

## Migrazione e salute

Giuseppe Costa, Luisa Mondo, Raffaella Rusciani

Le condizioni di salute degli immigrati tendono a peggiorare nei Paesi che li accolgono come conseguenza delle condizioni non ottimali in cui si trovano a vivere (malnutrizione, sfruttamento, impiego in lavori pericolosi e precari, timore di rivolgersi alle strutture sanitarie): dal noto effetto *migrante sano* si sta passando all'effetto *migrante esausto*.

Al fine di valutare in maniera omogenea le condizioni di salute degli immigrati presenti in Italia, prendendone in considerazione gli aspetti demografici, socio-culturali e sanitari e poter quindi programmare efficacemente l'assistenza loro rivolta, nel 2006 è stato attivato un progetto CCM<sup>1</sup> nell'ambito del quale si è proceduto ad una definizione univoca di *caso* e sono stati identificati 36 indicatori sintetici per l'analisi della domanda di assistenza sanitaria da parte degli immigrati. La definizione di *caso* fa riferimento agli stranieri che soggiornano stabilmente in Italia provenendo da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM<sup>2</sup>), appartenenti o no all'Unione Europea (UE). Questa scelta è dettata dal fatto che il termine *straniero* non può essere considerato sinonimo di immigrato includendo anche i figli di immigrati nati in Italia e gli italiani emigrati con cittadinanza acquisita in PFPM.

Naturalmente anche questa definizione ha un limite: esclude la quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, ma che al momento non è consistente numericamente.

I *casi* sono stati messi a confronto con italiani e con persone provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) stabilmente presenti in Italia le cui condizioni socio-economiche si ritiene possano essere analoghe a quelle degli italiani.

In sintesi, dunque, la popolazione è stata suddivisa in:

- italiani e stranieri provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA) stabilmente presenti in Italia.
- immigrati regolari: persone con cittadinanza in paesi PFPM regolarmente presenti in Italia
- immigrati non in regola con le norme di ingresso o di soggiorno, con cittadinanza in PFPM e residenza all'estero (STP);

Gli immigrati vengono rilevati dai flussi demografici, solo quando in possesso del permesso di soggiorno o dell'iscrizione nelle anagrafi comunali. In caso contrario non sono inclusi al denominatore delle statistiche inerenti la loro presenza in Italia, salute compresa. Questo significa che per la maggior parte dei fenomeni sanitari non è possibile calcolare misure d'occorrenza, ma solo

---

<sup>1</sup> affidato alla Regione Marche che ha coinvolto, oltre alle Marche stesse Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia, province di Reggio Emilia e di Cesena, Istat, INAIL, Age.na.s

<sup>2</sup> **Paesi PSA:** Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud (in discussione), Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.  
**Paesi PFPM:** Bulgaria, Repubblica Ceca, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, Albania, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Croazia, Kosovo, Macedonia, ex Repubblica Jugoslava, Moldova, Montenegro, Federazione Russa, Repubblica di Serbia, Svizzera, Turchia, Ucraina Afghanistan, Arabia Saudita, Armenia, Azerbaigian, Bahrein, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambogia, Repubblica Popolare Cinese, Corea del Nord, Emirati Arabi Uniti, Filippine, Georgia, Giordania, India, Indonesia, Iran, Iraq, Kazakistan, Kirghizistan, Kuwait, Laos, Libano, Malaysia, Maldive, Mongolia, Myanmar (ex Birmania), Nepal, Oman, Pakistan, Qatar, Singapore, Siria, Sri Lanka, Tagikistan, Taiwan, Territori dell'Autonomia Palestinese, Thailandia, Timor Orientale, Turkmenistan, Uzbekistan, Vietnam, Yemen Figi, Kiribati, Isole Marshall, Micronesia, Nauru, Nuova Zelanda, Palau, Papua Nuova Guinea, Isole Salomone, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.  
Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, Sud Africa, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Tunisia, Uganda, Zambia, Zimbabwe  
Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Repubblica Dominicana, Ecuador, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Saint Kitts e Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent e Grenadine, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguay, Venezuela

dei rapporti proporzionali di composizione (ad esempio la percentuale di gravidanze che esitano in Interruzioni Volontarie di Gravidanza).

## 1. I ricoveri ospedalieri

Per lo studio dei ricoveri ospedalieri sono state analizzate le schede di dimissione ospedaliera (SDO) (escluse quelle relative ai neonati sani -DRG 391) di soggetti con residenza nelle regioni coinvolte nel progetto.

La proporzione dei ricoveri di pazienti PFPM regolari nelle strutture italiane, nel 2006, è stata del 3% con un leggero aumento negli anni 2003-2006, principalmente dovuto all'incremento numerico della popolazione immigrata residente; sostanzialmente stabile e costantemente al di sotto dell'1% è la percentuale nazionale di ricoveri a carico di pazienti STP.

Nei ricoveri dei PFPM si osservano alcune differenze nell'ambito delle regioni coinvolte nel progetto: rappresentano il 3,9% del totale dei ricoveri in Piemonte, il 3,3% in Liguria, il 4,7% in Emilia-Romagna (il 6,4% a Reggio Emilia), il 3,5% nelle Marche, il 4,4% in Lazio, lo 0,8% in Puglia. Differenze analoghe si registrano anche nei ricoveri a carico di STP: nel 2006, sono 0,9% in Piemonte, 1,3% in Liguria, 0,7% a Reggio Emilia (lo 0,5% nella AUSL di Cesena), 0,5% nelle Marche, 1,2% in Lazio, 1% in Puglia).

Analizzando nel dettaglio il Piemonte, si osserva, nei 3 anni in analisi, un lieve, ma costante incremento dei ricoveri a carico di cittadini stranieri, sia PFPM che STP sia nel valore assoluto sia come proporzione sul totale dei ricoveri (figura 1).

