

## APPENDICE

### IMMIGRAZIONE, STRESS ED ESITI PATOLOGICI

di Antonietta Palmisano

#### 1. Premessa

Il fenomeno migratorio, presente da sempre nella storia dell'umanità, ha assunto attualmente le caratteristiche di una realtà globale, capace di espandersi a grande velocità, grazie ai progressi dei trasporti e all'estensione delle comunicazioni che facilitano contatti e confronti fra culture diverse.

Molti studi dimostrano che esiste una stretta correlazione fra flussi migratori, crescita della povertà e livello di salute di una popolazione. Queste complesse relazioni rappresentano una sfida nei confronti della capacità dei sistemi sanitari di saper affrontare questo profondo cambiamento che attraversa tutti i paesi, a livello globale (Morrone A., 1995).

Non a caso, si stanno registrando, in parte collegate al fenomeno migratorio, le cosiddette disuguaglianze di salute (*health divide*), prodotte dal contesto sociale a danno delle fasce più deboli della popolazione, in varie regioni.

Secondo la sezione dell'OMS che si occupa dell'area europea (870 milioni di persone), l'aspettativa di vita alla nascita ha un andamento differente nel confronto fra i paesi dell'UE, nei quali viene registrata una media di circa 80 anni e quelli non appartenenti, con una media di circa 70 anni. Diminuzione dell'aspettativa di vita e condizioni socio-culturali basse, ma anche il tipo di lavoro (manuale piuttosto che impiegatizio) risultano correlate.

In realtà, c'è da sottolineare che, fino ai primi anni Ottanta del Novecento, i medici e i ricercatori che si occupavano del rapporto tra condizioni sociali e salute, seguivano un modello ottocentesco, basato sul concetto di "soglia di povertà", fondato sul livello di reddito. Indubbiamente, la salute

può essere influenzata da ambienti freddi e dalla possibilità di consumo.

Pur avendo già visto dell'Ottocento e tuttavia messo in discussione dimostrato che l'argomento da discutibile è la soggettività di non avere il controllo.

Per quanto riguarda gli studi, come morte che si registra ad approfondire l'influenza della salute.

Sono stati in contatto con gli informali) che hanno network sociale chiari: le persone network sociale che hanno rapporto J.S., et al., 1988.

Ampiamente e/o disoccupazione.

A questo problema compiuto a 15 e 64 anni di disoccupati nei diversi (Moser, K.A. stessi ricercatori K.A., et al., 1988).

Ancora, una seguiti per 25 anni economico-sociali lavoratori che si veniva registrata che occupavano.

In questo caso mancanza di un

può essere influenzata negativamente dalla povertà, che comporta vivere in ambienti freddi e scarsamente puliti, mangiare poco e male, non avere la possibilità di consultare un medico o comprare delle medicine.

Pur avendo il merito di rappresentare il volto umano della medicina dell'Ottocento e dei primi anni del Novecento, questo modello è stato tuttavia messo in discussione da una serie di studi che hanno definitivamente dimostrato che la privazione non è rappresentata solo dalla mancanza di cibo o da discutibili condizioni igieniche, ma anche e soprattutto dalla percezione soggettiva di non potere partecipare pienamente alla società e quindi di non avere il controllo sulla propria vita.

Per quanto concerne le relazioni tra socialità e malattie sono da menzionare gli studi, compiuti a partire dagli anni Sessanta, sull'aumentato rischio di morte che si registra in una persona che ha perso il coniuge, fino ad arrivare ad approfondite ricerche compiute negli anni Ottanta, che hanno dimostrato l'influenza della socialità sulla salute, in termini statistici.

Sono stati infatti individuati alcuni indicatori (relazioni affettive stabili, contatti con gli amici, ruolo e partecipazione ad associazioni o a gruppi informali) che hanno consentito agli epidemiologi di costruire un *indice di network sociale* che dà la misura del grado di socializzazione. I risultati sono chiari: le persone che vivono più isolate, quindi con un basso indice di network sociale, hanno un tasso di mortalità quasi triplo rispetto a quelle che hanno rapporti più stabili e più estesi (Berkman, L.F., *et al.*, 1979; House, J.S., *et al.*, 1988).

Ampiamente indagato è stato anche il rapporto tra condizioni lavorative e/o disoccupazione e salute.

