

22



QUADERNI UNSIIC

**La salute dopo la pandemia: l'impatto
delle disuguaglianze socioeconomiche**

Emma Fitzgerald

QUADERNI



**La salute dopo la pandemia: l'impatto
delle disuguaglianze socioeconomiche**

Emma Fitzgerald

Il presente Quaderno è frutto della tesi di laurea di Emma Fitzgerald (relatore: Luca Gerotto) discussa presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, facoltà di Economia, corso di laurea in Economia e gestione dei servizi.

Per concessione dell'autrice.

La diffusione del presente Quaderno, come gli altri, è gratuita.

Indice

Introduzione.....	6
Capitolo 1. Legame reddito-istruzione-salute	9
1.1 Introduzione.....	9
1.2 Legame reddito-istruzione-salute.	12
1.2.1 Legame tra reddito e salute.....	12
1.2.2 Legame tra istruzione e salute	18
Capitolo 2. Covid-19: interventi e conseguenze	21
2.1 Cosa è accaduto in Italia e in Europa	21
2.2 Quali sono state le conseguenze economiche e sociali delle misure attuare?	28
2.2.1 Le conseguenze economiche della pandemia	31
2.2.2 Le conseguenze sociali della pandemia	35
Capitolo 3. Cosa ci aspetta in futuro?	41
3.1 Crisi del 2008: cosa è accaduto	41
3.1.1 Effetti e conseguenze della crisi del 2008	45

3.2 Covid-19: possibili scenari futuri	50
3.2.1 Confronto con la crisi del 2008	50
3.2.2 Cosa accadrà in futuro?	52
Conclusioni.....	57
Bibliografia.....	60
Biografia.....	66

Introduzione

Negli ultimi tre anni si è indubbiamente assistito ad una delle crisi più impattanti del millennio, ossia quella derivante dalla pandemia da Covid-19. Nell'arco di pochi mesi sono stati coinvolti in quella che a ragione si può definire un'emergenza globale tutti i paesi del mondo. Ciò ha avuto importanti e drammatiche ripercussioni a tutti i livelli in ambito sanitario, economico, sociale ed umanitario. Ha stravolto la quotidianità di tutti abituandoci a un nuovo modo di vivere, caratterizzato per due anni dalle molteplici misure restrittive attuate, quali la didattica a distanza e lo *smartworking*.

Non a caso, dopo la prima fase emergenziale si è acceso il dibattito riguardo le conseguenze economiche e sociali della crisi e le misure più adeguate a mitigarne l'impatto. Infatti, il distanziamento sociale, che ha contenuto di molto il contagio, ha avuto in una seconda fase pesanti ripercussioni sull'attività economica e finanziaria dei paesi che lo hanno disposto. Gli individui si sono trovati in molti casi in situazioni di cassa integrazione o addirittura senza un'occupazione. Per capire l'entità del fenomeno basti pensare che nel 2020 il tasso di disoccupazione globale si stima sia arrivato al 6,5%, con un aumento dell'1,1% rispetto al 2009¹. In aggiunta a ciò, sono da tenere in considerazione tutte le attività che hanno dichiarato fallimento a causa dei minori consumi e

¹ Minenna Marcello, Il Sole 24 Ore, *Il pesante impatto della pandemia sul mercato del lavoro globale*, 2021, <https://www.ilssole24ore.com/art/il-pesante-impatto-pandemia-mercato-lavoro-globale-AEobvvB>

delle chiusure. Per esempio, nel settore della ristorazione le perdite di fatturato nel 2020 hanno raggiunto i 38 miliardi, con la chiusura di circa 23mila imprese, e nel commercio al dettaglio il settore di abbigliamento e calzature ha visto la chiusura definitiva di 20mila negozi².

Oltre alle conseguenze economiche immediate, la pandemia ha avuto un impatto anche sul tessuto sociale. Il *lockdown*, le restrizioni alla mobilità e la chiusura di scuole e università hanno portato a un aumento della solitudine, dell'isolamento e della povertà. In particolare, le fasce più vulnerabili della popolazione, come gli anziani o le persone con disabilità, hanno risentito maggiormente di questi cambiamenti.

È chiaro a tutti che si dovranno fare i conti per i prossimi anni con gli effetti della pandemia, in quanto non si esauriranno a breve e non solo per quanto riguarda la ripresa economica: è probabile che ci saranno ulteriori ripercussioni nel lungo termine, quali l'aumento della povertà e delle diseguaglianze sociali, nonché l'acutizzazione delle situazioni di disagio, di emarginazione e di solitudine preesistenti. Infatti, è ormai noto in letteratura che esista un legame tra lo status economico di un individuo, il suo livello di istruzione e la sua salute. Di conseguenza, è facile pensare che negli anni a venire si registreranno peggioramenti nella salute di coloro che hanno vissuto maggiori perdite di reddito, arrivando così ad un ulteriore aumento delle disuguaglianze: è proprio questo il filo rosso che ha attraversato la seguente trattazione. In

² Confcommercio, *Imprese e pandemia: scenario e numeri della crisi*, 2021, <https://www.confcommercio.it/-/imprese-pandemia-scenario-della-crisi>

particolare, per iniquità di salute si intendono quelle disparità che favoriscono i gruppi sociali più avvantaggiati rispetto a quelli meno avvantaggiati, ossia persone che occupano posizioni differenti nella gerarchia sociale in virtù delle diverse risorse che possiedono, che siano sociali, culturali, economiche (Terraneo, 2018).

Per dimostrare ciò, si inizierà spiegando il legame presente tra reddito, istruzione e salute attraverso gli studi svolti sull'argomento. Dopodiché, si procederà approfondendo quali sono state le conseguenze sociali ed economiche della pandemia. Infine, si prenderà in considerazione quanto accaduto durante e dopo la crisi finanziaria del 2008: essa è per certi aspetti paragonabile a quella vissuta di recente, per cui può risultare utile tale confronto al fine di ipotizzare cosa avverrà nel futuro basandosi sulle evidenze disponibili al momento.

Infine, è bene sottolineare che il tema riveste importanza non solo per le sue implicazioni sociali, economiche e sanitarie, ma anche in virtù del contesto in cui ci troviamo, vale a dire un sistema sanitario pubblico, basato sulla solidarietà e l'uguale diritto, costituzionalmente garantito, alla salute per tutti i cittadini, dove, in teoria, nessuno andrebbe lasciato solo.

Capitolo 1. Legame reddito-istruzione-salute

1.1 Introduzione

Lo stato di salute di cui gode un individuo in un dato momento può essere descritto come l'esito di un complesso e articolato processo, nel quale intervengono diverse variabili: dirette, indirette, modificabili e non modificabili. Tra le prime si possono menzionare le caratteristiche genetiche e demografiche, gli stili di vita e l'ambiente socioeconomico. Per esempio, grazie alla genetica si può essere maggiormente resistenti a determinate malattie o infezioni, con seguente impatto positivo sul livello di salute; al contrario, tra i determinanti indiretti assumono rilievo il reddito e l'istruzione. Infatti, un soggetto più istruito verosimilmente riesce a mantenere un buon livello di salute grazie ad una maggiore conoscenza dei fattori di rischio, adesione a programmi di screening e prevenzione oppure ad una migliore comunicazione con il medico. Altro fattore di rilievo sono gli investimenti in salute, con i quali la si può accrescere, conservare o ripristinare. È immediato pensare che essi siano costituiti principalmente da prestazioni sanitarie, un uso corretto di farmaci o da check-up, ma non è così, in quanto essi comprendono anche corrette abitudini alimentari, riposo e stili di vita sani. A questo punto, ci si potrebbe chiedere quanto ciascuno dei fattori menzionati effettivamente influisca sulla determinazione dello stato di salute di un individuo. Ebbene, le stime più recenti affermano che il peso delle prestazioni sanitarie si aggira attorno al 10%, mentre il restante 90% è

costituito da altri input, quali il livello di reddito, le condizioni igieniche, la dieta alimentare e le abitudini di vita. Uno studio sulla funzione di produzione della salute in 35 paesi dell'area OECD fra il 1990 e il 2015 (James, Devaux e Sassi, 2017) ha dimostrato che un miglioramento del 10% negli stili di vita, per esempio, tramite una riduzione del 10% del consumo di alcol o fumo, è associato a un guadagno di 2,6 mesi di aspettativa di vita. Riguardo a ciò, è interessante fare un approfondimento al fine di comprendere meglio quello che verrà discusso in seguito: nel XX secolo nei paesi sviluppati si è osservata su larga scala una riduzione dei tassi di mortalità con annesso aumento della speranza di vita (*Figura 1*). In Italia, ad esempio, nel 2015 la speranza di vita alla nascita era di 80 anni per gli uomini e 85 per le donne, mentre all'inizio del XX secolo era, rispettivamente, di 48 e 51 anni (ISTAT)³. È comune arrivare alla conclusione che tale miglioramento sia interamente attribuibile ai progressi fatti in campo medico, ma essi ne sono responsabili solo in parte (McKeown, 1979). Basti pensare che la diminuzione delle malattie infettive in Inghilterra tra il 1854 e il 1971 spiega per il 74% la riduzione nel tasso di mortalità. Tale fenomeno è iniziato ben prima della scoperta di farmaci particolarmente efficaci al contrasto di infezioni. In particolar modo tra '800 e '900, sono stati gli stili di vita e le condizioni ambientali a influire in maniera significativa e solo dagli anni '30 del '900 le scoperte in

³ Dirindin N., Caruso E. (2019) *Salute ed economia: questioni di economia e politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 81- 82.

campo medico hanno iniziato ad avere un ruolo più preponderante grazie all'introduzione degli antibiotici e dei sulfamidici. La medicina, quindi, è stata indubbiamente decisiva nei paesi sviluppati, soprattutto per alcune patologie, ma non per quanto concerne la forte riduzione della mortalità a cui si è assistito.

Tra i fattori che hanno contribuito, è importante menzionare anche lo sviluppo economico: non a caso, i paesi in cui si è riscontrata tale diminuzione sono principalmente quelli dell'area OECD. Questo perché il reddito riveste un ruolo fondamentale nella vita delle persone sia sotto il profilo del benessere economico che psico-fisico.

Da questo primo quadro introduttivo è già possibile intuire quanto sia complessa la determinazione dello stato di salute di ciascuno in un dato momento, in quanto intervengono innumerevoli variabili. Sono, infatti, molteplici i modelli che tentano di spiegare il fenomeno. Detto ciò, nel corso del capitolo l'analisi sarà concentrata sulla relazione che sussiste tra due delle determinanti sopra citate, ossia reddito e istruzione, e la salute, vale a dire fattori che, come risulterà, sono strettamente correlati tra di loro.

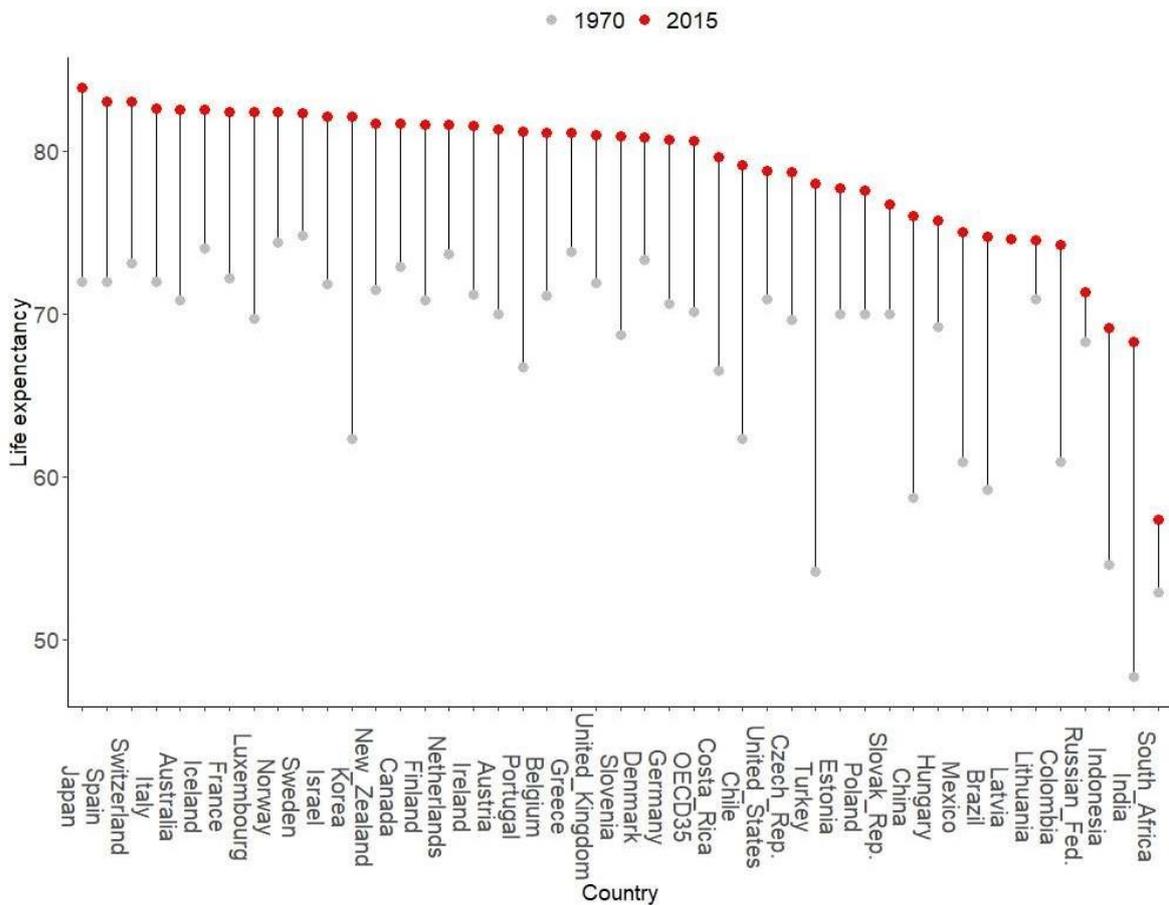


Figura 1, Rielaborazione della rappresentazione dell'aspettativa di vita alla nascita nel 1970 e nel 2015. Fonte: OECD Health Statistics 2017

