

Rivista N°: 4/2017  
DATA PUBBLICAZIONE: 30/12/2017

AUTORE: Caterina Francesca Guidi\*, Alessandro Petretto\*\*

## CURA DELLA SALUTE E IMMIGRAZIONE: UN'ANALISI COMPARATA SOTTO IL PROFILO ECONOMICO FINANZIARIO\*\*\*

*Sommario 1. Introduzione; – 2. Complessità dei bisogni sanitari dei migranti e analisi economica; – 3. Disuguaglianze sanitarie e immigrazione in Europa; - 4. L'organizzazione dei sistemi di welfare europei: evidenze; - 5. Casi di studio dell'impatto migratorio sui diversi sistemi di welfare; - 6. Conclusioni... per quanto possibile; Bibliografia.*

### 1. Introduzione

Tra gli aspetti più affascinanti dello studio della salute quale “bene” ci sono le diverse prospettive da cui può essere studiato e gli effetti di ricaduta che ha, per sua stessa natura, nella vita degli individui: garantire la sua fornitura e tutela è, quindi, una questione di equità e umanità allo stesso tempo. Secondo la letteratura consolidata di Economia pubblica, la salute è un *bene meritorio* con determinate caratteristiche presenti dal lato della domanda e da quello dell'offerta, quali le esternalità, l'asimmetria informativa, l'aspetto esperienziale, il rapporto medico-paziente, i fenomeni di azzardo morale e selezione avversa legati all'incertezza e la fornitura pubblica di stampo paternalista (Petretto, 2017, cap. 5). Tenuto conto di queste caratteristiche economiche, la sanità - ovvero la provvigione di beni di salute - dev'essere fornita in base ai bisogni degli individui secondo il principio di **equità**, piuttosto che secondo la loro capacità o volontà di pagare, aspetti legati al principio d'**efficienza**. Per sua stessa natura la sanità è, infatti, un input di un processo produttivo: i trattamenti sanitari hanno sia un effetto di consumo - gli individui si sentono meglio quando sono più sani - sia uno d'investimento - gli individui più sani producono di più (Grossman, 1972).

---

\* Istituto Universitario Europeo e *Phd*, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Siena.

\*\* Professore emerito, Dipartimento di scienze per l'economia e l'impresa (DISEI), Università di Firenze.

\*\*\* *Il contributo è stato pubblicato senza referaggio.*

Dal lato dell'offerta due sono gli aspetti magistrali, il modello di fornitura dei servizi sanitari e il rapporto prezzo-quantità dei trattamenti sul mercato, mentre dal lato della domanda le tre caratteristiche principali sono l'**accesso**, l'**utilizzo** e la **qualità** dei servizi sanitari offerti. In questo contributo ci proponiamo di indagare i primi due aspetti della salute dal lato della domanda, l'accesso e l'utilizzo, studiandoli secondo i sistemi di welfare europei verso uno dei gruppi maggiormente vulnerabili della società europea, ovvero i migranti.

Una delle sfide più avvincenti della globalizzazione consiste nell'adeguamento dei sistemi di welfare, in particolar modo di quelli sanitari, alle richieste che la migrazione e la mobilità internazionale impongono alle nostre società. Sono, ancora, circa il 70% nel mondo le persone che mancano di protezione sociale (ILO, 2014) e circa 400 milioni gli individui che non hanno accesso ai servizi sanitari (WB e WHO, 2015): tra le fasce più manchevoli di copertura sociale ci sono i migranti (OECD, 2017). L'adattamento dei sistemi sanitari al fenomeno migrazione impone dei costi il cui finanziamento può generare problemi di sostenibilità, se esso non è coordinato dai meccanismi che riguardano la popolazione autoctona.

Di per sé la migrazione internazionale rappresenta il 3,2% della popolazione mondiale complessiva e, se la potessimo considerare tale, costituirebbe la quinta popolazione più numerosa del mondo, dopo Cina, India, Unione Europea (UE) e Stati Uniti. Di questi il continente europeo ospita ben 76 milioni di migranti, confermandosi il primo continente in termini di accoglienza (UNDESA, 2016). L'UE, a sua volta, presenta tra i propri Stati Membri (SM) situazioni diverse in termini di modelli sanitari, di sistemi di contribuzione fiscale e politica d'integrazione dei cittadini stranieri. Rispetto ad altri paesi a più lunga tradizione migratoria, come il Canada e gli Stati Uniti d'America, nell'UE sono ancora notevoli le differenze nell'accesso e nell'utilizzo dei sistemi sanitari da parte dei migranti intra-UE e quelli provenienti da paesi terzi, a loro volta ulteriormente differenziati in base allo status giuridico assegnato – quali richiedenti asilo, rifugiati, lungo-soggiornanti e così via.

Tra l'epoca delle esplorazioni geografiche e la metà del 20esimo secolo, sono circa 70 i milioni di persone che hanno lasciato il continente europeo per le destinazioni oltreoceano: soltanto da tre decenni, infatti, il numero delle persone che entrano in Europa è più grande di chi abbandona il continente (Münz, 2017). A oggi sono quasi 57 milioni i cittadini e residenti fuori dal loro paese di origine che risiedono nello spazio dell'UE e che rappresentano circa il 10% dell'intera popolazione, che è pari approssimativamente a 504 milioni di persone (Eurostat, 2017). A loro volta i 57 milioni di stranieri si dividono per il 37% - ossia 18,5 milioni - in migranti intra-UE e per il 63% in stranieri nati fuori dagli SM dell'UE: di quest'ultimo gruppo circa il 6% è rappresentato dalle crescenti seconde generazioni di migranti, che hanno uno o entrambi i genitori stranieri (Münz, 2017). A questa presenza strutturale dobbiamo poi aggiungere il recente aumento dovuto alla crisi dei rifugiati e richiedenti asilo: complici il disequilibrio geopolitico del post-11 settembre americano e delle primavere arabe (Dustmann *et al.*, 2016), nel biennio 2014-2016 circa 1,5 milioni di persone, principalmente attraverso il Mediterraneo e la rotta dei Balcani occidentali, ha bussato alle porte dell'UE, e di questi più del 35% per ragioni umanitarie (UNHCR, 2017). Tutto ciò ha creato una pressione mai vista prima sul sistema dell'accoglienza europea.

In questo lavoro analizzeremo il fenomeno della cura della salute con particolare riferimento a questa popolazione, secondo i sistemi sanitari europei. La migrazione, infatti, creando maggiore pressione sui vecchi servizi o richiedendo dei nuovi, può influenzare la domanda e l'offerta dei beni di salute e le prestazioni sanitarie. Nel prossimo paragrafo considereremo i termini con cui l'analisi economica affronta il problema della complessità dei bisogni sanitari dei migranti. Nel terzo paragrafo presenteremo i temi principali per l'adattamento del concetto di disuguaglianze sanitarie al fenomeno dell'immigrazione in Europa. Il quarto paragrafo è dedicato a una sintetica rassegna delle principali tipologie di organizzazione sanitaria, e welfare, in Europa, seguita nel paragrafo cinque da alcuni casi di studio più rappresentativi. Il paragrafo sei contiene, infine, alcune considerazioni di sintesi. L'estesa bibliografia che proponiamo fornisce un'idea di quanta attenzione in questa fase storica le analisi economiche ed econometriche abbiano, negli anni recenti, prestato e prestino attualmente alle implicazioni del fenomeno migratorio.

Non sarà possibile trarre conclusioni univoche e definitive da questa rassegna; il tema del fenomeno dell'immigrazione sui welfare dei paesi industrializzati, è così ampio, complesso e così eterogeneo rispetto alla consolidate trattazioni dell'economia pubblica da richiedere riflessioni teoriche più approfondite e innovative. L'immigrazione è un fenomeno umano che impone una sfida stimolante ma anche molto ardua a tutte le scienze sociali e l'economia pubblica non uscirà certamente indenne da questa ineluttabile revisione metodologica.

## **2. Complessità dei bisogni sanitari dei migranti e analisi economica**

### ***2.1. La relazione salute-reddito e lo spazio per le politiche sanitarie redistributive***

E' noto come la relazione tra salute e reddito sia curvilinea: gli effetti benefici per la salute di un aumento del reddito sembrano avere un impatto maggiore a livelli dei redditi più bassi, con rendimenti marginali decrescenti nei quintili di reddito più alti (World Bank, 1993). La concavità della relazione tra livelli di reddito individuale e le prestazioni sanitarie è stata ampiamente studiata (O'Donnell *et al.*, 2015).

Al riguardo, le evidenze empiriche sulla deprivazione materiale, che ammettono che le disuguaglianze etniche siano causate da uno svantaggio di posizione economica dei migranti nei quintili di reddito più bassi (Kawachi *et al.*, 2005) e, quindi, con un accesso limitato alle risorse materiali, si possono facilmente adattare al caso della cura della salute. Il trasferimento di una determinata quantità di denaro dai ricchi ai poveri, si tradurrà quindi in un miglioramento della salute media perché un miglioramento dei livelli di salute dei poveri compensa maggiormente della perdita di salute dei ricchi. Trasferendo i redditi dalla parte relativamente piatta della curva reddito-salute, ci può essere una perdita di salute per i ricchi, ma a vantaggio di una società meno diseguale in termini economici. Nel caso in cui il ricco sia

anche un nativo e il povero un migrante, entrano in gioco alcune componenti aggiuntive poco studiate nel rapporto tra reddito-peggioramento del livello di salute.

D'altra parte, come ha teorizzato Amartya Sen (Petretto, 2017, cap.5), il legame tra il benessere economico di una nazione e lo stato di salute non è automatico o universale. Altri fattori, quali il grado di uguaglianza nella distribuzione del prodotto nazionale e le politiche del governo a sostegno delle condizioni di vita dei poveri fanno la differenza sul livello di salute e lo sviluppo umano della società in cui si vive. Nel complesso, il miglioramento della salute della popolazione - sia in termini d'incrementi medi che di disuguaglianze ridotte - e l'investimento nella sanità pubblica dovrebbero essere inclusi tra gli obiettivi per la riduzione della povertà e l'emarginazione degli individui all'interno di un paese. Infatti, quando i migranti sono integrati come cittadini sani, essi possono facilmente guadagnare un reddito, e data la dotazione di cure mediche e nutrizione, possono avere la libertà di condurre una vita più sana.

Non si può però sottacere il fatto che l'espansione dell'investimento nella sanità pubblica incontra fatalmente il problema dei vincoli dal lato della scarsità delle risorse e della sostenibilità del debito pubblico, non superabili con l'incremento della pressione fiscale che nel lungo periodo è provato debilita la crescita del prodotto potenziale. I tradizionali problemi allocativi della finanza pubblica ritornano imponendo trade-off e scelte "tragiche" sulle quali si valutano le performance in termini di benessere dei policy-maker.

## **2.2. Economia delle migrazioni e Welfare State**

L'economia classica delle migrazioni si è focalizzata sui modelli neoclassici (Bencivenga e Smith, 1997; Harris e Todaro, 1970; Todaro, 1969), basati sulla massimizzazione della funzione di utilità, e sulla *Nuova Economia del lavoro* (Stark, 1991; Mincer, 1978). Nella letteratura i fattori di spinta (*push*) e di attrazione (*pull factors*) dei processi migratori – quali il salario atteso, il reddito, gli investimenti in capitale umano e sociale - sono stati analizzati da molti contributi (Massey *et al.*, 1993, 1998; Sjaastad, 1962), in particolare in Europa (Fourage ed Ester, 2007; Hatton e Williams, 2002). La diversificazione del rischio nella scelta dei paesi di destinazione (Simon, 1983; Katz e Stark, 1978) e le motivazioni come il diverso investimento in capitali - culturale, finanziario, simbolico e sociale (Bourdieu, 1986) – hanno cercato di dare un ritratto esaustivo dell'economia delle migrazioni, descrivendo in gran parte ciò che accade dal lato della domanda della migrazione. Inoltre, i recenti contributi di economia comportamentale (Bertoli *et al.*, 2015; Czaika, 2015; Mankiw, 1998; Kahneman e Tversky 1979), trattando la prospettiva migrante, hanno arricchito il quadro teorico di riferimento. Sono, infatti, considerate anche le credenze individuali o di gruppi etnici verso i paesi di destinazione e l'importanza dei *network* sociali, che definiscono il tipo d'investimento migratorio al fine di acquisire uno *status quo* caratterizzato da profonda avversione verso le perdite.

Scarso è, invece, ancora lo studio dell'impatto dei migranti sui sistemi di welfare nei paesi di destinazione, soprattutto in Europa.