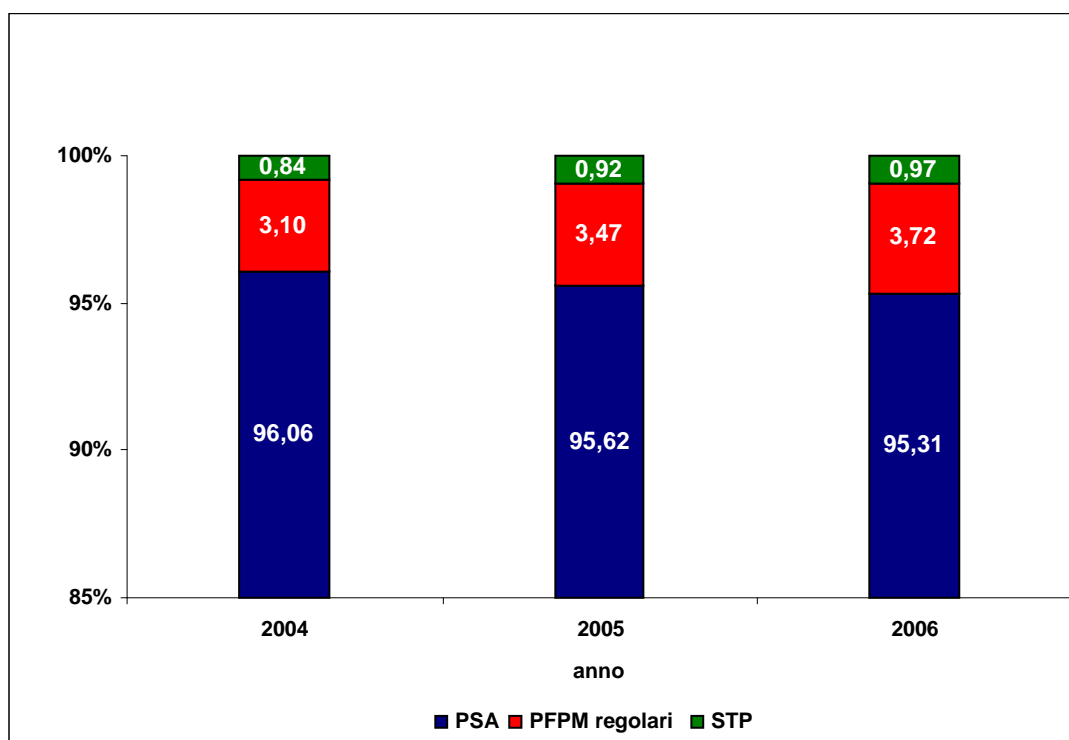


Figura 1: totale dei ricoveri in Piemonte, SDO, 2004-2006, confronto PSA, PFPM regolari ed STP

Tra le persone PFPM regolari, di genere maschile, la maggior frequenza di ricoveri la si riscontra in età adulta, nella classe 18 - 34 anni e nella successiva 35 - 49 anni mentre nel genere femminile le degenze sono più concentrate nella classe 18 - 34 anni (figura 2). Le differenze rispetto alla popolazione PSA (figura 3) sono dovute alla distribuzione per età della popolazione PFPM che è concentrata nelle fasce più giovani e adulte.

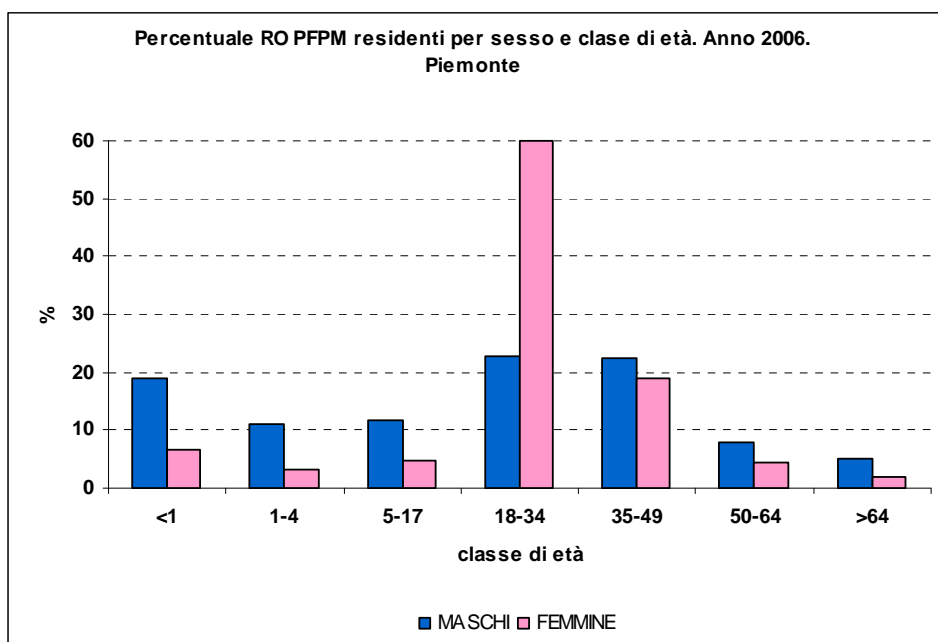


Figura 2: distribuzione dei ricoveri ordinari, per genere e classe di età, PFFM, Piemonte, 2006