1.2 Legame reddito-istruzione-salute

1.2.1 Legame tra reddito e salute

Negli anni, è stato messo in luce un forte legame tra reddito e stato di salute: a livello macroeconomico, diversi studi hanno dimostrato che la riduzione della mortalità in un paese è associata all'aumento del reddito medio per abitante⁴. Tuttavia, è bene specificare che si tratta di relazioni piuttosto complesse. Infatti, a livello microeconomico è meno immediato

⁴ Dirindin N., Caruso E. (2019) *Salute ed economia: questioni di economia e politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 84.

comprendere il *driver* di tali legami: in generale, si può affermare che il reddito sia strettamente correlato alla tipologia di istruzione e all'occupazione, il che va poi a influenzare anche consumi e stili di vita e, in ultima istanza, la salute.

Uno dei primi studi a riguardo, condotto tra il 1955 e il 1965 su dati relativi alla popolazione bianca statunitense, analizza la relazione tra diverse variabili (quali reddito, spesa sanitaria, densità delle strutture e degli operatori sanitari, educazione, consumo di alcol e sigarette ecc.) e la salute, con riferimento ai tassi di mortalità e morbilità (Auster, Leveson e Sarachek, 1969). Il risultato iniziale è che esista un legame negativo tra reddito e salute: un aumento del primo del 10% è associato a un incremento della mortalità del 2%. Per spiegare, anche se parzialmente, il fenomeno si può citare la collinearità dei fattori, secondo cui il reddito influenza la salute sia direttamente (intervenedo sui vincoli economici), sia indirettamente (incidendo su altre variabili quali l'istruzione). Tuttavia, a parità di ogni altra condizione, è possibile ipotizzare che la relazione sia dapprima crescente e poi decrescente: a livelli di reddito molto bassi è positiva e legata a fattori quali l'alimentazione di base e il miglioramento delle condizioni igieniche. Con un reddito più elevato, invece, tendenzialmente si vive meglio ma possono aumentare fattori dannosi per la salute, quali eccesso di fumo, di alcol, stress e vita sedentaria.

I risultati sono stati confermati poi da studi successivi, dove si è concluso che, sebbene redditi più elevati abbiano effetti positivi sulla mortalità

generale, ciò non è vero per tutte le cause di morte: ad un aumento del reddito sono correlate maggiori morti per malattie cardiache, incidenti stradali e malattie del fegato (Gerdtham e Ruhm, 2002).

In ogni caso, nonostante siano emersi questi risultati, è sempre bene specificare che tendenzialmente ad un miglioramento delle condizioni economiche di un individuo è associata anche una salute migliore.

A livello grafico, la curva di Preston, che prende il nome dallo studioso Samuel H. Preston, permette di visualizzare la relazione tra reddito e speranza di vita nel lungo periodo. Fu descritta per la prima volta nel 1975, dopo uno studio sulla relazione tra le due variabili nel 1900, 1930 e 1960.

Come si osserva nella figura, la curva è crescente, grazie all'effetto positivo di un aumento di reddito sull'aspettativa di vita, per poi cominciare pian piano ad appiattirsi (Figura 2): la speranza di vita non può crescere all'infinito, tanto che, se si analizzano le curve di sopravvivenza dal 1881 ai giorni nostri, è evidente che si verifica una convergenza (Figura 3).

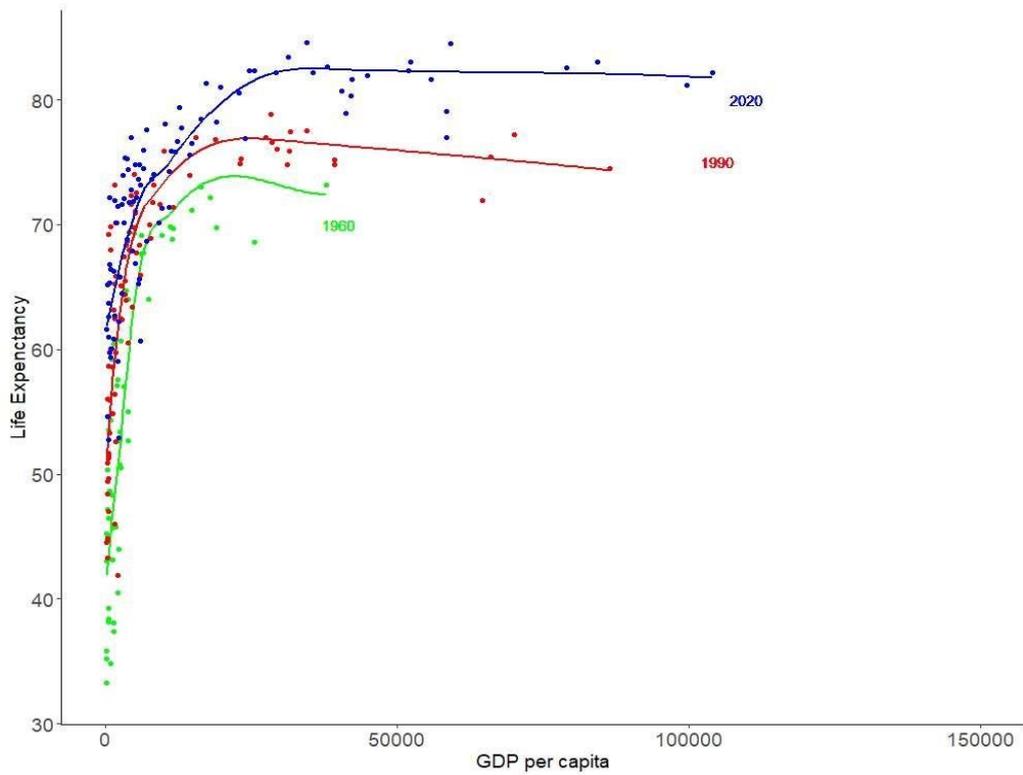


Figura 2, Rielaborazione della curva di Preston, con rappresentazione della correlazione tra reddito pro capite e aspettativa di vita nel 1960, 1990 e nel 2020. Fonte: World Bank

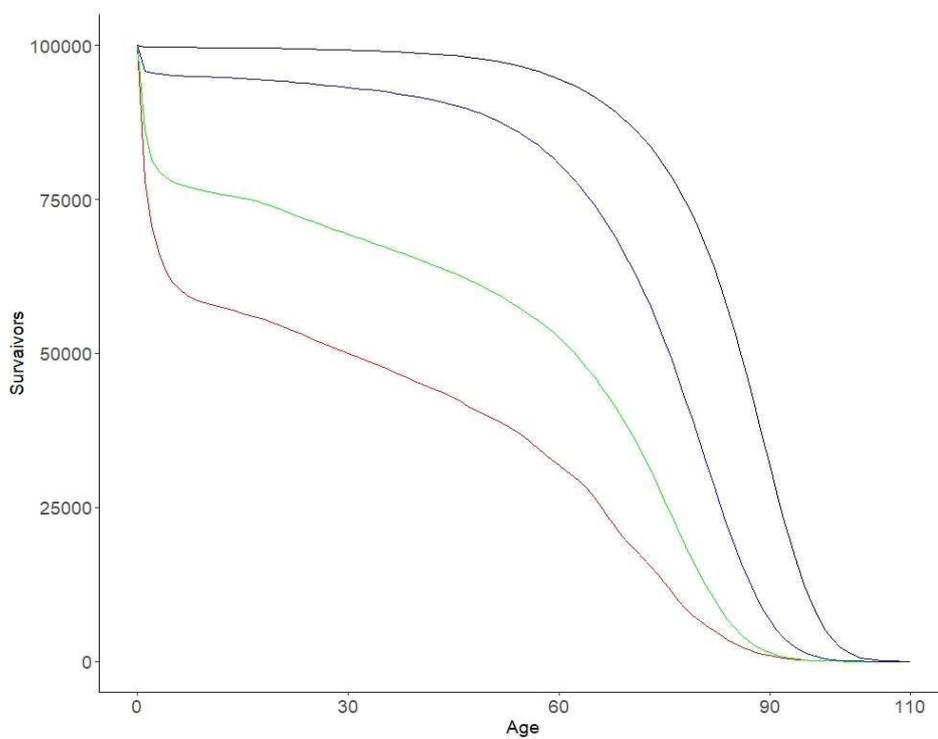


Figura 3, Rielaborazione delle curve di sopravvivenza, Italia 1881-2016. Fonte: Caruso-Dirindin

La popolazione, in generale, muore in età più avanzata rispetto al passato, grazie ad alcune delle motivazioni citate nel primo paragrafo, ma non si è in grado di prolungare oltre un certo livello la durata della vita. Questo implica che il reddito ha un contributo marginale decrescente nella diminuzione della mortalità nel lungo periodo, per cui un suo aumento ha effetto positivo sulle aspettative di vita in misura sempre meno significativa.

Altre ricerche hanno evidenziato la relazione tra reddito e mortalità confrontando paesi con diversi livelli di sviluppo. È emerso che, tra quelli più avanzati, ciò che effettivamente fa la differenza è la distribuzione di reddito (Wilkinson, 1996). Già nel 1980, il Black Report aveva messo in luce questo aspetto, affermando che le condizioni di salute e aspettative di vita fossero strettamente correlate al reddito, alla tipologia di occupazione, all'istruzione, nonché alle abitudini alimentari: per questo, nel corso della ricerca si è posto l'accento sull'importanza di politiche sociali al fine di migliorare la salute degli individui. Inoltre, le disuguaglianze economiche hanno un impatto negativo sulla coesione sociale, altro elemento fondamentale per la qualità della vita di una popolazione, e danneggiano in misura maggiore la salute dei poveri rispetto a quella dei ricchi (Marmot, 2015). In Europa, le disuguaglianze sono responsabili ogni anno di circa 700mila decessi, 33 milioni di casi di malattia, perdita di Pil pari all'1,4% e perdita di benessere per quasi un trilione di euro (Mackenbach, 2011). In media, il 35% delle disuguaglianze nella salute percepite tra il primo e l'ultimo quintile di

distribuzione della ricchezza nei Paesi europei sono dovute a differenze nel rischio e nell'esposizione all'insicurezza del reddito unite alla mancanza o inadeguatezza della protezione sociale. È stato anche dimostrato che i meno abbienti presentano maggiori difficoltà nel discernere tra le opzioni disponibili, oltre che nell'interazione con il medico; hanno, inoltre, minore probabilità di seguire i percorsi di cura più adeguati e partecipano scarsamente a servizi di screening e prevenzione.

È bene specificare che la povertà costituisce il primo fattore di rischio per la salute: è direttamente correlata alla morbilità ad esordio precoce e alla mortalità prematura e influenza la salute mentale oltre che lo sviluppo psicosociale. Le disparità di reddito vengono ripetutamente associate ai risultati peggiori in termini di salute e capitale sociale. Già nel 1999 il professor Gordon della Bristol University scrisse dieci raccomandazioni per esortare gli individui a preservare il proprio stato di salute, di cui la prima è proprio «Non essere povero. Se lo sei cerca di smettere». L'intento è di sottolineare la responsabilità del singolo rispetto alla propria salute, ma tenendo a mente che è ancora più cruciale contrastare, tramite interventi pubblici, i fattori sociali e politici che la mettono a rischio.