Alcuni studiosi, tra cui il più noto è Borjas (1994,1999), sostengono che il variegato modello di welfare europeo funga da magnete per i migranti data la sua generosità e l'alta

vulnerabilità sofferta dai soggetti in transito e in fuga da povertà, guerre e catastrofi naturali. Brücker *et al.* (2002) hanno dimostrato che, seppure questo effetto permanga anche dopo il controllo delle caratteristiche migratorie, gli effetti sulla composizione della migrazione sono assai moderati rispetto ad esempio ai livelli salariali o il tasso di disoccupazione atteso nei paesi di destinazione, fattori assai più incidenti come dimostrato successivamente (De Giorgi e Pellizzari, 2009). Boeri (2009) ha trovato che i migranti meno qualificati sono sovra-rappresentati nei paesi con welfare più generoso e con più probabilità di ricevere prestazioni non contributive rispetto ai nativi, in particolare nei paesi con alte previsioni di spesa, come la Danimarca, la Finlandia, la Norvegia la Svezia, mentre accade il contrario, in paesi quali l'Austria, la Germania, la Spagna e il Regno Unito. Questo effetto, però, non è stato verificato durante l'attuale crisi dei rifugiati in Europa: con riferimento ad uno studio precedente (Pedersen *et al.*, 2008) quando è stato chiesto di citare la destinazione scelta preferita, solo una piccola parte di richiedenti asilo ha menzionato la Francia per la generosità del loro sistema di welfare. Difatti, le analisi che, utilizzando il livello su PIL delle spese sociali pubbliche, in particolar modo quella sanitaria, quale *proxy* della dimensione dello stato sociale non sembrano supportare l'ipotesi di un effetto magnetico sui flussi migratori (Gubert e Senne, 2016).

Borjas e Trejo (1991) hanno studiato il sistema di ricezione e assistenza pubblica dei migranti negli Stati Uniti, suggerendo che un loro aumento della partecipazione relativa nei servizi d'assistenza osservato negli anni 1970 può essere stato azionato da un cambiamento nella composizione delle coorti di immigrati a livello di origine nazionale e dal tempo trascorso nel Paese. Come poi affermato anche da Borjas e Hilton (1996), gli immigrati avevano più probabilità di essere nel programma di *Medicaid* tra gli anni '80-'90 che nelle coorti demografiche più recenti. Implicitamente, quindi, un aumento dell'immigrazione aggiungerebbe pressione sulla disponibilità delle risorse sanitarie (Preston, 2014).

Hansen e Lofstrom (2003) hanno guardato all'utilizzo del sistema di welfare da parte dei migranti in Svezia, concludendo che essi fanno più uso di questi servizi dei nativi, ma l'effetto diminuisce con la lunghezza della permanenza, come confermato per la Finlandia da Sarvimäki (2011). Bratsberg *et al.* (2010, 2014), al contrario, hanno trovato una performance peggiorativa dei migranti in Norvegia sul mercato del lavoro e in quello delle assicurazioni sociali.

Barrett e McCarthy (2008) hanno riassunto gran parte della letteratura esistente concentrandosi sulla natura dei sistemi di welfare nei paesi beneficiari e sull'intensità di utilizzo fatta dai migranti. Hanno scoperto che in Irlanda gli immigrati sono meno welfare-dipendenti rispetto ai nativi mentre nel Regno Unito sono più propensi all'utilizzo: questo effetto dipende, però, interamente dai maggiori tassi di dipendenza dei cittadini irlandesi dal loro sistema di welfare. In contrasto, Dustmann *et al.* (2010) hanno mostrato che vi è un beneficio netto per il Regno Unito, prodotto dai migranti dei paesi entrati nell'Unione Europea nel 2004. Infatti, i migranti A8 (ossia coloro provenienti da Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Ungheria) essendo molto più giovani, hanno maggiori probabilità di entrare nel mondo del lavoro e di conseguenza molto meno probabilità di sfruttare i benefici sociali, anche tenendo conto dei criteri di ammissibilità più severi che devono affrontare molti migranti non UE. Dustmann e Frattini (2014) hanno esteso la loro analisi agli immi-

grati provenienti da tutti i paesi, dimostrando ancora una volta i più bassi livelli di ricezione dei benefici e l'uso di alloggi sociali.

Grönqvist, Johansson e Niknami (2012), studiando il posizionamento residenziale dei richiedenti asilo in Svezia, hanno studiato gli effetti causali della segregazione etnica in materia di salute, scoprendo che vi è un'associazione positiva osservata tra la concentrazione etnica e risultati scarsi di salute, inclusi i ricoveri ospedalieri, che sparisce quando si controlla per la residenza.

Tuttavia, in economia sanitaria sta diventando ogni giorno più evidente che la salute dei migranti rappresenta una grande sfida. La salute pone un serio problema di disuguaglianza e di esclusione sociale nelle società di destinazione: comprendere le variabili, fondatrici e co-fondatrici, è un esercizio fondamentale per studiare le determinanti di accesso, uso e la qualità dei servizi sanitari. Centrale è pure considerare le problematiche di finanza pubblica che emergono dal processo d'inclusione sociale che comporta la cura della salute dei migranti. La difesa della sostenibilità dei sistemi sanitari dal lato del finanziamento è un pre-requisito perché questa grande sfida sia affrontata e vinta in Europa.

### **3. Disuguaglianze sanitarie e immigrazione in Europa**

#### **3.1. Disuguaglianze sanitarie e determinanti socioeconomici della salute**

Il concetto di equità in salute è fortemente influenzato dall'impostazione di Amartya Sen secondo cui si ha equità quando si realizza l'eguaglianza degli *outcomes* degli interventi e le cure. Pertanto un sistema sanitario consegue l'equità se è in grado di garantire a tutti l'opportunità di ottenere un dato target di livello di salute, indipendentemente dalle condizioni economiche, sociali e ambientali. Il risultato finale è dunque rappresentato dal raggiungimento di *human capabilities*, come il recupero di funzionalità fisiche, assenza di complicanze, e un'adequata speranza di vita e realizzare un livello decente di *health functioning* per tutti.

Il livello di *health functioning* dipende dalla funzione di produzione che combina lo stato di salute iniziale, con gli interventi e le prestazioni per le cure che sono veri e propri input. Pertanto si ha uguaglianza delle opportunità quando agli individui, con lo stesso livello iniziale di salute, è garantito l'accesso allo stesso insieme di servizi e quindi avere la possibilità di accedere ad un eguale livelli di salute ex-post. Invece gli individui con peggiore stato di salute iniziale, dovrebbe poter accedere ad una sistema di servizi con almeno una componente (livello di servizio specifico) strettamente superiore.

Determinanti al fine del perseguimento dell'uguaglianza sanitaria all'accesso sono le diversità nello stato di salute iniziale e nei parametri della funzione di produzione e quindi nell'ambiente sottostante, nel livello di cultura e nello stile di vita. È, quindi, importante indagare sull'origine di queste diversità per poter intervenire.

In effetti, le disuguaglianze sanitarie sono considerate come il risultato delle opportunità di salute, disegualmente distribuite nella popolazione, soprattutto a causa

dell'appartenenza a diverse classi sociali, genere, etnia o nazionalità. Queste disuguaglianze sono definite come *"le differenze in materia di salute, che sono non solo inutili ed evitabili, ma, in aggiunta, considerate sleali e ingiuste"* (Whitehead 1990, p.6) *"socialmente, economicamente, demograficamente e geograficamente"* (Solar e Irwin 2010, p.12), e *"sistematicamente e socialmente prodotte e sleali"* (Whitehead e Dalgren 2006, p.2).

Secondo il glossario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le disuguaglianze sanitarie possono essere definite come le differenze nello stato di salute o nella distribuzione dei determinanti della salute tra i diversi gruppi di popolazione. Alcune delle disuguaglianze di salute sono determinate da variazioni biologiche o dalla libertà di scelta, mentre altre sono imputabili a circostanze e condizioni fuori dal controllo individuale. Nel primo caso può essere eticamente o ideologicamente impossibile cambiare le caratteristiche della salute e, quindi, le disuguaglianze sanitarie sono inevitabili. Al contrario, nel secondo caso, la distribuzione non uniforme dei determinanti della salute può essere modificabile, tale da far sì che le disuguaglianze sanitarie non conducano a disuguaglianze nella salute (Asada *et al.*, 2015).

La letteratura sui determinanti socioeconomici della salute è stata ampiamente estesa e cerca di coniugare economia sanitaria, epidemiologia e sociologia. Le disuguaglianze comuni osservate in salute sono influenzate dai determinanti sociali che, come affermato dalla Commissione OMS sui Determinanti Sociali della Salute (CSDH) nel 2008, *"sono riconosciuti come le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano ed invecchiano"* (OMS, 2008, p.1). Marmot *et al.* (2010) hanno stabilito l'elenco olistico dei determinanti sociali della salute con la famosa *Marmot Review* attraverso cui si descrivono le disuguaglianze di potere, denaro e risorse che connotano i fattori sociali, ulteriormente aggiornate nel lavoro successivo da Marmot *et al.* (2012) e poi dalla Commissione europea (2013). La presenza del gradiente socioeconomico è stata ampiamente studiata dagli economisti e scienziati per spiegare le disuguaglianze sanitarie subite dagli individui, in termini di povertà assoluta o relativa (Wilkinson, 1997), di deprivazione materiale (Marmot, 2005) e, in particolare, per l'associazione tra la salute e il livello d'istruzione (Grossman, 1999), il reddito (Van Doorslaer e Koolman 2004), la ricchezza (Deaton 2013, 2003, 2002), il genere (Palencia, 2014), la posizione geografica o l'etnia di appartenenza (Giannoni *et al.*, 2016, 2010; Malmusi, 2014). C'è anche una letteratura fiorente sui comportamenti di salute a rischio che considera le abitudini - quali fumare, bere alcolici, avere diete povere o stili di vita sedentari - come la principale fonte delle malattie prevenibili e morte (Cawley e Rhum, 2011), non meno importanti (Bhopal, 2014) rispetto alle malattie ad alta trasmissibilità, spesso associate al fenomeno della migrazione. E' ben noto che in società diverse, le abitudini di salute siano fortemente influenzate dal gradiente sociale, che continua a riprodurre le disuguaglianze sanitarie (Kunst *et al.*, 1998), a causa dell'istruzione e delle differenze di reddito individuali (Cookson *et al.*, 2016).

### **3.2. Lo stato e le condizioni di salute dei migranti nei dibattiti sulla cura della di salute: “migrante sano” o “migrante esausto”**

Secondo il loro inquadramento specifico, i paesi forniscono svariati livelli di copertura sanitaria per i diversi gruppi migratori e i criteri rispetto a ciò che sia da considerarsi come un'emergenza medica (Stanciole e Huber, 2009; Cuadra, 2011; FRA, 2011). La letteratura dedicata alle disuguaglianze sanitarie, etniche e sociali è sempre più popolare e indaga diversi aspetti di questo tema, come il più alto il rischio di talune malattie tra le minoranze etniche (Hadjar e Backes, 2013; Smith Nielsen e Krasnik 2010), gli sconvenienti comportamenti di salute adottati (Dourgnon e Moullan, 2015), le differenze in base all'organizzazione dei sistemi sanitari (Blom *et al.*, 2016), quelle di consumo sanitario in base allo status giuridico, per i richiedenti asilo (Essink-Bot *et al.*, 2012) o i migranti irregolari (Suess *et al.*, 2014).

Storicamente l'ipotesi dell'*effetto migrante sano* afferma che i migranti hanno un miglior stato di salute rispetto ai non-emigranti nel paese di origine (Razum, 2000; Abraído-Lanza *et al.*, 2000) grazie ad una sorta di “vantaggio comparato” della salute nelle comunità di appartenenza (Acevedo-Garcia *et al.*, 2007, 2010), confermando che gli immigrati non rappresentano un caso campione di popolazione di origine, ma una selezione positiva basata sulla salute (Giuntella *et al.*, 2016). I migranti provenienti da paesi a basso reddito sono stati descritti come “viaggiatori nel tempo”, provenienti da un periodo storico passato e, quindi, esposti a un minor numero di fattori di rischio per la salute, in particolare per le malattie non trasmissibili (Razum e Twardella, 2002). Tuttavia è stato recentemente dimostrato che essere un migrante può divenire un fattore decisivo per determinare socialmente in modo negativo il proprio stato di salute (Rechel *et al.*, 2011), dall'arrivo alla permanenza nei paesi di destinazione (Marmot, 2005; Davies *et al.*, 2009; Malmusi, 2014; Giuntella e Stella, 2016). Infatti, meccanismi concomitanti - quali la povertà, la discriminazione sofferta nel mercato del lavoro, il viaggio e le condizioni di vita offerte dai paesi di accoglienza - possono influenzare le opportunità dei migranti in termini dell'assistenza sanitaria ricevuta e di malattie sofferte, condizionando il deterioramento della loro buona salute nel corso del tempo (Acevedo-Garcia *et al.*, 2010; Rechel *et al.* 2013). Questo è noto pure come *effetto migrante esausto*, che si ripercuote pure sulla salute dei migranti di seconda generazione (Devillanova e Frattini, 2016): un naturale processo di regressione verso la salute media della popolazione (Giuntella, 2013), un processo d'assimilazione malsano (Antecol e Bedard, 2006) e una maggiore probabilità di svolgere lavori pericolosi (Orrenius e Zavodny, 2013; Giuntella e Mazzonna, 2015). Inoltre, le avversità possono essere le cause di maggiore incidenza di disturbi mentali - come la schizofrenia (Ingleby *et al.*, 2012), l'ansia e la depressione (Lindert *et al.*, 2009) - tra i migranti. L'esclusione sociale e la marginalità, vissute pure dalle seconde generazioni, sembrano avere effetti devastanti in una certa misura in alcuni paesi europei.