A questo proposito, sono interessanti i risultati di uno studio longitudinale compiuto a Londra negli anni Ottanta su maschi di età compresa tra 15 e 64 anni che evidenziano, per esempio, che, in coloro che risultavano disoccupati nel 1971, il tasso di mortalità era del 30%, nei dieci anni successivi (Moser, K.A. *et al.*, 1984). Peraltro, questo studio è stato ripetuto dagli stessi ricercatori e ha trovato conferma anche in altri Paesi europei (Moser, K.A., *et al.*, 1987).

Ancora, una ricerca compiuta su lavoratori del servizio civile inglese, seguiti per 25 anni, ha evidenziato una stretta relazione tra la condizione economico-sociale e il tasso di malattia e di mortalità, tale per cui, nei lavoratori che si trovavano nella posizione più bassa della scala gerarchica, veniva registrato un tasso di mortalità maggiore del 40%, rispetto ai colleghi che occupavano una posizione più alta (Marmot, M., *et al.*, 1999).

In questo ultimo caso, più che l'assenza di lavoro o la povertà, era la mancanza di un'appartenenza sociale piena e soddisfacente ad essere in gio-

co. In questo senso, gli autori dello studio sottolineano che è ormai chiaro che la qualità delle relazioni sociali ha un'influenza diretta sulla mortalità.

Nell'Occidente ricco, di cui è noto l'alto tasso di mortalità a causa di malattie correlate allo stress lavorativo di tipo manageriale (malattie cardiovascolari, soprattutto l'infarto), esistono tuttavia dati apparentemente contraddittori, in alcune aree metropolitane americane. Nel Bronx, per esempio, la tubercolosi, che rimanda ad una malattia infettiva del passato, ha una diffusione sei volte superiore alla media di New York, mentre sorprende la crescente diffusione dell'infarto ad Harlem.

In Inghilterra, negli 1990, i maschi delle classi più povere correvano un rischio doppio di morire di infarto, rispetto ai benestanti. La spiegazione che viene data dall'epidemiologo inglese McMichael (McMichael, T., 2001) conferma il ruolo dell'ambiente sociale sulla salute. Un basso stato economico-sociale (*SES*) implica infatti l'accesso a sistemi di cura più scadenti. Implica vivere una condizione lavorativa precaria o essere disoccupati per lunghi periodi di tempo o svolgere lavori più faticosi, più lontani dall'abitazione e poco soddisfacenti. Implica infine alcuni stili di vita sbagliati (fumo, alcool, dieta a base di grassi insaturi), molto spesso usati inconsapevolmente per contrastare uno sfondo depressivo, creando così i presupposti per cadere ammalati.

In Italia, che pure mantiene un sistema sanitario pubblico, la situazione non si discosta molto da quella descritta per Europa e USA. Date le lunghe attese a cui si è costretti per ottenere prestazioni diagnostiche e terapeutiche nelle ASL, le persone più ricche riescono a curarsi prima e meglio delle persone costrette ad attendere il loro turno. D'altra parte, precarietà, disoccupazione e impossibilità di scegliere un lavoro adatto alle proprie capacità (soprattutto per i giovani) sono fenomeni che interessano milioni di persone, nel nostro Paese. Senza trascurare che, in Italia, il numero delle persone che rientrano nella cosiddetta povertà relativa è pari a 7 milioni 537 mila, il 12% della popolazione totale, maggiormente concentrate nel Sud, dove il rapporto è di una famiglia su quattro. Le disuguaglianze di salute colpiscono sia italiani che stranieri immigrati, molto più a causa delle loro condizioni socio-economiche che non per la diversa appartenenza etnica. Non a caso, nel gennaio 2008, è stato inaugurato, a Roma, l'Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) che si propone di combattere la salute diseguale, a favore di italiani e stranieri, costruendo una rete di ricerca, assistenza specializzata e formazione nazionale e internazionale, a partire dal Lazio (Morrone, A., 2008).

La stretta interdipendenza sociale e salute, merita a

Questa complessa relazione tra i meccanismi viventi si è infatti manifestata: un campanello d'allarme, in senso, va distinto l'eustress dal distress (con la sua sollecitazioni degli stimoli).

D'altra parte, studi e modelli di reattività mostrano l'influenza di una componente genetica ed esperienza verso un buon esito (*malattia*), in dipendenza (McEwen, B., 1998).