1.2.2 Legame tra reddito e salute

È verosimile che, a parità di reddito, un individuo che abbia una maggiore istruzione presenti anche migliori condizioni di salute. Secondo i dati ISTAT⁵, fra gli uomini, gli individui a bassa scolarità hanno un tasso di mortalità del 55% più alto rispetto ai laureati, mentre per le donne il differenziale è del 35% in più, ma pur sempre significativo. Inoltre, un uomo con laurea ha un'aspettativa di vita di 5,2 anni superiore rispetto ad una persona con bassa istruzione, mentre per le donne il vantaggio è di 2,7 anni (Costa et al., 2015). In aggiunta a ciò, James, Devaus e Sassi (2017) dopo aver condotto uno studio empirico in 35 paesi dell'area OECD, hanno concluso che un aumento del 10% degli anni di istruzione conduca ad un incremento di 3,2 mesi nella speranza di vita. Queste differenze sono riconducibili a svariate ragioni. In primo luogo, chi è più istruito potrebbe essere più consapevole dei fattori di rischio per la sua salute e delle corrette abitudini di vita da condurre, e comunicazione con il medico è più efficace. Inoltre, è probabile che ci sia maggiore tempestività nel riconoscimento dei sintomi di una data malattia e, di conseguenza, nella consultazione del medico.

Tali divari riguardano anche i fattori di rischio potenzialmente prevenibili con interventi sanitari tempestivi e precoci. Per quanto concerne i servizi di tipo preventivo, è noto che le famiglie appartenenti a classi più abbienti vi accedono più frequentemente. Con riguardo a diagnosi e

⁵ (2017), BES 2017, *Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, Istituto nazionale di statistica, https://www.istat.it/it/files//2017/12/Bes_2017.pdf

cura, tali soggetti presentano una maggiore capacità di orientarsi tra le diverse opzioni offerte dal sistema, di beneficiare dei percorsi di cura e assistenza più efficaci nonché di aderire ai programmi terapeutici. Viceversa, chi è meno istruito, a parità di altre condizioni socioeconomiche, è più soggetto a sperimentare cattive condizioni di salute in quanto è meno in grado di trarre beneficio dai sistemi sanitari. Nel 2018, l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato il rapporto PASSI, che analizza periodicamente lo stile di vita degli italiani, cercando di mettere in luce, tra le altre cose, i fattori che minano il benessere di ciascuno esponendo al rischio di sviluppo di malattie croniche. È stato messo in luce il legame tra il titolo di studio degli individui sottoposti a campione e lo sviluppo di alcune malattie croniche, quali ipertensione o diabete.

Tabella 1, Correlazione tra titolo di studio e sviluppo di malattie croniche. Fonte: rapporto PASSI Istat

	Nessun titolo	Licenza elementare	Licenza media	Diploma	Laurea
Ipertensione	-	43%	25%	15%	12%
Obesità	41%	-	36%	29%	24%
Colesterolo alto	37%	-	-	-	14%
Diabete	-	15%	6,4%	3,2%	2,3%

Come si evince dalla Tabella 1, l'ipertensione colpisce il 43% delle persone senza alcun titolo di studio oltre la licenza elementare, percentuale che si abbassa al 25% tra chi ha la licenza media, al 15% tra i diplomati e al 12% tra i laureati. Tra chi ha il colesterolo alto a

causa di un'alimentazione sbagliata ben documentata il divario è ancora più accentuato: riguarda il 37% non ha alcun titolo di studio, il doppio rispetto ai laureati. Per citare altri dati, l'obesità interessa il 41% delle persone senza titoli di studio, il 36% di chi possiede la sola licenza media, il 29% dei diplomati e il 24% dei laureati. E ancora, per il diabete la differenza è ancora più marcata in quanto riguarda il 15% di chi non è andato oltre le scuole elementari rispetto al 6,4% di chi ha la licenza media, al 3,2% dei diplomati e al 2,3% dei laureati⁶.

A questo punto, è possibile trarre un'ulteriore conclusione dai dati sopra citati: è stato ampiamente discusso che una persona più istruita conduce, con maggiori probabilità, uno stile di vita sano, per i numerosi motivi sopra analizzati. Questo, però, ha un'implicazione importante: l'individuo in questione ha anche maggiori energie da dedicare ad altro, tra cui il lavoro. Di conseguenza, è probabilmente in grado di generare redditi in misura superiore rispetto a un individuo meno istruito e, verosimilmente, meno sano, che rischia piuttosto di guadagnare un salario basso. Perciò, è possibile affermare che si tratta di fenomeni che si alimentano a vicenda, strettamente interconnessi, in cui le diverse variabili in gioco sono contestualmente causa ed effetto dei cambiamenti che si verificano.

⁶ Il Sole 24 Ore, *Scopri la correlazione tra il titolo di studio e le malattie*, 2018, <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/05/09/reddito-salute-scopri-la-correlazione-titolo-studio-le-malattie/>

Capitolo 2. Covid-19: interventi e conseguenze

2.1 Cosa è accaduto in Italia e in Europa

Il virus SARS-CoV/2, riscontrato per la prima volta a Wuhan nel dicembre 2019, si è diffuso in breve tempo in tutto il mondo, sconvolgendo la vita di milioni di persone e causando una delle crisi economiche più gravi del XXI secolo. A marzo 2023, i casi confermati nel mondo dall'inizio della pandemia erano 759.408.703 e i decessi da Covid-19 6.866.434⁷. Il virus non ha risparmiato nessuno e, infatti, sono stati diversi anche i leader politici che hanno avuto contatti con esso, riscontrando talvolta gravi conseguenze: è il caso di Boris Johnson, ex primo ministro inglese, e di Donald Trump, ex presidente degli Stati Uniti.

Per ripercorrere quanto accaduto, si può iniziare dal 31 dicembre 2019, quando il governo di Wuhan, in Cina, annunciò che si stavano trattando diversi casi di polmonite con causa ancora sconosciuta. Dopo qualche giorno, ricercatori cinesi identificarono un nuovo virus, del quale, tuttavia, ancora non si aveva evidenza che si diffondesse facilmente tra gli uomini. L'11 gennaio 2020 il paese ha annunciato il primo decesso da Covid-19. Nel frattempo, si iniziarono a riscontrare casi di contagio anche nel resto del mondo: ad esempio, il 12 gennaio viene confermato il primo infettato da Sars-Cov/2 negli Stati Uniti.

Ci volle poco per il virus per approdare anche sul nostro territorio. Nella

⁷ Ultimi dati OMS. Fonte: Health Emergency Dashboard, 6 marzo 2023 ore 6.21 pm.

notte tra il 22 e 23 gennaio 2020, una coppia di turisti asiatici atterrarono a Milano Malpensa, con l'intenzione di procedere toccando diverse città d'Italia. Dopo aver trascorso qualche giorno in Lombardia, a Milano e a Parma, arrivarono a Roma, dove cominciarono a non sentirsi bene: si scoprì da lì a breve che il loro malessere era dovuto ad un'infezione da Covid-19. Fu proprio questa la prima apparizione ufficiale del virus nel nostro paese. Si sapeva ben poco di quanto effettivamente stesse accadendo a Wuhan ed era pensiero comune che si sarebbe trattato di un'epidemia al pari di altre contenute senza particolari difficoltà, quali la Sars nel 2002.

La coppia, dopo due giorni di isolamento nell'albergo in cui soggiornavano, venne spostata all'ospedale Spallanzani, specializzato in malattie infettive, dove tre ricercatrici il 1° febbraio riuscirono ad isolare la sequenza genomica del virus. L'uomo fu diagnosticato con una polmonite interstiziale bilaterale mentre la donna presentava sintomi lievi. Fu in questo momento che si cominciò a definire il virus come "poco più di un'influenza". Dopo circa un mese la coppia si era negativizzata e il 19 marzo fu trasferita all'ospedale San Filippo Neri per la riabilitazione. Al momento del ricovero dei due asiatici ancora non vi era particolare allarmismo; tuttavia, si cominciarono ad attuare alcune misure.

Il 30 gennaio l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarò lo stato di emergenza a livello mondiale e in Italia la prima conferenza stampa a riguardo risale al 31 gennaio 2020, quando si decretò lo stato di emergenza e fu nominato commissario Angelo Borrelli. Nello stesso

giorno, il nostro paese interruppe il traffico aereo diretto da e per la Cina: siamo stati i primi in Europa a disporre questa misura per poi essere seguiti ben presto da tutti gli altri. Dall'altra parte il 31 gennaio l'amministrazione Trump stabilisce il divieto di entrata negli Stati Uniti per tutti quei cittadini stranieri che fossero stati in Cina nei 14 giorni precedenti.

Nel frattempo, in Cina si erano iniziate ad attuare strette misure per il contenimento del virus: a Wuhan venne istituita la quarantena il 23 gennaio 2020, con sospensione di tutti i trasporti pubblici in entrata e in uscita dalla città. Il giorno seguente le stesse misure furono disposte in alcune località limitrofe e le scuole vennero chiuse nelle zone del contagio. Il 24 gennaio emersero, poi, i primi casi in Europa: risultarono positive tre persone a Bordeaux e a Parigi. Fu proprio sul territorio francese che il 14 febbraio si è registrato il primo decesso per Covid-19 in Europa.

Tuttavia, il primo grande focolaio pandemico sul territorio europeo partì dall'Italia e, nello specifico, dalla Lombardia. Il 20 febbraio Giulio Gallera, l'allora assessore al Welfare della Regione Lombardia, diede notizia del primo contagio a Codogno: si trattava di Mattia, un trentottenne che, sorprendentemente, non si era mai recato in Cina, e che sarà poi denominato il "paziente uno". L'uomo venne subito ricoverato all'ospedale locale per poi essere trasferito in terapia intensiva, dove sarebbe restato per diciotto giorni a causa di una grave polmonite. Nel corso della stessa giornata del ricovero di Mattia, il numero dei contagiati

in Lombardia salì a 15 e in poche ore arrivò a 54. Contemporaneamente erano iniziati ad emergere di ulteriori in altre regioni italiane: nello specifico si parlava di 17 casi in Veneto, 2 in Emilia-Romagna, 2 nel Lazio e 1 in Piemonte. Due giorni dopo diventarono 152 i contagiati complessivi. Fu immediato il varo della cosiddetta "zona rossa", ossia la chiusura di dieci comuni nel Lodigiano. Il contagio, nel frattempo, si continuava ad espandere: prima Toscana, Liguria e Sicilia, per poi arrivare all'Abruzzo, alla Campania e alla Puglia. Insomma, il virus ormai si stava facendo largo su tutto il territorio.

Il 4 marzo l'allora premier Giuseppe Conte firmò un decreto per la chiusura di scuole, università, teatri e cinema, consentendo lo svolgimento del campionato di calcio esclusivamente a porte chiuse. Con esso si diede inizio alla cosiddetta "didattica a distanza" e vennero introdotte diverse misure di distanziamento sociale come mantenere gli uni dagli altri una distanza di sicurezza di almeno un metro, preferibilmente due, evitare strette di mano e abbracci, arieggiare le stanze, indossare le mascherine se fuori casa e lavare continuamente le mani. Nella notte tra il 7 e l'8 marzo si aggiunsero, con un nuovo decreto, limitazioni alla libertà di movimento e, il 9 marzo, tutta l'Italia diventò zona rossa. È in quel momento che iniziò il lockdown, misura attuata al fine di proteggere il paese dalla fase più aggressiva del virus e da un'ulteriore diffusione del contagio. Di fronte a tale notizia ci fu inizialmente grande panico e confusione: i supermercati furono svuotati di alcuni beni essenziali per timore che non sarebbero bastati per tutti,

gli ospedali videro un sovraccarico sempre in crescendo e la costante necessità di ventilatori polmonari che, purtroppo, non erano sufficienti. I morti aumentavano sempre di più, così come i nuovi contagiati giornalieri, ed era difficile raggiungere le Asl come anche i medici di famiglia.

Il 12 marzo 2020, dei primi mille decessi complessivi in Italia, 744 appartenevano alla Lombardia. Il 9 aprile la regione arrivò a 10.022 morti. Il 19 marzo 2020 con 3405 morti l'Italia diventò prima al mondo per numero di decessi, per essere poi superata dagli Stati Uniti e altre diciannove nazioni.