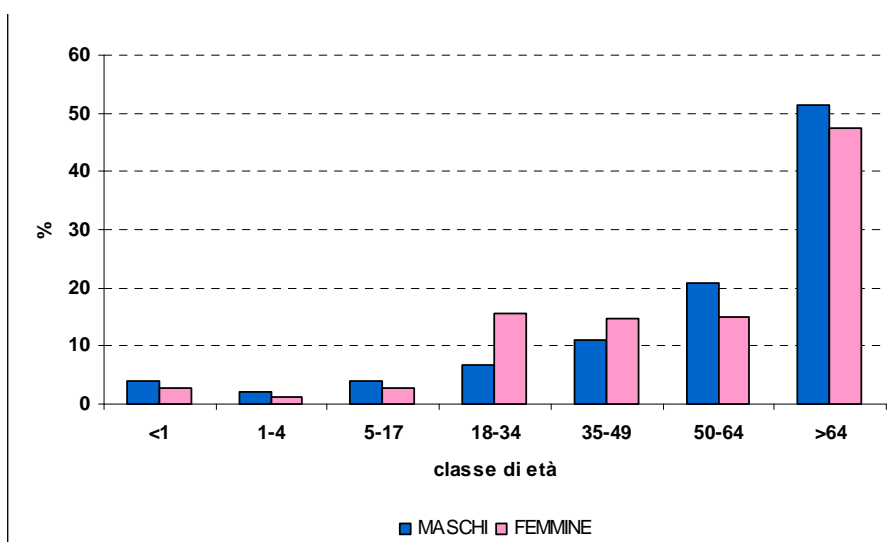


Figura 3: distribuzione dei ricoveri ordinari, per genere e classe di età, PSA, Piemonte, 2006

Le cause di ricovero sono state analizzate secondo i grandi capitoli ICD9-CM<sup>3</sup>.

- <sup>3</sup> 1. Malattie infettive e parassitarie 001-139
2. Tumori 140-239
3. Malattie endocrine, delle nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari 240-279
4. Malattie del sangue e degli organi emopoietici 289-289
5. Disturbi psichici 290-319
6. Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso 320-389
7. Malattie del sistema circolatorio 390-459
8. Malattie del sistema respiratorio 460-519
9. Malattie dell'apparato digerente 520-579
10. Malattie del sistema genito-urinario 580-629
11. Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio 630-677
12. Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo 680-709
13. Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo 710-739
14. Malformazioni congenite 740-759

Si conferma quanto già riportano in letteratura ed in precedenti studi, ossia, che i maschi, a confronto con gli uomini PSA, sono più soggetti a degenze per “traumatismi e avvelenamenti” seguite da quelle per malattie dell’apparato respiratorio e digerente, malattie infettive e condizioni perinatali (figura 4). Nel caso delle donne PFPM, rispetto alle donne PSA, si registra una netta prevalenza di ricoveri per cause ostetriche (figure 5).

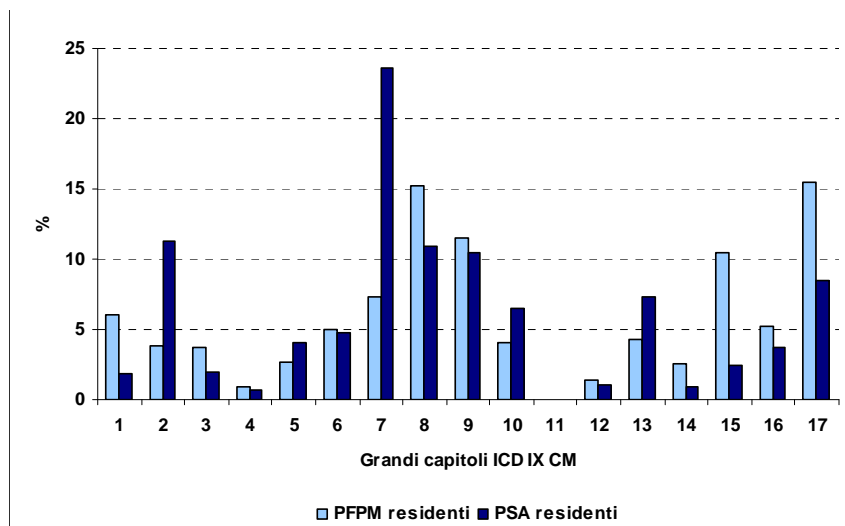


Figura 4: confronto tra gruppi di cause, ricoveri ordinari, uomini PSA e PFPM, Piemonte, SDO, 2006

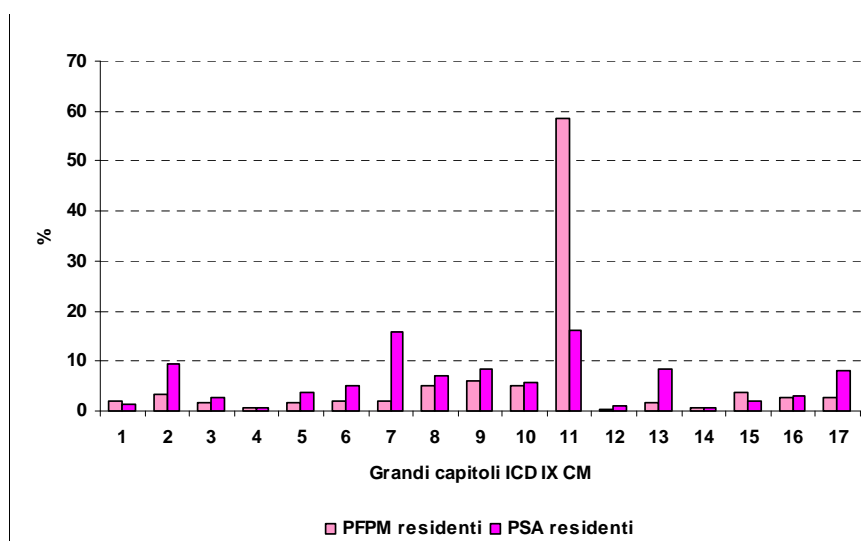


Figura 5: confronto tra gruppi di cause, ricoveri ordinari, donne PSA e PFPM, Piemonte, SDO, 2006

In Piemonte la prevalenza dei ricoveri in DH di uomini PSA è legata ad interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (12,9%) seguiti dalla chemioterapia (7,3%), mentre tra gli uomini PFPM le prime cause sono chirurgiche, interventi per ernia inguinale e femorale (4,8%) ed interventi sul ginocchio (4,4%) seguiti dalla chemioterapia (3%).

Per le donne PSA la prima causa di ricovero in DH sono gli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (17,5%) seguiti dalla chemioterapia (7,1%) e dalle IVG (6,6%), mentre tra le donne PFPM le IVG sono la prima causa di degenza e coprono quasi la metà di tutti i ricoveri in DH (42,5%).