Dunque, siamo attratti da "stili" diversi, ma se la risposta somatiche di reazione, si manifesta facilmente.

In questo senso, gli individui, nel senso più ampio, sono esposti ad esiti patologici.

Attualmente, è prevedibile che scappano per salvarsi e si sono visti nocchieri prezzolati, la speranza di essere accolta superate tutte le barriere, una volta ottenuto il permesso, l'angoscia del suo rinnovo non scaduto. In queste situazioni, le eventuali conseguenze verranno raggiunta una relazione di appartenenza sociale scarse nel Paese ospitante.

In Italia, grazie al Dipartimento Sanitario Nazionale, sarà possibile cogliere informazioni su questi dati incontrati, nel corso

Tra i dati relativi

## 2. La salute degli immigrati

La stretta interdipendenza su descritta tra stress, soprattutto di tipo psicosociale e salute, merita alcune precisazioni.

Questa complessa reazione fisiologica alle sfide ambientali degli organismi viventi si è infatti evoluta per dotarli di opportune strategie di adattamento: un campanello di allarme che predispone alla difesa. In questo senso, va distinto l'*eustress* (con la sua valenza positiva per la sopravvivenza) dal *distress* (con la sua potenziale valenza negativa sulla salute, quando le sollecitazioni degli stimoli stressanti diventano croniche).

D'altra parte, studi recenti evidenziano che reagiamo allo stress secondo modelli di reattività molto differenziati, esiti della combinazione tra costituzione genetica ed esperienze nei contesti di vita, che determinano la direzione verso un buon adattamento (*stato di salute*) o un cattivo adattamento (*malattia*), in dipendenza dalle modalità con cui il cervello li interpreta (McEwen, B., 1998).

Dunque, siamo attrezzati ad affrontare le sfide ambientali, pur se con "stili" diversi, ma se la durata dello stress supera le nostre capacità psicosomatiche di reazione, non riusciamo più a gestirlo e ci ammaliamo più facilmente.

In questo senso, gli immigrati di ieri e di oggi portando in sé la precarietà, nel senso più ampio della parola, sono stati e sono particolarmente esposti ad esiti patologici.

Attualmente, è precaria e pericolosa la partenza dai loro Paesi, da cui scappano per salvarsi da miseria e disoccupazione, affidandosi ad improvvisati nocchieri prezzolati. Altrettanto precario è l'approdo, in bilico tra la speranza di essere accolti e la paura di essere rimandati indietro. Una volta superate tutte le barriere, la precarietà continua quando i più fortunati, una volta ottenuto il permesso di soggiorno, si ritrovano a fare i conti con l'angoscia del suo rinnovo, a sua volta garantito da un contratto di lavoro non scaduto. In queste condizioni, i livelli di stress rimarranno alti (con le eventuali conseguenze negative sulla salute) almeno fino a quando non verrà raggiunta una relativa stabilità e una conseguente percezione di una appartenenza sociale soddisfacente, segno di una riuscita integrazione nel Paese ospitante.

In Italia, grazie al diritto concesso agli immigrati di accedere al Servizio Sanitario Nazionale, sancito dalla Legge n. 40/1998, è stato possibile raccogliere informazioni sull'andamento delle più frequenti malattie a cui sono andati incontro, nel corso degli ultimi dieci anni.

Tra i dati relativi alla correlazione tra flussi migratori nei vari Paesi

dell'occidente e malattie, colpiscono quelli relativi ai disturbi psichiatrici e alle malattie sessualmente trasmesse (sifilide e AIDS).

L'indagine condotta da Jelloun (Jelloun, 1998) ha dimostrato che, nelle cliniche psichiatriche degli Stati Uniti, la presenza dei migranti è due o tre volte più alta rispetto al Paese d'origine. In un'ottica complessa, questo dato sottolinea come gli effetti di stress psicosociali prolungati possono comportare uno scompaginamento dell'equilibrio della rete psicosomatica, che caratterizza il funzionamento dei nostri principali sistemi di regolazione fisiologica (Bottaccioli, F., 2005).

Non di meno, una maggiore vulnerabilità alle infezioni è un tipico effetto di stress psicofisici, senza trascurare il contributo delle rappresentazioni sociali e culturali, che oppongono resistenza ad una educazione alla salute e all'opportuna prevenzione.