Nel frattempo, il 15 marzo gli Stati Uniti disposero il divieto di assembramento con più di 50 persone e il giorno seguente fu consigliato di evitare raggruppamenti anche solo di 10 persone. Nel mentre, a New York si chiusero le scuole pubbliche. E il 26 marzo gli USA divennero il paese più colpito dalla pandemia, con almeno 81.321 casi confermati e oltre 1000 morti.

Il 17 marzo, arrivò la prima risposta coordinata alla diffusione del virus da parte dell'Unione Europea: i leader dei paesi EU votarono per adottare un divieto di spostamento, con durata di 30 giorni, da altri paesi verso almeno 26 paesi europei.

Era chiaro ormai che il virus era diffuso su tutto il globo, infettando persone senza alcuna distinzione: il 20 aprile le morti accertate a livello mondiale avevano superato quota 200.000.

Sono state diverse le immagini-simbolo della prima fase della pandemia

qui in Italia. In primo luogo, le foto che ritraggono gli operatori sanitari sfiniti in ospedale, a causa delle insolite moli di lavoro da affrontare e degli inevitabilmente stressanti ritmi lavorativi. A seguire, l'immagine del Papa da solo sotto la pioggia in piazza San Pietro, in occasione dell'udienza tenuta il 18 marzo 2020. Senza dubbio, rimane una delle immagini più strazianti quella dei camion militari che trasportano i morti dal camposanto di Bergamo ai forni crematori di altre province, a causa della saturazione del servizio cimiteriale della città lombarda.

Nell'estate 2020 si è assistito a un calo dei nuovi contagiati con annesso svuotamento di ospedali e terapie intensive, anche se questa tendenza non si confermò in tutti i paesi del mondo. Per esempio, il 19 giugno gli Stati Uniti riportarono oltre 30.000 casi giornalieri, il numero più alto dal 1° maggio. E ancora, in Iran il 1° luglio fu indetto un nuovo lockdown per le città di 11 province. In Europa, invece, si decise il 30 giugno l'apertura delle sue frontiere per i viaggiatori provenienti da 15 paesi, ad eccezione di Stati Uniti, Brasile e Russia.

Il Covid-19 non si era comunque fermato durante l'estate: il 22 agosto si raggiunse quota 800.000 decessi nel mondo, prima di giungere il 28 settembre a 1 milione.

Fu solo questione di tempo prima che i contagi tornassero a salire anche in Europa. Il boom, infatti, riprese ad inizio ottobre, in concomitanza con l'inizio delle diverse attività che ruotano intorno alle scuole: l'11 ottobre, si registrarono 1 milione di nuovi contagi da Sars-Cov/2 nel mondo, ai quali avevano contribuito l'aumento di casi in Europa. Si ritornò

all'affollamento degli ospedali e alla quarantena di intere classi scolastiche con la didattica a distanza. Il 19 ottobre il Belgio impose il coprifuoco con annessa chiusura di bar e ristoranti per un mese, misura che verrà utilizzata per tutto l'inverno anche da altri paesi europei, tra cui l'Italia.

Il 5 novembre, intanto, il Regno Unito tornò in lockdown fino al 2 dicembre e, tre giorni dopo, gli Stati Uniti raggiunsero quota 10 milioni di infetti. A metà dicembre, l'Italia supera il Regno Unito per numero di morti e, con 65mila decessi, occupa la prima posizione in Europa. Inoltre, cominciarono ad emergere diverse mutazioni del virus, molto più contagiose rispetto alla versione originale. L'ondata autunnale del 2020 aveva causato più vittime della prima: si arrivò a fine febbraio 2021 a quota 60mila vittime.

Tra queste cattive notizie, ne arrivò una buona il 2 dicembre: la Gran Bretagna approvò il vaccino contro il Covid-19 dell'azienda farmaceutica Pfizer. L'8 dicembre il Paese iniziò a somministrare le prime dosi, seguito dall'Europa a partire da gennaio. Ci fu comunque una primavera dura a livello di contagi e morti e, per questo, vennero rafforzate nuovamente le restrizioni al fine di contenere l'esplosione di casi, ma si iniziò a intravedere una luce. Infatti, i vaccini contro il virus ci hanno permesso di riprendere la normale quotidianità diminuendo drasticamente ospedalizzazioni e decessi, sebbene il Covid-19 non sia stato eradicato in toto.

Per concludere, si può affermare che, tendenzialmente, tutti hanno

dovuto vivere l'esperienza del lockdown, inteso come una forte limitazione della libertà di movimento, con didattica a distanza, smart working, chiusura di bar e ristoranti o coprifuoco. Le misure sono state rafforzate e allentate a periodi alterni in base alla gravità della situazione epidemiologica a partire da febbraio 2020 fino alla seconda metà del 2021, con un netto miglioramento nei mesi estivi, grazie alla possibilità di trascorrere maggiore tempo all'aperto. La svolta però è avvenuta con l'inizio della campagna di vaccinazione di massa contro il Covid-19, sebbene ci sia voluto qualche mese prima di raggiungere una copertura soddisfacente della popolazione. In Italia si è tornati ad una vita normale dal 31 marzo 2022, in concomitanza con la fine dello stato di emergenza, anche se il virus continua ad essere oggetto di studio e di monitoraggio poiché, emergendo costantemente nuove varianti, nessuno può assicurarci che si potrà arginare con i vaccini ad oggi disponibili.

2.2 Quali sono state le conseguenze economiche e sociali delle misure attuate?

Come è facile dedurre, la pandemia da Covid-19 ha avuto ripercussioni su diversi fronti, tra cui la salute pubblica e l'economia. Tra le principali conseguenze, si possono menzionare la diminuzione di reddito, l'aumento della disoccupazione e l'interruzione del lavoro dei settori dei trasporti, dei servizi e dell'industria. Per citare alcuni dati: a marzo 2020 si conta che nell'arco di due settimane quasi 10 milioni di statunitensi

siano rimasti senza lavoro, di cui ben 6,6 milioni hanno richiesto l'indennità di disoccupazione nell'ultima settimana del mese. La velocità e l'entità della perdita di posti di lavoro non ha precedenti: prima di marzo 2020, la settimana peggiore per le richieste di disoccupazione era stata nel 1982 con 695.000 richieste⁸. Inoltre, secondo uno studio condotto da Stan Dorn (2020)⁹, la pandemia di coronavirus ha privato circa 5,4 milioni di americani della loro assicurazione sanitaria tra febbraio e maggio: durante questo periodo, il numero di adulti che sono stati privati della copertura assicurativa a causa della perdita del posto di lavoro sono stati più di quelli che solitamente la perdevano nell'arco di un solo anno¹⁰. E ancora, il 13 novembre 2020 il centro per controllo e la prevenzione delle malattie statunitense, secondo uno studio condotto dallo stesso centro, ha dichiarato che le visite dei bambini al pronto soccorso per motivi di salute mentale, da marzo a ottobre, sono aumentate del 31% tra gli individui di età compresa tra i 12 e i 17 anni rispetto allo stesso periodo.

Le misure attuate per contenere il contagio, sebbene siano state determinanti per salvare milioni di persone, hanno avuto effetti non di poco conto sotto il profilo socioeconomico. In particolare, hanno inficiato gravemente i trasporti commerciali a livello globale, provocando perdite importanti nel commercio nazionale e internazionale: non a caso, gli

⁸ Derrick Bryson Taylor, The New York Times, *A Timeline of the Coronavirus Pandemic*, 2021.

⁹ Dorn Stan (2020), *The Covid-19 Pandemic and Resulting Economic Crash Have Caused the Greatest Health Insurance Losses in American History*, Families USA.

¹⁰ Derrick Bryson Taylor, The New York Times, *A Timeline of the Coronavirus Pandemic*, 2021.

impiegati di tale settore sono stati tra le categorie più colpite. È stata rilevante anche la brusca interruzione di tutte quelle attività sociali che caratterizzavano la vita di ciascuno, quali bar, ristoranti, palestre e centri sportivi, sia per l'impatto economico che psicologico che tale intervento ha avuto. Inoltre, si è registrata in particolar modo durante i picchi di casi, carenza di personale per malattia sul posto di lavoro, il che è andato a colpire ulteriormente i settori industriali. Uno studio (Aristodemou, Buchhass, e Claringbould, 2021) ha, tra l'altro, dimostrato non solo che i paesi europei che presentavano sistemi sanitari meno preparati ad affrontare la pandemia hanno implementato misure di contenimento più severe, ma anche che queste ultime sono associate maggiormente a effetti socioeconomici negativi¹¹.

Sono state poi già menzionate nel paragrafo precedente le difficoltà iniziali nel trattamento dei nuovi infetti da Covid, principalmente perché non era stato previsto un evento di tale portata e, di conseguenza, vi erano ancora pochi strumenti per farvi fronte. Questo ha prodotto una netta difficoltà nel trattamento dei primi casi, un sovraccarico notevole negli ospedali e i dispositivi medici a disposizione sono risultati non sufficienti di fronte all'improvviso aumento della domanda.

Nei paragrafi successivi, si andranno ad approfondire e ad analizzare più

¹¹ Aristodemou K., Buchhass L. & Claringbould D. (2021), The COVID-19 crisis in the EU: the resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects. *Eurasian Econ Rev* **11**, 251–281.

nello specifico le conseguenze economiche e sociali qui sinteticamente menzionate.

2.2.1 Le conseguenze economiche della pandemia

L'impatto economico della pandemia nei diversi paesi è stato differente a seconda di alcune variabili: le caratteristiche dell'economia, dei settori economici coinvolti, dell'area geografica, delle politiche economiche attuate e delle misure di contenimento del virus implementate dai governi. Ad esempio, negli Stati Uniti la diminuzione del PIL è stata pari al 3,5% ed è risultata inferiore rispetto agli altri paesi avanzati grazie all'adozione di politiche fiscali di sostegno più consistenti nonché ad un minore ricorso alle misure di contenimento. Il PIL dell'area euro, con una riduzione del 6,6%, ha invece sperimentato la contrazione più importante dall'inizio dell'Unione monetaria. Ciononostante, è possibile stimare che la diffusione del Covid-19 abbia condotto a livello globale a una caduta del PIL del 3,3% nel 2020 rispetto all'anno precedente quando, considerando solo i paesi avanzati, si attestava attorno al 4,7%¹².

In particolare, l'attività economica globale ha registrato un brusco calo nella prima metà del 2020, soprattutto nel secondo trimestre, a causa delle politiche adottate per il contenimento del virus. È seguita poi una

¹² Banca d'Italia, *Relazione Annuale 2020*, CXXIV Esercizio, 2021, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/relazione-annuale/2020/index.html>

modesta ripresa ma nell'ultimo trimestre dell'anno, con la risalita dei contagi, il PIL ha di nuovo rallentato, anche se in misura inferiore rispetto alla decrescita del secondo trimestre. Dopodiché, grazie all'adozione di provvedimenti restrittivi più mirati e all'annuncio della disponibilità ed efficacia dei primi vaccini, si sono rafforzate le prospettive di crescita pur continuando a registrare una diminuzione del PIL.

I meccanismi che hanno innescato la crisi economica in questione sono diversi. In primo luogo, sono state sconvolte sia dal lato dell'offerta che dal lato della domanda le complesse catene con cui materie prime, semilavorati e prodotti finiti venivano trasportati nel mondo. Infatti, i lockdown in molti dei paesi coinvolti a partire dalla Cina hanno interrotto tali meccanismi comportando un aumento dei costi di trasporto internazionali. Dal lato della domanda, invece, si sono registrate forti riduzioni a livello globale soprattutto nei settori automobilistico e del turismo: si è verificata una diminuzione degli investimenti e dei consumi privati a causa della maggiore incertezza finanziaria e sanitaria che, a sua volta, ha portato ad un incremento dei risparmi.

In risposta alla situazione venutasi a creare, le banche centrali e i governi dei principali paesi avanzati hanno adottato rispettivamente politiche monetarie e fiscali espansive per tutto il periodo pandemico al fine di sostenere famiglie e imprese. In particolare, gli stati membri dell'Unione Europea hanno sempre cercato di supportare le loro economie: è possibile affermare che tutti i paesi UE abbiano adottato

pacchetti fiscali volti a rafforzare i rispettivi sistemi sanitari e supportare i settori industriali coinvolti. Di conseguenza, il debito pubblico è aumentato nei paesi in questione.

