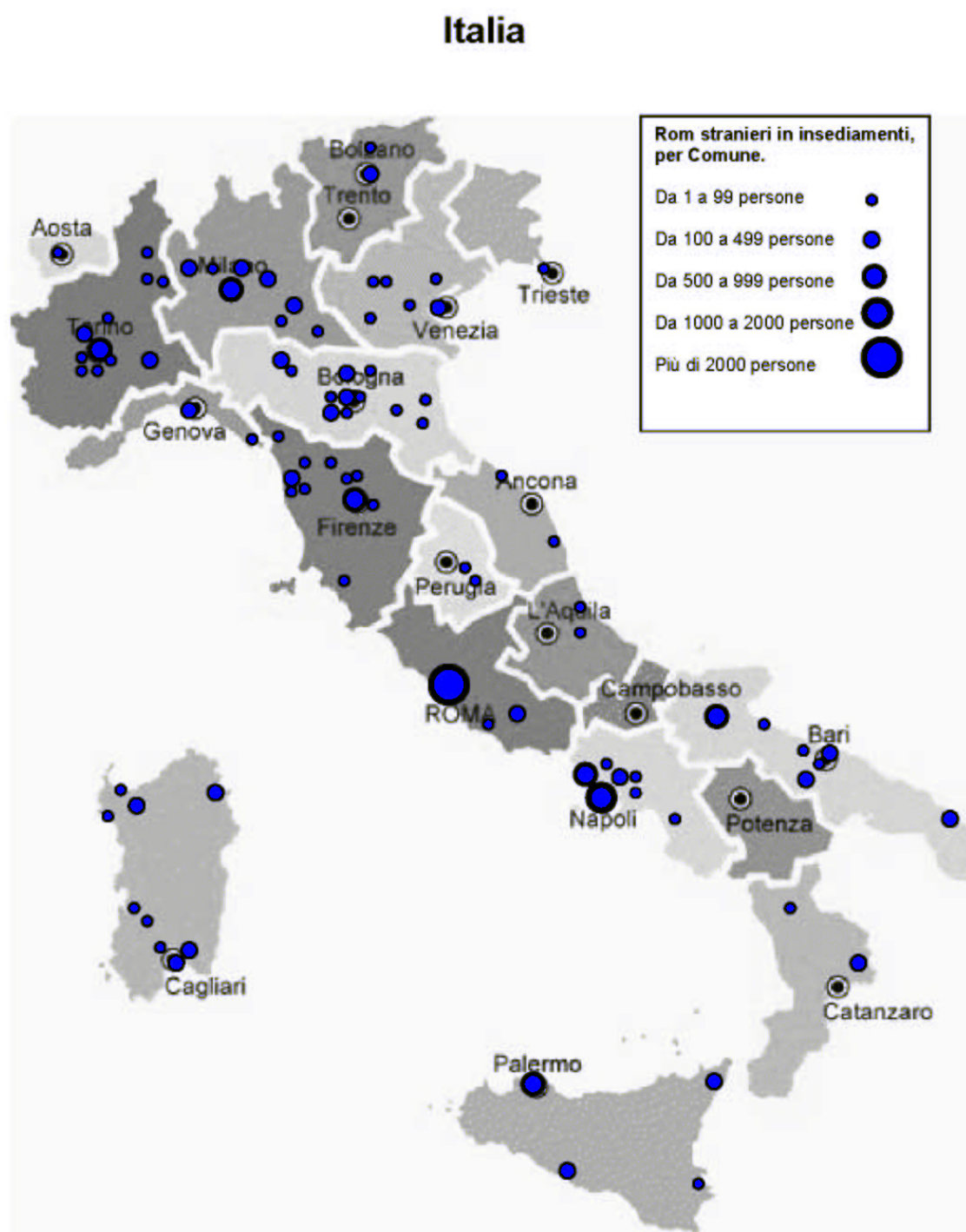
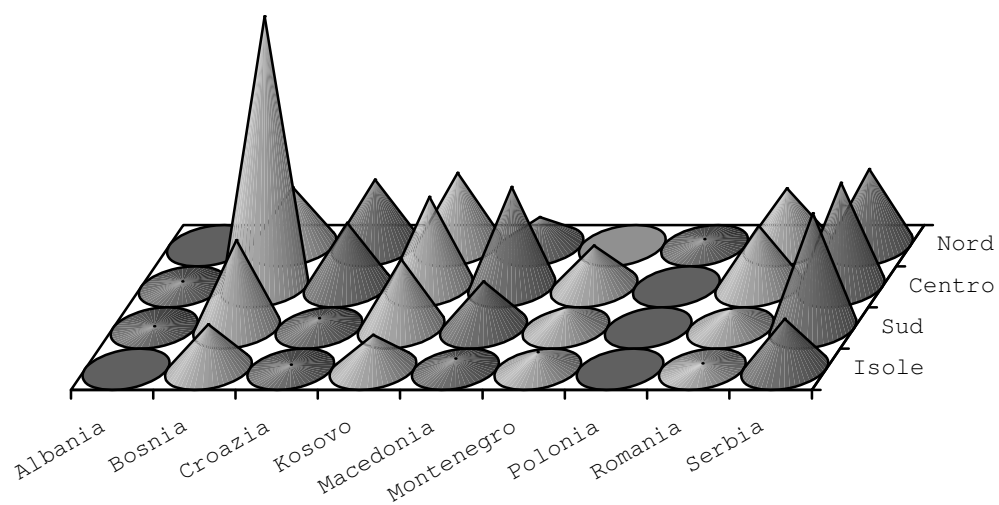


Figura A1.2. Distribuzione dei rom che vivono in insediamenti, per area geografica (dati relativi alla Tavola 3)



ANNESSO 2. LA METODOLOGIA DEL CIET

La metodologia del CIET¹ è stata concepita in origine per costruire capacità producendo allo stesso tempo dati accurati e dettagliati, utilizzabili rapidamente e a basso costo. Normalmente, lo scopo è quello dell'utilizzo di dati epidemiologici nella pianificazione locale o nazionale². Ciò può essere fatto a livello municipale³, provinciale, per un numero di province⁴ o per un intero paese⁵.

Quest'approccio permette di ottenere evidenza a livello di comunità attraverso processi reiterati, concentrandosi su un gruppo di questioni alla volta. La metodologia del CIET è un cross-design di tecniche quantitative e qualitative, che permettono di caratterizzare in modo olistico un problema particolare e di disegnare soluzioni locali. È un modo economicamente efficace di raccogliere dati nelle comunità, presentandoli in modo appropriato per la pianificazione a livello locale, regionale e nazionale.

La metodologia del CIET è stata usata in ricerche comunitarie in molti paesi⁶. Alcune delle principali caratteristiche della metodologia sono elencate nel quadro.