La tendenza all'aumento della sifilide nelle grandi metropoli occidentali (Lacey, HB., *et al.*, 2001) è confermata in Italia dai dati ambulatoriali dell'ospedale S. Galliciano, nel territorio di Roma, che evidenziano il passaggio dai 5-6 casi/anno, nel decennio 1991-1996, ai 104 del 2003 (Di Carlo, A., 2003).

D'altra parte, esistono le stime sull'andamento dell'incidenza di AIDS tra gli stranieri, dal 1992 al 2006, periodo in cui il fenomeno migratorio in Italia ha assunto una maggiore incisività (Geraci, S., 2000).

Nel periodo indicato, sono stati diagnosticati in Italia circa 44.500 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui, più di 3.800 erano stranieri. La percentuale di cittadini stranieri maggiorenni a cui è stata diagnosticata la malattia è passata dal 3% del 1992 al 22% nel 2006 (da 116 a 310 casi, in termini assoluti).

Tra gli uomini, dopo un costante aumento dei casi osservati tra il 1992 e il 1995, il numero delle diagnosi negli stranieri maggiorenni è diminuito nel 1996 e 1997, per restare poi stazionario fino al 2004. Nel 2005, si osserva un nuovo aumento dei casi, comunque al di sotto dei valori precedenti al 1996. Tra le donne è stata osservata invece una tendenza all'incremento durante tutto l'arco temporale considerato. Il dato più interessante è quello relativo ai tassi di incidenza che, a partire dal 1996-97, risultano in costante diminuzione, di circa il 70% tra gli uomini e del 54% tra le donne.

I risultati di questa analisi mostrano che l'incremento della percentuale di casi di AIDS diagnosticata a cittadini stranieri in Italia è addebitabile più all'aumento della popolazione immigrata che ad un incremento dell'infezione. È plausibile attribuire questi risultati al maggiore accesso alla terapia retrovirale degli stranieri in Italia rispetto ai propri Paesi di provenienza. Il che rafforza la necessità di politiche sanitarie inclusive e soprattutto di efficaci strategie di prevenzione e di educazione alla salute. Come alcuni

studi evidenziano, è la principale via di comunicazione (Bounhnik, AD., *et al.*

Per quanto riguarda gli analizzati i tassi e le percentuali ai soli stranieri residenti.

Il confronto dei dati con quelli del 1995 (tabella) è avanzato, dal 1995 al 1996 leggermente aumentati nelle donne (da 1,1 a 2,6 nel 1995 a 5,2 nel 1996 (da 1,9 a 2,9). In quanto per cause esterne e

D'altra parte, per i tassi di mortalità per tumori e risultano in lieve aumento (da 4,6 sia per quella morte per incidenti

Per quanto concerne i dati dimostrano che il rischio di morire per cause

Lo studio sulla salute nelle problematiche preesistenti, nei Paesi ospitanti nei Paesi ospitanti di *distress*, contribuisce a cause (soprattutto tumori). Se a questo, si aggiungono le differenze linguistiche, il quadro dei reali bisogni sanitari paramedico.

vi ai disturbi psichiatrici e (IDS).

8) ha dimostrato che, nelle nza dei migranti è due o un'ottica complessa, quesociali prolungati possono o della rete psicosomatica, ipali sistemi di regolazione

e infezioni è un tipico effet-puto delle rappresentazioni una educazione alla salute

randi metropoli occidentali dai dati ambulatoriali del- e evidenziano il passaggio 04 del 2003 (Di Carlo, A.,

nto dell'incidenza di AIDS il fenomeno migratorio in S., 2000).

in Italia circa 44.500 casi di stranieri. La percentuale di sticata la malattia è passata casi, in termini assoluti).

ei casi osservati tra il 1992 ri maggiorenni è diminuito al 2004. Nel 2005, si osser- sotto dei valori precedenti na tendenza all'incremento to più interessante è quello 96-97, risultano in costante 54% tra le donne.

cremento della percentuale i in Italia è addebitabile più d un incremento dell'infe- maggiore accesso alla terapia propri Paesi di provenienza e inclusive e soprattutto di e alla salute. Come alcuni

studi evidenziano, i rapporti sessuali non protetti rappresentano infatti la principale via di contagio e una modalità di rischio costante nel tempo (Bounhnik, AD., *et al.*, 2007).