Da alcuni studi condotti sull'economia della Cina e altre nazioni nel mondo (Kraemer et al. 2020; Chinazzi et al. 2020; Tian et al. 2020, Hsiang et al. 2020), è emerso che i paesi che hanno attuato misure di contenimento più rigorose, quali Cina e Italia, e che sono intervenuti tempestivamente, come è stato il caso di Nuova Zelanda e Vietnam, potrebbero aver ridotto il numero di casi confermati di oltre il 90% rispetto a coloro che non abbiano disposto i medesimi interventi. Se, tuttavia, in questo modo si è contribuito a salvare vite umane ponendo così le basi per una maggiore crescita nel medio termine (Barro e al. 2020), è anche probabile che, allo stesso tempo, ciò abbia condotto a perdite economiche senza precedenti nel breve termine. In ogni caso, gli interventi fiscali attuati durante la crisi hanno rivestito un ruolo importante nell'attenuare l'impatto delle misure di contenimento sull'economia: sono risultate maggiori le perdite economiche a breve termine in quei paesi dove non sono state disposte misure di emergenza volte a fornire liquidità alle imprese, aziende e famiglie durante il lockdown.

Inoltre, è stato dimostrato che la chiusura delle scuole e l'annullamento di eventi pubblici siano state non solo le disposizioni più efficaci per contenere la diffusione del virus, ma anche quelle che hanno inficiato meno sull'attività economica. Dall'altro lato, invece, la chiusura degli

uffici e le pesanti restrizioni poste ai viaggi internazionali hanno impattato maggiormente sotto tale profilo, pur contribuendo in modo significativo alla riduzione dei contagi¹³.

Un ultimo effetto della pandemia menzionabile in questo ambito è la diminuzione del tasso globale di occupazione in rapporto alla popolazione, nonostante non siano stati colpiti tutti allo stesso modo. Infatti, i soggetti maggiormente coinvolti sono stati le donne, i giovani e coloro che presentavano un livello di istruzione medio-basso. Nel caso degli Stati Uniti, il bacino si allarga anche alle etnie degli afroamericani e degli ispanici.

Per concludere, la pesante recessione globale verificatasi specialmente nei primi due trimestri del 2020 in pressoché tutte le economie sviluppate ed emergenti ha richiesto misure straordinarie di politica fiscale e monetaria che hanno contribuito ad assorbire parzialmente gli shock causati dalla crisi. L'efficacia delle campagne vaccinali nei paesi avanzati ha consentito, a partire dalla seconda parte del 2021, un allentamento delle misure attuate per il contenimento della diffusione virus e una ripresa generalizzata dell'economia mondiale. Tuttavia, nonostante quest'ultima sia stata significativa, soprattutto nei paesi avanzati, si stima che essi siano destinati a operare al di sotto della propria capacità produttiva almeno fino al 2024. La pandemia ha, infatti,

¹³ Deb P., Furceri D., Ostry J.D. et al. (2022), "The Economic Effects of Covid-19 Containment measures", *Open Econ Rev.*

portato a conseguenze importanti nelle economie di tutti i paesi coinvolgendo sia i sistemi produttivi che gli scambi internazionali.

2.2.2 Le conseguenze sociali della pandemia

Sotto il profilo sociale, le conseguenze negative più significative si riscontrano nell'ambito del mercato del lavoro, con effetti differenti per genere e etnia dei lavoratori, ma anche per livello di istruzione e settore di attività.

Le condizioni del mercato del lavoro sono peggiorate repentinamente nella primavera del 2020 in termini di ore lavorative e disoccupazione. Si è riscontrato in seguito un miglioramento, ma l'occupazione si è attestata comunque a livelli inferiori rispetto al periodo precedente la crisi, soprattutto negli Stati Uniti. Qui, infatti, gli interventi del governo si sono concentrati principalmente sui sussidi di disoccupazione, anziché su programmi di integrazione salariale come avvenuto in altri paesi. Nel periodo compreso tra aprile e maggio 2020, si è stimato che per ogni 10 giorni aggiunti di lockdown, il tasso di occupazione sia diminuito dell'1,7%¹⁴. Si prospetta anche un forte decremento nel tasso di partecipazione al mercato del lavoro nel lungo periodo, a causa dell'aumento di lavoratori scoraggiati, ossia coloro che smettono di

¹⁴ S. Gupta, L. Montenovo, T.D. Nguyen, F.L. Rojas, I.M. Schmutte, K.I. Simon, B.A. Weinberg, C. Wing, *Effects of Social Distancing Policy on Labor Market Outcomes*, NBER Working Paper 27280, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA 2020.

cercare un'occupazione¹⁵. In Figura 4, è possibile studiare, da gennaio 2019 a novembre 2020, l'andamento del tasso di disoccupazione per i paesi OECD in percentuale alla forza lavoro: il grafico mostra che l'area OECD ha registrato il picco massimo di disoccupazione ad aprile 2020, con una percentuale dell'8,75%.

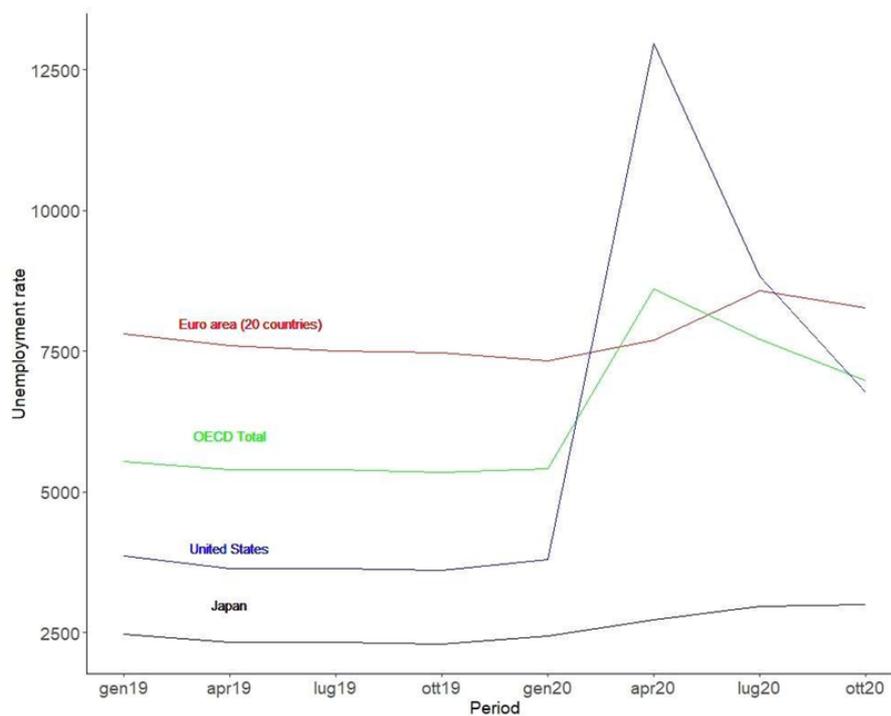


Figura 4, Rielaborazione della rappresentazione del tasso di disoccupazione (% forza lavoro) gennaio 2019-novembre 2020, Fonte: OECD Statistics, <https://www.oecd.org/employment.htm>

¹⁵ O. Coibion, Y. Gorodnichenko, M. Weber, *Labor Markets During the COVID-19 Crisis: A Preliminary View*, NBER Working Paper No. 27017, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA 2020.

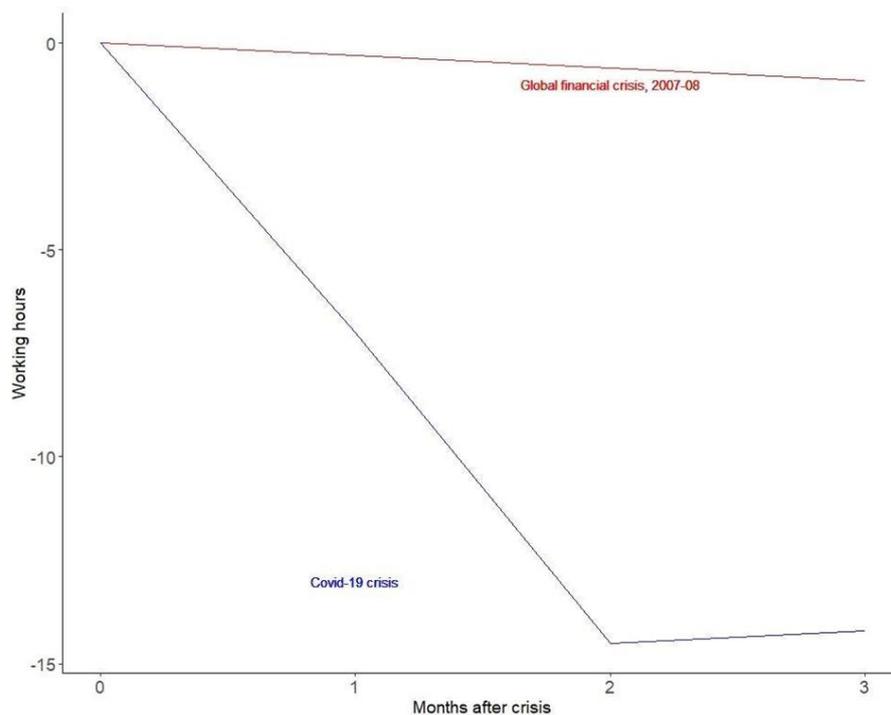


Figura 5, Rielaborazione della rappresentazione dell'impatto del Coronavirus sul numero di ore lavorate a tre mesi dall'inizio della crisi. Fonte: OECD Statistics, <https://www.oecd.org/employment-outlook/2020/>

In termini di riduzione del numero di ore lavorate, il Covid-19 ha avuto un impatto di dieci volte superiore rispetto a quello della crisi finanziaria globale del 2008, come è osservabile nel grafico in Figura 5.

La pandemia ha, inoltre, indubbiamente prodotto effetti negativi sulla salute e il benessere dei cittadini in diversi ambiti. Si possono menzionare il peggioramento delle malattie croniche, causato soprattutto dall'emergenza sanitaria che ha ostacolato tutte le normali attività mediche, ma anche i crescenti livelli di stress e disturbi d'ansia dovuti alle misure di isolamento. Inoltre, assume rilievo in questo contesto il tema delle disuguaglianze, aumentate non poco dall'inizio della pandemia. Ad esempio, dal rapporto Istat riguardo le stime sulla spesa per consumi delle famiglie e sulla povertà assoluta in Italia è

emersa nel 2021 una certa stabilità nell'incidenza della povertà: risulta che essa sia, tuttavia, dovuta ad una riduzione delle famiglie e degli individui in povertà assoluta al Nord controbilanciata da un loro aumento al Sud.

Tabella 2, Differenze nella povertà di famiglie e individui tra Nord Italia e Mezzogiorno. Fonte: Istat

	Nord	Mezzogiorno
Famiglie	6,7%	10%
Individui	8,2%	12,1%

Come rappresentato in Tabella 2, nel Mezzogiorno la povertà riguarda il 10% delle famiglie e il 12,1% degli individui contro il rispettivamente 6,7% e 8,2% del Nord. Tuttavia, il dato che salta maggiormente all'occhio nel rapporto concerne i minorenni: la quota di minori in povertà, già fortemente aumentata tra il 2019 e il 2020, è cresciuta di ulteriori 0,7 punti percentuali nel 2021. Si può aggiungere anche che a soffrire maggiormente la povertà siano le famiglie più numerose: il rischio di rimanere in povertà assoluta è tendenzialmente proporzionale al numero di componenti. Infatti, nel 2021 risultava che la quota di famiglie in povertà formate da cinque o più persone fosse pari al 22,5%, in crescita di ben due punti percentuali rispetto al 2020¹⁶.

¹⁶ M. Baldini, M.Taddei, "A un anno dal Covid la povertà non cala", 2021, <https://lavoce.info/archives/93661/a-un-anno-dal-covid-la-poverta-non-cala>.

In aggiunta a ciò, non è da sottovalutare l’impatto della didattica a distanza in questo contesto: è risultato da alcuni studi¹⁷ che in determinati paesi i livelli di ansia, stress, solitudine e noia siano aumentati e che il numero di bambini e ragazzi con sintomi di malessere grave rispetto al periodo pre-pandemico sia maggiore. Per esempio, in Germania la percentuale dei soggetti tra gli 11 e i 17 anni che dichiarava di soffrire di ansia nel periodo pre-Covid era pari al 15%. Durante la pandemia, si è arrivati ad una percentuale del 24%. E ancora, nei Paesi Bassi, alcuni ragazzi tra gli 8 e i 18 anni hanno manifestato un aumento dei disturbi di ansia, passando da una percentuale del 9%, registrata prima dell’avvento della pandemia, al 17% post Covid-19¹⁸ (v. Tabella 3).

*Tabella 3, Disturbi di ansia in Germania e Paesi Bassi nel periodo pre-Covid e durante la pandemia.
Fonte: F. Borgonovi, "Effetto pandemia sulla scuola", 2022*

	Periodo pre-Covid	Periodo pandemico
Germania	15%	24%
Paesi Bassi	9%	17%

¹⁷ Thorn, W. and S. Vincent-Lancrin (2021), *Schooling During a Pandemic: The Experience and Outcomes of Schoolchildren During the First Round of COVID-19 Lockdowns*, OECD Publishing, Paris.