Caratteristiche della metodologia del CIET

- Dati raccolti da grappoli di siti, selezionati per essere rappresentativi di un distretto, una regione o un paese.
- Processo ripetuto ciclicamente, in ogni ciclo include pianificazione e disegno degli strumenti, raccolta dati, analisi e interpretazione, comunicazione dei risultati.
- Ogni ciclo di concentra su uno specifica area o problema, non cercando di raccogliere dati su un ampio ventaglio di problemi.
- I dati quantitativi ricavati dai questionari casa per casa, combinati con dati qualitativi provenienti da riunioni di gruppi focali, interviste ad informanti chiave e revisioni istituzionali *raccolti nella stessa comunità* consentono una migliore comprensione delle dinamiche relative al problema investigato. Quest'analisi combinata viene chiamata mesoanalisi¹.
- L'analisi dei dati non si limita alla costruzione di indicatori, ma viene fatta anche in termini di *rischio* (ad esempio, il rischio di contrarre una malattia in un bambino vaccinato comparato con un bambino non vaccinato).
- L'analisi fornisce risultati che possano servire alla pianificazione a livello di famiglie, di comunità, di distretto e nazionale.
- Gli stessi siti sono rivisitati in cicli successivi di raccolta dati, consentendo una stima dei cambiamenti avvenuti nel tempo o dovuti ad uno specifico intervento.
- Ogni ciclo di raccolta dati e analisi richiede una strategia di comunicazione per far arrivare l'informazione a coloro che la necessitano per la pianificazione.
- Trasferire capacità di raccolta dati, analisi e comunicazione in una serie di cicli è un esplicito obiettivo.

1. Andersson N. *Evidence-based planning: the philosophy and methods of sentinel community surveillance*. CIETInternational/EDI World Bank: Washington, 1996.
2. Ledogar RJ and N Andersson. *Impact estimation through sentinel community surveillance: An affordable epidemiological approach*. Third World Planning Review 1993; 15/3:263-272.
3. Arostegui J. *Los Sitios Centinela en Managua, Nicaragua*. UNICEF, Managua, 1992.
4. McTyre L. *Assessment and analysis of progress towards National Plan of Action goals in Mozambique*. UNICEF 1993.
5. Munroe L. *Sentinel community surveillance in Zimbabwe*. Evaluation News, UNICEF, Sept 1993.
6. CIETInternational and World Bank EDI. *Service delivery surveys: applying the sentinel community surveillance methodology*. Country overviews. EDI/World Bank, 1997.

ANNESSO 3. LA TAVOLA AOC

La Tavola AOC rappresenta il legame principale tra le variabili necessarie all'analisi e gli strumenti usati per raccogliere l'informazione, come il questionario. È molto importante, perché nella definizione degli strumenti di ricerca si vogliono impostare domande che forniranno informazioni che sono già parte di un piano d'analisi. Ciò previene dal fare domande che non sono parte del disegno principale e che finirebbero con il fornire solo semplici frequenze.

AOC significa variabili Azionabili, variabili Outcome e Condizionanti:

- Le variabili Outcome sono quelle che si ritiene siano influenzate da altre variabili. Vengono spesso identificate con l'“effetto” in un modello di causa-effetto, ma a questo livello non si vuole dare per scontato il fatto che una possibile associazione tra variabili sia parte di un rapporto di causa-effetto.
- Le variabili Azionabili sono quelle che si considerano parte di ciò che può essere cambiato per giungere a modificare l'Outcome. Potrebbero essere identificate come le “cause” ma, come già detto, ciò potrà essere provato solo dopo un'analisi approfondita.

I Condizionanti sono fattori che possono influenzare le variabili Outcome e/o l'associazione tra le Azionabili e le Outcome. In generale, si tratta di variabili che non possono essere modificate ma che si devono tenere in considerazione per comprendere meglio la realtà. I Condizionanti possono agire come modificatori d'effetto o distrattori:

- Un distrattore è un fattore che può spiegare o produrre una distorsione, che è una discrepanza tra il rischio o il tasso desiderato (che gli esposti avrebbero avuto, se fossero stati non-esposti) e il rischio o il tasso che in realtà lo sostituisce^{*}. Per agire come un distrattore, una variabile deve essere un fattore di rischio per la malattia (outcome) tra i non esposti ed essere associato con la variabile esposizione nella popolazione d'origine. La distorsione dev'essere evitata, o aggiustata stratificando per i fattori di distorsione.
- Un modificatore d'effetto non è una distorsione. Una variabile può essere considerata un modificatore d'effetto se la relazione tra esposizione e outcome, stratificata per questa variabile, mostra eterogeneità. I modificatori d'effetto devono essere inclusi nell'analisi perché aiutano a comprendere meglio la relazione tra l'esposizione e l'outcome e a pianificare specifici interventi: se una variabile azionabile ha un effetto sull'outcome solo in una particolare porzione della popolazione, potrò concentrare la mia attenzione su quella porzione.

La Tavola AOC viene disegnata prima degli strumenti di ricerca ed aiuta a definirli. Questa versione iniziale si evolve durante l'analisi con l'aggiunta di variabili dicotomiche e combinate. Ad esempio, la variabile “numero di anni vissuti dalla famiglia al campo” verrà dicotomizzata per il suo uso nell'analisi del rischio. Per calcolare l'affollamento in casa in termini di quante persone vivono in quante stanze, si dovranno combinare due variabili – numero di membri della famiglia e numero di stanze – in una variabile che verrà successivamente dicotomizzata.

Nel questionario casa per casa gran parte delle variabili sono variabili AOC. Le rimanenti sono necessarie ad altri scopi: vi sono domande sui comportamenti che aiuteranno a comprendere qual è la percezione di e la reazione a certe situazioni. Ad esempio, se un bambino ha la diarrea, si chiede se è stato portato da un medico, e dove. Chiedendo questo per diverse patologie, si può capire qual è la percezione generale della gravità attribuita ad ogni sintomo, ed avere un'idea del “modello di ricorso”, limitatamente al passo associato con l'accesso ai servizi sanitari.

^{*} K.J. Rothman, S. Green. “Modern Epidemiology”. Lippincott-Raven, 1998.

Tavola AOC

Variabili Azionabili	Variabili Outcome	Condizionanti
Aree e variabili relative alle condizioni di vita nei campi, relative alla famiglia del bambino. Anni vissuti al campo dalla famiglia. Tipo di struttura e qualità dell'abitazione. Sovraffollamento: Spazio vitale nella casa. Spazio disponibile per la notte (letti, giacigli) Accesso all'acqua. Accesso all'acqua calda. Accesso alle docce. Tipo e qualità dei servizi igienici. Famiglie per bagni disponibili. Allacciamento elettrico. Se la famiglia possiede un frigorifero. Aree d'interesse e variabili relative ai comportamenti famigliari. Alfabetismo della madre. Numero di persone che fumano in casa e quantità di sigarette fumate. Sistema usato per scaldare l'abitazione. Sistema usato per cucinare. Se la famiglia cucina dentro o fuori casa. Mesovariabili: elementi che potrebbero identificare le condizioni di vita al campo. Numero di persone e famiglie che vivono in ciascun campo. Sovraffollamento (metri quadrati per persona in ogni campo) Fondo del campo (asfalto, ghiaia). Se vi sono solo bagni collettivi. Presenza di potenziali fattori di rischio: ratti, ex discariche, spazzatura non raccolta, materiali accatastati, acqua stagnante ... Misure del grado d'isolamento del campo: Tempo a piedi per il più vicino servizio di trasporto pubblico. Distanza in km dal campo all'Ospedale/Pronto soccorso più vicino.	Basso peso alla nascita (sotto i 2,5kg), che potrebbe essere influenzato da condizioni di vita sofferte dalla madre. Percezione dell'intervistato del livello di crescita del bambino. Incidenza di malattie e sintomi che possano essere relazionati con precarie condizioni di vita: in generale quelle che coinvolgono gli epiteli. Nei 15 giorni che precedono l'intervista: Incidenza di diarrea. Incidenza di tosse. Incidenza di malattie della pelle. Altri sintomi occorsi nei 15 giorni che precedono l'intervista. Difficoltà o fischi respiratori negli ultimi 12 mesi. Prevalenza d'asma attiva (difficoltà respiratorie o fischi negli ultimi 12 mesi + chiara diagnosi d'asma).	Numero di membri della famiglia. Età e sesso del bambino. Paese di nascita del bambino. Età della madre al parto.