15. Alcune condizioni morbose di origine perinatale 760-779

16. Sintomi, segni, stati morbosì mal definiti 780-799

17. Traumatismi e avvelenamenti 800-999

Altre cause: Fattori che influenzano lo stato di salute (V01- V82)

La distribuzione per età e genere è analoga a quella osservata per i ricoveri ordinari (figura 6 e 7).

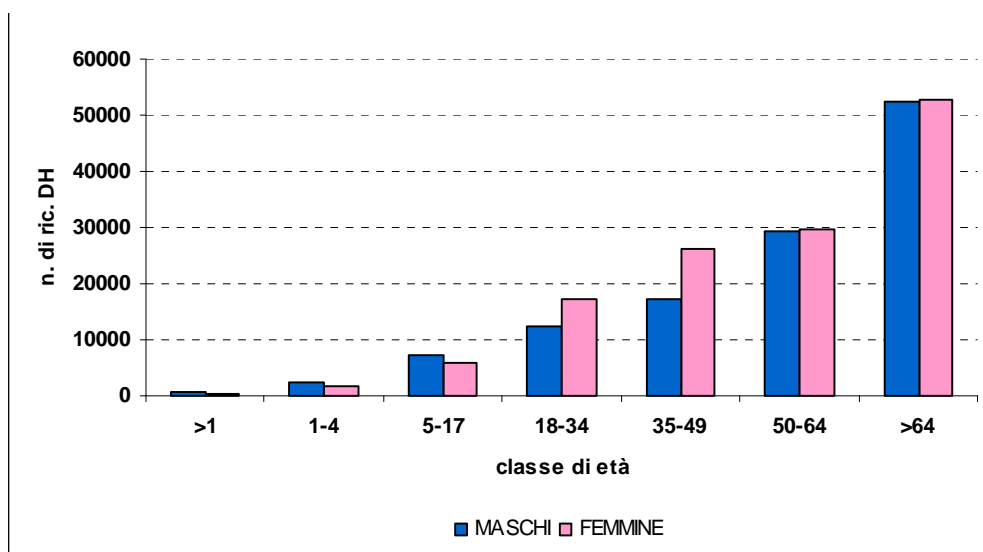


Figura 6: ricoveri in DH, uomini e donne PSA, per cassi di età, Piemonte, SDO, 2006

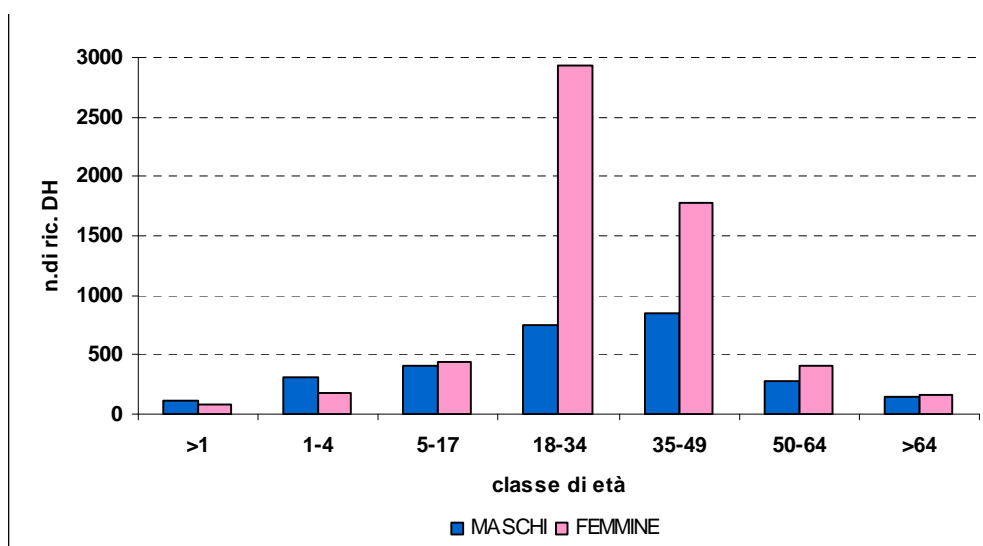


Figura 7: ricoveri in DH, uomini e donne PFPM, per cassi di età, Piemonte, SDO, 2006

Dallo studio è inoltre emerso che la frequenza dei ricoveri ordinari che avvengono con modalità in urgenza risulta, in tutte le regioni coinvolte nel progetto e a livello nazionale, nettamente superiore nella popolazione immigrata, sia nel caso de PFPM regolari che degli STP.

A livello nazionale, nel 2006, la proporzione dei ricoveri in urgenza è stata del 50% nei PSA, del 65% nei PFPM regolari e del 75% negli STP. Dato che si conferma in entrambi i generi ed in tutte le classi di età, ad eccezione di quelle estreme (bambini nel primo anno di vita ed anziani).

Anche in Piemonte i ricoveri in urgenza sono prevalentemente appannaggio degli stranieri specie STP, malgrado una buona assistenza territoriale rappresentata dai centri ISI e dalle strutture del volontariato operanti sul territorio.

Il fatto è verosimilmente attribuibile ad una scarsa conoscenza dei servizi territoriali, alla possibilità di accedere al Pronto Soccorso in tutti i giorni della settimana ed in tutte le fasce orarie, alla tendenza riscontrata in alcuni pazienti di attendere (per modello culturale o per necessità) che la malattia si manifesti in maniera eclatante prima di accettare di sottoporsi a visite ed esami, alla maggior incidenza di ricoveri per eventi traumatici e quindi ovviamente non programmabili, tra gli immigrati.

Nei tre anni in studio sono aumentati i ricoveri in urgenza tra i soggetti PFPM, mentre sono lievemente in calo tra gli STP, i quali comunque ricorrono in misura maggiore a tale modalità di ricovero raggiungendo circa l'80% (figura 8).