¹⁸ F. Borgonovi, "Effetto pandemia sulla scuola", 2022, <https://lavoce.info/archives/93062/effetto-pandemia-sulla-scuola>

Per concludere, è chiaro che la pandemia abbia avuto serie ripercussioni su più fronti: a cominciare da quello economico, per proseguire con quello sociale e, a finire, con la sfera della salute fisica e mentale. Non si può negare che molti dei suoi effetti siano ancora in fase di studio ma, ad oggi, è possibile già affermare che conviveremo con le conseguenze di questa pandemia ancora a lungo.

Capitolo 3. Cosa ci aspetta in futuro?

3.1 Crisi del 2008: che cosa è accaduto

Nonostante siano ormai trascorsi più di dieci anni, ad oggi si parla ancora molto della crisi del 2008 a causa dell'enorme impatto che ha avuto sull'economia mondiale. La bancarotta della banca d'affari statunitense Lehman Brothers e il collasso della più grande compagnia di assicurazioni del mondo, la AIG, hanno scatenato una crisi finanziaria di portata globale con una conseguente recessione che è costata decine di migliaia di miliardi di dollari.

La crisi finanziaria del 2008 rappresenta, quindi, la più lunga e profonda recessione per tutti i paesi del mondo dai tempi della Grande Depressione degli anni '30 del 1900. Si è innescata alla fine del 2007 in seguito allo scoppio della bolla immobiliare statunitense, ma per comprendere bene quanto accaduto è necessario fare un piccolo passo indietro.

I presupposti risalgono al 2003, quando è iniziata ad aumentare in modo significativo la stipula di mutui ad alto rischio, ossia quelli concessi a clienti che in condizioni normali non avrebbero ottenuto credito poiché non sarebbero stati in grado di fornire sufficienti garanzie. Infatti, a partire dal 2001 ci furono una serie di diminuzioni del prime rate, vale a dire il tasso di interesse applicato dalle banche ai prestiti concessi ai clienti meno rischiosi. Ciò ha permesso di stipulare mutui ipotecari a tassi molto inferiori rispetto a quanto accadeva in precedenza. A partire

dal 2000 e fino alla metà del 2006, negli Stati Uniti i prezzi delle abitazioni sono aumentati in maniera costante e significativa, generando una vera e propria bolla immobiliare. Tale dinamica era favorita dalla politica monetaria adottata dalla Federal Reserve, che aveva mantenuto i tassi di interesse su valori bassi fino al 2004. Ciò equivaleva a un basso costo del denaro per le famiglie che richiedevano mutui ipotecari e conduceva, pertanto, ad una maggiore domanda di abitazioni e ad un aumento ulteriore dei relativi prezzi. Inoltre, la diffusione dei mutui subprime è stata sostenuta dallo sviluppo delle operazioni di cartolarizzazione, ossia dalla possibilità per gli istituti creditizi di trasferire a terzi i mutui dopo averli trasformati in un titolo e, così facendo, di recuperare immediatamente buona parte del credito che altrimenti avrebbero riscosso solo al termine dei mutui. Grazie a questo strumento le banche realizzavano profitti molto elevati, ma le esponeva al rischio di perdite ingenti anche perché la valutazione del rischio dei clienti a cui venivano concessi i mutui diventò sempre meno accurata. È stato il vasto utilizzo dei mutui subprime negli USA e in Europa a creare i presupposti per la trasmissione della crisi dall'economia statunitense alle economie europee.

All'inizio del 2004 la FED ha cominciato ad alzare i tassi di interesse in risposta alla ripresa dell'economia statunitense, rendendo sempre più costosi i mutui. Per questo, la domanda di nuove abitazioni anche tra i mutuatari è diminuita: a causa dell'aumento dei tassi, la maggior parte dei mutuatari cosiddetti subprime non poteva più sostenere il

pagamento delle rate. Le istituzioni finanziarie più coinvolte nell'erogazione di questa tipologia di prestiti registrarono pesanti perdite. In aggiunta a ciò, da luglio 2007 e per tutto il 2008 ci furono vari declassamenti del merito di credito di titoli cartolarizzati da parte delle agenzie di rating: essi, ormai ampiamente diffusi sul mercato, avevano perso così ogni valore e non erano più liquidabili. Questo costrinse le società veicolo a chiedere fondi alle banche che li avevano emessi, ma non tutte riuscirono a reperire la liquidità necessaria per soddisfare tali richieste, poiché nessun istituto finanziario era disposto a fare loro credito. Infatti, il mercato interbancario sperimentò un forte aumento dei tassi e una significativa contrazione della disponibilità delle banche a concedere credito ad altri istituti finanziari. Dalla crisi di fiducia, quindi, si sviluppò una crisi di liquidità.

Le banche e le società di investimento, a questo punto, provarono a chiedere aiuto al governo, fusioni con aziende più sane o dichiararono bancarotta. La banca di investimento Lehman Brothers non ricevette aiuti statali né supporto da soggetti privati, così fu costretta ad avviare le procedure fallimentari il 15 settembre 2008. La sua insolvenza innescò una nuova fase di intensa instabilità: la decisione delle Autorità americane di lasciare fallire una grande istituzione finanziaria, rilevante anche a livello internazionale, scosse molto la fiducia degli operatori alimentando un clima di tensione e incertezza sui mercati. Il default Lehman Brothers generò preoccupazioni riguardo la solidità di altre banche d'affari e, inevitabilmente, la fiducia dei consumatori nei

confronti dell'economia diminuì drasticamente. Di conseguenza, gli americani iniziarono a ridurre le proprie spese in previsione dei duri tempi che li avrebbero attesi: tale elemento inficiò, ulteriormente, in modo negativo sulle imprese.

In breve tempo, si era verificata una caduta di reddito e occupazione. Ad essa seguirono la restrizione del credito bancario a famiglie e imprese, il crollo dei mercati azionari e dei prezzi delle abitazioni: l'aggravarsi della crisi spinse poi il governo americano ad intervenire con un piano di salvataggio del sistema finanziario, tramite operazioni di nazionalizzazione e programmi di acquisto di titoli privati.

Come menzionato in precedenza, per effetto dell'esposizione diretta o indiretta delle banche di alcuni paesi europei al fenomeno dei mutui subprime il contagio si estese presto anche all'Europa: la crisi toccò per prima Northern Rock, quinto istituto di credito britannico specializzato nei mutui immobiliari, oggetto a metà settembre del 2007 di una corsa agli sportelli. La Banca centrale britannica scelse di procedere alla nazionalizzazione dell'istituto, impegnando circa 110 miliardi di sterline. Furono, inoltre, predisposti da Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo e Svezia consistenti piani di salvataggio per gli istituti di credito in difficoltà. Nel complesso gli aiuti erogati dai governi alle banche dei rispettivi sistemi nazionali raggiunsero i 3.166 miliardi di euro in Europa, sotto forma di garanzie (2.443 miliardi), ricapitalizzazioni (472 miliardi) e linee di credito e prestiti (251 miliardi; dati MBRES a dicembre 2013). Tuttavia, i

salvataggi bancari aumentarono in modo significativo il debito pubblico dei paesi coinvolti, il che è stato il presupposto della cosiddetta crisi del debito sovrano¹⁹. In Italia, invece, non furono predisposti significativi interventi di sostegno pubblico per il sistema bancario fino alla fine del 2011. Infatti, le maggiori difficoltà per le banche italiane sono da ricondurre alla crisi del debito sovrano, acuitasi dalla metà del 2011.

Da questa breve trattazione è già possibile comprendere che si parla qui di una profonda e lunga recessione, la quale ha non solo coinvolto in breve tempo tutte le economie mondiali ma ha avuto, come si leggerà nel prossimo paragrafo, pesanti ripercussioni per diversi anni.

3.1.1 Effetti e conseguenze della crisi del 2008

Indubbiamente, una crisi di tale entità ha generato per la società conseguenze che vanno ben oltre l'impatto fiscale diretto; per esempio, tra esse rientrano l'effetto sui redditi, sui salari e sulla creazione di posti di lavoro per l'economia statunitense, tanto che la crescita economica degli Stati Uniti è diminuita notevolmente e il mercato del lavoro è diventato più debole.

È bene specificare che, comunque, l'economia statunitense stava già registrando un rallentamento nella prima metà del 2008, a causa del crollo dei prezzi delle abitazioni iniziato nel 2006 e della contrazione del mercato del credito. Di conseguenza, nel 2008 tale fenomeno si è acuito

¹⁹ Consob, "La Crisi finanziaria del 2007-2009", <https://www.consob.it/web/investor-education/crisi-finanziaria-del-2007-2009>.

trasformandosi in una forte recessione. Questo ha rappresentato uno shock negativo per la fiducia degli americani nell'economia e nella capacità del governo di affrontare la crisi: le famiglie hanno smesso di spendere e le imprese hanno interrotto assunzioni e progetti di investimento. L'economia ha registrato un calo del PIL del 5,4% e del 6,4% rispettivamente nell'ultimo trimestre del 2008 e nel primo trimestre del 2009, i sei mesi peggiori per la crescita economica dal 1958. Ciò, insieme alla perdita di posti di lavoro, si è tradotto in una perdita di salari per le famiglie americane pari 360 miliardi di dollari nei cinque trimestri compresi tra ottobre 2008 e dicembre 2009. Infine, il tasso di povertà è aumentato tra il 2007 e il 2008, passando dal 9,8% al 10,3%: questo significa che 395.000 famiglie sono cadute in povertà in quell'arco di tempo²⁰. Inoltre, Dall'inizio della crisi, a dicembre 2007, fino alla sua fine, a giugno 2009, negli Stati Uniti il PIL reale è diminuito del 4,3% e la disoccupazione è passata dal 5% al 9,5%, raggiungendo un picco del 10% nell'ottobre del 2009²¹.

Dall'altro lato, l'economia europea, dopo essersi lentamente ripresa dal crollo della bolla delle dot com, aveva performato bene nel 2006 e 2007 tanto che, quando è iniziata la crisi economica negli Stati Uniti, si pensava che sarebbe riuscita ad evitarne l'impatto nefasto. Tuttavia, come è ben risaputo, non è stato così: il tasso di disoccupazione ha

²⁰ Swagel P. (2009), "The Cost of the Financial Crisis: The Impact of the September 2008 Economic Collapse", Pew Economic Policy Group: Financial Reform Project.

²¹ Duignan B., "Great Recession". *Encyclopedia Britannica*, (2023), <https://www.britannica.com/topic/great-recession>

superato il 9% tra il 2008 e il 2009, per poi proseguire nel 2009 con una domanda interna sempre molto debole e una disoccupazione che è salita al 9,4%.²²

In aggiunta a ciò, è stato rilevato un aumento dei suicidi durante la crisi finanziaria da cui sono stati affetti, in particolar modo, uomini in età lavorativa e disoccupati. Tra le donne, invece, la situazione è rimasta pressoché inalterata²³. È emersa, tra l'altro, un'associazione tra il deterioramento degli indicatori economici e una compromessa salute mentale, soprattutto tra gli uomini. Per esempio, uno studio condotto da De Vogli, Vieno e Lenzi (2014)²⁴ afferma che in Italia la crisi ha provocato 548 morti in più a causa di disturbi mentali e comportamentali, vale a dire un aumento dello 0,5 %, attribuibili per il 16,4% alla disoccupazione. Anche in Grecia si sono ottenuti risultati simili: utilizzando indagini telefoniche longitudinali Drydakis (2015)²⁵ ha concluso che tra il 2010 e il 2013 si può osservare un legame più forte tra la disoccupazione e una salute mentale debole rispetto a quanto è accaduto tra il 2008 e il 2009. Fra l'altro, è presente un peggioramento della salute mentale sia nelle donne che negli uomini per la perdita di posti di lavoro rispettivamente del 3% e 1,9%.

²² D'Amario S. (2010), "La crisi economica nel 2009: origini ed effetti", INAIL.

²³ Parmar D., Stavropoulou C., Ioannidis J. (2016), Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe : systematic literature review, *BMJ*.

²⁴ De Vogli R., Vieno A., Lenzi M. (2014), Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the Great Recession (2008-10) in Italy: a time trend analysis. *Eur J Public Health*, 24:419-21.

²⁵ Drydakis N. (2015), The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis, *Soc Sci Med*, 128:43-51.

Sulla rivista *Lancet*²⁶ sono stati pubblicati ulteriori risultati in materia che dimostrano la correlazione tra una maggiore disoccupazione e un aumento dei suicidi.