ANNESSO 4. STRUMENTI DI RICERCA

QUESTIONARIO PER MADRI O PER CHI SI PRENDE CURA DEI BAMBINI DI 5 ANNI O MENO

1. Annotare sesso, età e ruolo del rispondente rispetto ai bambini (se ve ne sono).
2. Quante persone vivono in questa casa?
3. Annotare età e sesso di ogni membro della famiglia, cominciando dal più giovane
4. Sai leggere e scrivere una semplice lettera?
5. Da quanti anni vive in questo campo?
6. (Annotare il tipo di casa) <baracca, roulotte, container>
7. (Condizioni igieniche dell'abitazione) <cattive, regolari, buone>
8. Quante stanze vi sono in questa casa?
9. Quanti letti vi sono per dormire?
10. C'è acqua corrente in casa?
11. Quante famiglie hanno accesso allo stesso bagno?
12. Il bagno ha acqua calda?
13. Che tipo di servizi ha il bagno? <lavandino, doccia, gabinetto...>
14. Come viene scaldata la casa in inverno?
15. Vi è energia elettrica in casa?
16. C'è un frigorifero nella casa?
17. Quante persone della famiglia fumano in casa?
18. Quante persone della famiglia fumano più di 10 sigarette al giorno?
19. Cucinate dentro o fuori dalla casa? <dentro, fuori, sia dentro che fuori>
20. Che sistema usate per cucinare? <gas, legna, elettrico...>
21. Qui al campo, quale pensi siano le cause più importanti di malattie dei bambini?

Se non vi sono bambini di 5 anni o meno, concludere l'intervista

Sezione per ogni bambino di 5 anni o meno.

Generale sul bambino:

22. Età in mesi (o data di nascita) e sesso del bambino
23. Dove è stato partorito il bambino? Città ed ospedale o altro luogo?
24. Quanto pesava il bambino quando è nato?
25. In confronto con altri bambini della stessa età, quanto grande pensi sia questo bambino?

Diarrea:

26. Il bambino ha avuto diarrea negli ultimi 15 giorni? <se **no**, vai alla Q29>
27. Il bambino è stato portato a una visita? <se **no**, vai alla Q29>
28. Dove?

ARI:

29. Questo bambino ha avuto tosse, o fatica a respirare negli ultimi 15 giorni? <se **no**, vai alla Q33>
30. Cosa ha avuto?
31. Il bambino è stato portato a una visita? <se **no**, vai alla Q33>
32. Dove?

Asma:

33. Questo bambino ha mai avuto un fischio o altri problemi a respirare? <se **no**, andare alla Q37>
34. Negli ultimi 12 mesi quante volte il bambino ha avuto fischi o altri problemi a respirare?
35. Il bambino è stato portato a una visita? <se **no**, vai alla Q37>
36. Cosa hanno detto che ha il bambino?

Malattie della pelle:

37. Questo bambino ha avuto malattie della pelle negli ultimi 15 giorni? <se **no**, vai alla Q41>
38. Cos'ha avuto?
39. Il bambino è stato portato a una visita? <se **no**, vai alla Q41>
40. Dove?

Altre malattie identificate dal rispondente:

41. Oltre a queste cose, il bambino ha avuto altre malattie negli ultimi 15 giorni? <se **no**, vai alla Q45>
42. Che tipo di malattia?
43. Il bambino è stato portato a una visita? <se **no**, vai alla Q45>
44. Dove?

GRUPPO FOCALE PER MADRI DI BAMBINI DI 5 ANNI O MENO

Definizioni di malattia e salute

Città: _____ Data: _____

Nome del campo: _____ Numero di presenti: _____

Ora di inizio riunione: _____

Ora di fine riunione: _____

1. Come si sa quando un bambino è malato?
2. Come si sa quando un bambino è sano?
3. Cosa si deve fare perché un bambino sia sempre sano?
4. Qui nel campo, quali sono le malattie più comuni dei bambini?

Per ogni malattia:

5. In che periodo dell'anno c'è di più?
6. A cosa è dovuta? Perché viene questa malattia? Cosa fa venire questa malattia?
7. Quali sono i principali problemi per la salute dei bambini qui al campo?
8. Cosa si dovrebbe fare per migliorare la salute dei bambini?

a. Cosa dovrete fare voi?

b. Cosa dovrebbe fare il Quartiere (la Circoscrizione, il Comune) o la ASL?

OSSERVAZIONE DIRETTA: CONDIZIONI DI VITA AL CAMPO

Data del rilevamento: _____

Città: _____

Nome del campo: _____

Numero di famiglie presenti al campo: _____

Numero di persone presenti al campo: _____

Area del campo in metri quadrati: _____

Numero di gabinetti: _____ Numero di lavandini: _____

Numero di docce: _____ Presenza di lavatoio: _____

Disponibilità di acqua calda nelle docce o nei bagni: _____

Fondo del campo (asfalto, ghiaia): _____

Presenza di elementi di rischio igienico-sanitario (specificare se dentro o fuori dal campo)
(topi, discariche, strade statali, spazzatura, materiale accatastato, acqua stagnante, animali...)

Presenza di sorveglianza (se sì specificare ore al giorno): _____

Elencare altre strutture presenti al campo:

Distanza di tempo a piedi da mezzo di trasporto pubblico più vicino: _____

Distanza in chilometri dal Pronto Soccorso più vicino: _____

Breve descrizione dell'area in cui il campo è situato, segnalare elementi di rischio e degrado ed eventuali elementi positivi:

ANNESSO 5. ESEMPI DI MISURE D'ASSOCIAZIONE ED INTERVALLI DI CONFIDENZA PER PICCOLI CAMPIONI

Tavole usate nell'analisi del basso peso alla nascita

Cominceremo analizzando la tavola delle persone che fumano dentro casa (più di due persone che fumano in casa), per età della madre al parto (se la madre aveva meno di 19 anni o più di 34). Come vedremo, entrambe le variabili sono associate con il basso peso alla nascita.

Tavola A1. Età della madre al parto e numero di persone che fumano in casa

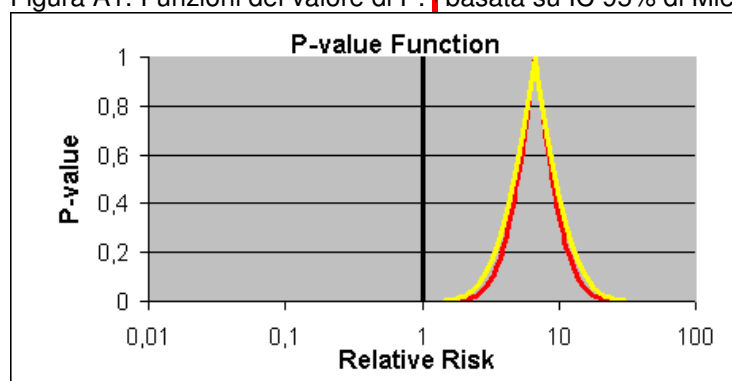
	Età della madre al parto		
	19-34	<19 o >34	
Fumano			
2 o meno	114	17	131
Più di 2	14 (11%)	14 (45%)	28 (18%)
	128	31	159

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,000$, test esatto di Fisher a due code di Rothman: $p=0,000$

OR 6,71 IC di Miettinen 95% 2,91 – 15,43
 IC di Cornfield 95% 2,48 – 18,37 (2,47 – 19,76)

MLE di OR 6,59 IC Esatto 95% 2,46 – 18,04

Figura A1. Funzioni del valore di P:  basata su IC 95% di Miettinen,  basata su IC Esatti 95%



In questo caso, tutte le stime mostrano la significatività dell'associazione per $100(1 - \alpha)\% = 95\%$. L'IC di Miettinen è più stretto di quello Esatto e di Cornfield.