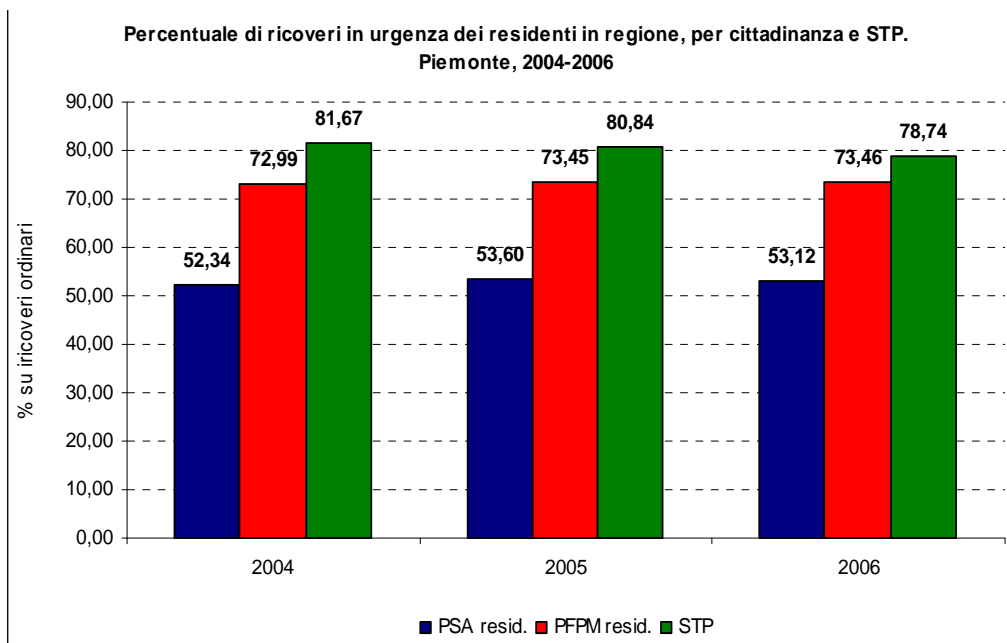


Figura 8: ricoveri in urgenza, uomini e donne, per cittadinanza, Piemonte, SDO, 2004-2006

## 2 La salute materno infantile

Metà dei ricoveri ostetrici effettuati da donne PSA è legata ai parti; tale proporzione diminuisce nelle PFPM regolari e ancor più nelle STP per le quali i parti rappresentano solo un quinto dei ricoveri ostetrici. Andamento opposto si registra per le IVG dove i ricoveri sono superiori tra le donne immigrate rispetto alle PSA: circa il doppio nelle PFPM regolari e il triplo nelle STP<sup>1</sup>.

Nel 2006, i parti delle donne immigrate rappresentano in Italia il 15% di tutti i parti e sono in aumento di anno in anno; in Piemonte sono stati il 19%, in Liguria il 15%, nella Provincia di Reggio Emilia il 23%, nella AUSL di Cesena il 20%, in Emilia-Romagna il 24%, nelle Marche il 15%, in Lazio il 14%.

In Piemonte la proporzione di parti a carico di donne PFPM sono in aumento nel periodo in studio (figura 9). Come già ampiamente descritto in letteratura si conferma che l'età media al momento del parto è inferiore nelle donne immigrate (figura 10). Sull'andamento e sugli esiti delle gravidanze tra le donne immigrate si rimanda al capitolo dell'Osservatorio 2009.