Recentemente Moullan e Jusot (2014) hanno rilevato che la differenza sanitaria tra lo stato di salute dei migranti e quello dei nativi in Europa possa essere attribuita anche alla grande variazione dello stato di salute tra i cittadini tra paesi europei. E' stato, inoltre, dimostrato che in tempi di malattia e di crisi economica – dati gli alti livelli di disoccupazione e la certezza della pensione - i migranti tornano al loro paese di origine per il *salmon bias effect*

(Razum, 2006). Probabile anche l'*unhealthy re-migration effect*, secondo cui i migranti che trascorrono un soggiorno socialmente di maggior successo hanno un rischio di mortalità più basso nel paese ospitante, di coloro con un progetto migratorio fallimentare tornano a casa ancora prima di diventare manifestamente malati (Razum *et al.*, 2000). A questi effetti va aggiungersi la *theory of acculturation* - ovvero l'adozione di norme, valori e comportamenti prevalenti nei paesi di accoglienza - è stata utilizzata per spiegare i cambiamenti nei comportamenti di salute tra i migranti - quali livelli più elevati di fumo, livelli più bassi di allattamento al seno e le diete ad alto contenuto di grasso con un conseguente aumento di diabete, malattie cardio-vascolari e cancro come trovato in Regno Unito (Jayaweera e Quigley, 2010) e peggioramento salute mentale in Germania (Brand *et al.*, 2017). Se questa teoria è vera, le seconde o terze generazioni di migranti potrebbero presentare abitudini di salute assimilabili e simili alla popolazione locale di origine. Mentre riconosciuto a livello internazionale la definizione di chi è un immigrato, ancora non molto chiaro dopo quanti anni si può iniziare a considerare i migranti come parte della popolazione locale e dei loro rischi per la salute sono simili a quelli della popolazione locale (Grosser *et al.*, 2016). In alcuni paesi, la seconda generazione acquisisce la cittadinanza della contea di accoglienza al momento della nascita - *jus soli*, mentre altri rimangono "stranieri" o "alieni", fino alla maggiore età - *jus sanguinis* (WHO, 2010).

Come affermato da Razum (2006), uno studio migrante ideale dovrebbe seguire gli individui prima di migrare, nel paese di destinazione e, in caso di migrazione di ritorno, di nuovo nel paese di origine, al fine di comprendere meglio le direzioni di questi effetti. Solo, in queste circostanze l'effetto reale della migrazione sulla salute potrebbe essere misurato e valutato.

#### **4. L'organizzazione dei sistemi di welfare europei: evidenze**

##### **4.1. Le diverse tipologie di welfare europei**

La profondità della copertura sanitaria, insieme alla comprensione dei modelli di spesa e le destinazioni di finanziamento, sono fattori importanti per determinare la protezione finanziaria garantita alla salute dei cittadini di un paese (Balabanova *et al.*, 2013) e delle fasce più vulnerabili. Anche se la maggior variabilità dello stato di salute è legato ai singoli fattori, il paese di residenza determina la quantità e la fornitura di servizi sanitari: in alcuni paesi europei le popolazioni sono più sane per l'estensione della copertura sanitaria o di livelli di mercificazione dei servizi di cura (Bambra, 2006; Mackenbach, 2006; Eikimo *et al.*, 2008). Pertanto, la famosa distinzione tra i paesi in base al sistema di welfare adottato (Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 1996, Petretto, 2017, cap. 5) è centrale e differenzia i paesi in cinque gruppi: anglosassoni, bismarckiani, orientali, scandinavi e meridionali, ossia secondo le politiche pubbliche e familiari letteralmente liberali, conservatori, post-socialisti, socialdemocratici. In Europa sono divisi come segue:

<b>SISTEMI</b>	<b>PAESI</b>
<i>Anglosassoni</i>	Irlanda (IE) e Regno Unito (UK)
<i>Bismarckiani</i>	Austria (AT), Belgio (BE), Francia (FR), Germania (DE), Lussemburgo (LU), Paesi Bassi (NL) e la Svizzera (CH)
<i>Meridionali</i>	Cipro (CY), Grecia (EL), l'Italia (IT), Malta (MT), il Portogallo (PT) e la Spagna (ES)
<i>Orientali</i>	Bulgaria (BG), Repubblica Ceca (CZ), Croazia (HR), Estonia (EE), Ungheria (HU), Lettonia (LV), Lituania (LT), Polonia (PL), Romania (RO), Slovacchia (SK), Slovenia (SL)
<i>Scandinavi</i>	Danimarca (DK), Finlandia (FI), Norvegia (NO) e Svezia (SE)

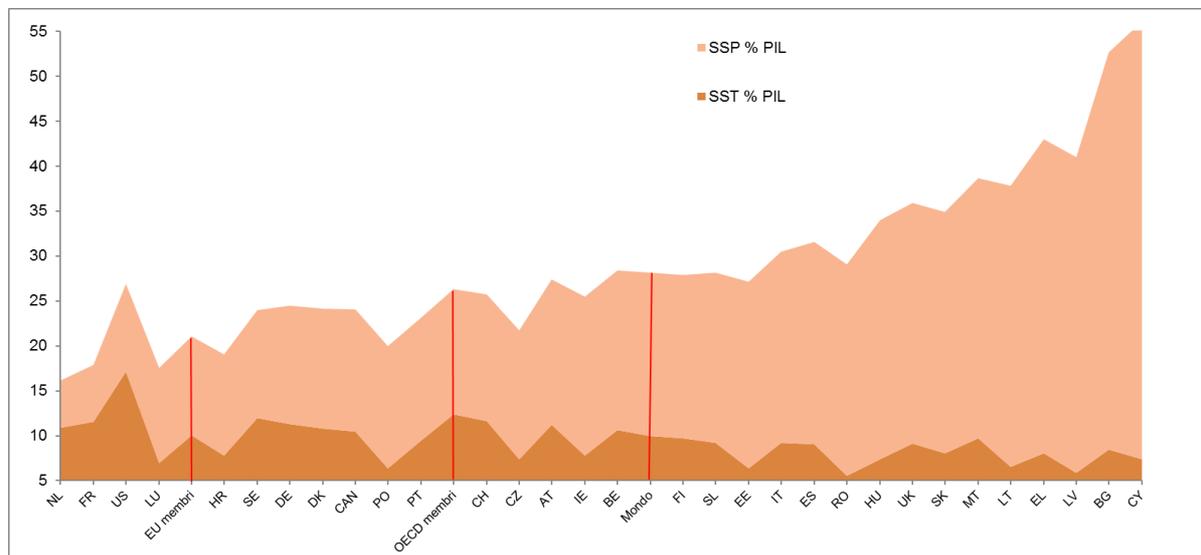
In particolare, i regimi socialdemocratici cercano di garantire una redistribuzione della ricchezza ai propri cittadini attraverso leggi fiscali ed enti previdenziali, mentre quelli conservatori presentano un livello più basso di redistribuzione delle finanze, un livello di benessere sociale minore ma il rispetto del principio di sussidiarietà da parte statale. Al contrario, i regimi di welfare liberali sostengono un'economia di libero mercato con interventi occasionali da parte dello Stato e con un livello medio di benessere garantito dal mercato ai propri cittadini. Nei regimi orientali il welfare dipende interamente dalle reti familiari, presentando un piccolo sostegno da parte dello Stato, mentre i regimi post-socialisti presentano diversi meccanismi per produrre la copertura del benessere date le loro economie in transizione.

L'idea è che il sistema di welfare sia decisivo per il successo o il fallimento dell'integrazione dei migranti, in termini di posizionamento o di risorse a loro destinate (Hadjar e Backes, 2013). Inoltre, i sistemi sanitari europei differiscono tra i paesi in diversi aspetti e uno di questi è il meccanismo di contribuzione, che influenza le cure mediche concesse ai cittadini e migranti. In sintesi (Thomson *et al.*, 2009):

<b>SISTEMI di FINANZIAMENTO</b>	<b>STRUMENTI di FINANZIAMENTO</b>	<b>PAESI</b>
<i>Servizio sanitario nazionale (SSN)</i>	Il settore sanitario è finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale	DK, ES, FI, IE, IT, MT, NO, PT, SE e UK
<i>Assicurazione sociale di salute (SHI)</i>	I contributi sociali sono lo strumento finanziario principale. E' il sistema più diffuso in Europa	AT, BE, CH, CZ, DE, EE, FR, HR, HU, LT, LU, NL, PO, RO, SK e SL
<i>Out-of-pocket payment (OOP)</i>	Si basa esclusivamente su pagamenti privati e soltanto pochissimi paesi hanno questo sistema	BG, CY, EL, LV

Sebbene vi sia un trend positivo nell'aumento dei fondi destinati alla spesa sanitaria e protezione sociale (Honorati *et al.*, 2015), confrontando gli SM dell'EU con altri paesi extra-UE queste voci di spesa presentano un'altissima variabilità, come illustrato nella Figura 2.

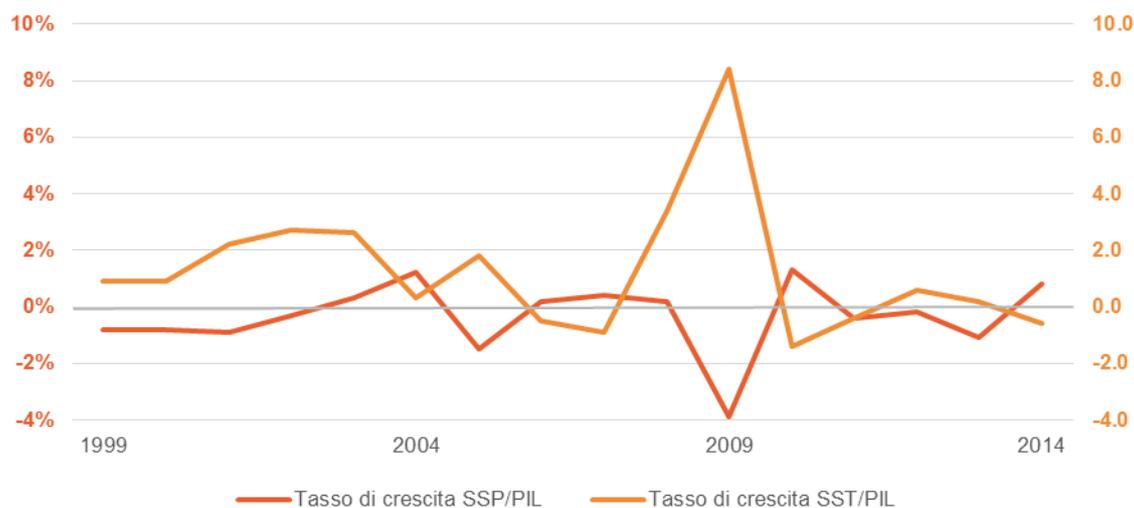
**Figura 2. Trends nella spesa sanitaria totale e privata 2014 in SM EU, Canada, Norvegia, Svizzera, USA**



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati forniti dalla Banca Mondiale – *World Development Indicators* (2017).

La spesa sanitaria totale, in percentuale del PIL, è aumentata negli ultimi decenni nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea: per l'intera UE è aumentata dal 7,3% del 2000 al 9% del 2009 (OECD, 2012), mentre la quota di spesa sanitaria privata è sostanzialmente diminuita in alcuni paesi e aumentata in altri (Cylus *et al.*, 2012). Come si evince dalla Figura 3, dal confronto tra i tassi di crescita della spesa sanitaria totale e quella privata dal 1999 al 2014, si noterà che a una diminuzione della prima corrisponda un aumento dell'altra e che il trend attuale europeo è di un incremento crescente della spesa sanitaria privata.

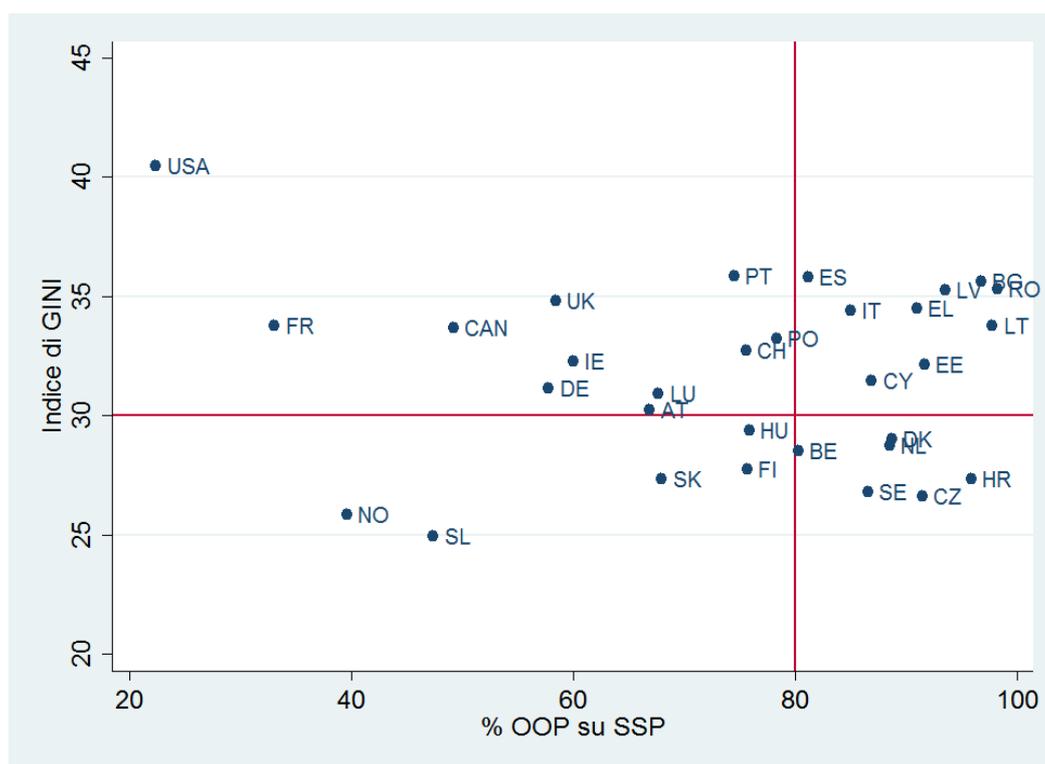
**Figura 3. Tasso di crescita nella spesa sanitaria totale e privata dal 1999 al 2014 in UE**



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati forniti dalla Banca Mondiale – *World Development Indicators* (2017).