Per quanto riguarda la mortalità degli immigrati, sono stati costruiti e analizzati i tassi e le relative cause di decesso, circoscrivendo la popolazione ai soli stranieri residenti di età 18-64 anni.

Il confronto dei dati relativi alle cause di morte più recenti del 2003 con quelli del 1995 (tabella 1) evidenzia che per gli stranieri dei Paesi a sviluppo avanzato, dal 1995 al 2003, i decessi per malattie cardio-circolatorie, che sono leggermente aumentati negli uomini (da 3,3 per 10.000, a 3,9) e diminuiti nelle donne (da 1,1 a 0,8), sono stati comunque inferiori a quelli dovuti a tumori, caratterizzati da una sensibile crescita, soprattutto tra gli uomini (da 2,6 nel 1995 a 5,2 decessi per 10.000 residenti nel 2003) rispetto alle donne (da 1,9 a 2,9). In questo gruppo, sono aumentati anche i tassi di mortalità per cause esterne e accidentali, ma solo per gli uomini.

D'altra parte, per i cittadini maschi dei Paesi a forte pressione migratoria i tassi di mortalità per le cause esterne e accidentali sono i più significativi e risultano in lieve aumento sia per questa area (da 4,4 per 10.000 residenti a 4,6) sia per quella del Mediterraneo meridionale (da 5,1 a 5,8), dove la morte per incidenti stradali e sul lavoro rappresenta la maggioranza.

Per quanto concerne l'AIDS, i dati relativi agli stranieri residenti in Italia dimostrano che il ricorso alla medicalizzazione ha fatto sensibilmente diminuire le morti per questa grave malattia.

Lo studio sulla mortalità degli stranieri ha evidenziato molte differenze nelle problematiche dei vari gruppi di popolazioni, in parte legate a situazioni preesistenti, nei Paesi di origine. Tuttavia, gli effetti di eventuali discriminazioni nei Paesi ospitanti, soprattutto a livello lavorativo, aumentando i livelli di *distress*, contribuiscono alla crescita dei rischi di morte per determinate cause (soprattutto tumori e malattie cardiocircolatorie) (Bottaccioli, F., 2005). Se a questo, si aggiungono le privazioni, le difficoltà sociali, economiche e linguistiche, il quadro si complica, rendendo difficile una adeguata conoscenza dei reali bisogni degli stranieri, sia da parte dei medici che dal personale paramedico.

Tabella 1. Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per area di cittadinanza, principali gruppi di cause di decesso e sesso - Anni 1995, 2003

Area di cittadinanza*	Cause di decesso	1995			2003			
		M	F	Totale	M	F	Totale	
Paesi a Sviluppo Avanzato	Tumori	2,6	1,9	2,2	5,2	2,92	3,88	
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	0,1	0,1	0,5	0,25	0,38	
	AIDS	1,1	0,1	0,5	0,2	-	0,07	
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,3	1,1	2,2	3,9	0,84	2,18	
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,3	0,1	0,2	-	0,06	
	Cause esterne e/o accidentali	2,1	0,9	1,4	3,4	0,86	1,82	
	Altre Malattie	1,8	0,9	1,3	2,55	0,92	1,59	
	Totale	11	5,3	7,8	15,82	5,79	9,97	
	Paesi Europa centro-orientale	Tumori	0,7	3,6	2	4,43	2,7	3,32
		Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,11	0,44	0,32
AIDS		-	0,1	-	0,02	0,03	0,02	
Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio		4,9	1,4	3,2	2,63	0,93	1,57	
Malattie dell'Apparato Respiratorio		-	0,1	0,1	0,19	-	0,07	
Cause esterne e/o accidentali		5,4	0,9	3,3	3,76	1,33	2,49	
Altre Malattie		1,2	1,5	1,4	1,25	0,48	0,76	
Totale		12,2	7,6	10	12,4	5,91	8,55	
Paesi a forte pressione migratoria		Tumori	1,2	1,9	1,5	3,5	2,61	3,03
		Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	0,1	0,7	0,4	0,28	0,11	0,19
	AIDS	0,7	0,4	0,6	0,64	0,27	0,45	
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio 2,50	1,2	1,9	4,49	1,04	2,55	0,31	
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,6	0,1	0,3	0,48	0,15	0,31	
	Cause esterne e/o accidentali	4,4	1,4	3	4,64	0,97	2,97	
	Altre Malattie	1,9	0,5	1,3	1,31	1,28	1,33	
	Totale	11,5	6	8,9	15,35	6,43	10,84	