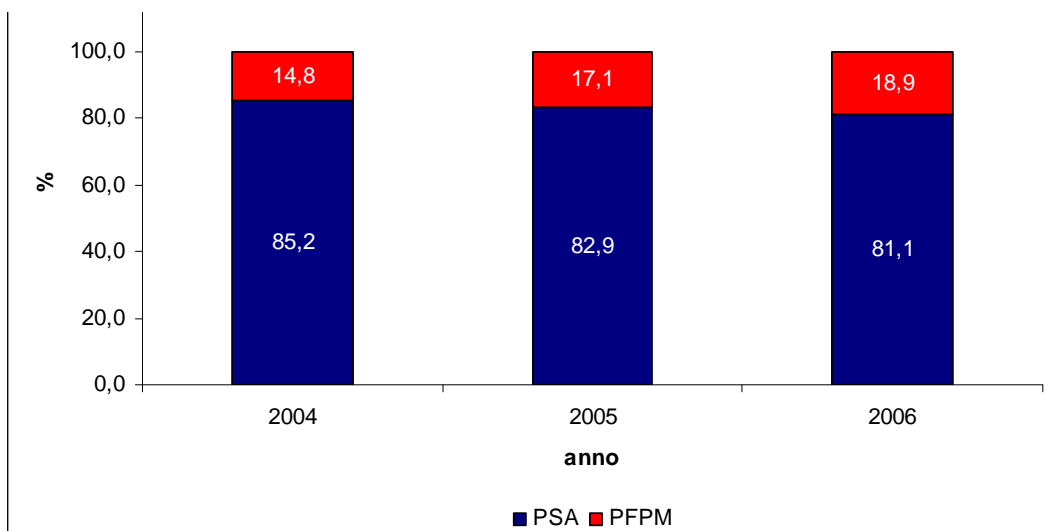


Figura 9: proporzione di parti per cittadinanza, Piemonte, SDO, 2004-2006

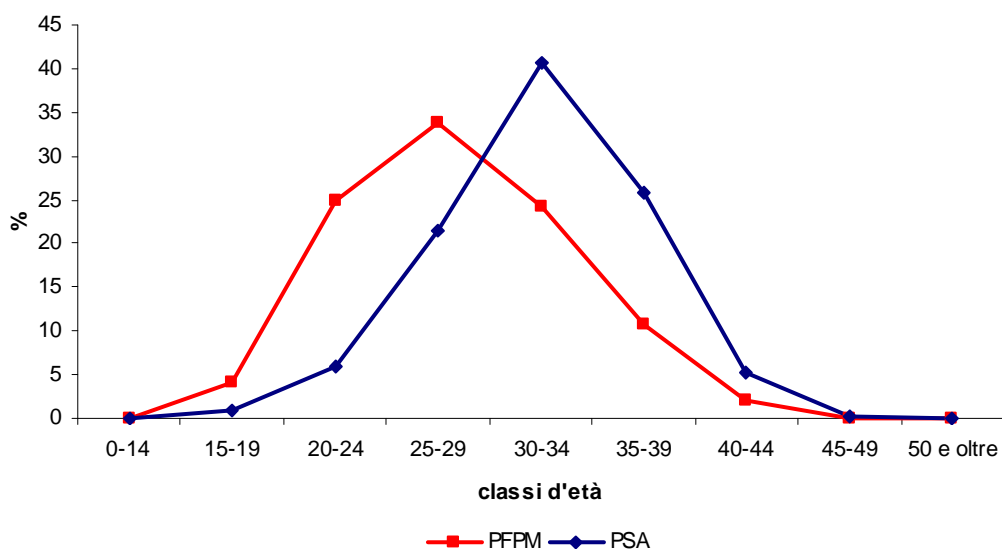


Figura 10: distribuzione dei parti per età e cittadinanza, Piemonte, SDO, 2006

### 3. Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

A fronte di un numero costante di IVG registrato in Italia negli ultimi anni, si riscontra una riduzione degli interventi a carico di donne italiane ed un corrispettivo proporzionale aumento di quelli a carico delle donne straniere. I ricoveri legati all'IVG sono circa il doppio tra le donne PFPM regolari e il triplo tra le STP rispetto alle donne PSA. Le differenze sono più marcate a partire dai 25 anni (figura 11).

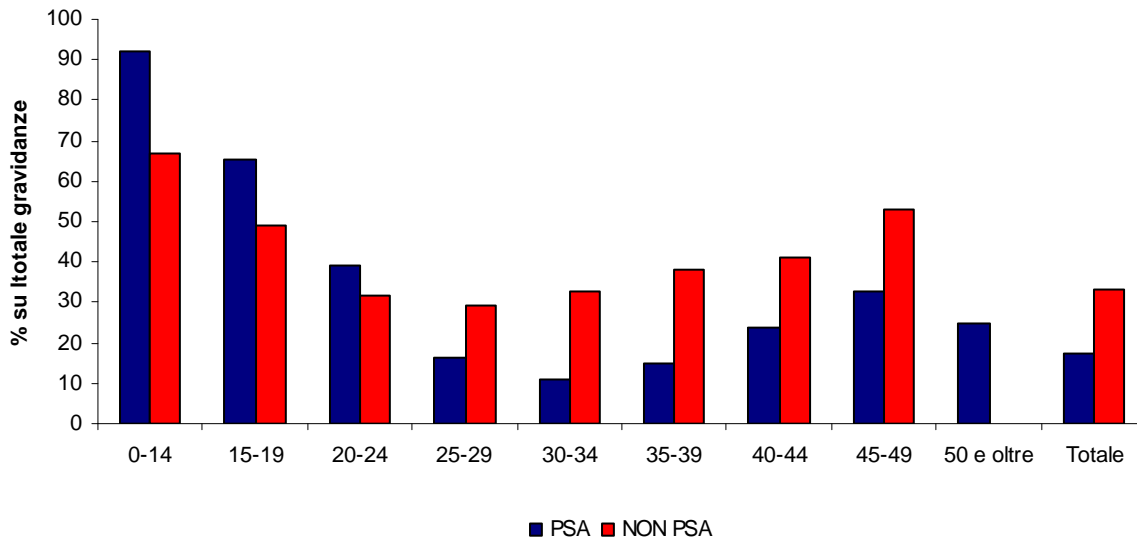


Figura 11: percentuale di gravidanze che esitano in IVG, per età e cittadinanza, Piemonte, SDO, 2006

Viva preoccupazione è destata da segnalazioni, da più fonti, una recrudescenza dell'abortività clandestina, ossia del ricorso all'IVG al di fuori di quanto previsto dalla legge 194/78 sia dal punto di vista dell'età della donna che dell'epoca gestazionale in cui si effettua l'intervento; fenomeno che sarà oggetto di approfondimento.

#### 4. Gli infortuni sul lavoro

La concentrazione di domanda di manodopera immigrata per i cosiddetti "lavori delle 5P", pesanti, precari, pericolosi, poco pagati, penalizzati socialmente, spiega la maggior incidenza di infortuni tra gli uomini, specie se PFPM.

Nel 2007 gli infortuni sul lavoro riconosciuti dall'INAIL sono stati 664.601, di questi 92.754, pari al 14%, hanno riguardato i lavoratori nati all'estero, sia in PSA che in PFPM.

Il fenomeno infortunistico, in base ai dati INAIL riferiti ai lavoratori regolarmente assunti, mostra un incremento degli incidenti a carico dei lavoratori PFPM, diversamente da quanto si osserva tra i lavoratori italiani e PSA: nel triennio 2005-2007 si registra un incremento pari a +10,5%, giustificato, in parte anche dall'apporto continuo di manodopera proveniente da questi Paesi.

Anche in Piemonte, come nelle altre regioni italiane, l'incidenza di infortuni a carico di soggetti PSA (figura 12) è minore rispetto a quelli di soggetti PFPM (figura 13).