Data la forza dell'associazione in questa particolare circostanza, non si nota la differenza tra i due modi di calcolare il test esatto di Fisher a due code.

Tabella A2. Età della madre al parto e peso alla nascita dei bambini

	Età della madre al parto		
Peso alla nascita	19-34	<19 o >34	

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,006$, Rothman $p=0,011$

OR 10,78	IC di Miettinen 95%	2,90 – 40,11
	IC di Cornfield 95%	1,82 – 66,21* (1,14 – 114,60)

The graph, titled "P-value Function", plots the P-value on the y-axis (ranging from 0 to 1) against the Relative Risk on the x-axis (logarithmic scale from 0.01 to 100). A vertical line is drawn at Relative Risk = 1. The curve is bell-shaped, starting near 0 at Relative Risk = 0.01, rising to a peak of 1.0 at Relative Risk = 10, and then falling back to near 0 at Relative Risk = 100. The curve is colored yellow.

Si può notare una gran differenza tra l'intervallo di Cornfield calcolato con *Epi Info Analysis* e con *CIETmap*: l'intervallo Esatto è più vicino a quello calcolato con *Epi Info*, e leggermente più conservatore di questo.

Il test esatto di Fisher secondo Rothman, anche se più conservatore di quello secondo *Epi Info*, è ancora significativo.

Bambini di famiglie che due o più persone che fumano in casa

Tavola A3. In famiglie con due o più persone che fumano in casa, età della madre al parto e peso alla nascita dei bambini

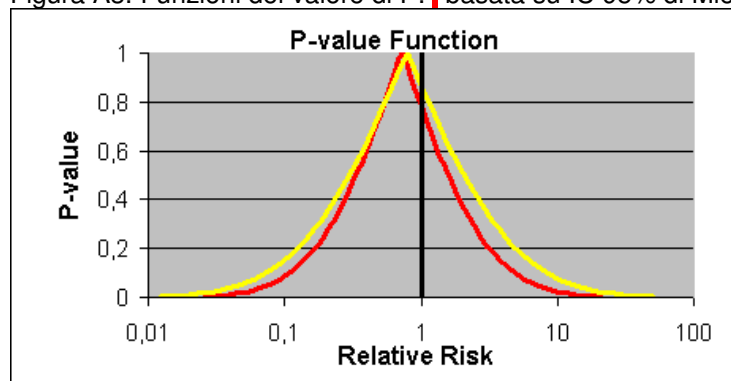
Peso alla nascita	Età della madre al parto		
	19-34	<19 o >34	
≥2,500	9	12	21
<2,500	2 (18%)	2 (14%)	4 (16%)
	11	14	25

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=1,000$, Rothman $p=1,209$

OR 0,75 IC di Miettinen 95% 0,08 – 6,65
 IC di Cornfield 95% 0,06 – 9,81* (-0,03 – 17,03)

MLE di OR 0,76 IC Esatto 95% 0,05 – 12,37

Figura A3. Funzioni del valore di P: **I** basata su IC 95% di Miettinen, **I** basata su IC Esatti 95%



In questo caso, il test di Fisher calcolato da Rothman eccede il valore unitario, e il limite inferiore di Cornfield calcolato con *CIETmap* è negativo. Ciò può sembrare poco rilevante, oltre che in termini di coerenza, se si considera che nulla ci farebbe cercare la significatività in questo caso.

Ancora una volta, l'intervallo di Miettinen è più stretto di quello di Cornfield e dell'Esatto. I limiti esatti risultano essere i più conservatori.

Guardando alle stime di sintesi per le tavole stratificate, notiamo una differenza rilevante tra le due funzioni del valore di p. La funzione di Robins e colleghi non sembra centrata nell'OR ponderato di MH.

OR crudo 5,05

OR ponderato di MH OR 3,2

IC di Miettinen 95%

1,16 – 9,03

IC di Robins, Greenland, Breslow 95%

0,91 – 11,44

IC di Cornfield 95%

0,94 – 22,98

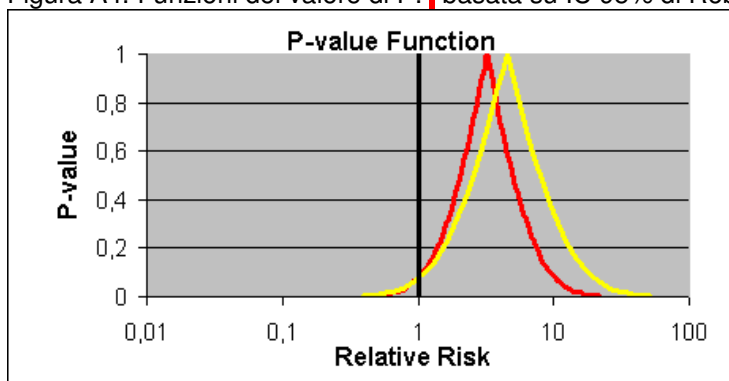
MLE di OR 4,54

IC Esatto 95%

0,90 – 22,66

X^2 per la valutazione dell'interazione 3,91 ($p=0,048$)

Figura A4. Funzioni del valore di P: **■** basata su IC 95% di Robins e colleghi, **■** basata su IC Esatti 95%



La differenza tra l'OR ponderato di MH e la MLE di OR è rilevante. Guardando alle funzioni del valore di p, e specialmente il limite superiore, gli IC di Robins e colleghi appaiono più stretti degli Esatti. L'IC di Miettinen è l'unico significativo, ma probabilmente non è attendibile date le circostanze.

Tavole usate nell'analisi di diarrea

Un bambino i cui genitori avevano vissuto al campo per più di due anni aveva un rischio più elevato di diarrea se confrontato con un bambino la cui famiglia aveva vissuto al campo per due anni o meno.

Tavola A4. Anni vissuti dalla famiglia al campo e occorrenza di diarrea nei bambini

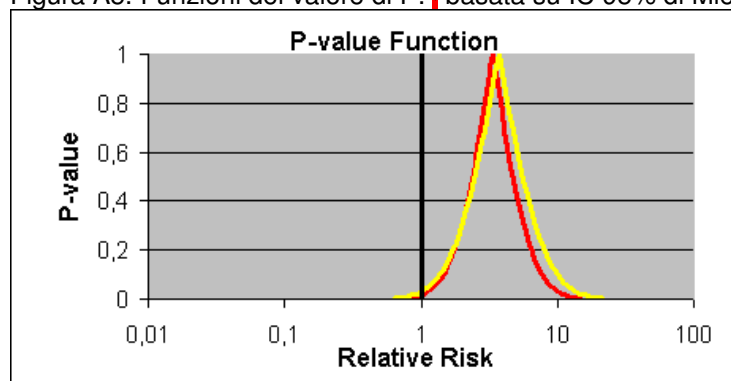
Diarrea	Anni vissuti dalla famiglia al campo		
	2 o meno	Più di 2	
No	29	83	112
Sì	5 (15%)	48 (37%)	53 (32%)
	34	131	165

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,014$, Rothman $p=0,020$

OR 3,35 IC di Miettinen 95% 1,27 – 8,89
 IC di Cornfield 95% 1,12 – 10,72* (1,33 – 31,18)

MLE di OR 3,33 IC Esatto 95% 1,17 – 11,77

Figura A5. Funzioni del valore di P: ■ basata su IC 95% di Miettinen, ■ basata su IC Esatti 95%



L'approssimazione di Cornfield ai limiti esatti di confidenza appare imprecisa. Tutti gli IC da Miettinen all'Esatto mostrano significatività dell'associazione. Entrambe i metodi usati per calcolare il test esatto di Fisher a due code sono anch'essi significativi.