Area di cittadinanza\*

Cause di decesso

1995

2003

M

F

Totale

M

F

Totale

Focus su alcune specifiche aree di cittadinanza

Area di cittadinanza*	Causa di decesso	1995		2003				
		M	F	Totale	M	F	Totale	
<b>Focus su alcune specifiche aree di cittadinanza</b>								
Unione Europea 14	Tumori	2,55	2,23	2,39	5,95	3,68	4,67	
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,76	0,38	0,55	
	AIDS	1,04	0,15	0,56	0,24	-	0,11	
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,04	1,66	2,8	4,75	1	2,7	
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,18	0,09	-	-	-	
	Cause esterne e/o accidentali	2,3	1,26	1,65	3,4	1,02	1,89	
	Altre Malattie	1,74	1,29	1,47	2,8	1,25	1,91	
	Totale	11,67	6,78	8,98	17,9	7,33	11,83	
	Nuovi Paesi UE	Tumori	2,37	6,36	4,7	1,9	3,34	3
		Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
AIDS		-	0,22	0,16	-	0,08	0,04	
Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio		4,96	-	2,11	0,86	1,49	1,28	
Malattie dell'Apparato Respiratorio		-	-	-	-	-	-	
Cause esterne e/o accidentali		10,09	1,69	4,28	4,94	1,31	2,82	
Altre Malattie		4,24	1,5	2,73	0,67	0,24	0,42	
Totale		21,65	9,78	13,98	8,37	6,45	7,56	
Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo		Tumori	0,36	0,8	0,45	3,01	2,14	2,82
		Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,12	-	0,08
	AIDS	0,14	0,1	0,13	0,28	0,13	0,23	
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,11	-	2,38	4,88	1,08	2,88	
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	1,2	-	0,92	0,55	-	0,25	
	Cause esterne e/o accidentali	5,09	-	3,44	5,79	0,19	3,66	
	Altre Malattie	3,12	0,13	2,37	1,58	0,43	1,16	
	Totale	13,01	1,03	9,7	16,21	3,97	11,08	

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri", Anni 1995, 2003.

*Riferimenti bibliografici*

- Berkman L.F., Syme, S.L. 1979, *Social network, host resistance and mortality*, in "American Journal Epidemiology", 10, pp. 186-204
- Bottaccioli F. 2005, *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Red
- Bouhnik AD., et al. 2007, *Unsafe sex in regular partnership among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France (ANRS-EN12-VESPA Study)*, in "AIDS", 21 (suppl 1), pp. S57-S62
- Di Carlo A. 2003, *Riemergenza della sifilide*, in "Dermatologia Ambulatoriale", XI, pp. 24-27
- Gearai S. 2000, *Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia*, in "Ann Ist Super Sanità", 36(4), pp. 445-459
- House J.S., et al. 1988, *Social relationship and health*, in "Science", 241, pp. 540-544
- Jelloun B. 1998, *L'estrema solitudine*, Milvia
- Lacey HB., et al. 2001, *An outbreak of early syphilis cases from North Manchester General Hospital*. In "Sex Transm Infect", 77, pp. 311-313
- Marmot M. 1999, *Epidemiology of socioeconomic status and health* in Adler, N., Marmot, M., McEwan, B., Stewart, J., *Socioeconomic status and health in industrial nations. Social, psychological and biological pathways*, Annals of New York Academy of Sciences, New York, Vol. 896
- McMichael T. 2001, *Human frontiers and environments and disease*, Cambridge University Press, Cambridge
- Morrone A. 1995, *Salute e società multiculturale*, Cortina
- Morrone A. 2008, *Immigrazione, diritto alla salute e lotta alla povertà*, Presentazione dell'INMP (Istituto per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà), Roma, 9 gennaio 2008
- Moser K.A., et al. 1984, *Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study*, in "Lancet", pp. 1324-1399
- Moser, K.A., et al. 1987, *Unemployment and mortality: a comparison of the 1971 and 1981 longitudinal census samples*, in "British Medical Journal", 294, pp. 86-90