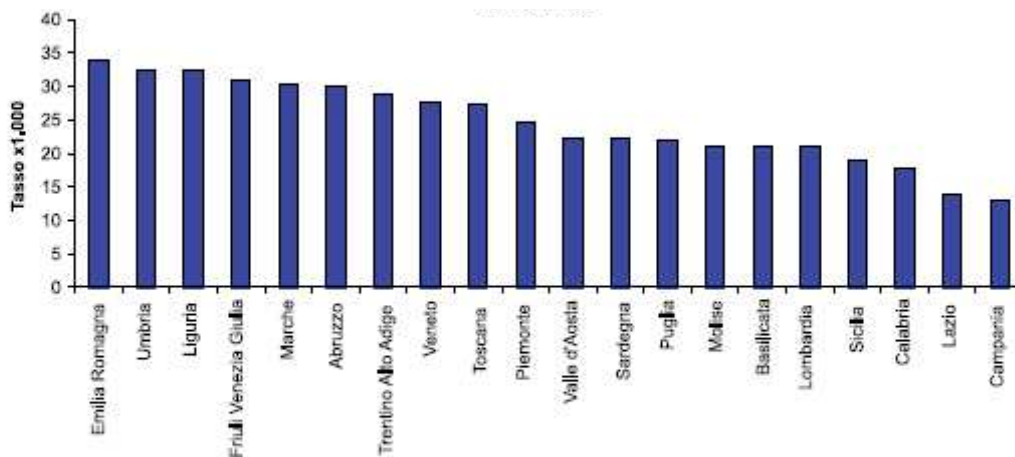


Figura 12: incidenza di infortuni (x 1.000) tra soggetti PSA, INAIL, 2007

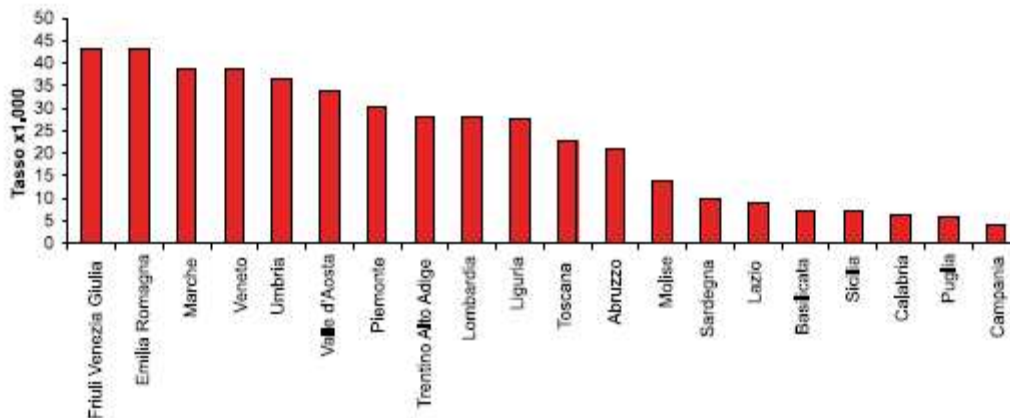


figura 13: incidenza di infortuni (x 1.000) tra soggetti PFP, INAIL, 2007

## 5. La prevenzione

Importanti riflessioni in merito alla salute degli immigrati nascono anche dalla lettura della pubblicazione ISTAT “Le condizioni di salute della popolazione straniera in Italia, anno 2005” nel corso della quale sono state intervistate circa 3.500 stranieri residenti in Italia e quindi iscritti in anagrafe.

Dall’indagine è emerso che, a livello nazionale, l’*abitudine al fumo* è diffusa in modo leggermente inferiore tra gli immigrati rispetto agli italiani (27,9% degli stranieri vs 30,9 tra gli italiani e 14,6% tra le straniere vs 20 tra le italiane), ma con grandissime differenze legate alla nazionalità dell’intervistato: 42,2% di fumatori tra gli uomini albanesi e 28,3 di fumatrici tra le donne romene.

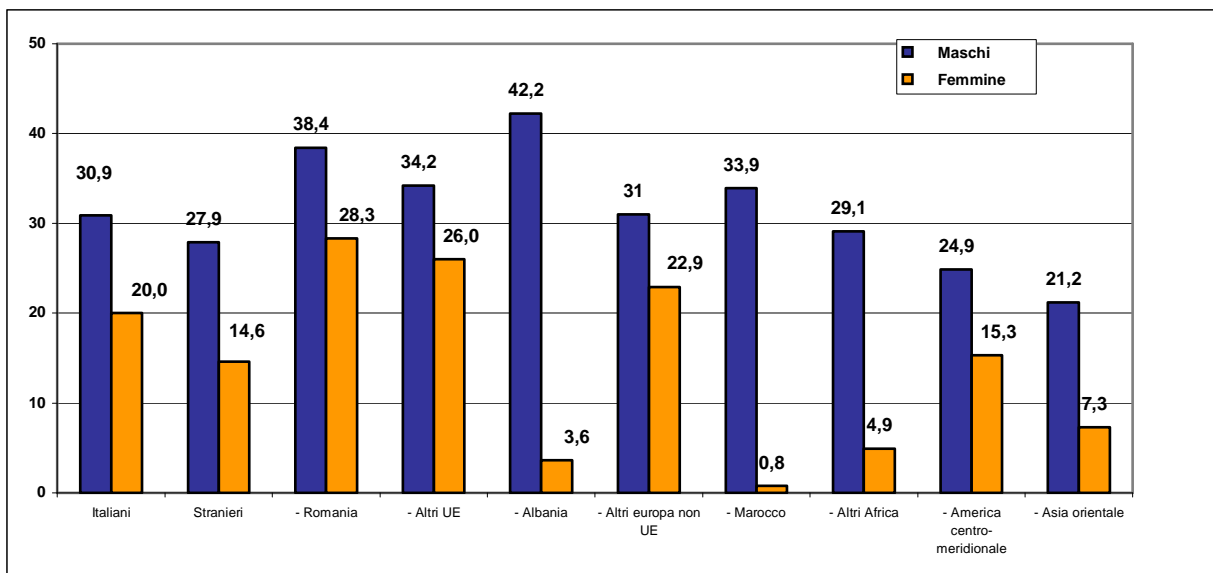


Figura 14: abitudine al fumo, uomini e donne, 14-64 anni, per cittadinanza (*tassi standardizzati per età*)

Anche le prevalenze standardizzate di eccesso di peso che si registrano nella popolazione straniera di 18-64 anni sembrerebbero complessivamente in linea con quelle stimate nella popolazione italiana, ma con differenze legate alla nazionalità: tra i maschi sono gli albanesi che presentano maggiori problemi di eccesso di peso, tra le donne sono quelle di origine marocchina.