L'associazione tra prevalenza di periodo di diarrea del bambino e se la famiglia aveva vissuto più di cinque anni al campo non è significativa secondo Cornfield calcolato con *Epi Info Analysis*. È significativa secondo Cornfield calcolato con *CIETmap*. È, inoltre, significativa se si considera il test simultaneo di Fisher, ma non significativa se si prende il test più conservatore calcolato da Rothman.

Tavola A5. Anni vissuti dalla famiglia al campo e occorrenza di diarrea nei bambini

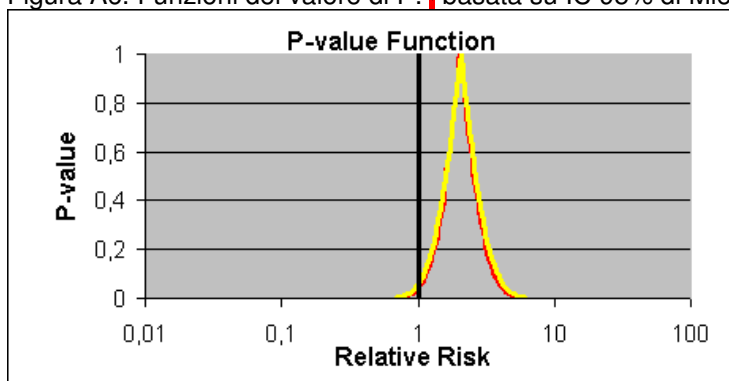
Diarrea	Anni vissuti dalla famiglia al campo		
	5 o meno	Più di 5	
No	62	50	112
Sì	20 (24%)	33 (40%)	53 (32%)
	82	83	165

Test esatto di Fisher a due code: *Epi Info* $p=0,045$, Rothman test: $p=0,051$

OR 2,05 IC di Miettinen 95% 1,05 – 3,98
 IC di Cornfield 95% 0,99 – 4,25 (1,01 – 4,45)

MLE di OR 2,04 IC Esatto 95% 1,00 – 4,24

Figura A6. Funzioni del valore di P: ■ basata su IC 95% di Miettinen, ■ basata su IC Esatti 95%



Nonostante il fatto che, in questo caso, la significatività non sia confermata da tutti i metodi usati, è interessante notare come le funzioni del valore di p siano praticamente identiche. Ciò è dovuto probabilmente alla buona distribuzione delle frequenze nella tavola 2x2 e ad un OR relativamente piccolo.

L'affollamento dell'abitazione non è direttamente associato con la prevalenza di diarrea. Tuttavia, il ruolo dell'affollamento nell'associazione tra diarrea e anni vissuti al campo dalla famiglia può essere giustificato suggerendo che l'affollamento può diventare un problema sul lungo periodo.

Famiglie che vivevano in case affollate

Tavola A6. In famiglie che vivono in case affollate, anni vissuti al campo e occorrenza di diarrea nei bambini

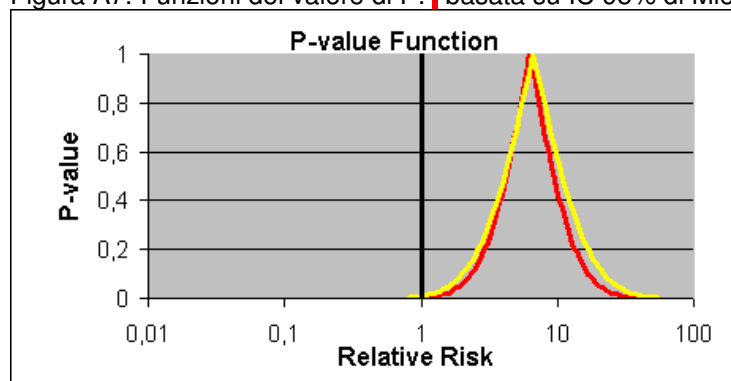
Diarrea	Anni vissuti dalla famiglia al campo		
	5 o meno	Più di 5	
No	34	14	48
Sì	5 (13%)	13 (48%)	18 (27%)
	39	27	66

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,002$, Rothman $p=0,004$

OR 6,31 IC di Miettinen 95% 2,00 – 19,92
 IC di Cornfield 95% 1,64 – 25,69* (1,84 – 46,53)

MLE di OR 6,12 IC Esatto 95% 1,66 – 26,32

Figura A7. Funzioni del valore di P: ■ basata su IC 95% di Miettinen, ■ basata su IC Esatti 95%



Nonostante i piccoli numeri di questa tavola, tutti i metodi usati mostrano una confidenza al 95%. In questo caso, l'IC Esatto sembra comportarsi anche meglio dell'IC di Cornfield, in termini di accuratezza e conservatorismo.

Famiglie che non vivevano in abitazioni affollate

Tavola A7. In famiglie che non vivevano in abitazioni affollate, anni vissuti dalla famiglia al campo e occorrenza di diarrea nei bambini

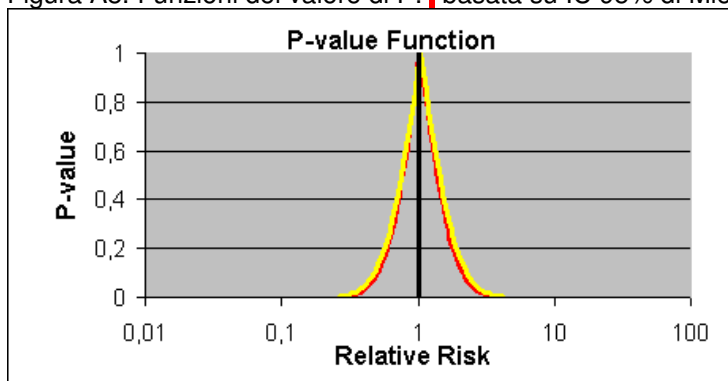
Diarrea	Anni vissuti dalla famiglia al campo		
	5 o meno	Più di 5	
No	28	36	64
Sì	15 (35%)	20 (36%)	35 (35%)
	43	56	99

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=1,000$, Rothman $p=1,103$

OR 1,04 IC di Miettinen 95% 0,45 – 2,39
 IC di Cornfield 95% 0,41 – 2,61 (0,41 – 2,73)

MLE di OR 1,04 IC Esatto 95% 0,42 – 2,60

Figura A8. Funzioni del valore di P: **I** basata su IC 95% di Miettinen, **I** basata su IC Esatti 95%



La buona distribuzione di frequenze nella tavola, e il fatto che l'OR sia quasi uno, fanno in modo che i diversi IC siano uno vicino all'altro. È da notare che il test esatto di Fisher a due code calcolato con Rothman è superiore al uno.

Stime di sintesi per le tavole stratificate.