Come illustrato nella Figura 4<sup>1</sup>, nei paesi in cui la percentuale di spesa privata personale sul totale della spesa privata sanitaria è alta corrisponde un alto valore dell'indice di GINI, che misura la disuguaglianza nella distribuzione del reddito, determinando così un effetto maggiore delle disuguaglianze sanitarie, anche se non è facile determinare quello finale sullo stato di salute individuale (Commissione europea, 2013). La porzione d'individui coperti da un'assicurazione privata varia ampiamente tra gli SM (Thomson *et al.*, 2009): vicino allo zero in CZ, ES, IC, LT, RO, SV mentre FR, BE, LU, SI e NL presenta la metà della popolazione coperti da un'assicurazione privata, poiché essa può essere complementare, supplementare o integrativa dei loro sistemi sanitari. In più di 1/3 dei paesi dell'UE, i sistemi sanitari sono finanziati da un mix d'imposte e contributi sociali.

**Figura 4. Diseguaglianza sanitaria nel 2010 in SM EU, Canada, Norvegia, Svizzera, USA**



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati forniti dalla Banca Mondiale – *World Development Indicators* (2017).

<sup>1</sup> È esclusa Malta per mancanza di dati sull'indice di GINI.

Come noto, queste porzioni di spesa variano per la scelta possibile tra i sistemi di welfare e di contribuzione alla spesa sanitaria dell'UE, e confrontandolo dal 2000 al 2015 con due altri paesi extra-UE tra cui il Canada e gli USA, come nella Figura 5, se ne possono apprezzare la variabilità.

**Figura 5. Trends nella spesa sanitaria corrente e privata nel 2005 e 2015 in alcuni paesi**



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati forniti dall'OCSE – *Health expenditure and financing* (2017).

Ciò non conduce a un effetto univoco nei confronti dei migranti in un'UE caratterizzata da profonde differenze strutturali e vessata dalla crisi economica e finanziaria mondiale (Dustmann *et al.*, 2016). Inoltre, le disuguaglianze socioeconomiche di mortalità e morbilità non sono più piccole nei paesi con sistema di welfare scandinavo e SSN che in quelli liberali anglosassoni o quelli con un sistema meridionale e politiche pubbliche più orientate alla famiglia (Eikimo *et al.*, 2008; Mackenbach *et al.*, 2008).

Certamente il gradiente educativo gioca un ruolo centrale, poiché i paesi con gli anni d'istruzione media più bassi - come i paesi dell'Europa meridionale e orientale - hanno più alti tassi di prevalenza di malattia, mentre i paesi anglosassoni presentano più bassi tassi di morbilità (Eikimo *et al.*, 2008b). In generale, prima i regimi scandinavi poi quelli anglosassoni sono stati osservati come quelli che hanno una migliore auto-valutazione dello stato di salute (*self-health assessment* o SAH) dei propri cittadini rispetto a quelli bismarckiani, meridionali e orientali perché la varietà dei fattori culturali può diversamente influenzare le aspettative

razionali dei cittadini (Navarro *et al.*, 2003, 2006; Bambra, 2006; Borrell, 2007; Eikimo *et al.*, 2008a; Bambra e Eikemo, 2009; Bergqvist *et al.*, 2013).

#### **4.2. Spesa sanitaria e riduzione delle disuguaglianze etniche**

Lo studio dell'effetto della spesa sanitaria sulla riduzione delle disuguaglianze etniche recentemente ha ricevuto attenzione poiché potrebbe amplificare le differenze tra migranti e nativi, soprattutto nella prima generazione d'immigrati (Blom *et al.*, 2016). Data per scontata l'ipotesi d'intersezionalità dei diversi svantaggi che colpiscono i migranti, è stato dimostrato che le barriere linguistiche e culturali ostacolano l'accesso e l'utilizzo dei servizi, nonostante la percentuale di spesa sanitaria dedicata (Ingleby, 2012). Pertanto, spesso politiche in materia di deprivazione socio-economica possono raggiungere i quintili di reddito più bassi, ma più orientate verso i nativi che i migranti (Palencia *et al.*, 2014), mentre le misure politiche specifiche mirate alla salute dei migranti possono realmente ridurre questi svantaggi (Mladovsky, 2011) sebbene possano dar luogo a non auspicabili "guerre tra poveri" dagli esiti imprevedibili.

Un ulteriore elemento di differenza tra i paesi è il modello di politica di integrazione degli immigrati, elaborati sulla base dei punteggi del *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX) realizzato dal Migrant Policy Group (Meuleman e Reeskens, 2008). Le principali categorie dei paesi sono le seguenti.

<b>CATEGORIE</b>	<b>CRITERI</b>	<b>PAESI</b>
<i>assimilazionisti</i>	i migranti possono essere socialmente e culturalmente assorbiti nelle società attraverso un processo di adattamento	CH, FR, DE, IE e LU
<i>esclusionisti</i>	i migranti sono incorporati in alcune sfere della vita ed esclusi da altre	AT, BG, CY, CZ, DK, EE, EL, HU, LV, LT, MT, PO, RO, SL e SK
<i>multiculturali</i>	ai gruppi etnico-culturali sono garantiti uguali diritti come alla maggioranza della popolazione nei diversi ambiti della vita sociale	BE, ES, FI, IT, NL, PT, SE e UK

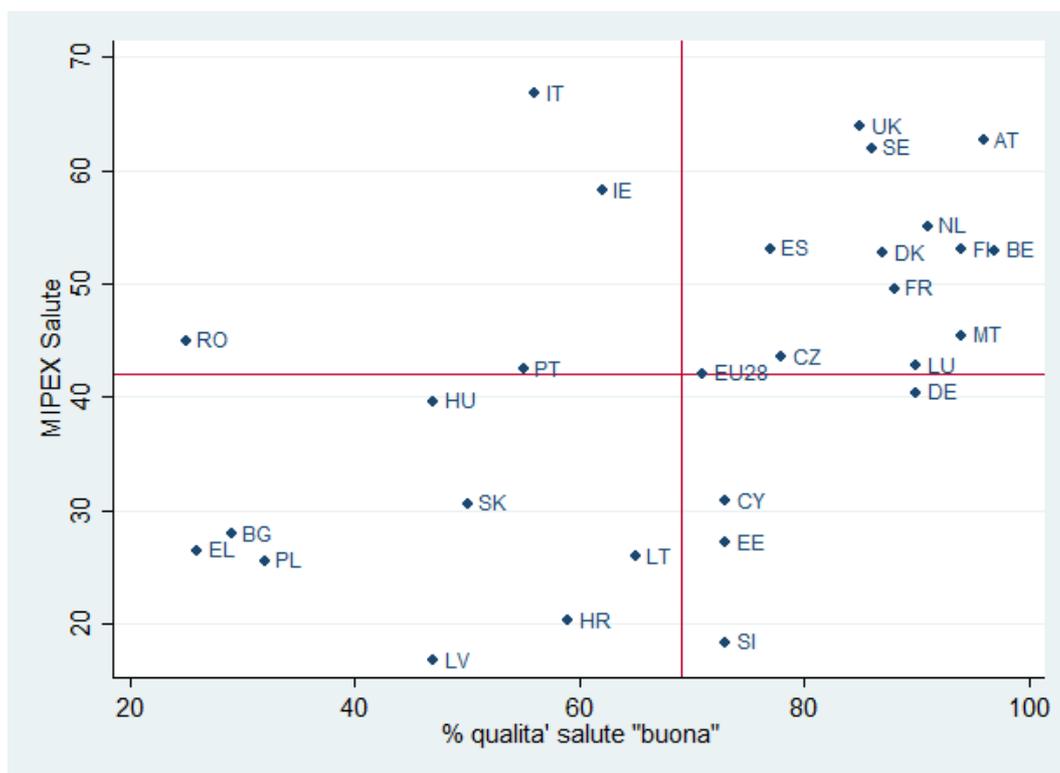
Notevole è la quantità di studi che utilizzano l'indice *MIPEX* nelle loro analisi per caratterizzare la fornitura di assistenza sanitaria offerta ai diversi gruppi di cittadini nei paesi europei. È stato dimostrato, infatti, un rapporto tra i livelli di depressione dei migranti e il *MIPEX* (Levecque *et al.*, 2015), mentre l'indice non è ancora risultato così esplicativo per spiegare il benessere individuale dei migranti (Hadjar e Backes, 2013). Malmusi (2014) e, in seguito, Giannoni *et al.* (2016) l'hanno utilizzato per dimostrare l'impatto delle politiche migratorie sullo stato di salute dichiarato dai migranti: in effetti, quando le politiche di integrazione sono scarse peggiori sono i risultati socio-economici e di salute. Come previsto, i paesi

che si basano su un sistema OOP di contribuzione alla sanità e adottano politiche esclusioniste presentano pure percentuali più basse di spesa sanitaria pubblica, mentre la maggior parte dei paesi che hanno un SSN e presenta anche una politica d'integrazione multiculturale, richiedono ai propri cittadini percentuali di contributo privato personale alla sanità più basse. Come ci mostra l'evidenza empirica, i gruppi etnici minoritari possono presentare più problemi di salute - più alto rischio di mortalità e più basso livello di benessere - nei paesi europei con politiche d'integrazione più severe (Ikram *et al.*, 2015; Hadjar e Backes, 2013; Solé-Auro *et al.*, 2012). Nei paesi con politiche assimilazioniste, invece, la discriminazione sanitaria è associata ad uno sfavorevole stato di salute per la prima generazione dei migranti in Europa (Levecque *et al.*, 2015), ma non tra i loro discendenti (Borrell *et al.*, 2015). La lunghezza del soggiorno, l'acquisizione della cittadinanza, la naturalizzazione degli individui, infatti, mitigano l'esclusione sanitaria e quindi la dichiarazione di uno stato di salute peggiore dopo la prima generazione (André *et al.*, 2010).

Diversi autori dimostrano che le disuguaglianze di salute tra migranti e non migranti sono ridotti o scompaiono, controllando per la loro posizione socioeconomica. Tuttavia, alcuni autori sostengono che la posizione socioeconomia può essere a sua volta condizionata dall'origine etnica e lo status di migrante, e causata da processi di esclusione sociale (Davies *et al.*, 2009; Malmusi *et al.*, 2010; Rechel *et al.*, 2013). Come tale essa dovrebbe essere considerata, quindi, una componente illegittima delle disuguaglianze (Mackenbach, 2012) che deve essere superata, giacché le differenze etniche nel settore sanitario dovrebbero essere giustificate solo se le cure sanitarie ricevute soddisfano le diverse necessità per l'assistenza sanitaria di tutti i gruppi (Essink-Bot *et al.*, 2012).

Inoltre, come riportato dalla Figura 6, la relazione tra il *MIPEX* e la valutazione di bontà del proprio sistema sanitario estratta dall'*Eurobarometro* (2014), conferma la nostra intuizione. Sull'asse delle ordinate sono riportate le valutazioni delle politiche sanitarie a sostegno o meno dei migranti negli SM dell'UE, mentre su quelle delle ascisse la percentuale di persone che negli stessi paesi alla domanda "Come valuti la qualità complessiva del tuo sistema sanitario?" ha risposto "buona".

**Figura 6. MIPEX Salute ed Eurobarometro negli Stati Membri dell'UE**



Fonte: elaborazione degli autori basata su dati forniti da MIPEX (2015) e Eurobarometro (2014).

Com'è evidente, emergono i cluster dei paesi appena analizzati secondo le peculiarità economico-finanziarie dei loro sistemi sanitari, e di seguito riporteremo l'evidenza empirica relativa ad alcuni casi studio (Germania, Italia, Regno Unito e Spagna in UE vs. USA, Canada) nell'adeguamento alle nuove domande di salute dei cittadini migranti.

### 5. Casi di studio dell'impatto migratorio sui diversi sistemi di *welfare*

L'aumento della pressione migratoria è sempre accompagnato da preoccupazioni, soprattutto volte a determinare l'impatto delle nuove presenze sui sistemi di *welfare*, in particolare sul settore sanitario: un esercizio complicato che richiede calcoli raffinati rispetto ai contributi versati nei diversi settori. In particolare per i migranti il background familiare, il tipo di migrazione, la durata della permanenza, lo status di residenza, le capacità linguistiche, il contesto post-migratorio e la cultura etnica (Razum and Wenner, 2016) possono influenzare le abitudini, incidendo su una maggiore prevalenza di comportamenti non salutari e un generale minore livello di salute.