Infine, per quanto riguarda lo screening dei tumori femminili, le donne straniere residenti in Italia fanno meno ricorso sia al pap-test che alla mammografia: le differenze sono evidenti in tutte le fasce di età, ma diventano sempre più marcate all'aumentare dell'età.

Questi tre esempi, fumo, eccesso di peso e accesso agli screening, offrono lo spunto per azioni di formazione ed informazione ai giovani immigrati in un'ottica di prevenzione a lungo termine.

## **Conclusioni**

E' noto dalla letteratura che i gruppi vulnerabili della popolazione, immigrati e non, hanno un maggior rischio di veder peggiorare le proprie condizioni di salute rispetto a chi è meno svantaggiato nella scala sociale. E per questo, da anni, si lavora sui temi dell'equità e del diritto all'accesso a cure di qualità per tutti.

Persiste la difficoltà di ottenere denominatori affidabili, a partire dalle stime disponibili sulla popolazione immigrata presente e/o residente nel nostro Paese. Finché questo problema non sarà superato o contenuto, i dati non permetteranno di studiare le differenze di incidenza dei fenomeni, ma solo le differenze di composizione all'interno dei fenomeni.

Lo scorso anno, malgrado il grande impegno volto all'assistenza degli immigrati, si è registrato un lieve calo di adesione alle cure offerte dovuto alla paura diffusasi in seguito all'annuncio dei contenuti ed alla successiva entrata in vigore della Legge 94/2009, comunemente nota come "Pacchetto Sicurezza".

Tale normativa ha introdotto il reato di clandestinità sanzionando lo straniero che fa ingresso ovvero si trattiene sul territorio nazionale in violazione delle disposizioni del TU (286/98, e successive modifiche) nonché dell'articolo 1 della legge 6/2007 (soggiorni inferiori ai 3 mesi per le quali è sufficiente la dichiarazione della propria presenza alle autorità).

In questo modo si sono trovati in condizione di estrema vulnerabilità i soggetti irregolarmente presenti, che pur con un lavoro (anche se in nero), un'abitazione e una rete sociale incorreranno nel reato di immigrazione clandestina. Inoltre, la possibilità di emersione circoscritta alle sole badanti e collaboratori domestici, ha impedito la regolarizzazione di altre categorie di lavoratori storicamente assunte "in nero" quali agricoltori, muratori ed operai.

Malgrado il personale sanitario abbia il divieto di segnalazione dei soggetti irregolari si sono osservate fin da subito in Piemonte, delle ricadute in ambito socio-sanitario con riduzione dei passaggi ai centri ISI e agli ambulatori del volontariato, fatto che pone un importante interrogativo sul dove e come gli STP trovino risposta ai loro bisogni di salute (cure parallele spesso improprie? Medicina privata per un'assistenza alla quale i pazienti stranieri avrebbero comunque diritto gratuitamente e in condizioni di confidenzialità?).

## Bibliografia

- ARS Marche. Lo stato di salute della popolazione immigrata nella regione Marche, 2002. Available on: [http://www.ars.marche.it/osservatorio\\_dis/](http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/)
- Baronciani D e coll. Le disuguaglianze nel percorso nascita” in La Nascita in Emilia Romagna 5°. Rapporto CEDAP anno 2007, Regione Emilia-Romagna, 2008.
- Bloomsbury Publishing Plc: London, 2004.
- Bollini P, Siem H, . No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000, Soc Sci Med. 1995 Sep;41(6):819-28.
- Burgio A, Silvestri I. Caratteristiche dell’ospedalizzazione degli immigrati provenienti dai
- Candela S, Greci M, Pergolizzi S, Ventura C. La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia, Unità di Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Reggio Emilia, Collana Progetto Salute 2006; 10. Available on: <http://www.ausl.re.it/Home/DocumentViewer.aspx?ID=1383&TIPODOC=IAP Palazzi M e coll. Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio Cesenate>
- CSDH 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Coburn D. Income, inequality, social cohesion and the health status of populations: the role
- Costa G, Spadea T. Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiol Prev 2004; 28(3): 1-162.
- Gruppo tecnico del progetto nazionale CCM “Promozione della salute della popolazione
- Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell’anno 2000. Available on: <http://www.immigrata in Italia. La spesa sanitaria per gli immigrati. Monitor 2008; anno VII, n. 21.>
- Karlsen S, Nazroo JY. Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups. Am J Public Health 2002; 92: 624–631.
- La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi, Regione Marche, maggio 2009
- “Le condizioni di salute della popolazione straniera in Italia, anno 2005” ISTAT 2008
- Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity.
- Miceli M, Di Lallo D. La salute riproduttiva delle donne immigrate. Uno studio nella città di [ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_373\\_allegato.pdf](http://ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_373_allegato.pdf)
- Molina, S. (2004), *Caratteristiche sociali ed epidemiologiche dell’immigrazione a Torino*, relazione presentata al convegno “I luoghi delle cure”, Torino, 18-20 giugno 2004.
- Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. Am J Public Health 2003. 93: 277-284.
- OER Puglia. Tubercolosi ed immigrazione: le esperienze di controllo nella regione Puglia. In: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese. Available on: [http://www.oerpuglia.org/public/StatodiSalute/Stato\\_di\\_Salute\\_Puglia\\_2006.pdf](http://www.oerpuglia.org/public/StatodiSalute/Stato_di_Salute_Puglia_2006.pdf)
- Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S., Grandolfo M. L’interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporto Istisan 2006; 06(17).
- Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma. Rapporto Istisan 2001: 03(6).
- Vannoni F, Cois E. L’emarginazione sociale. Epidemiol Prev 2004; 28(3): 32-39.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International 1991; 6(3): 217-228.
- WHO 2008. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?. BMJ 1997; 314: 591-595.