OR crudo 2,05

OR ponderato di MH 1,90

IC di Miettinen 95%

IC di Robins, Greenland, Breslow 95%

IC di Cornfield 95%

1,00 – 3,59

0,98 – 3,66

0,95 – 4,10

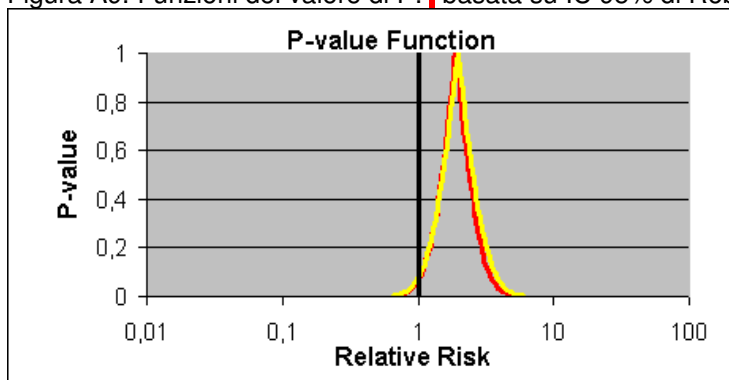
MLE di OR 1,95

Exact 95% CI

0,95 – 4,08

X^2 per la valutazione dell'interazione 5,85 ($p=0,016$)

Figura A9. Funzioni del valore di P: **■** basata su IC 95% di Robins e colleghi, **■** basata su IC Esatti 95%



Le funzioni del valore di p indicano come gli IC di Robins e colleghi e gli IC Esatti siano molto vicini. Anche gli IC di Miettinen, nonostante più stretti, sono prossimi alle altre stime.

Vivere in un campo per più di cinque anni era un fattore di rischio per la diarrea se si registrava la presenza di acqua stagnante nell'area del campo, a causa del fondo dissestato o degli scarichi mal funzionanti. Se non c'era acqua stagnante al campo, non vi era associazione tra anni vissuti al campo e diarrea.

Famiglie che vivevano in campi con acqua stagnante

Tavola A8. In campi con acqua stagnante, anni vissuti dalla famiglia al campo e occorrenza di diarrea nei bambini

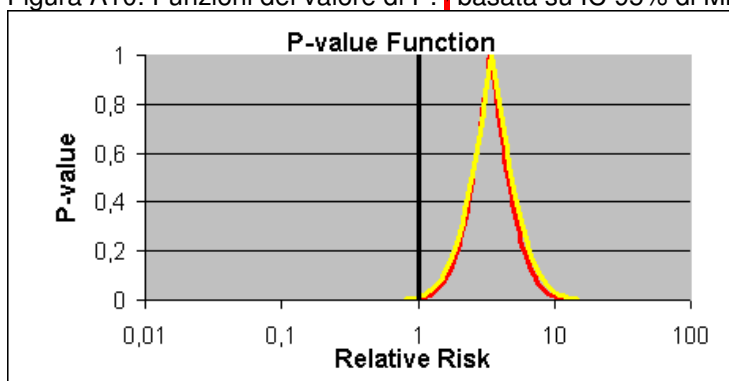
Diarrea	Anni vissuti al campo dalla famiglia		
	5 o meno	Più di 5	
No	42	32	74
Sì	10 (19%)	26 (45%)	36 (33%)
	52	58	110

Test esatto di Fisher a due code: *Epi Info* $p=0,005$, *Rothman* $p=0,007$

OR 3,41 IC di Miettinen 95% 1,46 – 7,95
 IC di Cornfield 95% 1,32 – 8,96 (1,41 – 10,65)

MLE di OR 3,37 IC Esatto 95% 1,34 – 9,04

Figura A10. Funzioni del valore di P: **■** basata su IC 95% di Miettinen, **■** basata su IC Esatti 95%



Gli intervalli di Cornfield (calcolati con *Epi Info*) e quelli esatti sono praticamente identici. Gli IC di Miettinen sono più stretti ma anch'essi molto vicini, come mostrato dalle funzioni del valore di p.

Famiglie che vivevano in campi senza acqua stagnante

Tavola A9. In campi senza acqua stagnante, anni vissuti dalla famiglia al campo e occorrenza di diarrea nei bambini

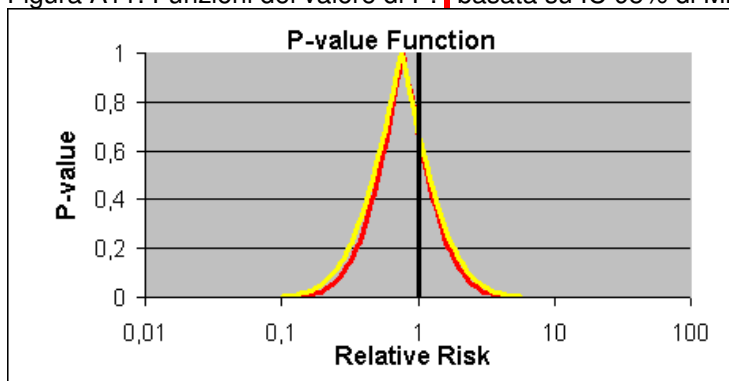
Diarrea	Anni vissuti dalla famiglia al campo		
	5 o meno	Più di 5	
No	20	18	38
Sì	10 (33%)	7 (28%)	17 (31%)
	30	25	55

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,773$, Rothman $p=0,897$

OR 0,78 IC di Miettinen 95% 0,24 – 2,50
 IC di Cornfield 95% 0,21 – 2,89 (0,17 – 2,94)

MLE di OR 0,78 IC Esatto 95% 0,20 – 2,85

Figura A11. Funzioni del valore di P: **I** basata su IC 95% di Miettinen, **I** basata su IC Esatti 95%



In questo caso, l'associazione è chiaramente non significativa. Tutti gli IC sono relativamente vicini gli uni agli altri, probabilmente a causa della distribuzione regolare delle frequenze nella tavola 2x2.

Considerando le stime di sintesi per le tavole stratificate, possiamo vedere come il test di Miettinen e gli IC asintotici di Robins e colleghi siano significativi, ma molto vicini al valore unitario. L'approssimazione di Cornfield, calcolata usando *CIETmap*, e gli IC Esatti non sono significativi ma sono, anch'essi, molto vicini al valore unitario.

La funzione del valore di p di Robins e colleghi e quella Esatta sono praticamente identiche.

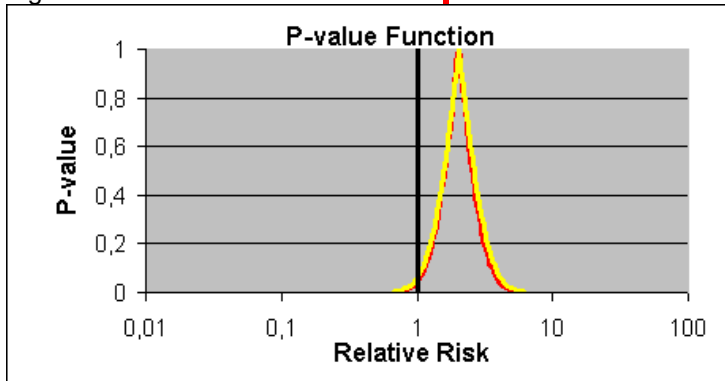
OR crudo 2,05

<i>OR ponderato di MH 2,02</i>	<i>IC di Miettinen 95%</i>	<i>1,04 – 3,90</i>
	<i>IC di Robins, Greenland, Breslow 95%</i>	<i>1,04 – 3,92</i>
	<i>IC di Cornfield 95%</i>	<i>0,99 – 4,22</i>

<i>MLE di OR 2,02</i>	<i>IC Esatto 95%</i>	<i>0,99 – 4,21</i>
-----------------------	----------------------	--------------------

X^2 per la valutazione dell'interazione 4,04 ($p=0,045$)

Figura A12. Funzioni del valore di P: **I** basata su IC 95% di Robins e colleghi, **I** basata su IC Esatti 95%



Fattori associati alla tosse

Selezionando le famiglie che avevano vissuto al campo per più di cinque anni, un bambino che viveva in un campo con acqua stagnante aveva un rischio più elevato di tosse, se confrontato con un bambino che viveva in un campo senza acqua stagnante. Tale associazione non era significativa per famiglie che avevano vissuto al campo per non più di cinque anni.