L'afflusso di migranti potrebbe aumentare notevolmente la diversità nella salute delle popolazioni e sfida la capacità dei governi nazionali di prevedere le spese mediche sostenute dai sistemi sanitari nazionali. Ciò che manca ancora è l'evidenza quantitativa che la durata del soggiorno possa cambiare lo stato di salute dei migranti, dato in questo studio si definiscono i migranti come "*persone che risiedono al di fuori del loro paese di nascita*" al posto delle minoranze etniche che sono definite come "*gruppi considerati distinti, da loro stessi o da altri, dalla maggioranza della popolazione data la loro origine, discendenza, cultura, lingua, religione o identità collettiva*" (WHO, 2010). Spesso le due definizioni possono sovrapporsi, ma, come si è visto nei paesi occidentali, alcuni gruppi etnici minoritari possono essere indigeni o costituiti da discendenti dei migranti. Storicamente nelle società occidentali, in particolare negli Stati Uniti d'America e nel Regno Unito, la letteratura internazionale è stata fortemente indirizzata allo studio delle disuguaglianze sanitarie subite a livello di gruppo etnico (Tognetti, 2015; Kawachi *et al.*, 2005), considerato come una discriminante sanitaria. Norredam *et al.* (2009) hanno trovato tassi di utilizzo più elevati dei servizi sanitari da parte dei migranti rispetto ai cittadini, ma hanno osservato una mancanza di adeguatezza nel raccogliere i dati epidemiologici e le incongruenze nella metodi utilizzati per categorizzare la popolazione migrante negli studi analizzati.

### **5.1. Regno Unito**

Rappresenta un caso paradigmatico. In particolare, il governo e il SSN hanno da sempre targettizzato gli interventi in tema di sanità pubblica verso i gruppi etnici, ignorando lo status migratorio, per indagare il problema delle disuguaglianze sociali (Marmot Review, 2010). Ciò è dovuto, in via principale, ad una mancanza di raccolta d'informazioni sulla salute dei migranti nei protocolli di ordinaria amministrazione, come i registri dei ricoveri ospedalieri e della salute primaria (Care Quality Commission, 2010). Jayaweera (2014) fa notare che, ad eccezione dell'anagrafe per la registrazione di nascite e decessi, il "paese di nascita" e l'"anno di arrivo nel Regno Unito" sono variabili non incluse nella maggior parte dei documenti sanitari amministrativi.

La popolazione del **Regno Unito** ammonta a più di 64 milioni (Office for National Statistics, 2017) di cui quasi 8 sono nati all'estero: la dimensione della popolazione straniera è aumentata drammaticamente da 3,8 milioni nel 1993 a oltre 7,9 milioni nel 2013, incidendo per quasi il 12,5% sulla popolazione del Regno Unito (Rienzo e Vargas Silva, 2014). E' stato dimostrato che nel paese la migrazione produce un effetto positivo sulla crescita economica con benefici fiscali netti (Boeri, 2009; Dustmann e Frattini, 2014). Tra il 1995 e il 2001 gli immigrati nel Regno Unito hanno ricevuto meno benefici fiscali, crediti d'imposta e posti allocati negli alloggi sociali dei nativi (Dustmann e Frattini, 2010). Infatti, gli immigrati recatesi nel Regno Unito dal 2000 hanno avuto il 43% (17 punti percentuali - p.p. - di differenza) in meno di probabilità di ricevere benefici statali o crediti d'imposta. Se poi confrontati con gli individui della stessa età, composizione di genere e livelli d'istruzione, gli immigrati più recenti hanno il 39% in meno di probabilità rispetto ai nativi a ricevere i benefici. Distinguendo poi gli individui oltre alla lunghezza del soggiorno anche secondo la provenienza, tra i diversi gruppi di

migranti, quelli provenienti dai dieci paesi dell'Europa centrale e orientale (A10, A8 più Cipro e Malta) che hanno aderito all'UE nel 2004 hanno circa 16 p.p. di probabilità in meno di ricevere trasferimenti e crediti d'imposta, e le probabilità diminuiscono (di circa 23 p.p.) per gli immigrati fuori dallo spazio economico europeo (EEA, 28 SM dell'UE più Islanda, Norvegia, Liechtenstein e Svizzera). Gli immigrati di recente migrazione hanno quindi, nel complesso, 1,2 punti percentuali in meno di probabilità rispetto ai nativi a vivere in alloggi sociali, un divario di probabilità che aumenta di 6 p.p. per gli immigrati A10 e di 9 p.p. per gli immigrati EEA. Recenti immigrati non-EEA, al contrario, hanno 1,7 p.p. in più di probabilità dei nativi di vivere in alloggi sociali.

Sempre in base ad un lavoro successivo di Dustmann e Frattini (2014), gli immigrati EEA e non-EEA, giunti nel Regno Unito dal 2000, hanno pagato più in tasse di quanto ne hanno ricevute nella spesa pubblica, tra il 2001 e il 2011: in particolare, in quel decennio, gli immigrati EEA hanno pagato al sistema fiscale oltre 20 miliardi di sterline d'imposte. È importante sottolineare che anche gli immigrati A10 hanno contribuito positivamente con 5 miliardi di sterline alle finanze pubbliche britanniche, mentre i rimanenti 15 miliardi sono stati i contributi versati dagli immigrati dell'Europa occidentale. Allo stesso tempo, gli immigrati non europei, entrati nel paese a partire dal 2000, hanno dato un contributo fiscale positivo di circa 5 miliardi di sterline. I dati mostrano che gli immigrati recenti EEA hanno pagato complessivamente più del 31% di quanto hanno beneficiato – scomponendo per provenienza il surplus si attesta al 12% per gli immigrati A10 e al 64% per gli altri immigrati europei. Sorprendentemente, il rapporto ricavi-spese di tutti i gruppi migranti sono superiori a quelli dei nativi del Regno Unito: gli immigrati sostengono, quindi, in larga parte anche il peso delle finanze pubbliche dei locali (Alfano *et al.*, 2016, Wadsworth *et al.*, 2016).

La migrazione nel Regno Unito arricchisce la cultura interna ed è, quindi, associata ad una serie di vantaggi per l'economia, in quanto i migranti, in qualità di lavoratori, sono spesso impiegati in industrie redditizie e spendono, quali consumatori, parte dei loro guadagni nel paese ospitante. D'altra parte, è stato dimostrato che l'effetto dei flussi migratori è mitigato da caratteristiche quali (Rowthorn, 2008): (i) la piramide dell'età e un processo d'invecchiamento crescente, anche se ancora basso; (ii) il lasso di tempo trascorso nel paese di destinazione; (iii) i livelli di fertilità e di mortalità; (iv) il grado di integrazione nel mercato del lavoro.

In conclusione l'effetto degli immigrati sulle spese mediche, sostenute dal SSN inglese, varia a causa di una serie di fattori non ben studiati e non ancora esattamente prevedibili: questa incertezza implica che i costi futuri sostenuti dal SSN siano in parte ancora sconosciuti (Rowthorn, 2008; Jayaweera, 2014). Queste cifre chiariscono che i migranti europei nel Regno Unito hanno meno probabilità dei nativi e non europei di dipendere dall'assistenza sociale (Alfano *et al.*, 2016, Wadsworth *et al.*, 2016).

Il peso delle disuguaglianze di salute tra i migranti subite principalmente a causa del loro status di cittadinanza, o per la loro etnia d'appartenenza, è difficile da catturare, ma merita di essere studiato. Alcune delle analisi esistenti non forniscono prove conclusive dell'impatto netto dell'immigrazione sulle finanze SSN (Dayan, 2016). Differenziare la durata del soggiorno, frazionare gli anni di permanenza nei paesi di destinazione, come fatto in alcuni

studi (Hajdar e Backes, 2013), potrebbe aiutare a comprendere le condizioni sociali, lo stato di salute e l'integrazione dei migranti. Tuttavia i comportamenti individuali sono un altro fattore determinante e rilevante poiché strettamente legati al tempo trascorso in paesi di destinazione: come ad esempio lo stato migratorio. Il Regno Unito fornisce un sistema sanitario in cui le differenze di diritti di assistenza sanitaria sono basate sullo stato di residenza (Department of Health, 2013). Il trattamento per le malattie infettive (tubercolosi e HIV) è gratuito per tutti al di là dello status di migrazione, mentre il trattamento ospedaliero per le malattie non trasmissibili è gratuito solo per i residenti legali. I gruppi vulnerabili come gli overstayers, i richiedenti asilo, le vittime della tratta e le donne in fuga la violenza domestica non hanno diritto ad alcuni servizi, ad eccezione di cure d'emergenza o trattamento per HIV (Jayaweera, 2014). A seguito dell'*Immigration Act* del 2014, come confermato dall'*Immigration Charge Order* del 2015 tutti i nuovi lavoratori temporanei per il Regno Unito - compresi i lavoratori e i loro familiari a carico, i membri di famiglie in ricongiungimento familiare con cittadini britannici o residenti permanenti e gli studenti internazionali - devono pagare a costo aggiuntivo, come parte della loro tassa di visto, per accedere ai servizi del SSN britannico. Ci si aspetta, quindi, crescenti restrizioni verso alcuni migranti privi di documenti - inclusi i bambini nati nel Regno Unito da genitori irregolari (Jayaweera, 2014) - mentre solo pochi anni prima nel Libro Bianco *Healthy Lives, Healthy People*, il Governo aveva rilevato l'importanza di "migliorare la salute dei più poveri, più velocemente" (Marmot Review, 2010).

Jayaweera (2013) riferisce che, per le malattie non trasmissibili, sono presenti grandi differenze sanitarie tra gruppi etnici e i paesi di nascita degli stranieri residenti nel Regno Unito. Un ulteriore studio del Department of Health (2013) riferisce che tra alcuni gruppi etnici minoritari c'è una maggiore domanda di assistenza sanitaria di base che nei gruppi bianchi aventi simili caratteristiche sociali. Al contrario l'uso di medicina specialistica, ambulatoriale e ospedaliera appare più bassa tra le minoranze etniche che nei gruppi bianchi equivalenti, ma non è coerente per genere, età o specializzazione lavorativa. Ancora più difficile rimangono le previsioni dopo la *Brexit* del Regno Unito dall'Unione Europea: al centro dell'agone politico un ruolo rilevante è stato occupato dall'impatto che i migranti, soprattutto intra-EU, avevano sulle risorse pubbliche inglesi (Alfano *et al.*, 2016; Wadsworth *et al.*, 2016). Al contrario, in particolare sul SSN, Steventon e Bardsley (2011) e Wadsworth (2013) non hanno rilevato un maggior utilizzo di medici e ospedali da parte degli immigrati rispetto ai nativi del Regno Unito e Giuntella *et al.* (2015, 2016) hanno trovato uno scarso effetto sui tempi di attesa del SSN – emergenziale ed ambulatoriale. Questi studi non distinguono tra immigrati intra-UE ed extracomunitari, ma poiché gli immigrati comunitari sono più giovani dei migranti extracomunitari, essi sono meno propensi a utilizzare i servizi sanitari (Wadsworth *et al.*, 2016).

## **5.2. Germania, Italia e Spagna**

I paesi dell'Europa continentale e meridionale possono essere considerati in modo unitario anche se i profili economico-finanziari di riferimento sono diversi.

In **Germania**, dall'unificazione degli anni Novanta and oggi, circa due terzi dei tutti gli immigrati sono originari di paesi europei, di cui alcuni adesso parte dell'UE come Polonia, Romania e Bulgaria: alla fine del 2014, erano circa 7,2 milioni di stranieri incidendo per circa il 9% sulla popolazione totale. Anche in Germania, la ricerca epidemiologica si scontra con gli stessi problemi statistici: la variabile "migrante" manca ad esempio nell'anagrafe mortuaria, mentre al contrario il concetto di "background migratorio" è stato inserito recentemente nei censimenti ma non potendo distinguere tra prima, seconda o terza generazione (Razum and Wenner, 2016). Contando i nativi tedeschi e gli immigrati, il totale della popolazione straniera tedesca salirebbe a circa 16,4 milioni di persone, e nonostante la sua politica migratoria sia definita come esclusionista (Malmusi, 2014), rimanendo la destinazione EU preferita e accogliendo ben il 37% delle richieste d'asilo totali nel 2016 (Eurostat, 2017).

Sander (2007) ha confermato l'effetto "migrante sano" anche per la Germania. Come sottolineato da Wadsworth (2013), il sistema dell'assicurazione sociale di salute prevede un sistema di contribuzione progressiva rispetto al salario ricevuto: i migranti regolarmente registrati possono perciò facilmente divenire idonei ai trattamenti sanitari possibili senza uno screening all'entrata, come avviene in Canada e negli Stati Uniti. Mentre gli immigrati in Germania, a differenza d'immigrati nel Regno Unito, sembrano tendere a dichiarare uno stato di salute inferiore ai nativi ciò non sembra portare a una maggiore propensione a utilizzare i servizi sanitari offerti. Se, infatti, in Gran Bretagna gli immigrati non hanno più probabilità di essere in cattive condizioni di salute, ma ricorrono leggermente più spesso ai servizi sanitari del medico di base - ma non in ospedale, nel caso in cui abbiano compiuto la migrazione da adulti, in Germania il ricorso al medico di base è minore. In entrambi i paesi hanno minore probabilità di essere coperti da programmi di salute pubblica rispetto ai nativi (Stevenson e Bardsley, 2011; Wadsworth, 2013).