In Figura 6 si mostra che sia nei vecchi (pre-2004) che nei nuovi Stati membri dell'UE la disoccupazione non è aumentata fino al 2009, quando è subentrata la crisi finanziaria. In seguito, sono stati rapidamente persi molti posti di lavoro, circa il 35% in più rispetto al 2007 e i Paesi inficiati in modo più significativo dal punto di vista finanziario, come la Grecia e l'Irlanda, hanno registrato un aumento maggiore dei suicidi rispetto agli altri: si parla di una variazione rispettivamente del 17% e 13%.

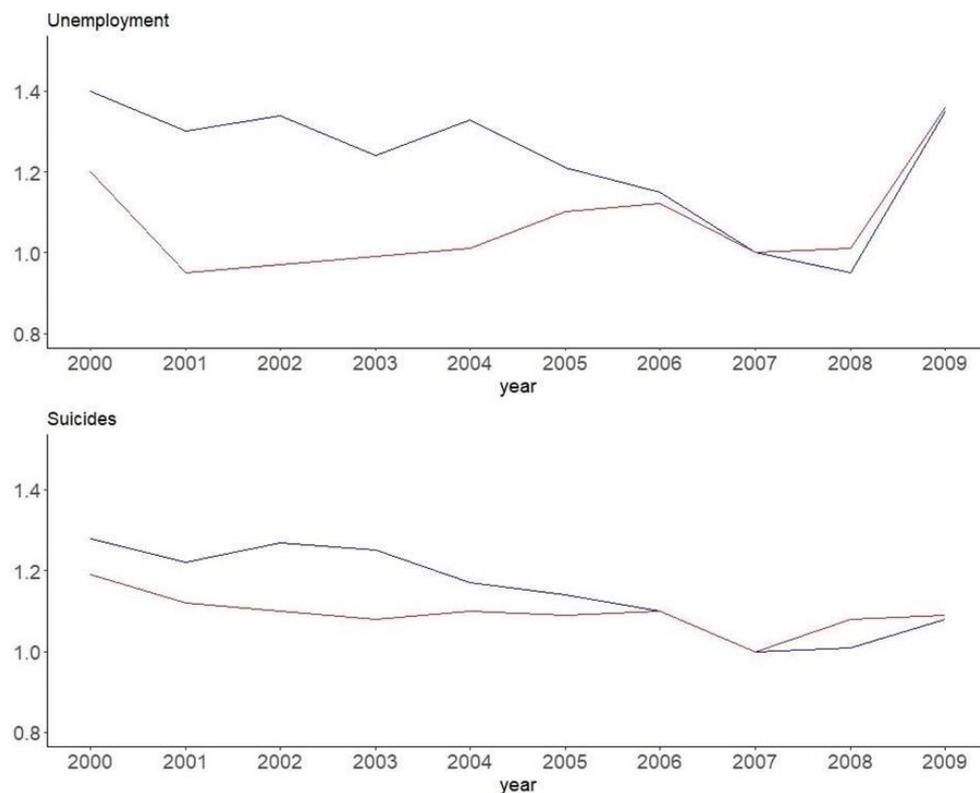


Figura 6, Rielaborazione della rappresentazione delle variazioni indicizzate al 2007 nella disoccupazione tra gli adulti e dei tassi di suicidio standardizzati per età (0-64 anni) nei vecchi (pre-2004) e nei nuovi Stati membri dell'Unione europea. Fonte: *The Lancet*

²⁶ Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mckee M. (2011), Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, *The Lancet*, **378**:124-125.

In aggiunta a ciò, l'effetto della crisi finanziaria sui sistemi sanitari europei è stato inevitabile. I diversi Paesi hanno risposto con politiche diverse: molti hanno ridotto il budget destinato alla salute e altri hanno dovuto introdurre cambiamenti strutturali. In generale, l'ammontare di finanziamento pubblico destinato all'istruzione e alla sanità è soggetto a fluttuazioni nel tempo, soprattutto per quanto riguarda la prima. Si è altresì notato che le crisi hanno sì un effetto sulla spesa pubblica e su quella delle famiglie, ma esso varia a seconda della loro gravità e della ciclicità della spesa pubblica. In primo luogo, quest'ultima è correlata positivamente al reddito, di conseguenza sono i paesi più poveri ad avere maggiori probabilità di ridurla in caso di crisi. Al contrario, diventando essi più ricchi proteggono maggiormente la spesa sociale. In secondo luogo, generalmente in fase di recessione governi e famiglie salvaguardano più l'istruzione che la salute²⁷.

In conclusione, da questi dati emerge non solo il forte impatto economico che la crisi del 2008 ha avuto nei paesi colpiti, ma anche le conseguenze provocate sotto il profilo della salute. Dagli studi si può osservare che ad essere stata compromessa in modo significativo sia stata anche la salute mentale degli individui e di coloro che hanno perso il lavoro, tanto da condurne molti al suicidio.

²⁷ Lewis M., Verhoeven M., (2010), Financial Crises and Social Spending: the Impact of the 2008-2009 Crisis, World Bank.

3.2 Covid-19: possibili scenari futuri

3.2.1 Confronto con la crisi del 2008

Indubbiamente le recessioni qui prese in considerazione presentano varie differenze, prima fra tutti la natura delle due crisi, ma hanno anche degli elementi in comune su cui vale la pena soffermarsi.

Come ha rilevato Marc-Olivier Strauss-Kahn²⁸, entrambe le crisi condividono, in primo luogo, l'incertezza e una diffusione a livello globale. Hanno, inoltre, presentato dei crolli iniziali analoghi delle borse dei principali paesi e sono state qualificate come le più imponenti dalla Grande Depressione. Infine, un ultimo elemento che accomuna le due crisi sono state le reazioni da parte dei governi: per limitare gli shock le politiche monetarie e fiscali essi hanno fornito in entrambi i momenti un importante sostegno, con un intervento significativo delle autorità pubbliche.

Tuttavia, come menzionato in precedenza, ci sono anche una serie di differenze²⁹. Innanzitutto, il processo che le ha innescate non è stato lo stesso: lo shock sanitario ha colpito prima il settore reale e la produzione, poi il lato della domanda. La crisi da COVID-19 si è diffusa rapidamente in tutto il mondo a causa delle catene di approvvigionamento strettamente correlate e del contagio: è stato questo shock dell'offerta a intaccare in seguito il settore finanziario e il

²⁸ Strauss-Kahn M.O. (2020), "Can we compare the COVID-19 and 2008 crisis?", SUERF Policy Note, Issue No 164.

²⁹ Strauss-Kahn M.O. (2020), "Can we compare the COVID-19 and 2008 crisis?", SUERF Policy Note, Issue No 164.

lato della domanda. Nel 2007-08, invece, è accaduto il contrario: è stato colpito prima il lato della domanda per poi trasformarsi nella Grande Recessione del 2009. Un'altra differenza che si può citare è la tempistica delle politiche messe in atto: nel 2020 le autorità pubbliche, dovendo affrontare un impatto più profondo, sembravano avere margini di reazione più limitati. Nonostante all'inizio di quest'anno si temesse che le banche centrali fossero a corto di munizioni, traendo insegnamento dalla crisi finanziaria globale, le banche centrali sono state particolarmente rapide nel reagire. Non solo sono intervenute quasi immediatamente, ma hanno anche apportato delle innovazioni.

questo shock dell'offerta a intaccare in seguito il settore finanziario e il lato della domanda. Nel 2007-08, invece, è accaduto il contrario: è stato colpito prima il lato della domanda per poi trasformarsi nella Grande Recessione del 2009. Un'altra differenza che si può citare è la tempistica delle politiche messe in atto: nel 2020 le autorità pubbliche, dovendo affrontare un impatto più profondo, sembravano avere margini di reazione più limitati. Nonostante all'inizio di quest'anno si temesse che le banche centrali fossero a corto di munizioni, traendo insegnamento dalla crisi finanziaria globale, le banche centrali sono state particolarmente rapide nel reagire. Non solo sono intervenute quasi immediatamente, ma hanno anche apportato delle innovazioni.

3.2.2 Cosa accadrà in futuro?

A questo punto, si può ipotizzare che le due crisi, condividendo diversi elementi, potrebbero condurre a conseguenze simili. In particolare, nella restante parte del paragrafo la riflessione verterà sui possibili effetti sulla salute delle crescenti disuguaglianze causate dalla pandemia, tenendo conto di quanto verificatosi con la crisi del 2008 e della stretta interdipendenza tra le condizioni socioeconomiche di un individuo e il suo benessere.

In primo luogo, nel contesto di una pandemia la posizione sociale oltre ad incidere sulla probabilità di essere esposti al virus, di contrarre la malattia in forma più o meno severa e sul trattamento della stessa dopo il suo sviluppo, ha ripercussioni anche sotto il profilo economico e psicologico. Dunque, la diversa esposizione ai fattori di rischio può produrre livelli differenti di malattia e decesso, ma non solo: possono emergere problematiche non legate direttamente alla diffusione del virus e al contagio. Infatti, non devono essere sottovalutate le conseguenze sociali che ne derivano: in particolare, misure quali il lockdown o la crisi economica possono determinare nel lungo periodo un peggioramento del benessere generale della popolazione. Questo perché tra le misure di prevenzione le due appena citate generano un aumento rilevante del livello di stress tra gli individui e, come noto, lo stress è ritenuto nel lungo periodo responsabile di numerose malattie psicosomatiche e psicologiche, incidendo negativamente sul benessere fisico. In particolare, durante una pandemia lo stress può avere origine dal rischio

percepito di ammalarsi o che si ammali una persona cara. Tale scenario viene visto come fuori dal proprio controllo, creando un senso di impotenza. A ciò si aggiunge l'incertezza legata al rischio di perdere il posto di lavoro o di essere collocati in cassa integrazione: veder minacciato il proprio reddito dà luogo a preoccupazioni sulla capacità di far fronte alle spese quotidiane, accrescendo il livello di stress. Viceversa, disporre di un buon patrimonio, un livello di istruzione elevato o di un'occupazione altamente qualificata permette di contenere lo stress generato dai rischi reali e percepiti. Un altro elemento da sottolineare è che l'isolamento potrebbe comportare un cambiamento negli stili di vita, sia in senso positivo che negativo. Naturalmente, se i cambiamenti in senso peggiorativo interessano le fasce più vulnerabili della popolazione, provocando ad esempio un incremento del consumo di alcol e/o tabacco, allora le disuguaglianze di salute potrebbero ulteriormente aumentare.

La seconda conseguenza della pandemia è la difficile crisi economica che ne è derivata. Dalle recessioni economiche passate è emerso che, seppure ci siano stati degli effetti positivi sulla salute nel breve periodo, come la riduzione degli incidenti stradali e sul lavoro, nel lungo periodo quelli negativi sono stati prevalenti. La maggiore disoccupazione induce a sacrificare il benessere personale e familiare a causa di mancanza di risorse da destinarvi. Inoltre, l'insicurezza e lo stress legati alla perdita del posto di lavoro e alle difficoltà economiche sono importanti fattori di rischio in grado di impattare la salute psicologica e mentale (Moscone et

al. 2016) e fisica (Mucci et al. 2016). La crisi economica, che presto si trasforma anche in crisi sociale, colpisce più duramente i soggetti e le famiglie maggiormente vulnerabili, ossia coloro che già dispongono di minori risorse economiche, aumentando così le iniquità di salute³⁰.

Un altro dei principali effetti della pandemia è stato diminuire l'erogazione di servizi medici non destinati alla cura del COVID-19, con inevitabili peggioramenti di patologie croniche o altre categorie comunque bisognose di assistenza alternativa. In aggiunta a ciò, si sono verificate ulteriori disparità tra chi poteva permettersi un'assistenza privata e coloro che, non avendo risorse sufficienti per farlo, hanno dovuto usufruire esclusivamente dell'assistenza pubblica³¹.

Infine, anche il nostro sistema sanitario pubblico colpito intensamente dalla pandemia si dovrà confrontare con gli effetti della crisi economica. Infatti, in tali situazioni i governi spesso adottano misure di austerità al fine di contenere la spesa pubblica, ma tali tagli in passato hanno riguardato in misura consistente l'assistenza sanitaria e sociale (Van Gool and Pearson 2014). Non a caso nel nostro paese il finanziamento pubblico nell'ultimo decennio ha subito una drastica contrazione. La crescita percentuale della spesa sanitaria pubblica negli anni 2009-2018 è aumentata solo del 10%, contro la media OCSE del 37% (European House Ambrosetti 2018). Di conseguenza, queste scelte rischiano

³⁰ Terraneo M. (2020), Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica, *Sociologia italiana*, **16**:87-97.