Famiglie che avevano vissuto al campo per più di cinque anni

Tavola A10. Per famiglie che avevano vissuto al campo per più di cinque anni, presenza di acqua stagnante e occorrenza di tosse nei bambini

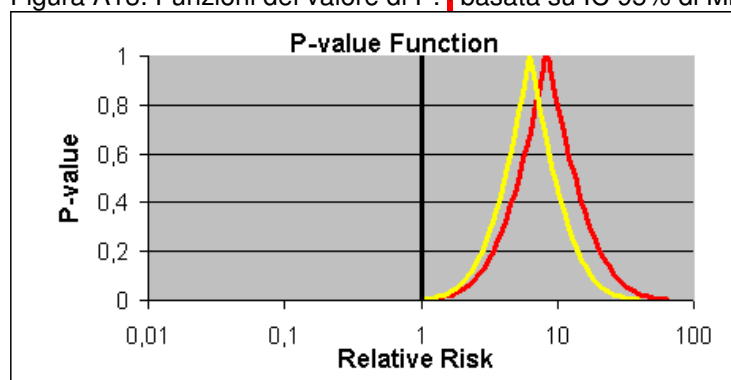
Tosse	Presenza di acqua stagnante		
	No	Sì	
No	19	20	39
Sì	6 (24%)	38 (66%)	44 (53%)
	25	58	83

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,001$, Rothman $p=0,001$

OR 6,02 IC di Miettinen 95% 2,17 – 32,30
 IC di Cornfield 95% 1,85 – 20,44* (2,07 – 32,30)

MLE di OR 5,88 Exact 95% CI 1,88 – 21,01

Figura A13. Funzioni del valore di P: █ basata su IC 95% di Miettinen, █ basata su IC Esatti 95%



Il modo in cui si distribuiscono le frequenze nella tavola 2x2, che si riflette anche in un OR relativamente elevato, genera stime chiaramente differenti. Le due funzioni del valore di p (Miettinen ed Esatti) sono anch'esse visibilmente diverse.

Tuttavia, tutte le stime concordano sull'associazione ad un livello di significatività del 95% e le funzioni del valore di p sono anch'esse esplicite rispetto all'associazione.

Famiglie che avevano vissuto al campo per cinque anni o meno

Tavola A11. Per famiglie che avevano vissuto al campo per cinque anni o meno, presenza di acqua stagnante e occorrenza di tosse nei bambini

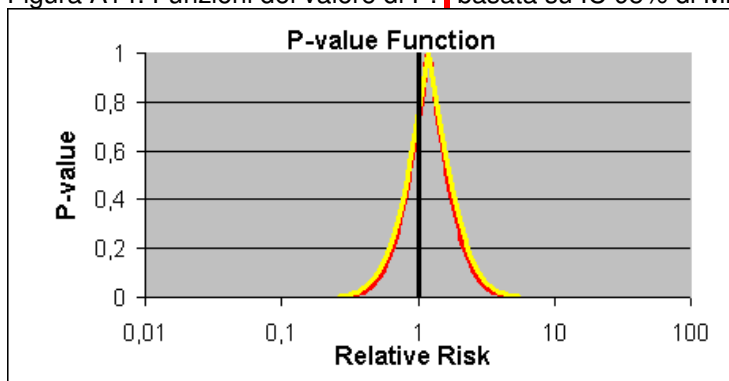
Tosse	Presenza di acqua stagnante		
	No	Sì	
No	14	22	36
Sì	16 (53%)	30 (58%)	46 (56%)
	30	52	82

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,818$, Rothman $p=0,877$

OR 1,19 IC di Miettinen 95% 0,48 – 2,96
 IC di Cornfield 95% 0,43 – 3,28 (0,42 – 3,36)

MLE di OR 1,19 IC Esatto 95% 0,44 – 3,24

Figura A14. Funzioni del valore di P: **■** basata su IC 95% di Miettinen, **■** basata su IC Esatti 95%



La distribuzione di frequenza è più regolare in questo caso, con un OR molto vicino al valore unitario. Tutti gli IC sono molto vicini tra loro e le funzioni del valore di p sono in sostanza identiche.

La significatività dell'associazione non è così rilevante, considerata la significatività del test d'interazione.

Possiamo riportare ancora una situazione “classica” nella quale gli IC sono molto vicini tra loro e ordinati dall'alto in basso, dal più stretto al più ampio.

OR crudo 2,43

OR ponderato di MH 2,41

IC di Miettinen 95%

IC di Robins, Greenland, Breslow 95%

IC di Cornfield 95%

1,26 – 4,59

1,25 – 4,65

1,20 – 5,08

MLE di OR 2,44

IC Esatto 95%

1,20 – 5,04

χ^2 per la valutazione dell'interazione 5,15 ($p=0,023$)

Figura A15. Funzioni del valore di P: **I** basata su IC 95% di Robins e colleghi, **I** basata su IC Esatti 95%

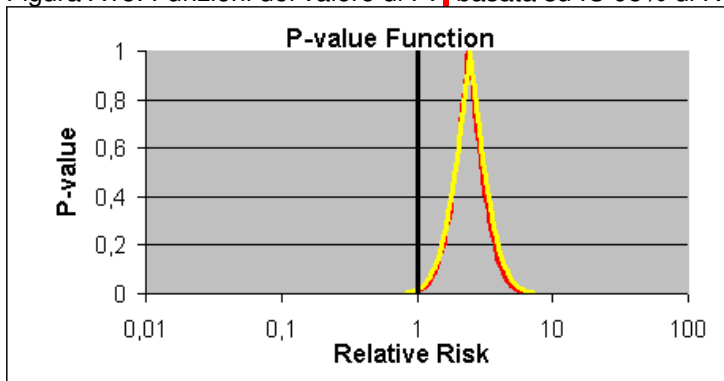


Tavola A12. In famiglie che vivevano in abitazioni affollate, riscaldamento con stufe a legna e occorrenza di