In **Italia**, secondo Demolstat, al 1 Gennaio 2017, gli stranieri residenti sono 5 milioni, pari all'8,28% della popolazione totale e si stima pari a meno di mezzo milione di persone la presenza straniera irregolare, tra nuovi arrivi e *overstayers* (Papavero G., 2015). D'accordo con le stime recenti (Fondazione Moressa, 2016; Strozza e De Santis, 2017), "PIL della migrazione" - la ricchezza prodotta dagli stranieri sul territorio, è pari a 123 miliardi ossia l'8,8% della ricchezza italiana. Come mostrato, infatti, da Stuppini *et al.* (2014) da una parte, infatti, ci sono le entrate del gettito fiscale - imposte sul reddito e consumi, carburanti, lotto e lotterie, tasse su permessi di soggiorno e acquisizione cittadinanza e i contributi previdenziali - mentre dall'altro e la spesa pubblica sostenuta per la loro presenza sul territorio - per sanità, educazione, servizi sociali, casa, giustizia, trasferimenti economici, integrazione e contrasto all'immigrazione irregolare. Soltanto così si può determinare se la presenza della popolazione straniera è obiettivamente sostenibile ed economicamente fruttuosa e quale sia il suo impatto sul sistema sanitario. Secondo la stima riportata dagli Autori, inoltre, la spesa pubblica italiana risultava più alta di quella di altri paesi europei per le pensioni, circa il 15% del PIL. Utilizzando stime basate sui costi standard, la spesa pubblica complessivamente rivolta agli immigrati può essere stimata in 12,5 miliardi di euro - l'1,57% della spesa pubblica nazionale - per un valore pro-capite di 2.870 euro.

In un recente studio Devillanova e Frattini (2016) hanno provato a stimare la correlazione tra la probabilità di accesso ai vari servizi sanitari (medicina generale, specialistica, ospedaliera, servizi di emergenza e alcuni esami specifici), controllando per lo status di migrante, stante che l'accesso ai servizi sanitari italiani non è in alcun modo ristretto per i migranti o altresì si poggia sulla capacità personale di contribuzione. I loro risultati hanno mostrato un'evidente disparità di accesso ai servizi sanitari: gli immigrati hanno più probabilità di accedere ai servizi di emergenza e meno probabilità di visitare medici specialisti e utilizzare la cura preventiva dei nativi. Gli immigrati di seconda generazione, inoltre, sono caratterizzati da una minore probabilità di visitare medici specialisti ma presentano tassi di ospedalizzazione più elevati. La letteratura più citata (Giannoni e Ismail, 2010) ha documentato gli usi non appropriati dei servizi di emergenza, un accesso inferiore alla prevenzione sanitaria e della medicina specialità, e tassi di ospedalizzazione più bassi, ad eccezione di malattie specifiche, come ad esempio le lesioni traumatiche e incidenti per gli uomini e gli eventi riproduttivi per le donne, che sono più frequenti nella popolazione migrante. Quando si controlla per le caratteristiche individuali, compreso l'essere migrante, vi è una più alta probabilità di non riuscire a ottenere l'accesso a cure mediche o dentarie (Giannoni, 2010).

In **Spagna** la popolazione migrante incide circa per il 12,2% su un totale di circa 47 milioni di abitanti (Eurostat, 2017): nel paese la migrazione è stato un fenomeno crescente fin dagli anni '80. Il numero totale di stranieri che vivono in paese è aumentato da 350.000 nel 1991 a 5250.000 in 2012, provenienti da paesi al di fuori dell'UE per lo più è venuto dal Nord Africa e America latina. A questi dovrebbero sommarsi intorno 280.000 a 354.000 irregolari (Clandestino, 2009). Anche nel caso spagnolo, testandolo su dati della regione catalana (Borrell *et al.*, 2008; Malmusi *et al.*, 2010) è stato trovato il progressivo impoverimento dell'effetto migrante sano, particolarmente legato alla classe sociale di appartenenza, alla residenza e al genere.

Ai migranti che vivono in Spagna e registrati presso Comuni (*Generalitat*) sono stati concessi gli stessi diritti all'assistenza sanitaria e all'istruzione dei nativi a prescindere del loro status giuridico di residenza, secondo la legge 4/2000. Tuttavia, intorno al 2009 la Spagna è stata pesantemente colpita dalla crisi economico-finanziaria e alcuni governi regionali hanno tentato delle riforme per ridurre i costi di assistenza sanitaria fino all'approvazione del regio decreto legge n. 16 del 2012 che, tra le altre misure, ha cambiato i diritti sanitari. La copertura sanitaria garantita ai cittadini spagnoli si è legata maggiormente al diritto della sicurezza sociale, ma ai migranti irregolari è stato revocato il diritto di assistenza sanitaria concesso dalla Legge 4/2000. Questi sono stati lasciati solo con l'accesso alle cure d'emergenza, alle cure materne (donne in gravidanza, servizi di cura natale e post-natale), alla cura dei minori, dei richiedenti asilo e delle vittime della tratta, anche se circa 12 Regioni su 17 hanno già legiferato per attenuare i rischi di questa legislazione (Cimas *et al.*, 2016).

Come riportato da uno studio recente (Gimeno-Feliu *et al.*, 2016) condotto nella regione dell'Aragona, in linea con i precedenti risultati, i tassi di visita annuale degli immigrati sono inferiori a quelli dei cittadini per l'assistenza primaria (3,3 vs 6,4), per le visite specialistiche (1,3 vs 2,7), per ricoveri ospedalieri programmati ogni 100 individui (1,6 vs 3,8), quelli

non programmati ogni 100 individui (2,7 vs 4,7) e per il numero di visite al pronto soccorso ogni 10 individui (2,3 vs 2,8). Anche i costi annuali per la prescrizione dei farmaci sono inferiori per gli immigrati (47 euro vs 318 euro). Queste differenze sono solo in parte attenuate controllando per età, sesso e morbilità.

### 5.3. Stati Uniti e Canada

Al di là dell'oceano Atlantico, i casi più studiati sono queglii degli Stati Uniti e del Canada.

Antecol e Bedard (2006) hanno provato che negli **Stati Uniti** il vantaggio relativo iniziale di salute degli immigrati, popolazione più giovane e resistente, si erode nel tempo dato che livellano la propria salute a quella dei nativi, anche se la loro posizione economica migliora con la durata del soggiorno. I migranti statunitensi hanno meno probabilità di visitare un medico o di utilizzare i servizi ospedalieri, e di essere coperti da programmi di assicurazione sanitaria pubblica (Gee e Giuntella, 2011) rispetto ai nativi. In un recente caso studio (Goldman *et al.*, 2006) gli adulti nati all'estero costituivano il 45% della popolazione adulta della contea di Los Angeles, rappresentando soltanto il 33% della spesa sanitaria, mentre i migranti irregolari costituivano il 12% della popolazione adulta non anziana, ma incidendo per il solo 6% sulla spesa. Nel caso degli irregolari, la spesa sanitaria totale sostenuta per la presenza degli irregolari risultava pari a 6,4 miliardi di dollari, di cui soltanto il 17% (1,1 miliardi di dollari) era coperto da fonti pubbliche. Gli stranieri, e in particolare gli irregolari, risultavano utilizzare quindi in modo sproporzionato un minor numero di servizi medici e contribuire meno ai costi dell'assistenza sanitaria in relazione alla loro popolazione locale, probabilmente a causa della loro migliore salute relativa e la mancanza di assicurazione sanitaria. Anche dopo il *Patient Protection and Affordable Care Act* (2010), più noto come *Obamacare*, che ha permesso a 21 milioni di persone di dotarsi di assicurazione sanitaria Medicaid, ancora 29 milioni ne rimangono esclusi – di cui almeno 11,2 milioni di stranieri irregolari. Di questi la grande maggioranza è sul territorio americano da anni, e per le condizioni socio-economiche sofferte, presenta una salute in peggioramento: garantire loro una buona copertura sanitaria significherebbe un beneficio per il PIL statunitense (Shelton Brown *et al.*, 2015): tuttavia le recenti tendenze del *Trumpcare* sembrano andare nella direzione opposta.

MacDonald e Kennedy (2004) hanno mostrato anche nel caso del **Canada** che vantaggio di salute dei migranti si erode nel tempo, nonostante Laroche (2000) non avesse trovato alcuna differenza nell'utilizzo dei servizi ospedalieri o del medico di base tra gli immigrati e nativi. L'Autore ha, infatti, studiato l'utilizzo del servizio sanitario canadese, dove subordinati a un controllo medico, agli immigrati può essere impedito di entrare nel paese se sono considerati un pericolo per la salute pubblica o se essi possono generare la domanda eccessiva di servizi sanitari. Utilizzando i dati tra il 1985 e il 1991, non ha trovato alcuna differenza significativa tra gli immigrati e i nativi nel numero di visite dal medico di base, infermieri o specialisti o per il tempo trascorso in ospedale.

## 6. Conclusioni...per quanto possibile

In questo lavoro abbiamo analizzato il tema della cura della salute della popolazione migrante, secondo i sistemi sanitari europei. La migrazione, creando maggiore pressione sui vecchi servizi o richiedendo dei nuovi, influenza la domanda e l'offerta dei beni di salute. Abbiamo in primo luogo cercato di considerare i termini con cui l'analisi economica affronta il problema della complessità dei bisogni sanitari dei migranti, per poi passare a considerare i temi principali per l'adattamento del concetto di disuguaglianze sanitarie al fenomeno dell'immigrazione. In secondo luogo, abbiamo passato in rassegna le principali tipologie di organizzazione sanitaria, e welfare, soffermandoci su alcuni casi di studio più rappresentativi.

Crediamo che, allo stato attuale dell'arte in economia pubblica, non sia possibile trarre conclusioni univoche e definitive in ordine al problema affrontato in questa rassegna; il tema è così ampio, complesso e così eterogeneo rispetto alla consolidate trattazioni dell'economia pubblica da richiedere riflessioni teoriche più approfondite e innovative. Basti pensare che quasi tutti i teoremi fondamentali sono a popolazione data e in assenza di mobilità e l'immigrazione non è solo mobilità. L'immigrazione è un fenomeno umano che impone una sfida stimolante ma anche molto ardua a tutte le scienze sociali e l'economia pubblica non uscirà certamente indenne da questa ineluttabile revisione metodologica.

Sul problema specifico dell'impatto sulle finanze pubbliche europee, non ci sono prove che in Europa i migranti legali, specialmente quelli particolarmente qualificati, siano beneficiari netti dei trasferimenti sociali da parte dello Stato, anche se vi è una "dipendenza residuale" di trasferimento a carattere non contributivo e di auto-selezione dei migranti più probabilità di approdare verso paesi con sistemi di welfare più generosi (Preston, 2014; Boeri, 2009, *et al.*, 2002).

Chiudere le porte dello stato sociale (Boeri e Brücker, 2005) non dovrebbe mai rappresentare una soluzione per i paesi europei, perché in particolare nel settore sanitario si potrebbero generare emergenze pandemiche di malattie prevenibili e creando individui esclusi, per definizione, dalla copertura sanitaria. Come spiegato da Alesina *et al.* (2001) gli europei hanno una maggiore offerta di stato sociale pubblico rispetto agli statunitensi, dal momento che sono più propensi a perseguire politiche di redistribuzione, anche se esse favoriscono le minoranze etniche e razziali.

Del resto, come sostenuto da Preston (2014), l'equilibrio economico e fiscale di sintesi tra i diversi effetti dipende, tra le altre cose, dalla natura delle norme fiscali e di spesa, delle pressioni dei processi di selezione sulla composizione degli immigrati e dalla fase del ciclo economico in cui sono valutati gli effetti. Non ci sono conclusioni generali applicabili a tutte le circostanze e a tutti i paesi sul fatto che l'immigrazione sia totalmente favorevole per le finanze pubbliche. Altresì vi è un'evidenza empirica temporale che ci spinge ad affermare che essa però non sia un processo evitabile nella storia dell'umanità stessa.

Per cui ben presto il problema non sarà quello di verificare gli effetti economico-finanziari e gli impatti sui sistemi di welfare del fenomeno migratorio, quanto quello di attrezzare i sistemi di welfare stessi ad una popolazione eterogenea come livello di reddito e ricchezza. Giova ricordare, al riguardo, come Rechel *et al.* (2013) e Davies *et al.* (2010), utiliz-

zando data set europei, abbiamo rilevato che le discrepanze di salute tra migranti e non migranti scompaiono dopo il controllo per la loro posizione socioeconomica. In altre parole, l'insidia per la sostenibilità dei sistemi sanitari, all'interno dei più ampi sistemi di welfare, sarà dato dalle sempre più necessarie misure di contrasto alle disuguaglianze sociali più che dai fenomeni migratori in quanto tali; è riguarderà la popolazione tutta, migrante quanto autoctona.