³¹ Citoni G., De Matteis D., Giannoni M. (2020), "Disuguaglianze socioeconomiche in salute, equità nell'accesso e nel finanziamento dei servizi sanitari in Italia: quale evoluzione in tempi di SARS-COV-2?", *Sistema Salute*, **64**:217-219.

accrescere le disuguaglianze nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari, il che si traduce in un rischio più alto di malattia per gli individui e, ancora, in un aumento delle disparità nelle condizioni di salute (Terraneo 2015)³².

Per concludere, si può affermare che il rischio di assistere a maggiori disuguaglianze di salute nei prossimi anni è concreto, considerate le pesanti conseguenze della pandemia sullo status socioeconomico della popolazione, in particolare delle fasce più deboli, nonché la possibilità di tagli nei finanziamenti destinati alla sanità. Riguardo quest'ultimo aspetto, è opportuno fare una breve riflessione. Si sente spesso discutere delle minori risorse destinate al settore, se effettivamente siano sufficienti a fare fronte alle crescenti necessità degli individui nonché al contesto economico in mutamento che stiamo vivendo: è importante sottolineare che, se le previsioni qui illustrate si avvereranno, ci saranno più persone da prendere in carico essendo il nostro un sistema sanitario pubblico, il che potrebbe condurre quest'ultimo a un sovraccarico se non adeguatamente preparato a ciò. A riguardo, è importante specificare che il nostro sistema sanitario non solo è pubblico, ma è caratterizzato dalla centralità del diritto alla salute, il quale è costituzionalmente garantito a tutti i cittadini indistintamente. Qualora le disuguaglianze continuassero ad accentuarsi, non solo tale

³² Terraneo M. (2020), Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica, *Sociologia italiana*, 16:87-97.

principio cardine ne verrebbe affetto, ma ci sarebbe una collisione con uno dei diritti fondamentali della nostra costituzione.

È chiaro che attualmente non si possono ancora avere certezze sull'effettivo verificarsi di questo fenomeno, in quanto dovrà passare ancora del tempo prima che si possa avere un riscontro, ma è difficile negare che il pericolo che ciò accada non sussista avendo davanti le informazioni in materia dalla crisi del 2008, i numerosi studi sull'argomento e i primi dati emergenti.

Conclusioni

Innanzitutto, nel primo capitolo ci si è soffermati sul rapporto tra reddito, istruzione e salute, e si può affermare senza ombra di dubbio che vi sia un forte legame tra i tre, come emerge dai vari studi citati. Non a caso, i paesi OECD, vale a dire quelli più sviluppati dal punto di vista economico, hanno una speranza di vita maggiore, sebbene influisca in maniera significativa anche la distribuzione di reddito. Inoltre, tra le persone con un livello minore di istruzione si possono riscontrare in misura più ampia determinate malattie, quali ipertensione e diabete, e una scarsa attitudine a aderire a programmi di screening e prevenzione. Dopodiché, sono state messe in luce le diverse conseguenze della crisi economica generata dalle misure restrittive attuate durante la pandemia: assumono particolare rilievo l'aumento della disoccupazione, la diminuzione di reddito e, in generale, le pesanti perdite specialmente in alcuni settori. Tuttavia, ci sono stati riscontri anche sotto il profilo sociale e psicologico: sono insorti negli individui più ansia, stress e senso di insicurezza e la povertà è cresciuta. Sono, tra l'altro, peggiorate le condizioni di salute di coloro che soffrivano di malattie croniche, ai quali sono state rivolte meno attenzioni da parte delle strutture sanitarie a causa del sovraccarico che si è verificato.

Si è poi passati ad illustrare quanto accaduto nel 2008 con la crisi finanziaria, dove si sono riscontrati effetti simili su tutti i fronti, a partire da quello economico. C'è stato un notevole aumento della povertà e

disoccupazione, generando anche in questo caso stress e insicurezza legata al posto di lavoro. Il tutto ha condotto a una notevole diffusione di malattie mentali, sfociate spesso in suicidi.

Per concludere, nella parte finale della trattazione è stato fatto, in primo luogo, un confronto tra tale crisi e quella da Covid-19: avendo le due varie somiglianze, si può immaginare che negli anni a venire ci saranno conseguenze analoghe a quelle del 2008. Le evidenze e quanto accaduto durante quegli anni ci suggeriscono che le maggiori disuguaglianze socioeconomiche avranno un impatto importante anche in questa occasione sulla salute delle persone: innanzitutto, il lockdown, come le altre misure di contenimento del virus, hanno avuto un forte effetto dal punto di vista psicologico, incidendo indubbiamente sui livelli di stress. Come risaputo, quest'ultimo è ritenuto responsabile di diverse malattie psicosomatiche e psicologiche, ma chi possiede un buon patrimonio o livello di istruzione è più probabile che riesca a contenerne gli effetti negativi. In aggiunta a ciò, solitamente la crisi colpisce maggiormente le famiglie più vulnerabili, vale a dire chi già non gode di una condizione socioeconomica particolarmente elevata, accentuando le disuguaglianze esistenti. Infine, è necessario confrontarsi anche con le misure adottate dai governi al fine di contenere le perdite derivanti dalla crisi economica: qualora ciò si traducesse in minori risorse destinate alla sanità, è probabile che ne verranno inficiati maggiormente le fasce più deboli della popolazione che, per esempio, potrebbero non permettersi di ricorrere al privato per sopperire alle lacune del pubblico.

Per questo, è importante avviare una riflessione sul tema, in quanto esso non si fermerebbe solo ad un aumento delle disuguaglianze socioeconomiche, ma andrebbe ben oltre ciò, dato anche il rilievo attribuito alla salute nel nostro paese.

Bibliografia

1. Aristodemou K., Buchhass L. e Claringbould D. (2021), The COVID-19 crisis in the EU: the resilience of healthcare systems, government responses and their socio-economic effects. *Eurasian Econ Rev*, 11:251-281
2. Asmundson G.J., Taylor S.(2020), "How Health Anxiety Influences Responses to Viral Outbreaks like COVID-19: What All Decision-Makers, Health Authorities, and Health Care Professionals Need to Know", *Journal of Anxiety Disorders*, 71: 102-211
3. Auster R., Leveson I. e Sarachek D. (1969), *The Production of Health, an Exploratory Study*, in « The Journal of Human Resources », 4, 4, pp. 411-436
4. Barro R.J., Ursua J.F., Weng J. (2020), *The coronavirus and the great influenza pandemic: Lessons from the "spanish flu" for the coronavirus's potential effects on mortality and economic activity*, Working Paper 26866 Centers for disease control and prevention, *Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Children Aged <18 Years During the COVID-19 Pandemic - United States, January 1- October 17, 2020*, 2020

5. Chinazzi et al (2020), "The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak", *Science*, 368:395–400
6. Citoni G., De Matteis D., Giannoni M. (2020), "Disuguaglianze socioeconomiche in salute, equità nell'accesso e nel finanziamento dei servizi sanitari in Italia: quale evoluzione in tempi di SARS- COV-2?", *Sistema Salute*, 64:217-219
7. Costa G. et al. (2015), *L'equità della salute in Italia, Secondo Rapporto sulle diseguaglianze sociali in sanità*, Milano, Franco Angeli
8. D'Amario S. (2010), "La crisi economica nel 2009: origini ed effetti", INAIL
9. Deb P., Furceri D., Ostry J.D. et al. (2022), "The Economic Effects of Covid-19 Containment measures", *Open Econ Rev*, 33, 1-32
10. De Vogli R., Vieno A., Lenzi M. (2014), Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the Great Recession (2008-10) in Italy: a time trend analysis. *Eur J Public Health*, 24:419-21
11. Dirindin N., Caruso E. (2019) *Salute ed economia: questioni di economia e politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna
12. Dorn S. (2020), *The Covid-19 Pandemic and Resulting Economic Crash Have Caused the Greatest Health Insurance Losses in American History*, Families USA

13. Drydakis N. (2015), The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a longitudinal study before and during the financial crisis, *Soc Sci Med*, 128:43-51
14. Gerdtham, U.-G. e Ruhm C.J. (2002), *Deaths Rise in Good Economic Times: Evidence from the OECD*, in "Economics & Human Beings", 4, 3, pp. 298-316
15. Hsiang S. et al (2020), "The effect of large-scale anti-contagion policies on the Covid-19 pandemic", *Nature*
16. James C., Devaux M. e Sassi F. (2017), *Inclusive Growth and Health*, OECD Health Working Papers 103
17. Kraemer et al (2020), "The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China", *Science*, 368:493-497
18. Levaggi R., Capri S. (2008), *Economia sanitaria*, FrancoAngeli Edizioni, Milano
19. Lewis M., Verhoeven M., (2010), *Financial Crises and Social Spending: the Impact of the 2008- 2009 Crisis*, World Bank
20. Mackenbach J.P., Meerding W.J. e Kunst A.R. (2011), *Economic Costs of Health Inequalities in the European Union*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 5, pp. 412-419
21. Mamone D., Castellotti G. (2021), *Covid e dintorni: una pandemia che è una spietata lente di ingradimento*, UNSIC Editore, Roma

22. McKeown T. (1978), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Princeton University Press, Princeton
23. Mishra N.P., Das S.S., Yadav S., Khan W., Afzal M., Alarifi A., Kenawy E.R., Ansari M.T., Hasnain M.S., Nayak A.K. (2020), Global impacts of pre- and post-COVID-19 pandemic: Focus on socio-economic consequences. *Sensors International*
24. Moscone F., Tosetti E. e Vittadini G. (2016), «The impact of precarious employment on mental health: the case of Italy», *Social Science & Medicine*, 158:86-95
25. Mucci N., Giorgi G., Roncaioli M., Perez J.F. e Arcangeli G. (2016), «The correlation between stress and economic crisis: a systematic review», *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12:983
26. Parmar D., Stavropoulou C., Ioannidis J. (2016), Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review, *BMJ*
27. Polidori P., Scotti S., Teobaldelli D., Ticchi D. (2021), "Le conseguenze socioeconomiche della pandemia di Covid-19", *Studi Urbinati di Scienze Giuridiche Politiche ed Economiche. Nuova serie A*
28. Wilkinson R.G. (1996), *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London, Routledge Sintesi del Rapporto sullo Stato dell'Equità in Salute, WHO, 2021

29. Strauss-Kahn M.O. (2020), "Can we compare the COVID-19 and 2008 crisis?", SUERF Policy Note, Issue No 164
30. Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mckee M. (2011), Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data, *The Lancet*, 378:124-125
31. Swagel P., (2009) "The Cost of the Financial Crisis : The Impact of the September 2008 Economic Collapse", Pew Economic Policy Group: Financial Reform Project
32. Terraneo M. (2015), «Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries», *Social Science & Medicine*, 126:154-163
33. Terraneo, M. (2018), *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, Milano, FrancoAngeli
34. Terraneo M. (2020), Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica, *Sociologia italiana*, 16:87-97
35. Tian H., Liu Y., Li Y., Wu C.H., Chen B., Kraemer M.U.G., Li B., Cai J., Xu B., Yang Q., Wang B., Yang P., Cui Y., Song Y., Zheng P., Wang Q., Bjornstad O.N., Yang R., Grenfell B.T., Pybus O.G., Dye C. (2020), An investigation of transmission control measures during the first 50 days of the COVID-19 epidemic in China. *Science*, 368:638-642.
36. Van Gool, K., Pearson M. (2014), *Health, austerity and economic crisis*, OECD Health Working Papers, 76, OECD Publishing

37. Veraldi R. (2021), "Proiezione dei cambiamenti socioeconomici a seguito della pandemia Covid- 19", *Science and Philosophy*

38. Watt A. (2008), *The economic and financial crisis in Europe: addressing the causes and the répercussions*, University Library of Munich, Germany

Biografia



Nata e cresciuta a Roma, Emma Fitzgerald ha ottenuto la maturità classica con votazione 99/100 nel 2020 e ha conseguito la laurea triennale in Economia e Gestione dei servizi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore a settembre 2023. Attualmente è al primo anno del corso di laurea magistrale in Healthcare Management presso lo stesso ateneo.

È particolarmente interessata all'approfondimento di tematiche economiche, politiche e dell'attualità in generale. Proprio per questo, sia all'interno sia all'esterno del contesto universitario si è cimentata in diverse esperienze di partecipazione e associative per poter vivere a tutto tondo gli importanti anni di formazione personale. È interessata anche allo sport e, in particolare, ai due che pratica da quasi 15 anni, ossia tennis e pattinaggio artistico a rotelle.

Email: emma.fitzgerald@outlook.it