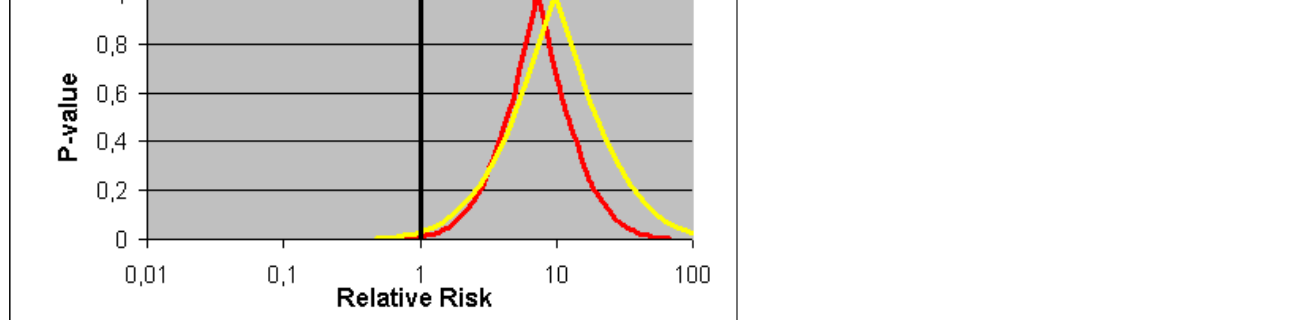
	Riscaldare con stufe a legna		
Tosse	No	Sì	

No	32	2	34
Si	22 (41%)	10 (83%)	32 (48%)
	54	12	66

OR 7.77 IC di Miettinen 95% 1.68–31.55

MLE di OR 7.07 *IC Esatto 95%* *1.32 – 72.52*

A plot of the P-value Function. The x-axis represents the parameter value, and the y-axis represents the P-value. A sharp vertical line at the null hypothesis value indicates a significant result, with the P-value dropping to zero at that point.



D'altra parte, il livello di OR garantisce significatività all'associazione, a prescindere dal tipo di metodo

Bambini di famiglie che non vivevano in abitazioni affollate

Tavola A13. In famiglie che non vivevano in abitazioni affollate, riscaldamento con stufe a legna e occorrenza di tosse nei bambini

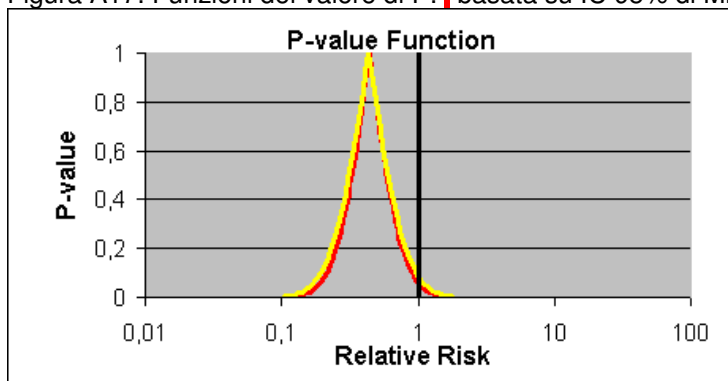
Tosse	Riscaldare con stufe a legna		
	No	Sì	
No	22	19	41
Sì	42 (66%)	16 (46%)	58 (59%)
	64	35	99

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,060$, Rothman $p=0,088$

OR 0,44 IC di Miettinen 95% 0,19 – 1,02
 IC di Cornfield 95% 0,17 – 1,12 (0,16 – 1,11)

MLE di OR 0,44 IC Esatto 95% 0,17 – 1,11

Figura A17. Funzioni del valore di P: **■** basata su IC 95% di Miettinen, **■** basata su IC Esatti 95%



Nonostante l'OR risulti distante dal valore unitario, nessuno dei metodi utilizzati mostra alcuna significatività nell'associazione tra tosse e riscaldamento con stufe a legna. Tutti gli IC sono molto vicini tra loro, includendo Miettinen e gli Esatti, come mostrato dalle funzioni del valore di p.

Come nella precedente tavola di sintesi, con un OR ponderato vicino all'unità, gli IC riportati in questo caso sono vicini tra loro e ordinati dal più stretto al più largo.

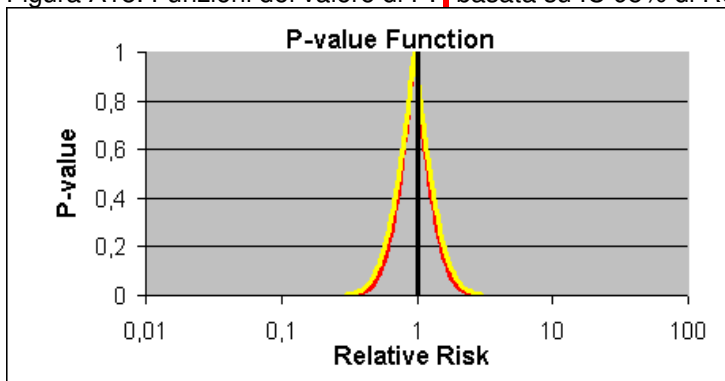
OR crudo 1,04

<i>OR ponderato di MH 0,96</i>	<i>IC di Miettinen 95%</i>	<i>0,50 – 1,84</i>
	<i>IC di Robins, Greenland, Breslow 95%</i>	<i>0,49 – 1,88</i>
	<i>IC di Cornfield 95%</i>	<i>0,45 – 2,04</i>

<i>MLE di OR 0,96</i>	<i>IC Esatto 95%</i>	<i>0,45 – 2,04</i>
-----------------------	----------------------	--------------------

χ^2 per la valutazione dell'interazione 9,12 ($p=0,003$)

Figura A18. Funzioni del valore di P: **P** basata su IC 95% di Robins e colleghi, **P** basata su IC Esatti 95%



Tavole usate per l'analisi delle difficoltà respiratorie e dell'asma

Un bambino aveva un rischio più elevato di aver avuto problemi respiratori negli ultimi 12 mesi se aveva vissuto in un campo con meno di 25 metri quadrati per persona.

Tavola A14. Affollamento dei campi e difficoltà respiratorie dei bambini

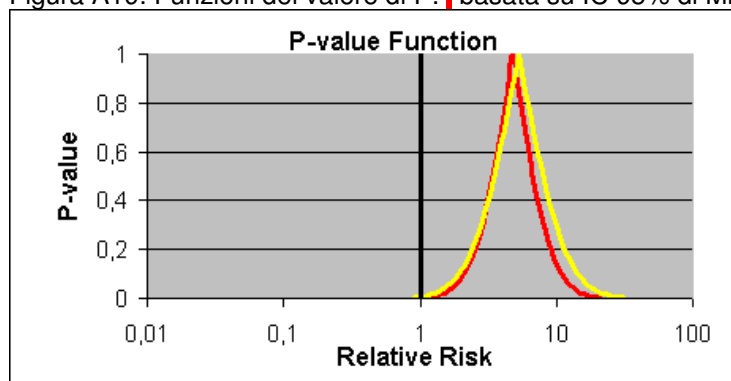
Difficoltà respiratorie	Bambini in campi affollati		
	No	Sì	
No	70	67	137
Sì	5 (7%)	23 (26%)	28 (17%)
	75	90	165

Test esatto di Fisher a due code: Epi Info $p=0,001$, Rothman $p=0,002$

OR 4,81 IC di Miettinen 95% 1,84 – 12,54
 IC di Cornfield 95% 1,59 – 15,59* (1,87 – 43,20)

MLE di OR 4,76 IC Esatto 95% 1,64 – 16,99

Figura A19. Funzioni del valore di P: **■** basata su IC 95% di Miettinen, **■** basata su IC Esatti 95%



Da questo esempio, così come da altri precedentemente (es. Fig.A5 e Fig.A16), vediamo come la funzione del valore di p basata sugli IC al 95% non è centrata nell'OR effettivo: infatti, la funzione del valore di p calcolata a partire dagli IC Esatti, centrata nella MLE di OR (che è più vicina all'unità dell'OR effettivo), è invece più distante dall'unità rispetto al centro della funzione del valore di p di Miettinen.