## BIBLIOGRAFIA

- Abraído-Lanza A.F., Dohrenwend B.P., Ng-Mak D.S., Turner J.B., 2005. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses, *American Journal of Public Health*, 89(10): 1543-8.
- Acevedo-Garcia D., Bates L.M., Osypuk T.L., McArdle N., 2010. The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003–2007, *Social Science & Medicine*, 71(6): 1161–1172.
- Alesina A., Gaesler E., Sacerdot B., 2001. Why doesn't the US have a European-style welfare state?, *Harvard Institute of Economic Research Working Papers 1933*, Harvard University Cambridge, Massachusetts.
- Alfano M., Dustmann C., Fasani F., 2016. Immigration and the UK: Reflections After Brexit, *CREAM, Discussion Paper Series CPD 23/16*, Londra.
- André S., Dronkers J., Fleischmann F., 2010. *Perceptions of In-group Discrimination by First and Second Generation Immigrants from Different Countries of Origin in EU Member States*, European University Institute, Florence.
- Antecol H., Bedard K., 2006. Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels?, *Demography*, 43(2): 337–60.
- Asada Y., Hurley J., Norheim O.F., Johri M., 2015. Unexplained health inequality - is it unfair?, *International Journal for Equity in Health*, 14:11.
- Balabanova D., Mills A., Conteh L., Akkazieva B., Banteyerga H., Dash U., Gilson L., Harmer A., Ibraimova A., Islam Z., Kidanu A., Koehlmoos T.P., Limwattananon S., Muralleedharan V.R., Murzalieva G., Palafox B., Panichkriangkrai W., Patcharanarumol W., Penn-Kekana L., Powell-Jackson T., Tangcharoensathien V., McKee M., 2013. Good Health at Low Cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening, *Lancet*, 15, 381(9883): 2118-33.
- Bambra C., 2006. Health status and the worlds of welfare, *Social Policy and Society*, 5: 53-62.
- Bambra C., Eikemo T.A., 2009. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiological Community Health*, 63: 92–98.

- Barrett A., McCarthy Y., 2008. Immigrants and welfare programmes: exploring the interaction between immigrants' characteristics, immigrant welfare dependence and welfare policy', *Oxford Review of Economic Policy*, 24(3): 542–59.
- Bencivenga V., Smith B.D., 1997. Unemployment, Migration and Growth, *Journal of Political Economy*, 105 (3): 582-608.
- Bergqvist K., Åberg Yngwe M., Lundberg O., 2013. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities – an analytical review, *BMC Public Health*, 13: 1234.
- Bertoli S., Docquier F., Ruysen I., 2015. Networks and migrants' intended destination, paper presented at the *GDRI workshop on International Migration*, CERDI, Clermont-Ferrand, Novembre 2015.
- Bhopal R.S., 2014. *Migration, Ethnicity, Race and Health in Multicultural Societies*, second edition, Oxford University Press, Oxford.
- Blom N., Huijts T., Kraaykamp G., 2016. Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics, *Social Science & Medicine*, 158: 43-51.
- Boeri T., 2009. Immigration to the Land of Redistribution, *Economica*, 77: 651–687.
- Boeri T., Brücker H., 2005. Why are Europeans so Tough on Migrants?, *Economic Policy*, 44: 629-704.
- Boeri T., Hanson G., McCormick B. (eds.), 2002. *Immigration Policy and the Welfare System*, Oxford University Press, Oxford.
- Borjas G., 1994. The economics of immigration, *Journal of Economic Literature*, 32 (4), pp. 1667–1717.
- Borjas G., Hilton L., 1996. Immigration and the welfare state: immigrant participation in means-tested entitlement programs, *Quarterly Journal of Economics*, 111(2): 575–604.
- Borjas G., Trejo S., 1991. Immigrant participation in the welfare system, *Industrial and Labor Relations Review*, 44(2): 195–211.
- Borjas G., 1999. Immigration and welfare magnets, *Journal of Labor Economics*, 17 (4), 1999, pp. 607–37.
- Borrell C., Espelt A., Rodríguez-Sanz M., Navarro V., Kunst A.E., 2007. “Explaining variations between political traditions in the magnitude of socio-economic inequalities in self-perceived health”, *Tackling Health Inequalities in Europe: Eurothine*, Rotterdam, Erasmus Medical Center.
- Borrell C., Muntaner C., Sola' J., Artazcoz L., Puigpinos R., Benach J., Noh S., 2008. Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (5) e7.
- Borrell C., Palència L., Bartoll X., Ikram U., Malmusi D., 2015. Perceived discrimination and health among immigrants in Europe according to national integration policies, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12: 10687-10699.

- Bourdieu P., 1986. "The forms of capital", in J. Richardson (eds.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood, New York, p. 241-258.
- Brand T., Samkange-Zeeb F., Ellert U., Keil T., Krist L., Dragano N., Jöckel K.H., Razum O., Reiss K., Greiser K.H., Zimmermann H., Becher H., Zeeb H., 2017. Acculturation and health-related quality of life: results from the German National Cohort migrant feasibility study, *International Journal of Public Health*.
- Bratsberg B., Raaum O., Røed K., 2010. When minority labor migrants meet the welfare state, *Journal of Labor Economics*, 28(3): 633–76.
- Bratsberg B., Raaum O., Røed K., 2014. Immigrants, labour market performance and social insurance, *Economic Journal*, 124(580): 644–83.
- Brücker H., Epstein G., McCormick B., Saint-Paul G., Venturini A. and Zimmermann K., 2002. "Managing migration in the European welfare state", in Boeri T., Hanson G. e McCormick B., (eds.), *Immigration Policy and the Welfare System: A Report for the Fondazione Rodolfo De Benedetti*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1–167.
- Care Quality Commission, 2010. *Count Me in 2009*, Newcastle.
- Cawley J., Rhum, C., 2011. "The economics of risky health behaviours", in: Pauly M.V., McGuire T.G. and Barros P.P. (eds.), *Handbook of Health Economics. Volume 2*, North-Holland, Elsevier, p. 1-1126.
- Cimas M., Gullona P., Aguilera E., Meyer S., Freire J.M., Perez-Gomez B., 2016. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012, *Health Policy*, 120(4):384-395.
- CLANDESTINO Research Project, 2009. Size and Development of Irregular Migration to the EU, *Comparative Policy brief*, Vogel D. (eds.).
- Commission on Social Determinants of Health, 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health - Final Report*, Organizzazione Mondiale della Salute, Ginevra.
- Commissione Europea, 2013. *Health Inequities in the EU – Final report of a consortium*, Consortium lead: Sir Michael Marmot.
- Cookson R., Propper C., Aria M., Raine R., 2016. "Socioeconomic inequalities in health care in England", *CHE Research Paper 129*, University of York.
- Cuadra C.B., 2011. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies, *European Journal of Public Health*, 22 (2): 267-271.
- Cylus J., Mladovsky P., McKee M., 2012. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries, *Health Service Research*, 47: 2204–24.
- Czaika M., 2015. Migration and Economic Prospects, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41 (1): 58-82.
- Davies A.A., Basten A., Frattini C., 2009. *Migration: a social determinant of the health of migrants*, Organizzazione Mondiale per le Migrazioni, Ginevra.
- Dayan M., 2016. "EU immigration and pressure on the NHS", FullFact briefing.

- De Giorgi G., Pellizzari M., 2009. Welfare migration in Europe, *Labour Economics*, vol. 16(4), pp. 353–63.
- Deaton A., 2002. Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth, *Health Affairs*, 21(2): 13-30.
- Deaton A., 2003. Health, Inequality, and Economic Development, *Journal of Economic Literature*, XLI: 113–158.
- Deaton A., 2013. “What Does the Empirical Evidence Tell Us About the Injustice of Health Inequalities?”, In: Nir Eyal, Samia Hurst, Ole Frithof Norheim, and Daniel Wikler (eds.) *Inequalities in Health: Concepts, Measures and Ethics*, Oxford University Press, Oxford.
- Department of Health, 2013. *Equality Analysis - Sustaining services, ensuring fairness: Government response to the consultation on migrant access and financial contribution to NHS provision in England*, Ministry of Health, United Kingdom.
- Devillanova C., Frattini T., 2016. Inequities in immigrants’ access to health care services: disentangling potential barriers, *International Journal of Manpower*, 37 (7).
- Dourgnon P., Moullan Y., 2015. Social determinants of overweight among immigrants in Spain and France, *IMI Working Paper Series*.
- Dustmann C., Fasani F., Frattini T., Minal L., Schonberg U., 2016. On the Economics and Politics of Refugee Migration, *Centro Studi Luca D’Aglia Development Studies Working Papers N. 403*, Torino.
- Dustmann C., Frattini T., 2014. The fiscal effects of immigration to the UK, *The Economic Journal*, 124 (580), pp. 593–643.
- Dustmann C., Frattini T., Halls, C., 2010. Assessing the fiscal costs and benefits of A8 migration to the UK, *Fiscal Studies*, 31: 1–41.
- Eikemo T.A., Bambra C., Judge K., Ringdal K., 2008a. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis, *Social Science & Medicine*, 66: 2281–2295.
- Eikemo T.A., Huisman M., Bambra C., Kunst A.E., 2008b. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries, *Sociology of health & illness*, 30 (4): 565-582.
- Esping-Andersen G., 1990. *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Essink-Bot M.L., Lamkaddem M., Jellema P., Nielsen S.S., Stronks K., 2012. Interpreting ethnic inequalities in healthcare consumption: a conceptual framework for research, *European Journal of Public Health*, 23 (6): 922-926.
- Eurobarometro, 2014. *Patient safety and quality of care – Report*, Special Eurobarometer n.411, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm) .
- European Agency for Fundamental Rights (FRA), 2011. *Migrants in an irregular situation: access to healthcare services in 10 European Union Member States*, Vienna, Austria.
- Eurostat, 2017. <http://ec.europa.eu/eurostat> .
- Ferrera M., 1996. The 'Southern model' of welfare in social Europe, *Journal of European social policy*, 6: 17-37.

- Fondazione Leone Moressa (2016), *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione – Edizione 2015 Stranieri in Italia attori dello sviluppo*, Bologna, Il Mulino.
- Fouarge D., Ester P., 2007. Factors determining international and regional migration in Europe, *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EUROFOUND)*, Dublino, [http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/pubdocs/2007/09/en/1/ef0709en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2007/09/en/1/ef0709en.pdf).
- Galobardes B., Shaw M., Lawlor D.A., Lynch J.W., Davey Smith G., 2006. Indicators of socioeconomic position (parte 1 e 2), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 95-101.
- Gee E.R., Giuntella G.O., 2011. "Medicaid and ethnic networks", *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 11(1): 1-31.
- Giannoni M., 2010. *Equità nell'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata: misurare la performance dei sistemi sanitari regionali*, Franco Angeli, Milano.
- Giannoni M., Franzini, L., Masiero, G., 2016. Migrant integration policies and health inequalities in Europe, *BMC Public Health*, 16, 463.
- Giannoni M., Ismail Z., 2010. "Rassegna di letteratura sulle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi sanitari relative alla popolazione immigrata in Italia", Giannoni M. (a cura) *Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione. La performance dei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Gimeno-Feliu L.A., Calderón-Larrañaga A., Diaz E., Poblador-Plou B., Macipe-Costa R., Prados-Torres A., 2016. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay, *BMC Public Health*, 16: 450.
- Giuntella O., 2013. "Why does the health of immigrants deteriorate? Evidence from birth records", *IZA Discussion Paper No. 7588*, Bonn.
- Giuntella O., Mazzonna F., 2015. "Do immigrants improve the health of natives?", *Journal of Health Economics*, 43: 140–153.
- Giuntella O., Nicodemo C., Vargas Silva C., 2015. The Effects of Immigration on NHS Waiting Times, *University of Oxford Working Paper*.
- Giuntella O., Nicodemo C., Vargas Silva C., 2016. "The impact of immigration on health and health care: Evidence from the United Kingdom", da *Refugees and Economic Migrants: Facts, policies and challenges*, Fasani F. (a cura di), VoxEU.org Book, CEPR Press.
- Giuntella O., Stella L., 2016. The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation, *IZA Discussion Paper No. 9664*.
- Goldman D.P., Smith J.P., Sood N., 2006. Immigrants And The Cost Of Medical Care, *Health Affairs*, 25(6): 1700-1711.
- Grönqvist H., Johansson P., Niknami S., 2012. "Income inequality and health: Lessons from a Refugee Residential Assignment Program", *IZA Discussion Paper No. 6554*, Bonn.
- Grosser A. Razum O., Vrijkotte T.G.M., Hinz I.-M., Spallek J., 2016. Inclusion of migrants and ethnic minorities in European birth cohort studies - a scoping review, *European Journal of Public Health*, 1-8.

- Grossman M., 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *Journal of Political Economy*, 80(2): 223-249.
- Grossman M., 1999. The Human Capital Model of the Demand for Health, *NBER Working Papers 7078*, National Bureau of Economic Research, Inc.
- Gruer L., Cézard G., Clark E., Douglas A., Steiner M., Millard A., Buchanan D., Katikireddi S. V., Sheikh A., Bhopal R., 2016. Life expectancy of different ethnic groups using death records linked to population census data for 4.62 million people in Scotland, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 0: 1-4.
- Gubert F., Senne J.N., 2016, Is the European Union attractive for potential migrants?: An investigation of migration intentions across the world, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 188, OECD Publishing, Parigi. <http://dx.doi.org/10.1787/5jlwxbv76746-en>
- Hadjar A., Backes S., 2013. Migration Background and Subjective Well-Being: A Multilevel Analysis Based on the European Social Survey, *Comparative Sociology*, 12: 645–676.
- Hansen J., Lofstrom M., 2003. Immigrant assimilation and welfare participation: do immigrants assimilate into or out of welfare?, *Journal of Human Resources*, 38(1): 74–98.
- Harris J.R., Todaro M.P. 1970. Migration, Unemployment and Development: A Two-sector Analysis”, *The American Economic Review*, 60: 126–142.
- Hatton T. J., Williamson J. G., 2002. What fundamentals drive world migration?, *NBER Working Paper No. 9159*, National Bureau of Economic Research.
- Health Protection Services, 2011. *Migrant Health: Infectious diseases in non-UK born populations in the United Kingdom. An update to the baseline report-2011*, Health Protection Agency, London.
- Honorati M., Gentilini U., Yemtsov R., 2015. *The State of Social Safety Nets 2015*, World Bank Group, Washington, DC, <http://documents.worldbank.org/curated/en/415491467994645020/The-state-of-social-safety-nets-2015>.
- Ikram U.Z., Snijder M.B., Fassaert T.J.L., Schene A.H., Kunst A.E., Stronks K., The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression, *European Journal of Public Health*, 25: 243–248.
- ILO, 2014. *World Social Protection Report 2014-15*, International Labor Organization, Geneva, [http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/WCMS\\_245201/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/WCMS_245201/lang-en/index.htm) .
- Ingleby D., 2012. Ethnicity, Migration and the Social Determinants of Health Agenda, *Psychosocial Intervention*, 21: 331-341.
- Ingleby D., Krasnik A., Lorant V., Razum O., (eds.) 2012. *Health Inequalities and Risk Factors among Migrants and Ethnic Minorities*, Maku, Belgium.
- Jayaweera H., 2013. *Migration and non-communicable diseases*, COMPAS blog.
- Jayaweera H., 2014. *Health of Migrants in the UK: What Do We Know?*, Briefing Migration Observatory, Oxford.

- Jayaweera H., Quigley M., 2010. Health Status, Health Behaviour and Healthcare Use among Migrants in the UK: Evidence from Mothers in the Millennium Cohort Study, *Social Science & Medicine*, 71: 1002-1010.
- Kahneman D., Tversky A., 1979. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk, *Econometrica*, 47 (2): 263–291.
- Katz E., Stark O., 1986. Labor Migration and Risk Aversion in Less Developed Countries, *Journal of Labor Economics*, 4 (1): 134–149.
- Kawachi K.D., Daniels N., Robinson D.E., 2005. Health Disparities by Race and Class: why both matter, *Health Affairs*, 24 (2): 343-352.
- Kunst A.E., Groenhouf F., Mackenbach J.P., 1998. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies, *British Medical Journal*, 316: 1636-1642.
- Laroche M., 2000. Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations, *Canadian Public Policy*, 26(1): 51–75.
- Levecque K., Van Rossem R., 2015. Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries, *Ethnic Health*, 20: 49-65.
- Lindert J., von Ehrenstein O.S., Priebe S., Mielck A., Brahler E., 2009. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis, *Social Science & Medicine*, 69: 246–257.
- Mackenbach J. P., 2006. *Health inequalities: Europe in profile*, Department of Health, United Kingdom.
- Mackenbach J.P., 2012. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox, *Social Science & Medicine*, 75 (4): 761-9.
- Malmusi D., Borrell C., Benach J., 2010. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin, *Social Science & Medicine*, 71 (9): 1610-1619.
- Malmusi, D., 2014. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries, *European Journal of Public Health*, 25(2): 293–299.
- Mankiw G. N., 2008. *Principles of Microeconomics*, Cenage Learning/South-Western College, Stanford.
- Marmot M.G., 2005. Social determinants of health inequalities, *Lancet*, 372: 1661-1669.
- Marmot M.G., Allen J., Bell R., Bloomer E., Goldblatt P., 2012. WHO European review of social determinants of health and the health divide, *Lancet*, 380 (15): 1011-29.
- Marmot Review, 2010. *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010*, Marmot Review, London.
- Massey D.S., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A., Taylor J.E., 1993. Theories of International Migration: A Review and Appraisal, *Population and Development Review*, 19 (3): 431–466.
- Massey Douglas S., 1988. Economic Development and International Migration in Comparative Perspective, *Population and Development Review*, 14(3): 383-413.

- McDonald J., Kennedy S., 2004. Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada, *Social Science & Medicine*, 59: 1613–27.
- McDonald J.T., Kennedy S., 2004. Insights into the “healthy immigrant effect”: health status and health service use of immigrants to Canada, *Social Science and Medicine*, 59: 1613–27.
- Meuleman B., Reeskens T., 2008. *The relation between integration policy and majority attitudes toward immigration. An empirical test across European countries*, paper presented at the Dag van de Sociologie, Leuven.
- Mincer J., 1978. Family Migration Decisions, *Journal of Political Economy*, 86 (5): 749–773.
- Mladovsky P., 2011. “Migrant health policies in Europe”, in: Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (eds.) *Migration and health in the European Union*, Open University Press, Maidenhead, p.185–201.
- Moullan Y., Jusot F., 2014. Why is healthy migrant effect different between European countries?, *European Journal of Public Health*, 24 (1): 80-86.
- Münz R., 2017. The integration of migrants and refugees – a European synopsis, included in Bauböck R. and Tripkovic M. (eds.) *The integration of migrants and refugees*, Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute, Firenze.
- Navarro V., Borrell C., Benach J., Muntaner C., Quiroga A., Rodriguez-Sanz M., Verges N., Guma J., Pasarin M.I., 2003. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998, *International Journal of Health Services Research*, 33: 419-94.
- Navarro V., Muntaner C., Borrell C., Benach J., Quiroga A., Rodriguez-Sanz M., Verges N., Pasarin M.I., 2006. Politics and health outcomes, *Lancet*, 368: 1033-37.
- Norredam M., Signe S.N., Krasnik A., 2009. Migrants’ utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review, *European Journal of Public Health*, 20 (5): 555-563.
- O'Donnell O.A., Van Doorslaer E., Van Ourti T.G.M., 2015. “Health and Inequality”, in T. Atkinson and F. Bourguignon (eds.), *Handbook of Income Distribution*, North-Holland, Elvieser, pp. 1419-1533.
- OECD, 2017. *Interrelations between Public Policies, Migration and Development*, OECD Publishing, Parigi. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265615-en>
- Organization for Economic and Cooperation Development (OECD), 2012. *Health at a Glance 2011 – OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi.
- Orrenius P.M., Zavodny M., 2013. “Immigrants in risky occupations”, in Constant A. e Zimmermann K. (eds.), *International Handbook on the Economics of Migration*, Edward Elgar, Cheltenham, United Kingdom.
- Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., Borrell, C., 2014. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe, *Social Science & Medicine*, 117: 25–33.

- Papavero G., 2015. "Sbarchi, richiedenti asilo e presenze irregolari", da *I numeri dell'Immigrazione*, Fondazione ISMU (a cura di), Settore Monitoraggio dell'Immigrazione.
- Pedersen P. J., Pytlikova M., Smith N., 2008. Selection and network effects—Migration flows into OECD countries 1990–2000, *European Economic Review*, 52(7), 1160-1186.
- Petretto A., Economics of Institutions and Law, DISEI, Firenze, 2017.
- Preston I., 2014. "The effect of migration on public finances", *The Economic Journal*, 124: 569-592.
- Razum O., 2006. Commentary: Of Salmon and Time Travellers - Musing on the Mystery of Migration Mortality, *International Journal of Epidemiology*, 34: 919-921.
- Razum O., Twardella D., 2002. Time travel with Oliver Twist—towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants, *Tropical Medicine and International Health*, 7:4–10.
- Razum O., Wenner J., 2016. Social and health epidemiology of immigrants in Germany: past, present and future, *Public Health Reviews*, 37: 4.
- Razum O., Zeeb H., Rohrmann S., 2000. The Healthy Migrant Effect -Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures, *International Journal of Epidemiology*, 29: 191-192.
- Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (eds.), 2011. *Migration and health in the European Union*, Open University Press, Maidenhead.
- Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J.P., McKee M., 2013. Migration and health in an increasingly diverse Europe, *Lancet*, 381: 1235-45.
- Rienzo, C., Vargas Silva, C., 2014. *Migrants in the UK: An Overview*, Briefing Migration Observatory, Oxford.
- Rowthorn R., 2008. The Fiscal Impact of Immigration on the Advanced Economies, *Oxford Review of Economic Policy*, 24 (3), pp. 560–580.
- Samuelson P., 1954. The Pure Theory of Public Expenditure, *The Review of Economics and Statistics*, 3(4): 387-389.
- Sander M., 2007. Return Migration and the "Healthy Immigrant Effect", *SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research N. 60*.
- Sarvimäki M., 2011. Assimilation to a welfare state: labor market performance and use of social benefits by immigrants to Finland, *Scandinavian Journal of Economics*, 113(3): 665–88.
- Sen A., 1992. *Inequality Re-examined*, Clarendon Press, Oxford.
- Sen A., 1999. *Health in development*, Bulletin of WHO, 77: 619–23.
- Shelton Brown H., Wilson K.H., Angel J.H., Mexican Immigrant Health: Health Insurance Coverage Implications, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26 (3): 990-1004.
- Simon H. A., 1983. *Reason in Human Affairs*. Stanford University Press, Stanford.
- Sjaastad L.A., 1962. The costs and returns of human migration, *Journal of Political Economy*, 70(5), pp.80-93.

- Smith Nielsen S., Krasnik A., 2010. Poorer self-perceived health among migrant and ethnic minorities versus the majority population in Europe, *International Journal of Public Health*, 55: 357-371.
- Solar O., Irwin A., 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health - Social Determinants of Health, *Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, Organizzazione Mondiale della Salute, Ginevra.
- Solé-Auró A., Guillén M., Crimmins E.M., 2012. Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE, *European Journal of Health Economics*, 13(6), pp. 741-754.
- Stanciole A.E., Huber, M., 2009. Access to healthcare for Migrants, Ethnic Minorities and Asylum Seekers in Europe, *Policy Brief*, European Centre for Social Welfare and Policy Research, Vienna.
- Stark O., 1991. *The Migration of Labor*, Basil Blackwell, Malden.
- Steventon A., Bardsley M., 2011. Use of secondary care in England by international immigrants, *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2): 90–94.
- Strozza S., De Santis, G. (a cura di), 2017. *Rapporto sulla popolazione – Le molte facce della presenza straniera in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Stuppini P., Tronchin C., Di Paquale E., 2014. Costi e benefici dell'immigrazione in Italia, *Neodemos online*, <http://www.neodemos.info/costi-e-benefici-dellimmigrazione-in-italia/>
- Suess A., Ruiz Perez I., Ruiz Azarola A., March Cerdà J.C., 2014. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context, *European Journal of Public Health*, 24 (5): 712-720.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E., 2009. *Financing health care in the European Union*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Todaro M.P., 1969. A Model of Labor Migration and Urban Unemployment in Less Developed Countries”, *The American Economic Review*, 59: 138–148.
- Tognetti M., 2015. Health Inequalities: Access to Services by Immigrants in Italy, *Open Journal of Social Sciences*, 3: 8-15.
- UNHCR (2017), <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2016. *International Migration Report 2015: Highlights (ST/ESA/SER.A/375)*, Organizzazione Mondiale delle Nazioni Unite, New York.
- Van Doorslaer E., Koolman X., 2004a. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries, *Journal of Health Economics*, 13: 609-628.
- Van Doorslaer E., Koolman X., Jones A., 2004b. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe, *Journal of Health Economics*, 13: 629-647.
- Wadsworth J., 2013. Mustn't Grumble: Immigration, Health and Health Service Use in the UK and Germany, *Fiscal Studies*, 34 (1): 55–82.
- Wadsworth J., Dhingra S., Ottaviano G., Van Reenen J., 2016. Brexit and the impact of immigration on the UK, *Centre for Economic Performance Paper Brexit 05*, London School of Economics.

- Whitehead M., 1990. *The concepts and principles of equity and health*, Organizzazione Mondiale della Salute – Ufficio Regionale per l'Europa, Copenhagen.
- WHO and World Bank, 2015. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*, World Health Organisation and World Bank Group, Ginevra e Washington DC, [www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/) .
- WHO-Regional Office for Europe, 2006. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, Whitehead M., Dahlgren G. (comps.), Organizzazione Mondiale della Salute – Ufficio Regionale per l'Europa, Copenhagen.
- Wilkinson R.G., 1997. Income, inequality and social cohesion, *American Journal of Public Health*, 87: 104-106.
- World Bank, 1993. *World Development Report: Investing in health*, Oxford University Press, New York.
- World Health Organization, 2010. *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*, Ufficio Regionale per l'Europa, Copenhagen.